

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 73
22 de Janeiro de 1953

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

Afeições

3 *Ações*

- Antibiótica específica
- Imunizante inespecífica
- Modificadora do terreno

GRIPALIS E POST-GRIPALIS

BRONCO-PULMONARES

OTO-RINO-LARINGOLÓGICAS

GENITO-URINARIAS

ESTAFILOC

UMA CONCEPÇÃO NOVA NA
TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA

OMNACILINA

AZEVEDOS

 LABORATÓRIOS AZEVEDOS
MEDICAMENTOS DESDE 1775

SUMÁRIO

	Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
COELHO, Eduardo — O acesso ao professorado	105	Serviço Nacional de Sangue — Almerindo Lessa	65
ESTEVES PINTO — Tratamento cirúrgico da tuberculose pulmonar	108	Ecos e Comentários	66
MOVIMENTO MÉDICO — Resumos da imprensa médica	120	Pedras soltas — Mendonça e Moura	67
		A Medicina do Ultramar — Alexandre Sarmiento	69
		A Medicina organizada... ou a desorganização da Medicina — M. da Silva Leal	70
		Noticiário diverso	

COAGULANTES

ZIMAIA

(3 modalidades)



COAGULANTE-K-C - ZIMAIA

Em 5 c. c.: Soluto de enzima coagulante a 2%

Caixas com 4 amp. de 5 c. c. e de 4 amp. de 2 c. c.
Caixas com 1 amp. de 2 c. c. e de 1 amp. de 2 c. c.

Em 2 c. c.:
Vitamina K 0,005 gr.
Vitamina C 0,1 gr.

COAGULANTE - ZIMAIA

Em 5 c. c.: Soluto de enzima coagulante a 2%,

Caixas com 4 amp. de 5 c. c.
Caixas com 2 amp. de 5 c. c.
Caixas com 1 amp. de 5 c. c.

COAGULANTE - ZIMAIA

Para aplicações locais

Em 5 c. c.:
Lipo enzima coagulante . . . 0,1 gr.
Sais orgânicos de cálcio e mag. 0,0035 gr.

Caixas com 3 amp. de 10 c. c.
Caixas com 3 amp. de 5 c. c.
Caixas com 1 amp. de 5 c. c.

LABORATÓRIO ZIMAIA — RUA DE ANDALUZ, 38 — TELEFS. 5 2226 — 5 3670

ESCRITÓRIOS E PROPAGANDA: RUA MARTENS FERRÃO, 10 — LISBOA (NORTE)

PROBLEMAS UNIVERSITÁRIOS

III

O acesso ao professorado (*)

EDUARDO COELHO

Na *Oração de Sapiência* que J. Sobral Cid pronunciou em 1925 na Universidade de Lisboa, subordinada ao título *A Universidade ao serviço da Nação*, ocupa-se do recrutamento do professorado e da orgânica do corpo docente das Faculdades. Dá-nos um panorama, de um realismo vivo, das provas doutorais e dos concursos da antiga Universidade, provas anacrônicas, bafientas, realizadas numa espécie de arena onde se batiam arguente e arguido, restos de diversões pedagógicas tão requintadamente peninsulares.

«Na própria escrita dos pontos — escreveu o saudoso psiquiatra — os professores recebiam a característica e combativa designação de *arguentes*. O candidato era o *arguido*, o defendente. A Sala dos Actos Grandes convertia-se, por momentos, num tumultuoso tablado onde, a curtos intervalos, se sucediam vistosos torneios de esgrima dialectica, rendilhada e subtil, assaltos de florete, degenerando por vezes em rudes «corps à corps», em que cada um, arguente e defendente, jogava os seus melhores argumentos. De 15 em 15 minutos a chamarela universitária anunciava aos espectadores a «outside» do vencido».

Quando frequentei os primeiros anos da Universidade assisti a um concurso para o professorado dessa Escola. Levou-me a curiosidade de presenciar o cenário e a discussão que diziam seriam *divertidos*. *Divertido* era a característica fundamental dos Concursos. Falava-se, então, num Concurso que anos antes se realizara para a Cadeira de Histologia, e em que foi escolhido o candidato que nada sabia de Histologia, e o histologista autêntico, o discípulo de Cajal, fora afastado. Nesse primeiro concurso a que assisti, o candidato formara-se um ano antes e apresentava como único trabalho uma dissertação. O *arguente*, de uma notável vivacidade, gritou, gesticulou e depois de inutilizar o candidato, arrumou-lhe, para terminar, com esta: Rasgue a primeira folha! Rasgue a última! Rasgue tudo! Tive a impressão de que o *arguido* se preparava para fugir. Mas o concurso acabou e o candidato foi aprovado. Verifiquei mais tarde que a dissertação era medíocre e o autor também. O arguente tivera razão, mas o candidato foi admitido por unanimidade.

Foi esse o meu primeiro contacto com as provas públicas de um concurso para professor da Universidade. Desconhecia que havia uma comédia universitária de concursos, representada em público, e esse quadro vivo pôs-me em presença de uma grave mazela da Universidade. Apoderou-se então de mim o septicismo — quanto ao valor moral de certos homens e à dignidade universitária.

Com o rodar dos anos assisti a outros concursos. Presenciei a ausência de *espírito crítico* na apreciação dos trabalhos científicos, vi as vaidades feridas dos que se serviam dos lugares de *arguentes* para satisfazerem objectivos alheios à pedagogia universitária, observei certas campanhas para se esmagarem candidatos, fui espectador de indignidades, que recaíam, por fim, não sobre os candidatos, mas sobre os arguentes e a instituição universitária.

Assisti a concursos em que arguentes, *sem obra científica, tentaram*—servindo-se de todos os processos—ofuscar a obra científica de real valor de determinados candidatos.

Nos dois países peninsulares observam-se fenómenos similares quanto à escolha dos candidatos. O exemplo de Cajal é bem demonstrativo da técnica peninsular dos Concursos (1). Apesar da preparação científica que desde muito

cedo possuía, Cajal foi derrotado nas primeiras oposições. Mais tarde «*con la conciencia en su valor*» concorreu à Faculdade de Medicina de Granada. Um amigo, ao vê-lo esprechado, diz-lhe: — Voy a dar-te un consejo. No te presentes en estas oposiciones.

— Por qué?

— Por que no te toca todavia; déjalo para más adelante y todo saldrá como una seda.

— Pero...

— Averte criatura que el Tribunal que acaba de nombrarse ha sido forjado expressamente para hacer catedrático a M.

— Pero, M. jámas se ocupó de Anatomia.

— Pues no serás nunca catedrático, o lo serás muy tarde».

Cajal teimou em apresentar-se ao Concurso e foi preterido.

Entre nós, há um sector destituído de espírito científico, apaixonado das provas públicas constituídas pelo silogismo e pela dialectica medievais, que procura dar aos candidatos «temas e títulos vagos» de lições para melhor os «enrolar», e não ideias claras, e não problemas definidos, objectivos como devem ser os da medicina. Não pretende apreciar o valor científico e cultural do candidato, as suas qualidades de investigador, mas sim a *habilidade* em se não deixar «enrolar»... As vítimas serão os destituídos dessa «habilidade», que é a negação do espírito científico e da dignidade universitária.

Renan, ao referir-se à exclusão de Claude Bernard quando concorreu a professor agregado, escreveu estas palavras: «*Il lui manquait les qualités superficielles qui font réussir en des épreuves où c'est un défaut d'avoir des idées...*»

Francisco Sanches mostrava, há trezentos e oitenta anos, a esterilidade dessa dialectica, idêntica à dos nossos tão gabados torneios académicos, que caracteriza alguma das provas pedagógicas da Universidade.

Vale a pena ler a descrição de Sanches:

«Lembro-me bem que ao começar a estudar dialéctica, sendo ainda rapazinho... era provocado ao combate para experimentar a minha inteligência, objectavam-me com silogismos falaciosos, e eu, não vendo o sofisma, algumas vezes era vencido pela dificuldade, e concedia coisas falsas. Apoquentava-me, então, muito se não mostrasse logo onde estava o defeito e não descansava até o encontrar. Ora, não seria melhor que o tempo que eu gastava a procurar o defeito do silogismo o empregasse em conhecer alguma coisa natural. Para esses silogizantes o mais douto é o que melhor palra e o que, arranjando muito bem a armadilha, vence o compnheiro ou o adversário e o obriga quase a emudecer...» (1)

São essas «armadilhas», com as quais se pretende «enrolar» certos candidatos que, *pessoalmente*, não convêm ingressem na Universidade. Quando é preciso que o candidato seja escolhido, embora não tenha obra científica, vem o argumento apregoado em público da *simpatia* pessoal, como já se fez num concurso, segundo o relato que, então, deram os jornais, negando-se ao mesmo tempo ao *homem português* a faculdade de investigador da ciência, e até a possibilidade de vir a sê-lo, para defesa do candidato preferido.

Fenómenos dessa natureza e dos que eu descrevi há

(*) Refiro-me apenas às Faculdades de Medicina.

(1) Eduardo Coelho: *A lição da vida de Ramon y Cajal* — Lisboa, 1934.

(1) Eduardo Coelho: *O septicismo de Francisco Sanches*, médico e filósofo de quinhentos. Conferência na Faculdade de Letras de Lisboa, 1937.

já 19 anos ⁽²⁾ — que deslustram a Universidade — têm que desaparecer dos areopagos das Escolas portuguesas. Para isso, é preciso que o *recrutamento* do professorado esteja à altura da *missão da Universidade*, e que mude radicalmente a técnica desse recrutamento. Como mostraram Max Scheler, Jaspers, Ortega y Gasset, Fernando de los Rios e outros, a Universidade tem que ser a um tempo: centro de cultura, instrumento de preparação profissional e criação da investigação científica.

Vejamos separadamente cada uma destas funções, segundo a orientação que já expuz no trabalho anteriormente citado.

1. *A Universidade, centro de cultura.* Antes de criar o profissional e o especialista, ela forma o homem ciente do ambiente social e daqueles laços que unem os diferentes departamentos do saber humano. Dará ao homem o conhecimento dos problemas universais, do valor da ciência, da arte e da filosofia; o subtracto espiritual do seu tempo, o espírito crítico, o sentido filosófico das sínteses, o conceito teórico da ciência, e «aquele saber do não saber» que é a verdadeira sabedoria.

A presença da cultura na formação do homem é a primeira finalidade da Universidade.

Mas é preciso ter-se a compreensão do que seja *Cultura*. Não se vá pensar que um médico culto é o que sabe ao mesmo tempo engenharia, direito, veterinária, etc. Ou que é aquele que lê todos os romances e novelas que saem do prelo; ou que além de médico, é músico que se dedica a arqueologia; ou que é um erudito.

2. *A Universidade, instrumento de preparação profissional.*

Formar bons profissionais — engenheiros, médicos, advogados, etc. — é a segunda missão da Universidade. Para formar bons profissionais a Universidade precisa de alargar o seu campo de informação: dos laboratórios, das clínicas, dos seminários, etc., mantendo o aluno junto do professor e em contacto com os problemas reais da ciência. Mas é preciso distinguir a *profissão da ciência*. Aprender uma *ciência* não é criar *ciência*. A medicina, por exemplo, que é uma ciência, é como *profissão*, uma arte. Quem ensina tem de ser, além do conhecedor profundo da sua ciência, um investigador. A *ciência* não é; *deve* ou *faz-se*. O professor não pode reduzir-se à condição de *ser*, de *conhecer* o *fenómeno* conhecido, mas tem também que o descobrir ou interpretar. Uma Universidade que se entrega apenas à formação de profissionais pela ciência já feita, deixa de ser uma Universidade para se constituir em *Escola de Ofícios*.

3. *A Universidade criadora de investigação científica.*

A investigação científica é uma das funções fundamentais da Universidade. Só um investigador pode enfrentar os problemas científicos, rasgar os caminhos para os estudar, despertar e estimular vocações. A Universidade tem que fazer profissionais e cientistas. Aos primeiros *informa* sobre técnicas e conhecimentos da ciência, e *forma* os segundos na *criação científica*. *Ciência* não é *técnica*, é *investigação*. Se abdicar da função primacial da *investigação científica* a Universidade anquilosar-se-á.

Até na preparação do profissional o professor tem que ser um investigador, para possuir o *espírito de investigação*.

O médico de hoje, além daquelas qualidades morais que a ética da sua profissão exige, e do conhecimento das ciências médicas, carece do *espírito de investigação*. Quando começa a examinar um doente, senhor de todas as técnicas da sua ciência, se é um clínico de primeira plana, observa o doente como um *biologista*, com o mesmo espírito e disciplina, sem que o seu raciocínio se turve ou desvaire em presença do ser humano que sofre — sofrimento que ele procura aliviar.

Se estas três funções caracterizam a Universidade, aos candidatos ao professorado se devem exigir as qualidades correspondentes — *cultura, aptidão para o ensino* de uma disciplina que conhecem com profundidade e *uma obra científica*.

Como se há-de fazer o recrutamento?

A escolha começará durante a vida estudantil. São os professores que têm de criar e estimular a vocação dos futuros docentes.

Durante o curso, os professores devem ir escolhendo os melhores, não apenas porque os classificam, mas chamando-os a trabalhar nos seus Serviços, se reconheceram que a disciplina que professam é aquela para a qual determinados alunos têm mais propensão. Evidentemente que não se vai desviar para a medicina interna um aluno que quer ser cirurgião, ou que pode dar um notável anatomo-patologista — porque essa disciplina é a que mais agrada ao seu espírito — ou vice versa. Quer dizer, desde o primeiro ano, os professores têm que ir *fixando* na Faculdade os melhores valores da classe estudantil, procurando criá-los, até, situações de desafogada vida económica, se elle é difícil, logo que eles acabam o curso, conseguindo-lhes bolsas de estudo para investigação científica, ou outros benefícios. Se os professores classificam um aluno com as notas mais elevadas, mas o abandona, ele irá procurar fora da Faculdade maneira de viver, e é um valor que se perde para o ensino e para a investigação científica.

Durante estes 30 anos que trabalho na Faculdade de Medicina vi alguns rapazes de valor que viraram costas à Faculdade logo que obtiveram a carta da formatura, porque os seus antigos professores os abandonaram. O professor deve estimular vocações. São raros os que o fazem.

O que se dava em Coimbra noutros tempos era exemplo, segundo penso, a seguir. Quando um aluno se distinguia, ultrapassando, a grande distância, a craveira, os professores desde muito cedo o convidavam a *preparar-se* para ficar na Faculdade.

Desse escol dos cursos serão feitos os assistentes. Nas clínicas ou laboratórios onde trabalham adquirirão alguns a preparação para o professorado.

Quais as provas de acesso?

Para me fazer compreender, objectivando as minhas ideias vou escolher um exemplo concreto: *Provas de recrutamento dos professores de medicina interna*.

Dentro do estatuto actual há os professores agregados, extraordinários e catedráticos. Desde 1911 que os nomes têm variado, e não sabemos bem porquê.

Professores — *de verdade* — são só os extraordinários e catedráticos. O agregado tem apenas o *título de professor*, e ou não exerce funções docentes, ou se as exerce são as que correspondem aos que possuem o grau académico de doutor, de primeiros assistentes ou encargados do curso.

Exigir ao *candidato ao título de professor agregado* as mesmas provas que ao candidato a *professor extraordinário* é uma barbaridade que nada justifica.

O título de *professor agregado* corresponde ao alemão de *privat-dozent* ou ao *agregé* francês. Todo o licenciado ou doutor em medicina que tenha uma valiosa obra científica de investigação poderá requerer o título de professor agregado. O governo constituirá o júri que há-de apreciar os trabalhos científicos. Fazer investigação científica e possuir trabalhos científicos não é ter «um caso» disto ou daquilo, ou «o primeiro caso publicado em Portugal», como é de uso dizer-se entre nós. Trabalhos de vulgarização não são trabalhos científicos.

Se o candidato tem cultura e possui inteiramente a sua disciplina médica; conhecimentos postos em evidência pelos trabalhos publicados e pelos Serviços clínicos ou pelos laboratórios onde investiga; se tem uma obra científica séria, em presença de um relatório de apreciação dos trabalhos de investigação científica e da sua classificação, o júri deliberará se o candidato merece o título de professor agregado. Caso contrário, justificará concretamente porque é que o candidato não é digno do título, o qual não lhe será outorgado. Desaparecerão as provas públicas do candidato a um título — cujas funções universitárias, ou não existem, ou são as que anteriormente exercia. Evidentemente que para bem julgar admito a existência de um júri em que todos os seus elementos são personagens *cultas*, com conhecimento profundo da sua disciplina, que se dedicam à *investigação*, e que têm uma obra científica.

Se o professor universitário não possui estes predi-

(2) Eduardo Coelho: *A finalidade da Universidade e o problema da Universidade portuguesa*. Livraria Bertrand, ed. 1934.

cados, se fôr apenas o repetidor de livros ou o leitor de Revistas, não poderá apreciar a formação dos candidatos que a dignidade universitária exige nos tempos actuais. Se no júri dominarem os membros destituídos dessas qualidades serão escolhidos os candidatos à imagem da maioria.

Não haverá votações secretas. Cada membro do júri tem que justificar por escrito o seu voto no *livro* das Actas.

As provas para se obter o título de professor agregado, reduzir-se-ão, portanto, à apreciação séria dos trabalhos científicos. O título de professor agregado é o primeiro título dado ao investigador.

Nem todos os professores agregados de medicina interna poderão exercer funções pedagógicas dentro da Universidade. Os futuros directores dos Serviços Clínicos extrauniversitários poderiam ser atribuídos, na sua maioria, aos professores agregados. Assim se elevaria o nível científico das clínicas extra-universitárias, que serão, dentro da lei actual, auxiliares do ensino e da investigação científica, visto que o Hospital das Clínicas Universitárias vai dispor dos 6.000 doentes dos Hospitais de Lisboa. O mesmo se aplica ao Porto e a Coimbra em relação aos Serviços hospitalares das duas cidades.

O grau imediato é o de *professor extraordinário*.

Actualmente as provas são idênticas, o que não tem sentido, porque são diferentes as funções das duas espécies de graduados. E já se tem obrigado alguns candidatos a repetirem as provas. Tinham-nas realizado para professores agregados, em que foram aprovados. Tiveram que as repetir para professores extraordinários, ao lado de outros que apareceram pela primeira vez a realizar as provas só para extraordinários.

Esse fenómeno teratológico só em Portugal podia aparecer...

Em que devem consistir as provas para professor extraordinário?

Não se pode admitir que os candidatos que foram assistentes de um Serviço hospitalar da Faculdade ou de clínicas extra-universitárias, que trabalham nos laboratórios e nas enfermarias, que discutiram dia a dia os casos clínicos com os Chefes nas sessões clínicas dos Serviços, que tomaram parte nos Symposiuns das respectivas Clínicas, que deram provas diárias do que valem como clínicos, como cientistas, e no ensino como assistentes, sejam obrigados a provas práticas elementares de laboratório e de clínica — que são depois julgadas em público! Isso é simplesmente ridículo.

Podem concorrer a professores extraordinários os licenciados, os doutores e os professores agregados. A primeira prova — a fundamental — é constituída pela apreciação do *Curriculum Vitae* e dos trabalhos científicos realizados *depois da agregação* — se o candidato é professor agregado — e é eliminatória. Uma comissão do júri apresentará um relatório sobre o valor dos trabalhos e proporá uma classificação. O júri, depois da discussão feita por todos os seus membros deliberará, não em público, mas na Sala privada se o candidato pode ser admitido às outras provas.

Os candidatos que não tiverem uma obra científica de reconhecido merecimento serão eliminados nesta prova. Trabalhos de vulgarização científica não podem servir para fazer professores — seja qual for a categoria destes.

A segunda prova será pública e constituída por uma lição à sorte, entre cinco, cujos títulos serão dados pelo júri — lição pedagógica (dispensável) e por uma lição de escolha em que o candidato apresentará as suas investigações pessoais sobre determinada matéria de medicina interna. Não haverá discussão pública das lições⁽¹⁾. Seguir-se-ão as provas clínicas. O júri fará um relatório do valor pedagógico da primeira lição, do valor científico da segunda, das provas clínicas, e proporá ao Governo o seu

(1) Para dar uma pálida ideia do actual *Estatuto Universitário* basta unhar este aleijão: há apenas meia hora para apreciar um *Curriculum Vitae* (trabalhos científicos), que deve ser constituído por algumas dezenas ou mais de uma centena de trabalhos, e uma hora para discutir a lição à sorte, que foi proferida durante uma hora, na qual se apreciam apenas as qualidades pedagógicas do candidato!

contracto, ou eliminará o candidato se o conjunto das provas não satisfizer o objectivo do concurso.

Os professores ordinários (ou titulares, ou catedráticos) serão escolhidos de entre os extraordinários que mais se distinguirem na investigação científica e no ensino⁽²⁾. Um júri expressamente nomeado apreciará em relatório fundamentado os trabalhos científicos dos diferentes candidatos e proporá ao Governo a escolha. E o professor ordinário (catedrático) será então contratado. Não devem existir lugares vitalícios dentro da Universidade.

Nunca poderá ser professor ordinário (catedrático) o professor extraordinário que não possua trabalhos de investigação científica de alto valor, que não mantenha as qualidades de investigador em crescente actividade. O lugar de professor catedrático não é uma reforma de funcionário.

As provas públicas, que tantas vezes deminuíram o prestígio e a dignidade universitária, desaparecem. Só as lições dos candidatos a professor extraordinário — porque são lições — têm de ser proferidas em público, mas a apreciação será feita em Sala reservada, pelo júri, e em presença do candidato. Essa discussão é registada.

O público nada tem que ver com discussão e apreciação de provas.

Eis a reforma basilar que é necessário realizar-se no recrutamento do professorado universitário português.

Seriedade nos métodos para que haja seriedade na escolha.

Houve já várias tentativas, depois da reforma de 1911, de uma aproximação do plano que aqui esboço.

Em 1911 muitos professores catedráticos foram nomeados sem concurso, por convite, seguindo-se a mesma orientação na criação do professorado do Instituto Superior Técnico⁽³⁾. Foi até agora o melhor processo de recrutamento do professorado, entre nós. Esse método tem sido desde então adoptado uma ou outra vez — nem sempre com suficientes fundamentos.

Houve também tentativas esporádicas para se acabarem com as provas públicas. Nos concursos realizados a seguir à primeira grande guerra não havia *discussão pública* dos trabalhos científicos. O júri apreciava e classificava estes trabalhos em sessão secreta. Depois de um relatório elaborado por um dos seus membros os trabalhos eram classificados. Prova pública só a lição. O candidato entregava ao júri temas de cinco lições, tirava uma à sorte e proferia-a em público. A seguir a lição era discutida.

Mas os apaixonados do escândalo, da discussão pública dos trabalhos, não descansaram enquanto não conseguiram atirar às ortigas essa orientação das provas para o recrutamento dos professores. E voltámos à antiga.

Façamos tábua rasa desse passado.

Acabar com as provas públicas de discussão do *Curriculum Vitae* e dos trabalhos científicos é estabelecer a decência na Universidade portuguesa.

Faça-se o recrutamento do professorado em função da obra científica do candidato e das suas faculdades de investigador e de pedagogo.

Acabemos com aqueles aspectos formais que fazem da Universidade uma instituição fechada, agarrada à tradição, fora do estilo do pensamento contemporâneo.

Vertebrar a Universidade, tornando-a um instrumento de cultura, de ensino e de investigação científica eis o que é preciso. Só um recrutamento sério do professorado dentro dos princípios que deixamos esboçados pode vertebrar a Universidade.

Nota — No próximo artigo:

A Investigação científica e a Universidade

(2) Cada cadeira anual regida por um professor ordinário (catedrático) deve ter, pelo menos, um professor extraordinário. No grupo de medicina interna haverá portanto 3: 1 para Propedéutica Médica, 1 para Patologia Médica, 1 para Clínica Médica.

(3) Alfredo Bensaude contou-me um dia, ao findar de uma consulta clínica, como fez certos professores por escolha com o protesto de alguns elementos do Conselho Escolar, agarrados a uma tradição pedagógica, que hoje não tem sentido. Quem se interessa por estes problemas de pedagogia universitária deve consultar a monografia de Bensaude sobre a *Fundação do Instituto Superior Técnico*.

REVISÃO DE CONJUNTO

Tratamento cirúrgico da tuberculose pulmonar

ESTEVES PINTO

(Prof. Extr. da F. M. do Porto, Director do Centro Cirúrgico do Norte—I. A. N. T. e Cirurgião do Sanat. Semide)

A tuberculose pulmonar não é, como acentuou Sweet em 1946, uma doença primariamente cirúrgica; mas não há dúvida de que a cirurgia ocupa hoje, no tratamento da localização pulmonar da tuberculose, posição de extraordinário relevo. O aparecimento dos antibióticos, longe de lhe diminuir a amplitude de acção, alargou consideravelmente as suas possibilidades. Com efeito, é de todos conhecido o seu valor, quer isolados quer associados, em relação à tuberculose. Ora esta utilidade dos antibióticos exerce-se não só modificando as formas anátomo-clínicas no seu aspecto e na sua evolução, mas também permitindo que uma forma considerada sem solução cirúrgica passe a tê-la, e exerce-se, ainda, como auxiliar da cirurgia que, em certos casos e em certas modalidades, deve realizar-se sob a sua protecção.

Em face da actual importância da cirurgia no tratamento da tuberculose pulmonar, das possibilidades que advieram do desenvolvimento da técnica e da anestesia, do auxílio dos antibióticos, convém contrariar aquele critério — ainda hoje corrente entre clínicos e mesmo entre fisiologistas menos avisados — que considera cirúrgicos somente os casos que não cederam a outros métodos aplicados demasiado longamente. Podemos exemplificar com o pneumotórax e com os próprios antibióticos. Hoje, instituir pneumotórax é problema delicado, mas eternizar um pneumotórax depois de se verificar a sua ineficácia ou os seus inconvenientes, faz com que os casos cheguem ao cirurgião mais complexos e difíceis de resolver. O esgotamento da acção dos antibióticos tira à cirurgia o valiosíssimo concurso destes, em virtude de resistências adquiridas, tornando-os inutilizáveis quando a sua acção protectora se torna tão necessária. Por vezes há que propor ao doente muito precocemente, quase primariamente, o tratamento cirúrgico, sendo certo que, como dizem Overholt e Wilson (1949) «o desenvolvimento das técnicas, a melhor selecção dos doentes e a aplicação precocemente dos grandes processos cirúrgicos, quando indicados, reduziram ao mínimo os riscos operatórios e as complicações».

A terapêutica cirúrgica, bem indicada e executada a tempo, está demonstrado, aumenta o número de curas e reduz o número de mortes. Se o diagnóstico precoce, o tratamento médico e o repouso correctamente prescritos e rigorosamente cumpridos podem evitar a cirurgia na tuberculose pulmonar, esta não deve, no entanto, ser reservada para recurso final. Não se deve pedir aos métodos mais do que aquilo que podem dar, mas devem ser utilizados quando realmente possam dar o máximo.

Condições gerais da cirurgia na tuberculose pulmonar

A cirurgia pode actuar sobre o pulmão quer directamente (drenagem endo-cavitária de Monaldi, cavernostomia, ressecção), quer indirectamente (colapsoterapia cirúrgica). Seja qual for o método ou o processo, a negatização da baciloscopia (por inoculação na cobaia) e a negatividade da radiografia, tomografia e broncoscopia constituem o critério de cura.

Se, como diz Price, «na escolha das intervenções há que atender a certos factores, tais como importância e magnitude daquelas», todavia «é erro palmar submeter o doente a uma operação menor unicamente por causar poucos estragos e ter pequeno risco, quando há, manifestamente, pouca esperança de se obter resultado satisfatório».

Qualquer acto cirúrgico, neste capítulo, deve obedecer a duas condições fundamentais: curar o doente e deixá-lo apto a retomar a sua actividade — total se puder ser, ao menos em grau tal que o operado não fique um inválido, incapaz do menor esforço, um miserável dispneico, a quem

a cura que consta da estatística, não permitiu ser aproveitado profissional nem socialmente, nem trouxe a mínima alegria de viver.

Há, pois, que seleccionar os casos, não só para escolher correctamente a terapêutica que convém, como para tornar possível prever e prevenir o efeito dessa terapêutica, e calcular, ainda, as possibilidades de corrigir pela reeducação e readaptação progressivas os defeitos que dela possam resultar.

Se o doente é considerado cirúrgico, ponderadas as suas condições gerais, como em qualquer outra cirurgia — idade, constituição, equilíbrio humoral e electrolítico, etc., etc. — há que apreciar, ainda, alguns factores que orientam a correcta escolha da modalidade cirúrgica (Shaw), tais como:

— Extensão da doença: convém dizer que a bilateralidade nem sempre exclui a cirurgia, condiciona-a porém, obrigando muitas vezes a colapsos combinados. Não se exige, portanto, para a colapsoterapia cirúrgica que o lado oposto esteja absolutamente íntegro. Mesmo para as ressecções, é necessário, por vezes, condescender um pouco. São os casos *limites*.

— O estado do doente, a sua idade, o tipo da doença, a situação das lesões, o aspecto do parênquima ambiente, presença do factor brônquico, — tudo isto infui poderosamente na orientação terapêutica.

— A idade do doente tem importância: certas intervenções influenciam o equilíbrio esquelético (toracoplastias nas crianças em período de crescimento, por exemplo) e outras estão relativamente contra-indicadas em indivíduos de idade avançada (ressecções).

— A fase em que a doença se encontra: a evolução oscilatória da tuberculose pulmonar obriga a actuar em fase de resistência, de acalmia das lesões, a estudar cuidadosamente as reacções gerais (fórmula leucocitária, velocidade de sedimentação, índices hemáticos, etc.) e locais (as mesmas, mais radiografia, tomografia, broncoscopia, etc.).

— O factor económico tem de ser apreciado, assim como o factor social. O tratamento deve ser o mais eficaz, o mais rápido e o mais adaptado às condições sociais do doente. Isto leva-nos a propor uma toracoplastia em vez de extra-pleural, ou mesmo o colapso cirúrgico em vez do pneumotórax, nos casos em que o doente, pelo seu modo de vida, condições económicas, ou residir longe da vigilância médica, não possa ser submetido àquele tratamento.

— Também não é lícito esquecer o estudo funcional respiratório (E. F. R.) e cárdio-vascular, por sabermos que, por vezes, a colapsoterapia cirúrgica e as ressecções, reduzindo em maior ou menor grau a extensão do parênquima pulmonar útil, acarretam grave quebra funcional respiratória e desequilíbrio circulatório considerável. Devemos recorrer à exploração funcional pela espirografia, bronco-espirometria, provas de esforço, electrocardiograma (em repouso e em esforço) e a outros *tests* como o da saturação da hemoglobina, para assim aquilatar os possibilidades do doente e adaptarmos às suas condições a indicação operatória.

Recorro sistematicamente a cuidadoso estudo funcional nos casos duvidosos (chamados limites), naqueles em que se prevê a realização de colapsos associados e nas ressecções pulmonares. A tendência de futuro será, naturalmente, integrar estes exames na rotina do estudo do doente.

— E, por fim, não posso deixar de mencionar a importância que tem, para o êxito desta terapêutica, o regime sanatorial pós-operatório e de readaptação. Por exemplo: os doentes operados de toracoplastia devem observar severo

3

FORMAS DE APRESENTAÇÃO



MIOCILINA
SUSPENSÃO
OLEOSA

MIOCILINA R
PARA SUSPENSÃO
AQUOSA



MIOCILINA A

Frascos siliconados
de
300.000 e 500.000 U.

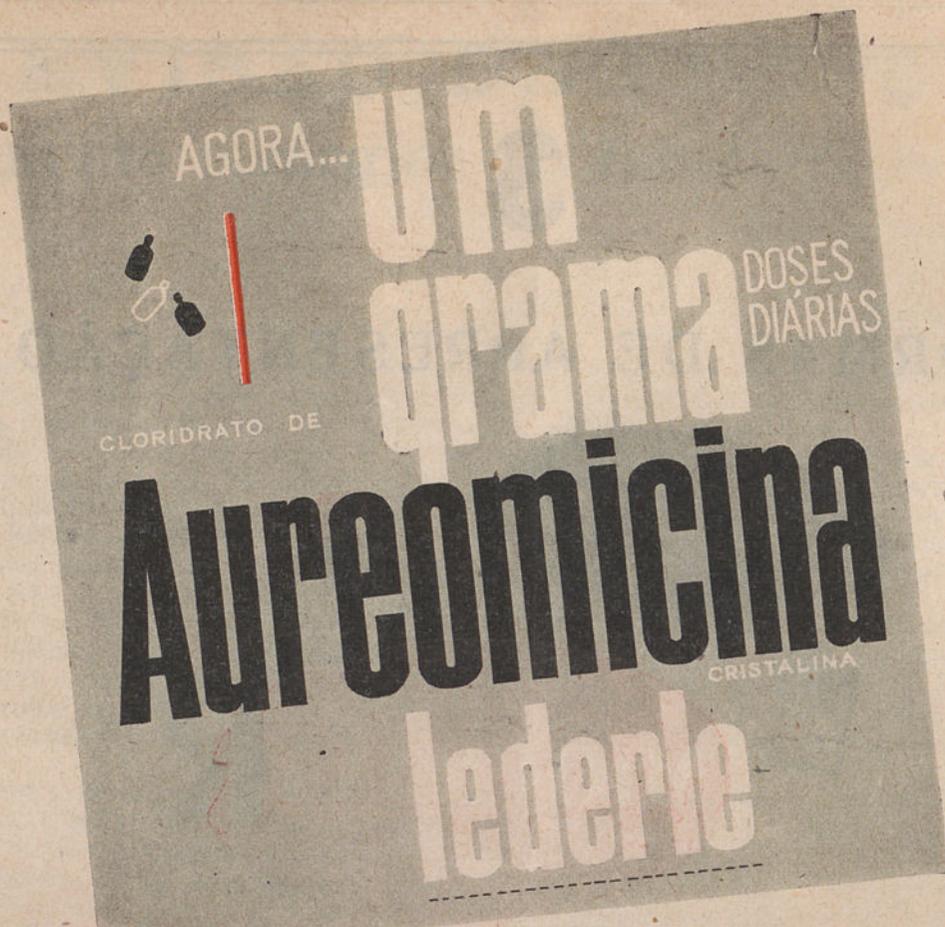
UMA SUSPENSÃO
AQUOSA DE
PENICILINA
PRONTA A SER
INJECTADA



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA



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



... uma marca de honra

O NOVO PLANO DE ADMINISTRAÇÃO DA AUREOMICINA EM DOSES REDUZIDAS:

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



Embalagens: CÁPSULAS — frascos de 8 e de 16, c/ uma com 250 mg.; frascos de 25, c/ uma com 50 mg. (infantil); frascos de 25, c/ uma com 100 mg. SPEROIDS (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

regime sanatorial, com repousos rigorosamente observados, durante 6 a 8 meses, para que as condições criadas pela operação possam favorecer a cura e a cicatrização perfeita das lesões. Infelizmente, nem sempre é possível aos doentes cumprir aquele mandamento dos 6 a 8 meses, nem a nós fazê-lo cumprir. É frequente, por força de circunstâncias regulamentares, económicas ou outras, ter de dar alta a um doente poucas semanas após ter sido operado. Este facto, como se compreende, compromete fortemente o êxito da cirurgia.

Indicações gerais

Revistas assim rapidamente as condições gerais do doente e da doença, — ¿quais são as indicações gerais da cirurgia na tuberculose pulmonar?

São hoje bem mais extensas do que as clássicas, mas o alargamento dos limites não implica que as indicações-limites tenham deixado de existir.

Já acentuei a necessidade da indicação precoce. Não me parece conveniente aderir sem reparo ao critério americano que exige sistematicamente repouso absoluto durante 3 a 4 meses antes de decidirmos a operação, nem tão pouco me parece aceitável a tendência de certos autores para atribuírem ao pneumotórax tantos inconvenientes e perigos, que se chega a opor colapsoterapia cirúrgica e colapsoterapia médica. Mas não posso deixar de concordar com *Cournand* e *Richards* quando afirmam que vale mais, no que concerne à capacidade física e funcional dos doentes, uma boa toracoplastia que um mau pneumotórax.

É evidente que as indicações cirúrgicas dependem em grande parte das contra-indicações do tratamento médico, da impossibilidade de o aplicar, ou da sua ineficácia. A colapsoterapia médica conserva no tratamento da tuberculose pulmonar, sob a forma de pneumotórax e de pneumoperitônio—este actualmente em maré de simpatia—importante posição. São cirúrgicos os casos em que a colapsoterapia médica estiver contra-indicada, naqueles em que se perdeu, foi abandonada ou se tornou perigosa: — *Contra-indicada* em caso de: sínfise pleural, tuberculose brônquica (especialmente ulcerosa ou estenosante dos brônquios principais ou dos lobares), destruição pulmonar extensa, cavidades gigantes ou insufladas, cavernas periféricas, certas lesões do lobo inferior, tuberculomas, associação de lesões específicas com outras (bronquiectasias, supurações pulmonares crónicas, pulmão policístico, etc.).

Abandonada por ineficaz, devido à natureza e topografia das lesões, à existência de aderências insecionáveis ou de largas zonas de sínfise impossíveis de resolver quer pelo método de *Jacoboeus-Maurer* quer pelo de *Michett*.

Perdida por sínfise progressiva, por empiema. *Perigosa* em caso de insuflação cavitária, atelectasia extensa lobar ou total dependente de factor brônquico, e ainda quando se verifique em pleuroscopia e presença de tubérculos sub-pleurais.

Em todos estes casos a colapsoterapia médica cede o seu lugar à cirurgia.

Sistemática

Cada doente constitui um problema individual. A sua resolução depende, pois, de muitos factores cuja valorização nos permite orientar o tratamento com o fim de obter a cura ou, pelo menos, deter a doença e recuperar o doente. Poderemos, imitando *Price*, considerar 3 grupos de operações. Neles incluiremos os vários tipos de intervenções.

I grupo — Operações que empregam processos de relaxamento (acção indirecta sobre o pulmão):

- 1) pneumolise intra-pleural
- 2) operações sobre o frénico
- 3) escalenotomia
- 4) neurectomia inter-costal múltipla
- 5) pneumolise extra-pleural com ar ou com outro material de enchimento
- 6) pneumolise extra-músculo-perióssea com aplicação de chumaço
- 7) toracoplastia com ou sem apicolise.

II grupo — Operações que utilizam a criação de abertura artificial (acção directa sobre as lesões):

- 1) drenagem endo-cavitária de *Monaldi*
- 2) cavernostomia

III grupo — Operações nas quais se pratica a ressecção da zona, lobo ou pulmão doente.

Farei algumas considerações acerca daquelas intervenções de que tenho prática e mostrarei alguns casos demonstrativos da doutrina.

Pneumólise intra-pleural (corte de aderências)

Operação situada nos confins da medicina e da cirurgia, por um lado, na sua finalidade — melhorar ou completar o colapso, transformar um pneumotórax parcial em total — representa continuação ou complemento de atitude terapêutica francamente médica, ao alcance do fisiologista; por outro lado, pela delicadeza da técnica e acidentes possíveis, é já francamente cirúrgica e exige então, em caso de complicações, mentalidade cirúrgicamente educada e mão cirúrgica adestrada e expedita. Esta operação, assim catalogada, paredes meias com a medicina e a cirurgia, pode ser de extrema simplicidade, limitando-se à secção de único ou múltiplos cordões ou membranas que em poucos minutos se executa ou, ao contrário, exigir desinserções parietais, extensos descolamentos, arriscadas manobras junto dos vasos do vértice, etc.

Fácil ou difícil, na sua aparente simplicidade técnica, tem que ser bem ponderada nas indicações. Poderei talvez dizer que a secção de aderências está indicada se o pneumotórax foi bem indicado, e está contra-indicada se se revelam contra-indicações para o pneumotórax. Isto é: em caso de lesões ulcerosas ou estenosantes dos brônquios principais ou lobares, de extensa atelectasia mecânica, de caverna insuflada ou com tendência para isso, cavernas muito periféricas — o pneumotórax está contra-indicado. Se foi instituído e é parcial, a secção de aderências não se deve realizar. A praticá-la, será com extrema prudência, em determinadas circunstâncias e após modificação das referidas condições desfavoráveis.

Não se deveria instaurar nenhum pneumotórax sem cuidadosa apreciação do estado brônquico por tomografia, broncoscopia ou por ambos os métodos. E, na dúvida, apesar dos raros casos em que, embora parecendo contra-indicado se instala e a evolução é favorável e sem consequências graves, entendo que vale mais perder a possibilidade aleatória e problemática de resolver o caso pelo pneumotórax, do que sujeitarmo-nos — e ao doente — às graves complicações que podem surgir dentro de poucas semanas ou meses: colapso negro, insuflação e ruptura da caverna, empiema, etc.

E daqui se conclui, claramente, que se um pneumotórax foi instituído nestas circunstâncias, apesar da contra-indicação representada pela existência de sérias lesões brônquicas irreversíveis, ou se a influência destas se manifesta depois, por colapso negro, insuflação cavitária, etc., e o colapso é parcial por virtude da presença de aderências, não devemos insistir em manter esse pneumotórax e ainda menos indicar a secção daquelas, ou condescender em a praticar. Devemos desaconselhar a intervenção, prescrever o abandono do pneumo e propor outro processo de tratamento que se afigure adequado. Um pneumo nestas condições não deve ser completado mas abandonado. Se assim não procedermos, ainda que um ou outro caso corra bem, teremos de reconhecer, embora tarde, que não orientamos convenientemente o tratamento do doente, antes escolhemos o pior caminho.

Casos apresentados:

António G.: Pneumotórax bilateral, aderências múltiplas. 3 sessões de cada lado. Colapso total à esquerda. Pulmão preso aos vasos à direita por delgada lâmina pulmonar muito interna. Tomografias e inoculações negativas.

Celeste O. A. — Pneumotórax à esquerda. Aderência externa. Atelectasia peri-cavitária. Tuberculose do brônquio lobar superior (tomografia). Secção de aderências. Colapso negro do lobo superior, derrame e empiema dois meses depois.

Frenicoparalísia

Durante anos a frenicectomia ou frenico-exérese — operação de *Stuertz-Félix*, foi considerada operação exce-

lente. As largas indicações que lhe atribuíam abrangiam lesões da base e lesões do vértice. Hoje, quase totalmente abandonada a exérese assim como a alcoolização do frénico — operações excepcionais na tuberculose pulmonar — recorre-se quase exclusivamente ao esmagamento ou à secção do nervo principal, com destruição das anastomoses motoras. Esta operação permite recuperar a função diafragmática passados 6 a 8 meses, mas, em 10 a 30 % dos casos, segundo estatísticas americanas, a paralisia, mesmo após o esmagamento, é definitiva. É parcial umas vezes, outras total. A razão disto encontra-se em trabalhos experimentais (A. Rodrigues e R. de Carvalho, 1939; Lardanchet, Donady e Venator, 1939; H. Monteiro, A. Rodrigues e S. Pereira, 1938) que provam não se tratar realmente de «um só tronco frénico mas de um sistema frénico cujas anastomoses motoras constituem verdadeiras raízes do nervo e têm sob a sua dependência territórios autónomos e separados do diafragma». Daqui se compreende que a recuperação, quando se dá, pode não ser completa, assim como a paralisia, mesmo temporária, pode não ser total, se não houver o cuidado de destruir as anastomoses (especialmente as do frénico acessório e as do nervo subclávio) que comandam a parte posterior do diafragma. Em resumo, se quisermos a paralisia definitiva praticamos a secção simples; se a pretendemos temporária recorreremos ao esmagamento de meio centímetro apenas do frénico (frenicoclasia ou frenicotripsia).

O efeito desta intervenção depende da sua repercussão sobre a mecânica respiratória e a circulação pulmonar (fenómenos vaso-motores e de estase) e dos fenómenos tróficos e nervosos postos em evidência por Demarez, Devos e Vandecasteele (1939). Estes fenómenos poderiam explicar a influência variável sobre as lesões, a acção hemostática ou, ao contrário, favorecedora de hemoptises precoces ou tardias, as complicações circulatórias e digestivas que se encontram após a frenicoparalisia. Do balanço de seus efeitos, resultou que as indicações da própria frenicotripsia se reduziram consideravelmente. Mas a razão dominante a orientar o critério restrictivo actual é a sua acção sobre a função respiratória, por ser o diafragma o músculo inspirador principal. Por se ter verificado que a paralisia diafragmática por exérese do frénico, inutilizando definitivamente a base pulmonar, é capaz de provocar uma redução da capacidade funcional do pulmão que pode atingir 80 %, segundo os números de Petzold, (cit. por Tulou) aboliu-se a exérese e recorre-se quase exclusivamente, e com parcimónia, ao esmagamento.

Ora, naturalmente que, imobilizando esta operação a base pulmonar, a sua acção exerce-se predominantemente sobre as lesões da base. E estou perfeitamente de acordo com Lardanchet (1950) quando escreve que a má reputação do método vem das más operações executadas em doentes com bases sãs, inutilizando estas, apesar de se pretender actuar sobre lesões situadas no andar superior do pulmão. Como acentua Mitchell (1948) «não há inteiro acordo quanto à importância da localização da cavidade ou da doença. A maioria dos autores referem os melhores resultados nas lesões do lobo inferior. Alguns registaram resultados felizes quando as lesões se encontravam no vértice deste lobo ou no lobo superior. Alexander crê que a localização da lesão tem pouca importância sobre o resultado obtido». Sem se negarem os êxitos obtidos por vezes, que condições pleuro-pulmonares especiais poderiam explicar, considera-se hoje, na expressão de Mayer (cit. por Lardanchet), censurável praticar uma frenicectomia em doentes com lesões do vértice do pulmão. O fisiologista não tem o direito de sacrificar a base sã, estabelecendo indicações insuficientes ou aleatórias para a paralisia do frénico (Lardanchet).

Segundo os trabalhos mais recentes e mais autorizados, o critério que adopto actualmente na limitada aplicação da frenicoparalisia é o seguinte: a indicação principal desta operação reside nas cavernas do lobo inferior, mais particularmente nas cavernas dos segmentos basais deste lobo e, em segundo lugar, nas cavernas para-hilares ou levemente supra-hilares (quase sempre do lobo de Fowler-Nelson ou segmento apical do lobo inferior) desde que se verifique a utilidade da intervenção por meio de pneumoperitoneu prévio. O pneumoperitoneu dá-nos indicações preciosas, com riscos mínimos e resultados por vezes inesperados. Se o pneumoperitoneu se mostra útil, pode aconselhar-nos a

frenicólise e, provavelmente será vantajoso associar os dois métodos. Se o pneumoperitoneu se revela ineficaz, não há, praticamente, probabilidades de tirar proveito da operação sobre o frénico.

Na prática, são as lesões úlcero-fibrosas, pouco evolutivas, recentes, de parede fina, em que o componente fibroso é escasso, que constituem as lesões por todos consideradas óptimas, com a condição de se encontrarem bem localizadas (isto é, com suficiente estofamento parenquimático a rodeá-las), não aderentes à parede nem ao diafragma. Convém, ainda, que não haja sínfise que, anulando os seios costo-diafragmáticos, horizontalize o diafragma, o torne rígido e o impeça de subir.

Não devemos também olvidar a possível existência de lesões brônquicas. A tuberculose brônquica condiciona a melhor indicação da frenicoparalisia (Tapia). As lesões activas brônquicas ou estenoses residuais acentuadas contra-indicam o método, capaz, nestes casos, de determinar a produção de atelectasias, insuflações cavitárias e agravamento das lesões. O tratamento prévio destas alterações brônquicas e as indicações dadas por pneumoperitoneu prudente, orientarão acerca da oportunidade e vantagem da operação.

A paralisia diafragmática — e neste caso definitiva — poderá ainda utilizar-se como método auxiliar de outros processos cirúrgicos, para reduzir a cavidade pleural nos empiemas, nas ressecções pulmonares e, ainda, nas toracoplastias da base, como demonstrei em trabalhos anteriores. Terá também indicações nas hemoptises e supõe-se que favorece a acção dos antibióticos.

Pneumólise extra-pleural

Criado por Tuffier em 1891, teve fortuna vária este método de colapsoterapia cirúrgica. O próprio Tuffier que primitivamente mantinha com insuflações de ar a câmara obitda à custa do descolamento pleuro-parietal, passou depois a enchê-la com gordura do tecido celular sub-cutâneo, mas, mais tarde, voltou a recorrer às insuflações. A técnica destas foi sistematizada por Mayer em 1913, mas a técnica definitiva da operação sob a forma de pneumotórax extra-pleural foi descrita por Schmidt em 1936 e por Graff no mesmo ano.

O pneumotórax extra-pleural, durante muito tempo, constituiu a forma mais corrente da pneumólise extra-pleural. Gozando de períodos de larga popularidade, outros de quase esquecimento, actualmente esta operação tem pouca voga e simpatia entre os cirurgiões ingleses e pratica-se moderadamente na América, em especial desde as conclusões pouco favoráveis de Dolley, Jones e Skillen em 1939 e 1940. Estes autores reviram 2.277 observações de 27 clínicas americanas e verificaram que, ao lado de alta incidência de infecção, se registavam apens 53 % de baciloscopias negativas e que a mortalidade atingia 11 %.

São principalmente os franceses e os escandinavos os seus principais defensores e entusiastas. Bérard em 1951 fez elaborar uma tese a um dos seus assistentes (Juttin) na qual se estudam mais de 2.000 observações e se aproveitam 1.382. No livro de Le Foyer e Delbecq, que utilizam 1.330 observações, encontramos, nos últimos 647 casos, correspondentes ao 3.º período da experiência dos autores, 94,57 % de extra-pleurais eficazes e uma mortalidade de 2,41 %. No trabalho de Martin Seip (1949), em 994 doentes operados há 602 extra-pleurais e apenas 314 toracoplastias.

Tapia (1947) supõe poder-se dizer «de um modo esquemático, que se opõem os investigadores europeus aos americanos». Ao analisar as causas da divergência redu-las a três: 1.º pouca precisão das indicações; 2.º atitude receosa de certos clínicos ante as complicações graves que costumam aparecer, muito especialmente a perfuração bronco-extra-pleural e a infecção da bolsa; e 3.º as dificuldades com que se tropeça às vezes para conservar o colapso durante o tempo necessário. Também Brantigan e Rigdon (1950) aceitam que, embora se tenham progressivamente estabelecido algumas indicações e contra-indicações definidas de determinados tratamentos cirúrgicos, há, no entanto, doentes cuja doença é de tal carácter que não cabe nas indicações ou contra-indicações definidas.

Consequentemente haverá sempre diferenças de critério na escolha da operação e, por tal motivo, regis-

tar-se-á sempre uma percentagem muito elevada de falhas cirúrgicas.

Na pneumólise extra-pleural não se tem utilizado apenas o ar como material de conservação da câmara cirurgicamente criada. A gordura, o músculo, a massa de parafina, a parafina líquida, o óleo gomenolado e, recentemente, os materiais plásticos, aplicados desde 1946, têm servido de material de enchimento. Quanto à parafina, o balanço do método foi feito por *Decker* (1950). O autor reuniu 264 casos de várias clínicas e calcula que, respeitadas as indicações, podemos esperar o desaparecimento da cavidade e negatificação da baciloscopia em metade dos casos. Refere, em 186 doentes, complicações de vária ordem em 82, e 15 mortes. Também *Gowitch* (1950) considera o método perigoso.

A aplicação de material plástico, desde os trabalhos experimentais e clínicos de *Wilson* em 1946, tem-se difundido muito sob a forma das esferas ocas de metil metacrilato ou Lucite. Muitos autores mantêm-se fieis às esferas de Lucite aplicadas no espaço extra-pleural, mas outros apontam seus perigos: empiemas, fístulas, migração para o mediastino, tecido celular e traqueia como na observação de *Geever e Stone* (1950), em que uma das esferas, perfurando a traqueia, ocasionou asfixia e morte do doente. A oposição à pneumólise extra-pleural nota-se principalmente depois que *Trent e col.* e *Murphy* a criticaram (1949).

Os inconvenientes das esferas de Lucite conduziram *Bing, Hansen, Linden e von Rosen* (1951) a realizar experiências em animais, empregando folhas de polietilene, sacos de polietilene, cheios com fitas da mesma substância e, finalmente, esponjas de polietilene, designadas comercialmente por *Polystan*. Estas experiências permitiram que se colocassem em doentes estas esponjas ou blocos, com bons resultados, mas não no espaço extra-pleural.

Por mim, creio que estes materiais plásticos não devem ser colocados no plano extra-pleural. A pneumólise extra-pleural não permite que entre chumaço e pulmão haja protecção suficiente, desde que este fica apenas coberto pelas pleuras sinfisadas, privadas da nutrição parietal que, em tantos casos lhe é necessária (*Zimmermann e col.*, 1952). Daí, a frequência com que se registam supurações, fístulas e perfurações por necrose. E ocorre perguntar: Que necessidade há de continuar a seguir esta via, se podemos, com vantagem, obter boa pneumólise colocando o chumaço no plano extra-músculo-periósseo?

Seja como for, referindo-me à minha experiência pessoal, não pratico primariamente o enchumacamento extra-pleural. Mas já o tenho aplicado em segunda sessão, para corrigir o colapso de operação anterior.

Quando executo a pneumólise extra-pleural é sempre sob a forma de pneumotórax extra-pleural.

Sabem V. Ex.^{as} em que consiste a operação. Ressecado um fragmento da 4.^a, 5.^a ou 6.^a costelas, seccionado o periósseo profundo, atinge-se imediatamente o bom plano de clivagem (nos casos fáceis) que se encontra situado logo para fora da pleura parietal, mais exactamente imediatamente para fora do plano fibro-elástico profundo desta, ou fascia endo-torácica de *Policard e Galy*. Por tal motivo se classifica de descolamento extra-fascial. Este executa-se suavemente (a operação é delicada) em toda a periferia do pulmão e no mediastino, libertando o vértice e fazendo-o descer até às croças (da aorta à esquerda, da azigos à direita) e, em baixo, levando a pneumólise até onde for necessário.

Como é sabido o pneumotórax extra-pleural pode ser limitado ao andar superior do tórax (descendo apenas até à 6.^a, 7.^a ou 8.^a costelas), à maneira clássica de *Graff e Schmidt*, entre nós descrito por *Tapia e Quintela*, ou pode ser extenso, sub-total ou total como o aconselham *Le Foyer e Delbecq* ou, ainda, limitado à base, segundo a técnica de *Joly*.

Esta câmara cirurgicamente criada, passado o trabalhoso período pós-operatório, estabilizada e vazia de derrame, mantém-se à custa de insuflações periódicas de ar.

As indicações desta operação dependerão não só de factores gerais, da sintomatologia clínica, do aspecto radio-

lógico das lesões (tipo, localização, número, dimensões, uni e bilateralidade), mas ainda do critério do cirurgião. Para *Seip*, por exemplo, a toracoplastia tiraria as suas indicações das contra-indicações do extra e, em igualdade de circunstâncias, prefere o extra-pleural. Eu considero o pneumotórax extra-pleural clássico uma boa operação, desde que se observem as suas rigorosas indicações. Sigo nisto o critério de *Tapia*, para quem a operação está contra-indicada: 1.^o nas formas pneumónicas e bronco-pneumónicas caseosas; 2.^o nas lesões úlcero-cirróticas, especialmente as de grande componente atelectásico crónico; 3.^o nas cavernas gigantes ou não gigantes mas muito corticais; 4.^o nas formas hematogéneas recentes (especialmente as de tipo nodular ou acinoso-nodular); 5.^o nas lesões dos brônquios grossos; 6.^o quando há processos intercorrentes ou associados.

O pneumotórax extra-pleural clássico terá pois, como indicação ideal a lesão recente, pequena, (de diâmetro não superior a 4 cm.), de localização alta, acima da 5.^a costela, como bom estofamento parenquimático a rodeá-la, não cortical, com indicação de pneumotórax intra-pleural que não foi praticável (*Tapia*).

Como indicações não ideais, *Tapia* diz forçadas, aquelas que dependem da idade do doente (indivíduos de mais de 50 anos, crianças, raparigas — questão de estética), quando houver lesões no outro pulmão não colapsáveis ou mal colapsadas (por pneumotórax pouco eficaz ou sinfisado, por exemplo), em caso de lesões contra-laterais que, apesar de colapsáveis, não se inactivam completamente, lesões em actividade e com tendência evolutiva e, ainda, quando se verifique mau estado geral do doente.

Ora, embora concorde com a generalidade destas indicações secundárias, entendo que podemos hoje substituir esta forma de colapsoterapia em algumas daquelas circunstâncias, com vantagem, pela pneumólise extra-músculo-perióssea com chumaço.

Pode a sintomatologia clínica, a presença de hemoptises (como já fiz em dois casos) impor um extra de urgência.

Esta operação pode combinar-se com outro colapso homo ou contra-lateral, médico ou cirúrgico: extra bilateral, extra de um lado e toracoplastia do outro, extra de um lado e pneumotórax intra-pleural do mesmo lado ou do lado contrário, etc., etc.

O pneumotórax extra-pleural total terá o seu lugar se houver lesões difusas, que se estendam a grande parte do campo pulmonar, nas lesões bipolares (caverna do vértice e caverna da base) e nos difíceis casos de cavernas para-hilares e infra-hilares internas. Bem entendido, este colapso extenso, implicando anulação total do pulmão durante semanas, exige que o outro pulmão possa suportar o esforço funcional e assegurar a hematose.

O pneumotórax extra-pleural da base está indicado quando há pequena lesão do lobo inferior, baixa, situada em pleno parênquima e não influenciada pelo pneumotórax, pneumoperitoneu e paralisia diafragmática. É, parece, de técnica difícil, conservação e seguimento delicados.

Casos apresentados:

Alice T. S. — Cavidade de 2 cm., central, à altura do 4.^o espaço intercostal posterior, à direita, com pequena zona atelectásica peri-cavitária. Caso ideal. Extra-pleural perfeito. Tomografia e inoculação negativas.

Alberto J. G. — Lesões do vértice direito, múltiplas, pequenas, retro-claviculares, e volumosas cavernas do lado oposto. Extra-pleural à direita, seguido de toracoplastia à esquerda. Caso funcionalmente delicado. Exames funcionais repetidos entre os tempos operatórios e correcção das insuficiências mediante ginástica diafragmática adequada. Bom resultado funcional. Tomografia e inoculação negativas.

Celestino C. — Volumosa caverna para-hilar. Outras lesões disseminadas. Extra-pleural total. Pneumotórax do lado oposto. Bom resultado funcional. Tomografias e inoculações negativas.

Pneumólise extra-músculo-perióssea

A toracoplastia deforma muitas vezes o doente e exige deste uma colaboração difícil de manter através da multiplicidade de tempos operatórios necessários. Daqui uma das vantagens do pneumotórax extra-pleural: tempo operatório único, ressecção costal mínima, ausência de deformação. Mas o pneumotórax extra-pleural impõe insuflações durante anos...

A utilização de material de enchimento permitiu condensar vantagens e anular inconvenientes desde que se encontrou a garantia de ser o chumaço inerte e bem tolerado pelos tecidos. O *metil metacrilato* em esferas e o *polietilene* em esponjas lisas parece cumprirem esta condição. Mas, como vimos, é desnecessário e perigoso colocá-los em contacto com a pleura. Por assim pensar, a minha experiência incidiu sobre o processo extra-músculo-periósseo com chumaço.

Este processo de colapsoterapia foi inaugurado por Mayer e Rougemont em 1947, em 6 casos, sob a forma de pneumotórax. Nalguns dos 100 casos seguintes, os autores colocaram esferas de resina acrílica nas câmaras criadas no espaço extra-periósseo (1949). Os autores ressecam um fragmento da 4.^a costela, libertam o periósseo interno das costelas vizinhas assim como os músculos intercostais internos, construindo uma loca cuja parede interna é limitada pelas pleuras parietal e visceral fundidas, cobertas pela fascia endo-torácica, periósseo interno e músculos intercostais internos, e cuja parede externa é constituída pela face profunda das costelas desnudadas e músculos intercostais externos.

Lucas e Cleland (1950) na Inglaterra e, no mesmo ano, dois meses mais tarde, Wood, Walker e Schmidt, na América, descrevem nova técnica. Pertence aos primeiros a criação do «bird cage». Em vez de libertarem apenas o periósseo interno, desnudam totalmente o número de costelas necessário, de forma que o que vai para dentro é todo o periósseo, ambos os músculos intercostais e feixe vasculo-nervoso, e o que fica para fora são apenas as costelas completamente nuas. Neste espaço extra-músculo-periósseo ou sub-costal aplicam bolas de Lucite.

Os outros autores, usam da mesma técnica, mas 3 a 6 semanas depois, extraem as esferas de Lucite e ressecam as costelas já ruginadas. É o chumaço temporário seguido de toracoplastia.

Em todos os casos iniciais, nos que se lhes seguiram e em muitos dos actualmente referidos, o material empregado é a Lucite.

Em 1951, Bring, Linden, Hansen e von Rosen, depois de trabalhos experimentais, aplicam um bloco de polietilene (Polystan) envolvido em folhas de esponja de gelatina (Spongostan) na câmara extra-músculo-perióssea que, na primeira fase da sua experiência (descrita na monografia-suplemento da Acta Tuber. Scandinavica e em filme de divulgação da técnica) construíam à maneira de Mayer e Rougemont, ruginando apenas a face interna das costelas e empurrando para dentro, portanto, o periósseo interno e os músculos intercostais internos. Esta técnica foi modificada depois e, em novo filme que vimos em 1952, verifica-se que na clínica Lund se adopta agora a construção do espaço extra-músculo-periósseo à maneira de Cleland e Lucas: desnudamento completo das costelas (bird cage), libertação total dos periósseos e de todos os elementos intercostais.

Com pequenas variantes pessoais, é esta a técnica que hoje pratico na pneumólise extra-músculo-perióssea com chumaço, sem ressecar nenhum fragmento de costela, apenas seccionando alguma, quase sempre a 4.^a, junto da apófise transversa, desviando-a para facilitar a introdução do Polystan, mas repondo-a no seu lugar.

Obtém-se assim, de uma só vez, numá só operação, o colapso para o qual seria necessária uma toracoplastia em vários tempos. Este colapso considera-se como definitivo (embora nos obriguemos confessar que, em relação ao Polystan conhecemos a tolerância de muitos meses já, mas não a de vários anos); é um colapso correcto que se acompanha, sendo necessário e sendo possível, de apicólise, não dá deformidade torácica porque não há ressecção costal, não se verificam ou são muito moderadas as perturbações

funcionais, porque o próprio chumaço amparando o mediastino, impede-o de baloiçar, e não aparece respiração paradoxal.

A minha impressão baseada em 50 casos, por enquanto, é boa. Mas, como disse, decorreram meses e não anos...

Devo, no entanto, sublinhar que restrinjo as indicações. Considero como casos óptimos para esta operação os chamados ideais para pneumotórax extra-pleural. Aqui obtemos o mesmo resultado e o mesmo colapso parenquimático electivo ou quase, sem as complicações do extra nem a necessidade de manter a câmara por meio de insuflações, durante anos.

Constituem também boa indicação os casos propostos para toracoplastia quando as lesões não são muito superficiais. Apesar de o colapso ser obtido longe das pleuras e não ser de temer a falta de nutrição das lesões, parece-me prudente não favorecer a possibilidade de complicações resultantes da perfuração cavitária por compressão, necrose, etc., quando as lesões são muito volumosas ou muito superficiais.

Também me parece poder servir o método se a exploração funcional respiratória demonstra tratar-se de casos limites, funcionalmente, para toracoplastia.

Excelente indicação considero ainda a caverna residual após toracoplastia. A toracoplastia de revisão ou rectificação com Polystan, operação de menor responsabilidade técnica do que a difícil ressecção em doente toracoplastiado (sem dúvida grande indicação da exérese) tem-me permitido resolver satisfatoriamente difíceis casos de caverna residual após toracoplastia, como veremos no capítulo seguinte.

Casos apresentados:

João V. G. — Indicação ideal de pneumotórax extra-pleural. Pneumólise extra-músculo-perióssea com aplicação de Polystan. Excelente colapso. Baciloscopia negativa. Tomografia negativa.

P.e M. O. S. — Forma fibrocavosa do lobo superior. Indicação de toracoplastia: Pneumólise extra-músculo-perióssea com aplicação de Polystan. Excelente colapso. Baciloscopia negativa.

Toracoplastia

Esta operação tem por fim obter o colapso permanente e definitivo do pulmão à custa da ressecção de certo número de arcos costais.

Este conceito basilar materializa-se com maior eficiência mediante artificios de técnica que se associam à ressecção costal e que tornam o colapso mais eficaz e, ao mesmo tempo, mais electivo. Entenda-se, porém, que limitar o sacrificio costal não quer dizer ressecar costelas em menor número nem em menor extensão do que é necessário. Porque o número e a extensão convenientes constituem duas das muitas condições indispensáveis à eficiência do colapso. Quanto à electividade, é este um outro objectivo: colapsar e, portanto, inutilizar apenas a zona pulmonar doente, poupando a maior quantidade de parênquima são, de sorte a prejudicar o menos possível o valor funcional do órgão. Conjuguar eficácia terapêutica e economia funcional e anatómica deve constituir preocupação constante do cirurgião, embora as circunstâncias obriguem muitas vezes a sacrificar esta em favor daquela.

A toracoplastia executa-se segundo técnicas várias: à maneira clássica — toracoplastia moderna (Alexander, 1928), com apicólise à Semb ou à Price; com regeneração condicionada à Quintela; invertendo os tempos (toracoplastia retrógrada ou ascendente); por via axilar à Paola e Morelli, etc., etc.

Não me é possível descrever estas modalidades técnicas, nem dizer quando as devemos preferir. Mas quero acentuar que não se deve escolher uma só para a aplicar em todos os casos. Com efeito, se a técnica escolhida não inclui certos artificios (apicólise, desarticulação costo-transversária, tempo complementar anterior, etc.) pode ser insuficiente; e, se os inclui, pode não haver necessidade deles e alguns complicam a operação. Por esse motivo entendendo que cada caso tem a sua indicação técnica, e que esta é imposta não pelo hábito ou comodismo do cirurgião, mas pela natureza, situação, dimensões e número das lesões, assim como pelas condições do doente.

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 apirogénica	3 c. c.

FORTE

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

Fenicolírio

COLÍRIO DE CLORANFENICOL

SIMPLES

4:1.000

FORTE

8:1.000

Com largo espectro de acção para o tratamento
das afecções oculares



Feridas oculares • Hordéolos • Blefarites • Conjuntivites
Dacriocistites • Queratites • Ulceras da córnea
Oftalmia neonatorum • Oftalmias gonocócicas
Tracoma • Cirurgia ocular.

Laboratório Saúde, L.^{da}

Rua de Santo António à Estrêla, 44

LISBOA

A toracoplastia deve obedecer aos princípios e abranger os fenómenos básicos da toracoplastia cirúrgica, assim enunciados por *Chamberlain* e *Finnerty* (1949): relaxamento, compressão e imobilização pulmonares, oclusão brônquica, modificações da circulação sanguínea e linfática. Este conjunto de mecanismos é posto em movimento mercê das tais variantes de técnica, cujos objectivos fundamentais são, afinal, os de toda a colapsoterapia cirúrgica: obter o máximo de colapso, preservar a função respiratória, reduzir ao mínimo a deformidade.

Indicações: A toracoplastia, operação com a qual obtemos à roda de 80 % de curas, dá uma mortalidade reduzida desde que todas as condições de segurança se cumpram e desde que se execute de maneira fraccionada, em tempos sucessivos e, ainda, desde que não sejam muitos os casos pertencentes ao 4.º grupo de *Price* — casos maus ou desesperados.

A toracoplastia está principalmente indicada em doentes com lesões cavitárias unilaterais. O outro pulmão deve estar isento de lesões ou, se existem, devem ser inactivas.

As indicações serão formais para todos os casos de cavernas do lobo superior se não houver outra possibilidade terapêutica.

Os factores que intervêm a orientar as indicações são, segundo *Price* (1949): 1.º a quantidade de parênquima pulmonar atingido: «a cura do doente à custa do seu estropiamento respiratório não tem valor para o cirurgião, nem certamente para o doente»; 2.º o grau de actividade das lesões. Aqui o autor considera 4 tipos de doentes: a) com formas estabilizadas; b) com formas de surtos sucessivos ou de recaídas; c) com formas progressivas; d) com formas desesperadas.

a) Os doentes com formas estabilizadas «são aqueles que todos os cirurgiões ambicionam; não há toxemia e o estado do doente mantém-se estacionário, durante todo o período da observação. O estado geral é excelente e os únicos sintomas são tosse e expectoração» quando existem. Podem ser operados em qualquer altura.

Muitos destes doentes considero-os hoje como boa indicação para pneumólise extra-músculo-perióssea sem ressecção costal e aplicação de chumaço.

b) Os doentes com formas de recaídas «assemelham-se aos do grupo anterior, salvo em haver períodos de toxemia com febre, certo mal-estar, e aumento dos sintomas subjectivos. Nos intervalos destas crises o doente volta a encontrar-se nas condições em que estava antes da recaída».

Só devem ser operados em períodos de acalmia e, exactamente como os do primeiro grupo, entendo que aqueles que obedecerem às condições já enunciadas podem ser submetidos à pneumólise extra-músculo-perióssea com *Polystan*.

c) «Nas formas progressivas o doente está intoxicado e o curso da doença é constantemente descendente, se bem que as pioras sejam lentas». «A demora só conduz ao agravamento e, consequentemente, a operação uma vez decidida deve ser executada o mais depressa possível».

d) Nos do 4.º grupo a mortalidade é elevada — à roda de 35 %, mas como sem operação o doente morre dentro de meses, pode correr-se o risco na esperança dos 65 % que se salvam. É a propósito deste grupo que *Price* diz, e até certo ponto com razão: «Operamos doentes e não estatísticas».

São de grande utilidade para apreciação do momento propício para a intervenção as determinações periódicas da velocidade de sedimentação globular, conjugadas, bem entendido, com outros elementos de valorização do estado do doente.

Haveria aqui lugar para discutir a indicação da toracoplastia em casos especiais: cavernas da base, cavernas gigantes, pulmão destruído, que constituem hoje, para a maioria dos cirurgiões, casos para ressecção.

Sem negarmos a indicação (que também seguimos), como nem só a lesão local importa, convém saber que em certas formas de cavernas da base a toracoplastia é excelente operação de recurso, como demonstrei em trabalhos anteriores e tenho continuado a verificar; que as cavernas gigantes cedem à toracoplastia, como V. Ex.as verão do-

cumentado, e que certos casos de pulmão destruído podem ser resolvidos, também, por meio desta intervenção.

Uma palavra acerca das contra-indicações.

A tráqueo-bronquite tuberculosa pode diminuir o êxito da toracoplastia, mas não a contra-indica necessariamente (*Shaw*). O que contra-indica fortemente a toracoplastia é a falta de reservas respiratórias. Não se deve colapsar um pulmão em doente já dispnéico, se esse colapso parece capaz de agravar as dificuldades já existentes. Por isso, cada vez se acentua mais a necessidade de avaliar previamente as condições funcionais dos doentes destinados à colapsoterapia cirúrgica, de forma a que a apreciação das reservas respiratórias nos garanta a possibilidade de cumprir completamente o programa operatório estabelecido. Como diz *Shaw*, não é justo iniciar um processo terapêutico se houver poucas probabilidades de o levar a cabo.

Contra-indicações consideradas absolutas:

Doença activa ou extensa do pulmão contra-lateral, doença extra-pulmonar associada de prognóstico grave (óssea, laríngea, etc.), grandes cavidades basais solitárias, tuberculoma, granuloma tuberculoso da traqueia ou brônquios grossos.

Constituem contra-indicações relativas:

Tuberculose mínima, estenose dos brônquios grossos, bronquiectasias, tuberculose exsudativa grave, cavidades císticas possivelmente epiteliaizadas idade do doente.

Algumas destas contra-indicações, por serem relativas, podem deixar de o ser se conseguirmos modificar as condições que elas criam. Outras tais como a idade do doente, constituem limitação com certa elasticidade. Admite-se que a toracoplastia deve ser substituída por operação não deformante nas crianças em idade de crescimento. Os indivíduos de idade avançada, artigos recentes demonstram que podem ser operados com êxito e sem complicações. Eu conto, nos meus casos, várias observações de doentes de 60 anos operados de toracoplastia, com bons resultados. Claro que estes doentes impõem maior vigilância de seu aparelho cárdio-vascular.

As lesões do lado oposto podem exigir a execução de colapsos combinados, médico-cirúrgicos de ambos os lados, tal como referimos a propósito da pneumólise extra-pleural.

Não devemos também esquecer a possibilidade de operar doentes com lesões contra-laterais sob a acção protectora dos antibióticos aplicados antes, durante e depois da operação.

Inclui-se no capítulo das toracoplastias a *toracoplastia de revisão* ou *urectificação* a que já nos referimos. É uma intervenção em que se reopera o doente toracoplastiado há mais ou menos tempo e que ficou com uma cavidade residual. Dá-se a formação de regenerações ósseas, quase sempre de aspecto desordenado, que se fixam em posições caprichosas, de tal sorte que a caverna não tem possibilidade de fechar e desaparecer, alojada como está no ângulo morto posterior.

Percorre-se então, de novo, o mesmo caminho até ao plano das regenerações e tiram-se estas em bloco ou individualmente, destruindo assim a rigidez e dureza desse plano ósseo de neo-formação, e no espaço sub-escapular aplica-se um chumaço de *Polystan*. É uma operação trabalhosa por vezes, mas que, correcta e cuidadosamente feita, é económica e conservadora pois não alarga a toracoplastia, e resolve uma situação que só a difícil ressecção em doente toracoplastiado poderia solucionar. A aplicação de *Polystan* nestes casos constitui, para os autores escandinavos a mais forte indicação do método. A minha experiência permite-me confirmar o grande benefício que trouxe à toracoplastia de revisão o chumaço de *Polystan*.

Casos apresentados:

Caso típico — Lesões fibro-caseosas do vértice. Toracoplastia clássica. Cura.

Felisbela S. T. — Caverna do segmento basal posterior do lobo inferior direito. Pneumotórax impraticável: caverna aderente ao plano costal — plano 3 de tomografia. Frenicectomia e pneumoperitoneu ineficazes. Toracoplastia da base que por virtude da recusa da doente se reduziu a um tempo só (9.ª, 8.ª e 7.ª costelas). Cura. Tomografia e inoculações negativas.

- Maria A. T. — Caverna da base direita, volumosa, posterior, aderente ao plano costal. Tuberculose brônquica. Toracoplastia ascendente com conservação da 1.^a costela. Cura. Tomografia e baciloscopias negativas.
- Emília S. R. — Caso de pulmão destruído. Toracoplastia retrógrada. Cura.
- Albino T. S. — Pulmão destruído à esquerda. Toracoplastia. Cura. Tomografias e baciloscopia negativas.
- Francisco N. de A. — Volumosa caverna do vértice esquerdo, muito apical, quase sem parênquima à roda. Denso mas não espesso halo atelectásico pericavitário, que na parte superior e na externa encosta à grade costal. Toracoplastia com apicólise. Cura. Tomografias e baciloscopias negativas.
- Antônio E. C. J. — Volumosíssima caverna do lobo superior direito com eixo maior de 12 cm. Toracoplastia. Cura: Tomografias e baciloscopias negativas.
- Madalena A. C. — Toracoplastia em 1950. Persistência de cavidade residual e de baciloscopia positiva. Esta cavidade encontra-se alojada no ângulo morto posterior, perfeitamente encostada ao mediastino, onde o colapso é excelente e não se vê praticamente pulmão. Na toracoplastia havia sido executada a desarticulação costal e a secção das transversas. Vê-se nitidamente em radiografia e em tomografia. Toracoplastia de revisão com aplicação de chumaço de Polystan. Cura: Tomografia e inoculações negativas.

Cavernostomia

Não tenho prática desta operação. Tem sido realizada entre nós por *F. Rodrigues*, em cavernas da base encostadas à parede, com bons resultados anatómicos e sem prejuízo funcional.

Drenagem endo-cavitária de Monaldi

Tem hoje menos voga do que teve há anos. Presta serviços reduzindo as dimensões de cavidades volumosas e insufladas, e permitindo que se torne um bom caso cirúrgico aquele que até aí era duvidoso, devido às dimensões da caverna e à disposição valvular do brônquio de drenagem.

Exige bom parênquima a rodear a lesão, ausência de cavidades na vizinhança que possam abrir por virtude da retracção da lesão principal, e exige ainda, claramente, que os folhetos pleurais estejam sinfisados.

Se a parede da caverna se confunde com a parede costal e não há, à volta, parênquima que possa distender-se no decurso da aspiração cavitária, a operação é inútil.

Casos apresentados:

Matilde D. R. — Volumosa caverna do lobo superior direito. Drenagem endo-cavitária de Monaldi. Redução da cavidade a cerca de centímetro e meio de diâmetro. Toracoplastia. Cura: Tomografia e inoculação negativas.

Jorge P. — Enorme cavidade insuflada do lobo superior direito. Drenagem endo-cavitária de Monaldi. Redução da cavidade a cerca de centímetro e meio de diâmetro. Toracoplastia. Cura: Tomografia e inoculação negativas.

M. M. P. da C. — Enorme cavidade do lobo superior esquerdo, de paredes finas que parece fazerem corpo com a parede costal. Lesões de disseminação. Drenagem endo-cavitária de Monaldi perfeitamente inútil.

Ressecções pulmonares

A ressecção pulmonar nasceu nas mãos de *Block*, *Ruggi*, *Tuffier*, *Lawson* e outros, no fim do século passado. Os primeiros casos eram de tuberculose. De início catástrofes, mais tarde tornou-se operação corrente em certos meios e, por fim, reduzidas a pesada mortalidade e a grave morbidade, veio a constituir método operatório não só útil mas necessário na terapêutica da tuberculose pulmonar.

A experiência actual no capítulo das ressecções pulmonares iniciou-se verdadeiramente com a pneumectomia

esquerda que *Graham* realizou em 1933, por cancro bronco-géneo do pulmão Daqui em diante, nos Estados Unidos e na Europa, progressivamente, o à-vontade com que se abor-davam os órgãos intra-torácicos, o desenvolvimento e aperfeiçoamento técnicos, e, enfim, o aparecimento dos anti-bióticos permitiram aplicar à tuberculose os métodos de ressecção de que beneficiavam outras afecções pulmonares não tuberculosas, tais como tumores e bronquiectasias.

Entre os progressos técnicos há que mencionar como importantíssimos a laqueação individual dos constituintes do hilo (*Rienhoff*, 1933; *Edwards*, 1934), até aí laqueado em massa com o torniquete de *Shenstone* e *Jones* (1928), e a ressecção segmentar iniciada por *Churchill* e *Belsey* (1939), que os trabalhos de *Ramsay* (1948), e *Boyden* e *Scanell* sobre a distribuição vascular e brônquica dos segmentos pulmonares permitiram desenvolver e metodizar, depois da sistematização da segmentação pulmonar.

O desenvolvimento técnico, o compararem-se as localizações pulmonares da tuberculose com as extra-pulmonares, chamadas cirúrgicas, levou a proceder, como nestas, à extirpação do foco. Além deste factor, ainda outro a considerar como decisivo (*Duarte*) na aplicação à tuberculose dos métodos de extirpação: o terem sido ressecados alguns pulmões tuberculosos, por erro, mas com bons resultados. A verificação ulterior de que alguns dos «tumores» e bronquiectasias extirpadas eram lesões tuberculosas e que, apesar disso, os resultados contavam como êxitos, mostraram a possibilidade de ressecar pulmões tuberculosos.

Os antibióticos e bacteriostáticos constituíram precioso auxílio para evitar e combater complicações. Mas entre eles salienta-se a estreptomomicina. Em 1947 *Glover*, *Claggett* e *Hinschaw* publicaram o resultado das primeiras ressecções (5 casos) efectuadas sob a acção protectora da estreptomomicina. Para não alongar, limitemo-nos apenas aos números de *Sweet* e aos de *Bailey*. O primeiro registava 63 casos operados sem estreptomomicina, revistos ao fim de 3 e mais anos; a mortalidade atingia 44,4%, mantinham-se lesões activas em 14,3%, e 41,3% dos casos estavam aparentemente curados. *Bailey*, em 100 casos operados sem estreptomomicina, verifica uma mortalidade de 17% e complicações em 49%. Noutros 100 casos operados sob a acção da estreptomomicina a mortalidade baixou para 2% e as complicações não excederam 10%.

Em 1949 *Sarot*, seguido por *Santy*, *Bérard*, *Mathey* etc. descreveu uma técnica magnífica que permite retirar em bloco pulmão e pleura. É a pleuro-pneumectomia. A via extra-pleural melhorou também consideravelmente as possibilidades de acesso ao hilo pulmonar quer nas pneumectomias quer nas lobectomias.

Desta sorte, timidamente proposta a princípio, alargou-se tanto a facilidade com que se propõe a exêrese que, possivelmente, se poderá tratar de excessiva. Haja vista, por exemplo, a comunicação de *Chamberlain* e *Klopstock* (1950) que, depois de 250 ressecções segmentares em 75 doentes, estão convencidos não ter o mínimo inconveniente seccionar o parênquima através de lesões tuberculosas porque, se são inactivas, isso não tem consequências e, se o não são, a estreptomomicina lá está, com a sua acção protectora a prevenir complicações e a garantir o êxito...

Houve, evidentemente quem fizesse reparos. *Tuttle*, comentando esta comunicação afirma que, em 200 casos, o aparecimento de disseminações, fístulas tardias, empiemas, etc., foi em tal percentagem que ele, *Tuttle*, desaconselha o método.

É ainda expressão do que afirmamos acerca da expansão do método, o que se lê em notícia recente: em determinada clínica americana a relação toracoplastias-ressecções, até aqui representada por 20 para 1, inverteu-se e exprime-se agora por 3 ressecções para cada toracoplastia.

Há, ainda, na ressecção pulmonar, problemas para resolver: o da cicatrização brônquica, o enchimento do hemitórax que se deixou vazio na pneumectomia, etc. A anulação do espaço até aí ocupado pelo pulmão pode fazer-se por toracoplastia secundária ou na mesma sessão; mas não há unanimidade acerca da utilidade da toracoplastia nestas circunstâncias.

Não é seguro que a toracoplastia evite as fístulas brônquicas nem diminua as perturbações funcionais consecutivas à ressecção. Alguns acreditam mesmo que estas

últimas podem exagerar-se em virtude da escoliose resultante da toracoplastia.

De forma que, em conclusão, a ressecção pulmonar ocupa, por direito de conquista, posição de legítimo relevo na cirurgia da tuberculose pulmonar.

Indicações: «A discussão das indicações e a escolha dos doentes em que a ressecção pulmonar parece justificada constitui o maior problema da exérese por tuberculose» (*Santy*). No mesmo congresso de Paris (1951) em que *Santy* proferia estas palavras, *Sellers* dizia também: É certo que estamos numa fase em que este tratamento é aplicável e alguma coisa sabemos decorridos já alguns anos, mas duvido se, em muitas circunstâncias, muitos de nós estaríamos de acordo sobre quando e como esta forma de cirurgia deve empregar-se».

Com efeito, não é difícil exemplificar e mostrar que certa indicação, indiscutível para *Overholt*, não o é para *Price*. Para *Santy*, por exemplo, haveria dois conceitos ou correntes: para uns, a exérese estaria indicada sempre que a colapsoterapia médica ou cirúrgica demonstrou ser ineficaz e naqueles em que, pelo carácter das lesões, o colapso certamente fálharia. São as indicações imperativas do autor. Para outros, no mesmo doente, pode indicar-se a ressecção ou o colapso consoante as circunstâncias. São as indicações relativas.

O autor inclui, por exemplo, nas primeiras, o pulmão destruído, no qual, aliás, a ressecção, lhe deu resultados pouco animadores: mortalidade 38 %, empiemas, fístulas brônquicas frequentes (25 em 65 obs.). Ora o pulmão destruído constitui para *Price*, e a mim me parece o mesmo, em certos casos, boa indicação para toracoplastia, por traduzir condições gerais de terreno e não deve ser considerado sempre e apenas no aspecto de lesão local. Em face deste simples exemplo, e mais poderia dar, entendo, pois, que devemos chamar imperiosas, indiscutíveis, categóricas ou absolutas aquelas indicações em que só a ressecção é susceptível de resolver o caso e não pode ser substituída por outra terapêutica. Se outro processo cirúrgico pode ser utilizado com probabilidades de êxito, não deve excluir-se e deverá ser mencionado. Poderá ser útil, talvez, em centros menos apetrechados e há que conhecer a possibilidade de dar bons resultados. Terá, pois, esta indicação que sair do grupo das indicações absolutas e será incluída no das relativas, com razões de preferência, se quisermos, mas sem esquecer que nem sempre as condições óptimas se encontram realizadas quer da parte do doente, quer da parte do próprio cirurgião, quer ainda do meio em que trabalha. Se assim não se fizer parecerá que, não havendo possibilidade de ressecção, não há mais nada a fazer, e que o doente não tem nenhuma probabilidade de cura.

Claro que isto exigiria estudo comparativo, para cada indicação, entre os resultados obtidos com as ressecções e com a colapsoterapia.

Foi o que fez *Sellers* para o conjunto das indicações, verificando uma mortalidade de 2 %, complicações em 4 % e bons resultados em 88 %, em 800 casos de toracoplastia, ao passo que, em 189 ressecções, os resultados bons se registavam em 72 %, havia complicações em 14 % e a mortalidade atingia 8,2 % (e não é alta). Concluiu, então, que se deve reservar a ressecção para limitado tipo de casos, isto é, para aqueles em que a colapsoterapia falhou ou foi impraticável. E *Sellers* é um cirurgião notável, em ressecções pulmonares. Claro que esta não será a opinião geral, mas é prudente, categorizada e bem apoiada.

Posto isto, vejamos as indicações indiscutíveis:

1) Estenose brônquica, do brônquio principal ou dos brônquios lobares, quase sempre acompanhada de supuração e fenómenos de retenção ou de pulmão excluído, empiema, etc.

2) A presença de bronquiectasias extensas, com participação do lobo médio ou inferior.

3) A presença simultânea de supurações crónicas do pulmão.

4) Piotórax com pulmão denso, excluído ou escavado: indicação de pleuro-pneumectomia.

5) Foco denso pulmonar, persistente sob pneumotórax, se este foi instituído — tuberculoma. Neste caso a impossibilidade de excluir o cancro do pulmão impõe a exérese.

6) Certos casos de acidente agudo: insuflação cavitária, ruptura de caverna, hemorragia.

7) Cavidades do lobo inferior, mas não obrigatoriamente todas, como já vimos, pois algumas podem ser tratadas por toracoplastia.

8) Falha da toracoplastia: caverna residual. Uma palavra a respeito desta indicação. Encontra-se em *Chamberlain, Sarot, Mathey, Santy, Bérard, Overholt, Price, etc.*, como indiscutível indicação de ressecção a falha da toracoplastia. Claro que estas opiniões, pela sua autoridade e unanimidade, fazem lei. Mas eis um dos tais casos em que não se deve deixar de recordar a possibilidade de obter com a toracoplastia de revisão e aplicação do chumaço de Polystan, a cura do doente, se o cirurgião não tiver condições para praticar a exérese ou o doente não a puder suportar. Convém lembrar, ainda, que, com pequeno risco, pouparemos uma base útil (a ressecção nestes doentes é em regra uma pneumectomia), pois a toracoplastia de revisão raramente alarga a toracoplastia inicial. Mostrei a V. Ex.^{as} um exemplo, e mais poderia exhibir, de que assim solucionamos estes casos.

Serão indicações relativas, embora, como acentuei, com motivos de preferência segundo as circunstâncias, aquelas em que, além da ressecção poderemos propor outra modalidade cirúrgica. Nalgumas dessas indicações a experiência adquirida, os êxitos obtidos em larga percentagem de observações, garantidos pelo tempo, as condições de trabalho do cirurgião e as próprias condições do doente, podem constituir razões dessa preferência. É o que se passa com as ressecções segmentares do lobo superior, com as lobectomias em certas cavernas insufladas ou gigantes (que *Price* prefere tratar por toracoplastia), com o próprio pulmão destruído em que já falei e, também, como já vimos, com algumas localizações cavitárias do lobo inferior. Nestas tende-se quase unânimemente para a lobectomia nas dos segmentos basais e para a ressecção segmentar nas do lobo de Nelson, se não cederam aos tratamentos conservadores.

Casos apresentados:

João A. — Caverna do lobo inferior esquerdo. Lobectomia do lobo inferior. Cura. Baciloscopias negativas.

José de F. — Bronquiectasias tuberculosas do lobo inferior direito e do lobo médio. Lobectomia do lobo inferior, ressecção segmentar do médio, e descorticção do lobo superior. Cura.

Arie K. — Tuberculoma do lobo superior esquerdo. Diagnóstico pré-operatório: neoplasia pulmonar. Pneumectomia. Cura.

Olinda S. — Pulmão denso e multiescavado, empiema tuberculoso crónico. Péssimo estado geral. Pleuro-pneumectomia direita. Empiema específico e deiscência da cicatriz operatória.

Ir. M. B. de O. — Pulmão excluído à esquerda com estenose cicatricial do brônquio principal esquerdo de 3 mm. de diâmetro. Supuração crónica e retenção. Pneumectomia extra-pleural. Cura.

*

Eis o panorama da cirurgia na tuberculose pulmonar tal como o vejo através da minha experiência. Os conceitos, indicações e conclusões não deverão talvez considerar-se definitivos, pois já diferem alguma coisa daqueles que expus há meses, aqui mesmo, em platera aos médicos dos Dispensários do Norte.

No fim desta rápida revisão do problema parece que poderemos concluir de modo que se afigurará em oposição com a maneira como começamos. Na verdade, começamos por aceitar que a tuberculose pulmonar não é uma doença cirúrgica e agora, no fim, verificamos que para esta localização da doença possuímos uma cirurgia que, além de muitas indicações precisas, ostenta uma riqueza que se manifesta na qualidade e na variedade de métodos e processos — riqueza que raro encontramos nas técnicas aplicáveis a outros departamentos orgânicos, quando neles temos de tratar processos patológicos unânimemente considerados do foro cirúrgico.

MOVIMENTO MÉDICO

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

RESUMOS DA IMPRENSA MÉDICA

Aumento de resistência das moscas aos insecticidas de poder residual («J. A. M. A.» 149 (18):1653; 1952).

Foi na Europa que se citaram os primeiros casos de resistência das moscas — *Moscas domésticas* — aos insecticidas de contacto e acção residual: D. D. T., B. H. C., etc., sobretudo na Itália. A partir de 1947 começaram a conhecer-se casos semelhantes nos U. S. A. e em número sempre crescente, não só para o D. D. T. e B. H. C. (hexcloroto de benzeno ou «gama-hexano»), como também para todas as restantes insecticidas de contacto do grupo das hidrocarbonetos clorados: cloredane, metoxiclor, toxafeno, «dieldrin», etc.. Além disso passou a verificar-se, pouco depois, a existência de resistências cruzadas; por ex.: uma certa estirpe de moscas, tornada resistente no D. D. T. pela aplicação gradual na região daquele produto, torna-se igualmente resistente aos restantes insecticidas do mesmo tipo — que são, de longe, a maioria.

A resistência que a princípio se estabelece lentamente, afirma-se depois com enorme intensidade e é transmitida aos descendentes, habitualmente.

Demonstrou-se que a pulverização, sobretudo se com pequenas quantidades e repetidas, daqueles insecticidas, em estrumeiras, estábulos, currais, cavalariças, etc., mas especialmente a pulverização das estrumeiras, muito contribuíram para o aparecimento de estirpes resistentes, por todo o mundo.

Este aumento de resistência parece ser devido a uma ou várias das seguintes causas:

1.ª) metabolização mais rápida e perfeita das insecticidas em substâncias inofensivas, propriedade que algumas estirpes parece ter primariamente, mesmo na ausência de qualquer contracto prévio com os insecticidas, enquanto que outras estirpes parecem adquirir pouco a pouco tal propriedade, por meio de pequenos contactos prévios; 2.ª) pequenas características morfológicas ou funcionais, iniciais ou adquiridas; 3.ª) hábitos alimentares e de movimento diferentes.

Em alguns estados dos U. S. A., como no de Illinois, as autoridades de Saúde Pública já puderam concluir que aqueles insecticidas, inicialmente tão promissores, têm pequeno ou nenhum interesse prático no combate à mosca doméstica.

L. C. M.

Desinterias de origem viral. («J. A. M. A.» 149 (18):1619; 1952).

Tem-se descrito cada vez com maior frequência epidemias de «síndromas disintéricos» de origem viral, sobretudo nos U. S. A.

Com certa frequência, estas disenterias inicialmente de origem apenas viral, vêm a complicar-se por superinfecções intestinais por outros germens, como estafilococos, salmonelas, shigellas, colibacilos, proteus, estreptococos, enterococcus, etc., o que, regra geral, impede o diagnóstico causal exacto.

As epidemias de disenteria viral têm-se verificado quase que exclusivamente no Outono e sobretudo em comunidades fechadas com índice sanitário um pouco inferior, como por ex. em asilos, creches,

hospitais de província etc., atingindo regra geral, quando surgem, cerca de 20 % da população daquelas comunidades.

Os casos são geralmente benignos e ambulatorios, curando espontaneamente na grande maioria dos casos, sobretudo entre adultos em plena saúde geral. Agrava entretanto os casos a superinfecção acima referida e que parece ser particularmente frequente e de temer entre as crianças de tenra idade e os lactentes.

Nas enfermarias de pediatria onde todos os cuidados higiénicos não sejam escrupulosamente respeitados, tais epidemias atingem facilmente 90 % a 100 % dos pequeninos doentes é a mortalidade, por superinfecção intestinais e toxicoses (a que são tão sujeitas), pode ser elevada.

Sobretudo nos adultos têm-se descrito por vezes pródromos, durante 1 a 3 dias, em regra, e caracterizados sobretudo por dores pelo corpo, rinorreia e faringite.

L. C. M.

Diamidinas na Actinomicose («J. A. M. A.» 150 (1):33; 1952).

Muito recentemente as diamidinas, drogas já utilizadas com certo êxito nas leishmanias viscerais (kala-azar), nas tripanosomias e em infecções superficiais diversas, revelaram-se altamente eficazes em todos os casos de actinomicose, mesmo mais eficazes do que as sulfamidas e a penicilina. Cita-se um interessante caso clínico de uma broncopneumonia actinomicótica, que resistiu a doses elevadas de sulfamidas e de penicilina e que se curou rapidamente com a stilbamidina. Tanto a stilbamidina como a propamidina se mostraram igualmente eficazes em casos de blastomicoses também e pensa-se que elas poderão ser bastante úteis em muitas outras micoses.

L. C. M.

Radiodiagnóstico da dilatação aguda espontânea do estômago. — OLIVER (Cl.), FAUREL e JOFFRE (Press Méd. LX:1284; 1 Oct, 1952).

A dilatação espontânea do estômago é uma afecção rara, cuja gravidade, de si muito grande, é acrescida pela laparotomia, muitas vezes imposta por erros de diagnósticos, ou apenas por dúvidas.

O seu diagnóstico deve pois ser feito com muita precisão.

Ele repousa, habitualmente, sobre o contraste entre os sinais clínicos de oclusão intestinal e de rápida e intensa distensão abdominal e uma imagem de opacidade abdominal difusa interrompida à esquerda por uma claridade subfrénica com nível líquido. Também se deve pensar nessa afecção quando, existindo sinais clínicos de peritonite, a radiografia revela um grande nível líquido gástrico sem pneumoperitoneu.

Pode ser de grande auxílio a radiografia após clister baritado. Se os espasmos não impedirem a sua progressão, é possível observar-se, desta maneira, que o colon tranverso se encontra deslocado, repellido para baixo pelo grande estômago dilatado.

ECOS DA IMPRENSA MÉDICA

Reynolds, Fredman e Winsor (Am. J. Med. Sc. — Nov. de 1952) apresentam os resultados favoráveis da sua experiência no tratamento das hemorragias por varises esofágicas, por meio do taponamento com balão de borracha distendido por insuflação de ar.

*

Maclyn Mc Carthy passa em revista, no número de Novembro de 1952 dos «Annals of Internal Medicine», as diferentes provas diagnósticas para a febre reumática (pesquisa de vários anticorpos contra o «streptococcus» A e provas de actividade do processo inflamatório reumático, tais como velocidade de sedimentação, reacção de Wettmann, determinação da mucoproteinémia, etc.) concluindo que nenhuma delas é inteiramente satisfatória. O diagnóstico da febre reumática é essencialmente clínico, sendo os dados laboratoriais, como os electrocardiográficos, apenas auxiliares, embora auxiliares preciosos.

Devin, Bonneau, Courbier, Inglesakis e Jean, apresentam na «Presse Médicale» de 1 de Outubro de 1952, os primeiros resultados experimentais, em cães, da reparação das vias biliares por enxerto de um fragmento de veia. O estudo da via biliar assim reconstituída nos animais de experiência prova que o fragmento enxertado foi bem recebido e se epiteliou, a partir do epitélio do colédoco e do epitélio duodenal.

*

Guilleminet e Stagnara, chamam a atenção, no número de 1 de Outubro de 1952 de «La Presse Médicale», para a importância, na gênese de muitas raquialgias, das «entorses vertebrais», que quer dizer das lesões traumáticas (traumatismo importante ou microtraumatismo) afectando os ligamentos vertebrais, com ou sem deslocamento dos corpos vertebrais.

Referem, também, o tratamento médico e ortopédico destas situações.

TONOGLAN

AMPOLAS • GOTAS • COMPRIMIDOS

APRESENTADO NAS FORMAS

TONOGLAN-M

(MASCULINO)

TONOGLAN-F

(FEMININO)

TÓNICO GERAL HORMONO-VITAMÍNICO
PARA TRATAMENTO DOS
ESTADOS DE DEPRESSÃO FÍSICA E PSÍQUICA
POR INSUFICIÊNCIA GLANDULAR

ASTENIA, DEBILIDADE, FADIGA MENTAL,
HIPOFUNÇÃO HIPOFISO-GONADAL,
ATRASOS DO DESENVOLVIMENTO, ETC.

HORMONAS
VITAMINAS E+C
FÓSFORO ORGÂNICO

LABORATÓRIO  **ÚNITAS. LDA.**
C. DO CORREIO VELHO. 8 LISBOA



PRODUTOS DE FAMA MUNDIAL E ELEVADO INTERESSE CIENTIFICO

EM PORTUGAL ENCONTRAM-SE À VENDA OS SEGUINTE PREPARADOS:

ARTANE

Trihexifenidil — Tratamento do síndrome parkinsoniano

CLORIDRATO DE AUREOMICINA CRISTALINA

Antibiótico

COMPLAMOM

Tratamento de todas as formas de anemia

DIGITALIS

DELFIGOL COM METIONINA

Tratamento das doenças do fígado

EXTRACTO HEPÁTICO COM VITAMINA B₁₂ E FOLVITE

Anti-Anémico — 15 U. de extracto hepático com 20 gramas de vitamina B₁₂ e 5 mgr. de ácido fólico por cc.

FOLVITE

Ácido Fólico — Anti-Anémico

FOLVRON

Ácido Fólico com Ferro — Tratamento das anemias secundárias

HETRAZAN

Dietilcarbamazina — Parasiticida orgânico contra as filárias, ascáris, etc.

INTRAHEPTOL

Extracto de fígado por via endovenosa, para tratamento das cirroses hepáticas

LEDERCILINA PARENTÉRICA

300.000 U. O. de Penicilina G Procaína Cristalina e 100.000 U. O. de Penicilina G Potássica Cristalina

LEDERPLEX

Vitamina B Complexa Parentérica

LEDINAC

Granulado (com Folvite) — Associação de: amino-ácidos, proteínas, vitaminas, minerais e hidratos de carbono, para o restabelecimento do equilíbrio ácido-básico

NORMOCYTIN

Anti-Anémico injectável — Vitaminas B₁₂ e B_{12b}

PRENATAL

Dieta suplementar vitamínica e mineral para a profilaxia pré-natal e durante a lactação

PROPILTIOURACIL

Tratamento do hipertiroidismo

TEROPTERIN

Ácido Pteroil-Triglutâmico para a terapêutica anti-cancerosa

TRI-IMUNOL

Vacina mista: Diftérica, Tetânica e Pertussis

TUBERCULINA

Prova de adesivo com tuberculina

VACINA ANTI-CATARRAL MISTA

Para a profilaxia e tratamento da «constipação vulgar», etc.

VACINA ANTI-VIRUS GRIPAL TIPOS A e B

Vacina contra a gripe

VARIDASE

(Estreptokinase 100.000 U.; Estreptodornase 25.000 U.)

VI-MAGNA

Combinação das vitaminas: A, B₁, B₂, B₆, C, D, PP
Pantotenato de Cálcio e Ácido Fólico

AGENTES PARA DIAGNÓSTICO

ANTIGÉNEOS

Lederle

LABORATORIES DIVISION

AMERICAN Cyanamid COMPANY

NEW YORK — U. S. A.

Representantes Exclusivos para Portugal e Colónias

ABECASSIS (IRMÃOS) & C. A

RUA CONDE REDONDO, 64-3.º — LISBOA
RUA DE SANTO ANTÓNIO, — PORTO

SUPLEMENTO

UMA PÁGINA POR SEMANA

SERVIÇO NACIONAL DE SANGUE

Na imprensa médica portuguesa tem sido abordado frequentemente o problema de um Serviço Nacional de Sangue. E neste mesmo jornal com particular desenvolvimento se lhe referiu o Prof. Ernesto de Moraes. Várias vezes fui chamado como testemunha. Por isso me parece oportuno destacar e comentar nesta página os três pontos que nele considero fundamentais:

- a) Formação de uma reserva nacional de sangue;
- b) Preparação de técnicos;
- c) Fomento da produção.

a) A formação de uma reserva nacional, seja sob a forma de stocks de sangue ou de plasma em frigoríficos ou a forma de disritais e concelhos de dadores, só poderá conseguir-se depois de resolvido o problema do fornecimento de sangue nas quantidades e qualidades diárias necessárias, e que requiere que se organize um plano e uma política nacionais:

- I) No campo nacional com o fim de conhecer as possibilidades e a riqueza das fontes de sangue de que o País possa dispor em caso de emergência civil ou de outra natureza.
- II) No campo médico-social para estabelecer e definir as vias e meios de recrutamento e quais os critérios aconselháveis na qualificação dos dadores e protecção à saúde e à saúde dos doentes (com vista à profilaxia das doenças transfusionais e à riqueza terapêutica dos produtos a injectar). Pelo que deverá ser publicado um regulamento estabelecendo as normas a que todos devem ser submetidos.

Ultrapassada a fase das transfusões directas, braço a braço, do sangue domiciliário e das chamadas para cada caso em si; demonstrado como está hoje que o regimen de «Bancos de Sangue» (com depósitos ocasionais por familiares e amigos) só pode servir e sempre com deficit os pequenos hospitais e as pequenas clínicas; e tendo em consideração o progresso crescente e extraordinariamente complicado desta especialidade que requer grande número de fontes, grande variedade de sangues, enorme consumo, complicada aparelhagem e continua investigação, chega-se à conclusão de que só serviços públicos genéricos sob a forma de *Institutos de Hematologia e Hemoterapia* podem satisfazer todas as requisições de sangue, plasma, derivados e substitutos nas quantidades e qualidades que lhes sejam feitas.

Para recrutar os dadores em número elevado oferecem-se-nos três sistemas-base: 1) o dador remunerado; 2) o dador obrigatório e 3) o dador benévolo. São esses sistemas que abrem uma discussão sobre a condição moral dos dadores.

- 1) Em muitos países o regime foi ou continua a ser o de *dadores remunerados*, por quantias variáveis com o custo de vida de cada país, mas devendo corresponder pelo menos, para tentar o público ao ganho de dois dias de trabalho. Outros países, como Portugal, têm pago muito mais, criando-se um duplo problema moral, pois que, por um lado embora, se diga profissional, e a multiplique, fraudulente, com dolo seu e de terceiros, vendendo sangue em mais de um serviço nenhum dador pode viver só com essa remuneração, e por outro, ela começa a pesar nos orçamentos do Estado ou das autarquias (mais de mil e quinhentos contos por ano, só nos Hospitais Cívicos de Lisboa). Portanto, as vantagens deste sistema-base são a regularidade das colheitas (fidelidade às chamadas) e a regularidade das colheitas (fidelidade às chamadas) e a regularidade da sua boa saúde, mas trazem consigo um inconveniente de ordem moral: diminuir o acto generoso da doação do sangue que deve ser de puro altruísmo, de solidariedade social, de caridade cristã, e um inconveniente de ordem social, pois predispõe aos excessos de sangria e aos «records».
- 2) Como *dadores obrigatórios* podem vir a considerar-se os soldados e marinheiros no momento da incorporação (onde a compulsividade poderia consentir o alto princípio humanitário que domina a doação), regimen que em certa medida funciona em França; os reclusos desejosos de demonstrar um sentido de reabilitação — como sucedeu nos E. U. A. durante a segunda grande guerra; os portadores de sangues raros e de elevado interesse científico, como os convalescentes de doenças tratados em serviços do Estado e cujo sangue rico em anticorpos seja útil para trata-

mentos — Princípio seguido pelo Governo Espanhol para os convalescentes de sarampo, etc.

- 3) O *dador benévolo*, único que com independência pode fazer propaganda do seu acto e convencer a população do valor moral da doação (desde que esta lhe não doa e lhe não faça mal) revela um alto nível cívico e deve ser recrutado em todos os meios, embora esteja demonstrado que aparecem com mais frequência nos meios urbanos do que nos rústicos.

A obtenção de dadores requiere uma intensa e extrema campanha de propaganda pela imprensa, a rádio, cartazes, folhetos, cartas, as sobrecargas, os selos, calendários, montras, circulares comerciais, guias telefónicas, filmes, sendo de grande estímulo as demonstrações por colheitas colectivas preparadas ou ocasionadas durante festas, reuniões sociais, etc. Neste campo podem obter-se particulares resultados, se a campanha for auxiliada pelas entidades que se encontrem em melhor posição para actuar directamente sobre as massas: como os professores primários, os párocos, os presidentes de juntas de freguesia, etc.

Posto de parte o princípio da remuneração em dinheiro, deve esforçar-se a colectividade por prestar aos dadores benévolos o maior número possível de recompensas e vantagens, como:

- a) Uma insígnia oficial, como valor nacional;
- b) Facilidades em certas repartições do Estado;
- c) Facilidades em firmas comerciais (preços mais baixos);
- d) Seguros sociais durante o acto da sangria (desde a saída para dar até ao regresso ao lar ou ao trabalho);
- e) Vigilância médica cuidadosa e extensa (até às especialidades, como a estomatologia).

- 4) Em todos os casos mostrar-se disposta a indemnizar o dador pelo tempo e o dinheiro perdidos no trabalho para se poder submeter aos exames e às sangrias.

- b) *Preparação de técnicos*. É um aspecto angustioso deste problema. Milhares de fichas de tratamentos arquivadas no meu serviço testemunham que uma percentagem muito elevada de casos são as enfermeiras e enfermeiros quem executa ou segue os tratamentos com sangue. E a sua ignorância no que respeita aos perigos, aplicação e ao manejo dos aparelhos, é aflitiva e traduz-se diária por pequenos acidentes e prejuízos económicos (sistemas de injeção inutilizados, sangue perdido).

Torna-se necessário que haja em todas as enfermarias e em todos os serviços pelo menos um auxiliar instruído nesta matéria. Já o tenho proposto por mais de uma vez, e até já ofereci à Direcção da Escola de Enfermagem um plano completo para o ensino, mas foi considerado inoportuno. E mais uma vez tenho que confessar o meu desgosto e as minhas desilusões — pois isto mesmo já eu pude fazer no Ultramar onde regi, em Luanda, em Lourenço Marques e em Goa um pequeno curso para o pessoal de enfermagem. Para o da Índia segui até o programa oficial que a esse respeito foi publicado para as enfermeiras da Cruz Vermelha e que, embora incongruente, tem pelo menos a vantagem de ser oficial.

- c) *Fomento e venda da produção*. O país não dispõe dos meios terapêuticos em questão ou só os adquire no estrangeiro a custo elevado. Ora a produção industrial de derivados e substitutos do sangue — globulinas, fibrina, soros-padrões, soros de convalescentes, envase de substitutos, etc. — seria uma função; não só tornaria mais acessíveis e gerais os tratamentos mas também constituiria uma forma de economizar em centenas de contos anuais os dinheiros públicos e de evitar a saída de divisas para o estrangeiro. Tanto mais que uma vez montada a produção poderia estender-se a outros meios — como os diversos soros terapêuticos — que a indústria particular e as farmácias do Estado elaboram mas em condições deploráveis.

Desde 1940 que chamo repetidamente a atenção para os três conceitos fundamentais desta especialidade: a) predominio da clinica sobre o laboratório; b) industrialização da produção; c) controle moral e legal de todas as formas e fazes da sua actividade. Nestes doze anos ajudei a transformar em lei social de alguns países este corpo de doutrina. Continuo à espera, que, a Bem da Nação, eles sejam uma realidade em Portugal.

ALMERINDO LESSA

Ecoss e Comentaríos

A PRÓXIMA ABERTURA DO NOVO HOSPITAL ESCOLAR

Queremos apresentar os nossos votos ao «brevemente recém-nascido» Hospital Escolar de Lisboa.

Desejaríamos que uma boa fada o tocasse com a sua varinha de condão e abrisse as suas portas em hora propícia, muito embora não duvidemos das virtudes e da excelente vontade das personalidades oficiais que vão proceder à sua inauguração.

Pensamos que uma fada seria muito útil, mas Deus queira que nos enganemos e não sejam precisas virtudes mágicas para o grandioso hospital funcionar à altura da sua grandiosidade e do enorme e bem intencionado esforço que a sua construção representou.

Neste último sentido vão os nossos votos; que o seu funcionamento esteja ao nível da sua «estatura» architectónica, são os nossos desejos.

Fazemos votos porque o Estado complete o grande esforço financeiro da sua construção com um esforço análogo para a sua manutenção e funcionamento. Que não se veja, como por vezes sucede, uma grande obra ser atraída, apoz a sua criação, pela insuficiência das verbas necessárias à sua completa e perfeita actividade.

Fazemos votos porque a sua administração, muito embora rigidamente orientada pelos mais estritos princípios de economia, nunca sobreponha o ponto de vista administrativo ao ponto de vista técnico — ponto de vista médico, neste caso. Que não se verifique, como por vezes acontece, que se faça assistência médica, ensino, investigação, até tal verba, dentro da dotação X (insuficiente, bem entendido), mas sim que se realize a assistência, o ensino e investigação necessárias e que a verba respectiva seja a suficiente, muito embora esta seja gasta e aquelas sejam projectadas dentro de rigorosos princípios de economia e de boa administração.

Fazemos votos porque a organização do novo hospital seja moderna e bem orientada, e possa servir de modelo a certos organismos atáxicos, lentos e de fraco rendimento, que infelizmente ainda existem nos nossos serviços assistenciais.

É nosso sincero desejo que o novo hospital abra as suas portas bem dotado de todo o pessoal necessário, e que nele não se verifiquem aquela carência, não rara em organismos similares, de enfermagem convenientemente habilitada e em

número suficiente, de pessoal técnico de laboratórios, de médicos, de arquivistas e bibliotecários, de assistentes sociais, de serventes, etc., quer dizer de pessoal dos serviços propriamente técnicos.

São nossos votos, igualmente sinceros, que todos aqueles que vão prestar serviços na nova unidade (e especialmente os médicos) o façam no melhor dos espíritos e com uma elevada noção das suas grandes responsabilidades. Que se veja, como sempre se deve ver, todos

servirem o hospital e o organismo a que pertence e nenhum servir-se deles.

Estes são os nossos desejos.

E como acreditamos muito nas virtudes da varinha de condão e menos em hospitais-modelo, fazemos votos, ainda, porque o novo hospital abra, de facto, sob a protecção duma fada.

Ramon y Cajal

Evocado no seu 1.º centenário

No anfiteatro de fisiologia da Faculdade de Medicina de Lisboa realizou-se no dia 22 de Dezembro uma sessão comemorativa do centenário do nascimento do grande histologista espanhol que foi Ramon y Cajal, perante numerosa assistência de estudantes, médicos e todos os professores e assistentes da Faculdade. Falou em primeiro lugar o Prof. Celestino da Costa, que, numa brilhante lição, traçou a biografia de Cajal e a sua carreira escolar e académica, mostrando como os seus trabalhos sobre estrutura do sistema nervoso, feitos com o método inventado antes por Golgi, mas que só nas mãos de Cajal deu pleno rendimento, vieram revolucionar por completo as ideias acerca da estrutura e do funcionamento do tecido nervoso, a tal ponto — disse — que na história da neurologia se devem marcar dois grandes períodos: antes e depois de Cajal. O conferencista, que descreveu, a seguir, os princípios do labor histológico de Ramon y Cajal, ilustrando a sua erudita descrição com numerosas projecções luminosas, insistiu, também, no grande alcance social da obra do grande mestre, pois — afirmou — o eminente histologista, como grande patriota que era, esforçou-se nos seus discursos e nas suas lições, bem como pelo exemplo da sua nobre carreira, por incutir no espírito dos jovens o gosto pela investigação científica. A terminar, o Prof. Celestino da Costa disse que Cajal conseguiu o reconhecimento do seu país, viveu rodeado dum ambiente de glória e o seu ensinamento produziu frutos não só em Espanha, mas em outros países, o que nos é demonstrado pelas várias comemorações que no Mundo inteiro se realizaram este ano.

Seguiu-se uma lição — não menos cheia de interesse — pelo Prof. António Flores, que principiou por se referir à influência, para a neurologia, das descobertas de Cajal sobre a textura dos centros nervosos e das suas doutrinas acerca da independência morfológica e funcional da célula nervosa. Historiou depois o pensamento dos fisiologistas e clínicos na penúltima década do século passado, e as transformações devidas aos trabalhos de Cajal e aludiu às suas concepções sobre o neurone, de tal poder que todos os seus contemporâneos as adoptaram, pela capital importância de que se revestiam para a fisiologia e para a patologia nervosa. O conferencista referiu-se depois à interpretação dada por Cajal dos retículos de Garlach e de Golgi e às suas teorias acerca da independência anatómica do neurone e aquilo a que chamou «polarização dinâmica», teorias que mudaram a face da neurologia, e anunciou, por fim, as seis unidades apresentadas num trabalho que já não viu publicado: anatómica, genética, funcional, regenerativa outrófica, reacção patológica do neurone e polarização da excitação. A terminar, disse:

— Todas as homenagens são devidas ao génio de Cajal; mas a maior que podemos prestar-lhe é afirmar que todos nós, Portugueses, somos partidários das suas concepções. Os anatómicos são pela teoria do neurone, assim o foi Athias e acabamos de ver como o é Celestino da Costa; os clínicos somos-lhe todos fieis; e, à sua parte, Egas Moniz tem constantemente proclamado que foram as doutrinas do sábio de Madrid que o levaram à criação do tratamento cirúrgico das psicoses.



COMPLEXO B

- Tubo de 25 comprimidos 12\$50
- Série fraca —
Caixa de 12 ampolas . . 22\$50
- Frasco de 50 comprimidos 28\$00
- Série forte —
Caixa de 6 ampolas de 2cc. 32\$00
- X a r o p e — Frasco de 170 cc. . . . 27\$00



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

PEDRAS SOLTAS

Pedras porque pesadas. Pesadas porque meditadas, ponderadas, estruturadas no tempo e no pensamento, para que se não desagreguem com o ímpeto da primeira enchurrada, nem caíam ao primeiro vento as construções de que possam vir a ser suporte.

Pedras Soltas porque livres. Livres de peias, de convencionalismos, de filiações, de sujeições de toda a espécie.

Pedras, soltas porque diferentes, não rimadas, desiguais nos temas e no valor, mas duras todas, de uma mesma resistência e de um mesmo quilate.

Pedras, soltas porque dispersas, carregadas uma a uma com esforço e com custo e atiradas, sem intenção de ferir, para o monte da indiferença, à espera de alguém que queira, ou que possa, aproveitá-las para construir. Para edificar, que no sentido material, como no do espírito, deve ser a nossa maior aspiração.

FOMENTO E SAÚDE

I

«A saúde pública pode comprar-se. Dentro dos limites fixados pela Natureza, uma comunidade pode determinar ela própria a taxa da sua mortalidade».

Hermann M. Biggs

Terminou há pouco ainda a discussão, nas instâncias competentes, do Plano de Fomento.

Apresentado pelo Governo da Nação, estudado até à minúcia pela Câmara Corporativa, apreciado pela Assembleia Nacional, tendo interessado vivamente toda a opinião pública, parece à primeira vista descabido vir agora e neste lugar, fazer-lhe referência.

Mas, se ele é, mais ainda do que a Lei de Reconstituição Económica de 1935, destinado a elevar o nível de vida das populações portuguesas, não deve, sob vários aspectos, passar despercebido aos médicos, sabida a interdependência da miséria e da doença.

Para o louvar, por tanto, em primeiro termo.

E, vista a importância que o «Plano» atribue à mão de obra — diligência e engenho dos habitantes, perfeição do trabalho e sua eficiência — se requerem a cada passo ao longo dos pareceres que o precedem ou a que deu lugar, não é de estranhar que aqueles que, como os médicos, conhecem como ninguém a repercussão da saúde e da doença sobre a capacidade de trabalho, a energia do trabalhador e a sua possibilidade de adaptação às diversas técnicas, se interessem e esmuceem o «Plano» sob o ângulo da sua visão.

Para o louvar, ainda, por tudo o que nele pode conduzir à elevação do rendimento nacional, à ânsia de pleno emprego, ao aumento de produção de géneros alimentícios, traduzido este na elevada percentagem de 23 % do total necessário para a execução do «Plano» atribuída a investimentos na Agricultura. Para estranhar, depois, que em plano de tal mag-

nitude, que ninguém de boa fé pode minimizar, se tenha ignorado aquele princípio hoje assente e firmado na prática, da coordenação entre os planos sanitários e os de progresso social e desenvolvimento económico.

II

Será que o país se encontra ainda naquele estágio de desenvolvimento que lhe não consente investir, em acção sanitária, os capitais necessários porque os não possui?

Mas esquecem-se, então, as perdas económicas devidas à morte prematura, cifráveis em 6 a 8 % do rendimento nacional?

Ignora-se, ainda, que a incapacidade de trabalho custa, em média, em cada ano, 1 a 2 % do rendimento da Nação?

Não se atende à produtividade económica advinda da melhor saúde?

III

Se a aparição de um plano de fomento é, no dizer da Câmara Corporativa, *uma confissão e um anseio, confissão de uma fraqueza e anseio de vida nova a remir e esquecer pecados velhos*, como podem ter-se ignorado no «Plano» os problemas sanitários, se havemos de confessar que a nossa taxa de mortalidade infantil — 89 ‰ — é a mais elevada da Europa livre, que a taxa de mortalidade nas grandes cidades só é ultrapassada, na Europa, pela da desgraçada Berlim, que a taxa de mortalidade por tuberculose — 149,9 por 100 mil habitantes — só é franqueada na Europa pela da Finlândia, que nos emparceira, com a Escócia, no grupo das regiões em que a situação se agravou no último decénio?!

IV

Dir-se-á que no Plano se não contém tudo o que há-de levar-se a termo no próximo sexénio, que imperativo quanto ao que ao Estado incumbe, é apenas programático quanto ao que à actividade particular deve caber.

Mas a acção que se impõe realizar — Sanatórios, Hospitais, Centros de Investigação, bonificação sanitária, disseminação de institutos e centros de diagnóstico e tratamento por todo o território e não apenas pelas grandes cidades, coordenação dos meios existentes e dos que hão de criar-se, acima de tudo, é obra do Estado, pela função preventiva que a deve informar, pelo vulto dos investimentos que requiere, pela necessidade de amplos poderes que implica, pela generalidade das deficiências que deve suprir, pela estruturação legal que lhe deve estar na base, uns e outros predicados que na actividade particular não têm cabimento e não afastam o Estado da função supletiva que lhe tem de caber.

Razões para incluir, na parte imperativa do «Plano», o que respeita à bonificação da Saúde.

V

Pode alegar-se que, não limitando o Estado ao Plano de Fomento a sua actividade, através das verbas consignadas nos orçamentos anuais se irá atendendo aos problemas da Saúde.

Não se nega o que desta forma tem sido possível fazer.

Não se nega o abismo entre o que se fez no último quarto de século e o que fica para trás, no período sombrio que o antecedeu.

Mas havemos de acentuar, desassombradamente, que não será assim possível estabelecer e executar, ordenadamente, aquele conjunto de realizações provido da unidade a que poderia chamar-se um plano sanitário.

Mas havemos de confessar, honestamente, que não são as dotações anuais que nos farão transpor o fosso em que se estiolam os esforços e se perdem as esperanças, à vista do cume que se busca alcançar.

Uma taxa de mortalidade geral que entre 1931 e 1949 oscila entre 16,9 e 14, ora descendo ora subindo e que mesmo com os 12,3 de 1951 nos deixa na cauda das nações da Europa;

uma taxa de mortalidade por tuberculose acrescida em 1949 em relação a 1937, demonstram que os recursos de que através dos orçamentos correntes se pode dispor, não consentem desencadear a campanha necessária para fazer virar a maré.

E comprova-o, tanto mais, a mudança radical que naqueles sectores ou regiões convenientemente dotados se marca de ano para ano: redução de 42,5 % na taxa de mortalidade infantil de Lisboa ou de Castelo Branco, a contrastar com os 23 % do conjunto do País em igual período, em correspondência estreita, aliás, com o número de estabelecimentos de puericultura em cada região e, mais ainda, com o total de serviços prestados e a percentagem de crianças neles inscritas em relação ao número total de nascimentos.

VI

Mas, pode aduzir-se ainda que não é num plano de fomento o lugar de inserir os planeamentos que respeitam à Saúde.

Simplesmente, volta a esquecer-se a interdependência da miséria e da doença, a conexão que deve existir entre os programas sanitários e os planos de desenvolvimento social e progresso económico, como acentuava, recentemente, a Organização Mundial da Saúde.

Assim o reconheceu, em França, o plano Monnet, englobando em si, a par da reconstrução da Indústria, dos transportes, das habitações, das devastações provocadas pela guerra, do fomento da pesquisa mineira, do aproveitamento das fontes de energia, a construção e equipamento de laboratórios, centros de pesquisa científica, equipamento social (luta anti-tuberculosa, hospitais, campos de jogos, higiene escolar), no próprio dizer da Câmara Corporativa.

Assim o reconheceu o plano do Commonwealth para a Ásia do Sudeste, em 1950, também sexenal, atribuindo 18 % do total de 5 biliões de «dollars» à saúde, alojamento e educação.

VII

O País possui os recursos necessários para investir na obra de fomento sanitário indispensável.

(Conclue na página 69)

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

A MEDICINA DO ULTRAMAR

NOTA DE ABERTURA

Para um país como o nosso, em que a esmagadora maioria da sua área territorial se situa além dos mares, nada do que a essas regiões disser respeito lhe pode ser indiferente.

Por isso os problemas ultramarinos ocupam hoje em dia lugar de merecido relevo na vida e na consciência nacionais, numa demonstração insofismável do interesse com que, presentemente, se olha tudo o que às terras portuguesas de além-mar se refere.

Na nova fase em que agora entrou este jornal, quiz também a sua direcção enfileirar nessa corrente, criando uma secção especial dedicada à Medicina do Ultramar.

Foi com o maior prazer que aceitei o convite que nesse sentido me foi dirigido pelo ilustre colega Dr. Mário Cardia para dirigir tal secção, procurando assim uma vez mais dar o meu apagado mas entusiástico esforço a uma causa a que me dediquei desde há longos anos.

Tendo servido em terras do Ultramar cerca de dezassete anos quase consecutivos e continuando agora a exercer a minha actividade em Lisboa num Hospital cuja missão se encontra intimamente ligada à medicina ultramarina, nada poderia ser mais grato ao meu espírito do que poder sentir-me sempre preso à grandeza e maravilha do Mundo Português de além-mar.

Nesta secção, que se apresenta despidida de quaisquer pretensões ou ambições desmedidas, desejamos apenas ir focando em pequenos artigos, comentários, informações e notícias os acontecimentos, factos e problemas ligados com a Medicina do Ultramar.

Uma vez por outra, quando o assunto puder ter interesse para nós, procuraremos também aflorar alguns temas médicos de territórios ultramarinos não portugueses, já que muitos desses problemas, pelo seu carácter técnico ou social, têm muitas vezes vários pontos de contacto.

E para terminar esta breve nota de abertura, quero desta tribuna saudar calorosamente todos os que em Portugal —

A história da execução do plano regulado pela Lei de Reconstituição Económica o comprova, quando demonstra que em vez dos 6.500 mil contos previstos para dispender em quinze anos, foi possível investir 14 milhões de contos no mesmo lapso de tempo.

O estudo das condições de financiamento do actual Plano de Fomento exclarece as possibilidades garantidas de dispor, no próximo sexénio, dos recursos necessários à execução do fomento sanitário que se impõe.

Tudo mercê da política financeira instaurada em 1928, da estrutura administrativa do último quarto de século.

VIII

O País carece de melhorar o seu nível sanitário, de reduzir a mortalidade, de fazer descer a sua morbidade, de res-

desde as risonhas terras do Minho às longínquas paragens de Timor — se preocupam com os problemas da Medicina Tropical, especializando nessa fraternal saudação os nossos colegas que em África, na Ásia e na Oceania honram com o seu trabalho e dedicação o nome da medicina portuguesa e contribuem, como poucos, para a grande obra civilizadora que Portugal vem ali erguendo.

COMBATE À TRIPANOSOMIASE EM ANGOLA

O orçamento de Angola para 1953 inscreve a dotação de cinco mil contos para a Brigada de Pentamidinização, o que vai permitir que se prossiga assim naquela Província Ultramarina a grande obra ali começada há três anos e que tão brilhantes resultados tem dado, pois com ela se conseguiu eliminar totalmente a doença do sono em regiões de Angola que, desde tempos remotos, eram duramente atingidas pelos estragos causados por esse verdadeiro flagelo.

Assim recentemente, na Reunião do Comité Científico Internacional de Pesquisas sobre a Tripanosomiase, que se realizou em Lourenço Marques, tal obra recebeu honrosa consagração, tendo sido apontada como a melhor a ser seguida em toda a parte.

Este assunto do combate à tripanosomiase reveste-se do mais alto interesse e a ele contamos voltar mais vezes nestas colunas, não só no que se refere a Angola, como também a Moçambique e à Guiné.

UM POUCO DE HISTÓRIA

Completam-se agora precisamente 63 anos que apareceu o primeiro número de uma revista que julgo ser a primeira que entre nós se publicou exclusivamente dedicada a assuntos de medicina tropical.

Refiro-me aos «Archivos Médico-Coloniaes», publicação oficial da Repartição de Saúde do Ministério da Marinha e Ultramar, que foi fundada pelo então ministro Conselheiro Henrique de Barros Gomes e que teve como director o Dr. Manuel Ferreira Ribeiro, figura marcante da medicina colonial dessa época.

tringir as perdas económicas advindas da morte prematura, da invalidez recuperável, do absentismo por doença.

O País carece de minorar o sofrimento por doenças evitáveis, por mortes antecipadas, por incapacidades susceptíveis de readaptação.

O País carece de usufruir os benefícios inerentes à sua elevada natalidade e de projectar essa torrente de vida que o anima, nas melhores condições de saúde, pelas terras que constituem o Mundo Português.

IX

E se, como diz a Câmara Corporativa, *um plano não é um estado de coisas, mas um estado de espírito*, seja a estranheza da falta de inclusão de programa sanitário no Plano de Fomento, a queixa amargurada dos que, mercê da profissão, dia a dia se debruçam sobre carências que não

A leitura desta pequena revista é extremamente curiosa e cheia de ensinamentos. Por ela também se pode ver o cuidado e o interesse que os problemas da saúde pública no Ultramar sempre mereceram, bastando para tal ler-se a «Summula das investigações medico-higiénicas a que mais se deve attender nas nossas Colonias do Ultramar» que vêm publicadas no número 1 dos referidos Arquivos.

Outra informação curiosa que se colhe na leitura dessa revista é a de que, em 1890, existia em Lisboa (na Rua dos Cardeas a Jesus, 53-2.º) um Posto Antropométrico e de consulta sobre questões de aclimação e de higiene colonial.

Nesse posto, de carácter oficial, entregavam-se «guias» com conselhos aos colonos, que ali eram examinados quando desejassem e aos quais se davam informações «sobre as colónias mais salubres, suas produções, melhor regimen de vida, etc.».

Vemos, assim, que os exames médicos que presentemente são feitos aos colonos pela Junta de Saúde do Ultramar e as lições sobre higiene que aos mesmos são ministradas no Instituto de Medicina Tropical, têm afinal um talvez ignorado berço — o velho Posto Antropométrico da rua dos Cardeas a Jesus.

NOTICIÁRIO

— No quadro de Saúde de Angola foram criados mais os seguintes lugares: 2 médicos de 2.ª classe, 1 médico de 1.ª classe, 1 médico radiologista e 1 médico ortopedista.

— Foi criado um Centro de Medicina Desportiva na «Mocidade Portuguesa» da Província de Moçambique.

— Para a assistência maternal e infantil de Macau foi concedida uma verba de 30 mil patacas.

— O Hospital de S. Rafael da mesma cidade vai sofrer importantes obras de beneficiação.

— Foi criada mais uma delegacia de Saúde na Província de Timor.

ALEXANDRE SARMENTO.

podem remediar, o amargo travor que quebra o deleite de tanta e tão admirável actividade, a bem da Nação.

X

Parafraseando uma alocução célebre, é preciso que tenhamos descido bem baixo para que o pouco que no capítulo da Saúde se tem feito constitua motivo de orgulho nacional, é preciso que vá já muito alto no seu caminho ascensional a reorganização do País, para que este haja saído da sua indiferença e aqueles que, como os médicos, mais e melhor sentem estes problemas, venham estranhar as carências que ainda não viram suprir e, partindo daquilo que já foi possível alcançar, requeiram sempre mais e melhor.

MENDONÇA E MOURA

MOSAICOS NORTENHOS

XL

A Medicina organizada... ...ou a desorganização da Medicina

Na faina da vida, quando se topa com uns momentos de calma, sabe bem olhar para trás e rever factos ocorridos, esmiuçando-os, mesmo nos seus mais insignificantes pormenores.

Assim aconteceu numa manhã muito calma, durante as minhas últimas férias. Revi, então, a minha vida profissional, nascida e desenrolada quando entre nós só a ética hipocrática se adoptava, procurando cada um, pela forma como exercia a profissão, ser um colaborador activo no sentido de dignificar e prestigiar a profissão médica.

Naquela manhã passaram-me pela mente muitos factos e muitos exemplos e creio que foi à sombra de uns e outros que devo o afincão com que me lancei na tarefa de combater a ética nova — a ética socialista — quando o vírus começou a invadir a nossa terra, envenenando os espíritos e inferiorizando o acto médico.

Pois nessa manhã, ao analisar as facetas dessa campanha que empreendi para higienizar as ideias e as concepções, sub-repticiamente divulgadas entre nós sob o disfarce de propósitos bondosos e humanitários — concluí que de nada tinha que me arrepender ou penitenciar.

Expuz-me aos inconvenientes da luta, sem nunca virar a cara aos pais putativos da *socialização da Medicina*, que aqui a introduziram sob a máscara do *seguro-doença* e o da *Medicina organizada*.

Insurgi-me contra a mistificação junto daqueles que reconhecendo os erros e prejuízos da inovação adoptada, vivem atribulados por não saberem como remediar o mal, de forma total e segura.

Fui bem claro nos aspectos doutrinários do problema, quando me apresentei, em Novembro de 1951, no Congresso da União Nacional, realizado em Coimbra, como o tenho sido sempre que verso este delicado problema que insensatamente se importou de outras terras.

Não recuei quando apareceram certos indivíduos a querer escorar o edifício em ruínas e, a propósito, empreenderam um movimento de propaganda doutrinária; não recuei, nem me intimidei com os insultos e as deslealdades desse pequenino grupelho de propagandistas.

Agarrado aos conceitos doutrinários e deles derivando para a empreza da contra-propaganda, mantenho-me erecto e firme e continuarei a combater, embora olhe e já não veja sinais dos antigos apóstolos das *novas ideias*. Calaram-se ou morreram? Já me lembrei de oferecer alviças a quem prestasse informações certas sobre o paradeiro desses infelizes...

Mas pondo à margem os aspectos cómicos com que nos deliciáramos, continuo na brecha, crente de que muito se conseguirá com a insistência.

CONTINUAREI, POIS, A AFIRMAR QUE A OBRA DE MEDICINA ORGANIZADA QUE SE INICIOU ENTRE NÓS, ESTÁ ERRADA, QUER NAS SUAS CONCEPÇÕES BÁSICAS, QUER NA SUA FÓRMULA DE APLICAÇÃO. Tenho esperança que os altos poderes chegarão a convencer-se da grande verdade e da grande razão do que tenho afirmado. Por isso vou glosando o assunto, sem me enfatiar, nem dar mostras de fadiga.

QUEM TORTO NASCE...

Quando, em 13 de Junho de 1946, o Subsecretariado de Estado das Corporações e Previdência Social criou, por despacho, a *Federação de Caixas de Previdência — Serviços Médico-Sociais*, pretendeu-se uniformizar os serviços clínicos feitos ao abrigo e à custa do *seguro-doença*. É indiscutível o grande alcance daquela medida, mas, infelizmente, o problema não estava suficientemente estudado, quer sob o ponto de vista doutrinário, quer sob o ponto de vista económico. Daí o descalabro a que temos assistido.

Os erros começaram bem cedo e já em 1947 eu escrevi, na *Acção Médica*, o que agora transcrevo e que é conveniente recordar: ⁽¹⁾

«Assim como a organização dos serviços médicos na Federação de Caixas de Previdência pode constituir uma vitória brilhante do sistema corporativo, se forem bem organizados e tiverem um funcionamento digno de louvor, também esses mesmos serviços, funcionando segundo as normas gisadas até ao presente, não corresponderão aos fins que se pretendem e servirão para levantar clamores e comentários pouco agradáveis e pouco laudatórios.»

O factor político pode, pois, ser positivo ou negativo, mas aos médicos não caberá a mínima responsabilidade no sucesso ou na falência — fácil de prever — dos serviços de medicina colectiva, porque até hoje eles têm sido um «zero à esquerda» de todos os «iluminados» que desabrocharam fadados para orientar os novos rumos da medicina e de terra em terra andam badalando a sua importância e o seu valor, pensando, talvez, na glória máxima de um doutoramento «honoris causa»... Mas se eles também são «doutores» que importa que não sejam médicos?...

E os médicos que desde a primeira hora têm acompanhado com entusiasmo e carinho o desenvolver da organização corporativa, sentem por vezes umas vagas de desânimo, porque se não amoldam a uma

forma de executar tão defeituosa e tão tortuosa.

Os médicos sabem o que querem e se nas Assembleias regionais e na Assembleia Geral da sua Ordem não têm deixado que vingue uma orientação política contrária às normas da actual situação, isso não significa passividade, nem tão pouco concordância com certas directrizes que julgam erradas e perigosas.»

O aviso transformou-se em profecia; os erros iniciais mantêm-se, sem que apareça quem lhes dê remédio — é esta a conclusão que se tira ao cabo de alguns anos de uma infeliz experiência.

ALICERCES DE BARRO VERMELHO

Instituiu-se o *seguro-doença* e para isso não fizemos mais do que copiar o que noutras terras se fazia. Alardearam-se motivos altruístas e proclamou-se a assistência na doença como um direito, para ricos e para pobres. Com a generalização desse direito, caímos na fórmula socialista, embora sob a capa de corporativismo. Assim nasceu a Federação e assim tem vivido como «ilhota» que se enxertou num meio, que não é socialista, e onde vegeta, porque se não sabe que volta se lhe há-de dar.

Errou-se criando-a com características igualitárias, em vez de a destinar aos trabalhadores que, pelas suas condições de vida modesta, precisassem de uns serviços médicos bons e completos.

Mas a extensão que se deu aos *Serviços Médico-Sociais* serviu apenas para restringir — e de forma muito notável — a sua eficiência.

Assim, qualquer beneficiário, mesmo que tenha um automóvel de luxo e viva com o máximo da abastança pode servir-se dos serviços da Federação. Mas...

EXEMPLOS QUE CHOCAM

São tantas as restrições impostas ao nosso *seguro-doença*, que os seus fins altruístas e humanitários se diluem no caudal de exemplos que se podem apontar e que demonstram a sua insuficiência.

— Se um beneficiário contrai uma tuberculose, a Federação diz-lhe que o *seguro-doença* não abrange a tuberculose;

— Se uma agulha entra numa mão, os *Serviços Médico-Sociais* fazem-lhe a radiografia para a sua localização, mas o beneficiário que a vá extrair onde quizer;

— Se um beneficiário em tratamento de uma úlcera de estômago tem uma perfuração, a Federação, que até aí o tratava, já não cuida dele, porque não pode arcar com as despesas da cirurgia;

— Se um médico da Federação encontra no domicílio um doente com uma apendicite aguda, tem que lhe dizer ser necessário o internamento rápido, para interven-

(1) M. da Silva Leal — *Crónicas da Madrugada* — XXII — Quem defende os novos? In *«Acção Médica»* — Fasc. 44 de 1947

ANALÉPTICOS E CARDIOTÓNICOS "CIBA"

CORAMINA

Colapso, Choque
Acidentes da narcose
Insuficiência circulatória
Intoxicações pelos narcóticos

Comprimidos • gotas • ampolas

CORAMINA-ADENOSINA

Angina de peito
Insuficiência das coronárias
Miocardite, esclerose da aorta
Lesões crónicas do miocárdio

Comprimidos • gotas • ampolas

CORAMINA-CAFEÍNA

Cansaço físico e intelectual
Convalescença, lipotímia
Colapso, adinamia no decurso de
doenças crónicas

Comprimidos • gotas • ampolas

CORAMINA-EFEDRINA

Asma brônquica
Bronquite crónica
Bronquectasia
Enfisema pulmonar

Comprimidos • gotas • ampolas

CORAMINA-GLUCOSE

Estados de fadiga e de esgotamento
Predisposição para os desmaios
Estados de fraqueza durante
a convalescença e na velhice

Comprimidos

CRÓNICA DE GOA

Provedoria de Assistência Pública — 4 anos de vida

Temos sobre a nossa mesa de trabalho o importante livro da epígrafe supra com a publicação do qual o seu ilustre autor, Dr. José da Silva Pereira, que se dignou de nos oferecer um exemplar com dedicatória de cativante amabilidade, presta à nossa gente e ao País um grande serviço.

Este livro devia sair à luz da publicidade. Era preciso que fosse publicado para registar a hercúlea actividade da Provedoria de Assistência Pública desde a sua criação, para fazer a sua história heróica. De resto, é de todos sabido a acção benéfica que a PAP, idealizada pelo grande Governador Geral deste Estado que foi o Dr. José Bossa e executada pelo actual Governador Geral, Comandante Quintanilha de Mendonça e Dias, vem exercendo desde a sua criação. Muita lágrima tem sido enxuta, muito pranto reprimido, muita dor e sofrimento aliviados e muitos lares pobres, desgraçados e infelizes, na PAP têm encontrado conforto, amparo e salvação. É forçoso reconhecer, por isso, o trabalho ingente que a PAP tem levado a efeito no curto período de tempo da sua existência — de 4 anos apenas.

A sua actividade benemérita é ilimitada. Não se restringe somente a cidades, vilas ou povoações. Abrange tudo e todos, todo o Estado da Índia, como ainda os países vizinhos. Grande obra de carácter puramente humanitário-social, a PAP vai estendendo a sua acção de assistência pública a todos os cantos e recantos de Goa, aos mais afastados lugares do País, onde gente ignara que estava até então à mercê da Natureza precisava de ter conhecimentos basilares da higiene individual e colectiva. A PAP retrata bem o grau de cultura e de civilização da nossa Terra e da nossa Gente.

Antes da criação do bemdito organismo da PAP em uma aldeia distante do conselho de Perném ou Canácona, de Valpoi ou de Satari, por exemplo, quem havia que levasse assistência médica à população que dela necessitava? Hoje, com a criação da Provedoria toda a gente, os infelizes sobretudo, têm conforto moral e material nas povoações mais longínquas e esquecidas da Índia Portuguesa. Aqui e ali, a PAP tem seus representantes activos — pessoal médico, paramédico e leigo — que amparam os necessitados nas suas horas mais aflitivas, nas suas horas de maior crise, nas suas horas de sofrimento e de desespero.

Uma Obra de Assistência Social, qualquer que seja a sua modalidade, merece sempre apoio incondicional. A projecção e os benefícios que resultam de uma Obra de Assistência Social são incalculáveis e incomensuráveis. Evidencia o progresso de um país. Testemunha o nível cultural de um Povo.

São os pobres e os infelizes que mais precisam dos benefícios de Assistência Social. E é o Governo que a leva sob modalidades diversas. E em uma terra portuguesa onde Portugal plantou sempre uma Cruz e uma Igreja para o alimento de espírito e uma Misericórdia e um Hospital para o alimento do corpo, sobretudo em uma terra portuguesa como o Estado da Índia, não podia demorar a criação de um organismo como a Provedoria. É certo que antes da sua criação havia em Goa instituições de caridade como o Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Goa, construído em 1511 por Afonso de Albuquerque, o Hospital do Hospício do Sagrado Coração de Maria de Margão, construído pelo Padre António João de Miranda, o Hospital

do Asilo de Nossa Senhora dos Milagres de Mapuçá, construído pelo Dr. Florêncio Mariano Ribeiro. Mas estas Instituições tinham âmbito de acção muito limitado. A Provedoria veio alargar a esfera da sua acção, levando cura, alívio e paz indistintamente a toda a parte e a toda a gente sem distinção de raças e de credos, aqui e acolá, perto ou longe, aquém e além fronteiras e felicitando igualmente todas as instituições de caridade existentes em Goa, sobre as quais passou a ter tutela directa. A organização da PAP de Goa é formidável e digna de admiração. Só o espírito genial e clarividente do grande governador que foi o Dr. José Bossa poderia concebê-la e o espírito bemquisto do actual governador, Com. Q. M. e Dias executá-la. Bem haja para a eternidade dos séculos a simpática Instituição de Caridade que no Estado da Índia Portuguesa se chama a Provedoria de Assistência Pública que a honra sobremaneira e bem assim o nome augusto de Portugal.

Bastaria só o elegante gráfico da capa do livro com o mapa de Goa a apresentar até onde se tem estendido a acção bemfazeja da PAP para se avaliar à justa a actuação operosa da PAP no breve período de tempo de 4 anos de vida.

Na mesma capa vê-se ainda uma imagem simbólica, interpretando talvez a assistência pública que o médico está a dispensar a duas criancinhas doentes, de sexo diferente, orfãs de pais, «almas gémeas que Deus cria aos pares...»

O mapa sobre si é suficiente para aquilatar a actividade desenvolvida pela PAP para um espírito inteligente e bem intencionado. Não são precisas palavras nem retórica e nem mesmo números. A vista de quem lança um olhar atencioso

ção cirúrgica, mas que isso ultrapassa as possibilidades da Federação.

— Há na Federação consultas de Obstetria; mas se é preciso uma *cezariana*?

— E se é preciso recorrer ao Instituto de Oncologia?

— E se aparece um caso de lepra?

— E se ao sair de um Posto, o beneficiário cai na escada e faz uma fractura exposta?

— Também há na Federação consultas de Ginecologia; que se faz aos casos de fibromioma uterino ou aos de metro-anexite que tenham indicação operatória?

— E quando aparece um quisto hidático do fígado ou uma litíase biliar, ou renal, uma pneumatose intestinal ou uma polipose rectal?

Quantos exemplos mais se poderiam apontar de casos de doenças não compreendidas pelo nosso *seguro!*...

E por último, se um beneficiário, seja qual for a sua idade, é dado como inválido, deixa de ter direito à assistência dos *Serviços Médico-Sociais* — que se arranque como puder e em último caso que recorra à Assistência pública! Esta atitude causa calafrios

e não pode deixar de ser rotulada como uma manifesta injustiça social.

DOS AMADORES DA MEDICINA E DOS DOUTORES EM CONTABILIDADE

Uma conclusão se tira destas notas breves que atrás deixo: faliram os amadores que quizeram dar novas directrizes à Medicina, como faliram os doutorados em ciências económico-financeiras que fizeram os cálculos que precederam o *seguro-doença*. Está tudo errado e, sendo assim, o melhor será voltar ao princípio e fazer de novo.

Baralhar e dar de novo — é a fórmula que já aconselhei há muito, é a única que pode conduzir os serviços da Federação ao grau de prestígio e eficiência que todos os bem intencionados lhe desejam e que não chegará a atingir enquanto não for remodelada desde os seus alicerces.

As críticas que faço têm por fim colocar os *Serviços Médico-Sociais* da Federação de Caixas de Previdência numa posição de utilidade real; uns serviços de *Medicina colectiva* que sirvam os economicamente débeis, são necessários e têm que

ser acarinhados. Daí a necessidade de versar estes assuntos para que se chegue a uma resolução e se abandonem critérios que só comprometem o sistema corporativo.

Previdência a sério, sem subterfúgios e sem estigmas socializantes — é o que se deseja. Mas para a termos a sério, temos que a destinar apenas aos que dela precisam; doutra forma faremos *Previdência de tabuleta*, o que repugna a todos os homens sensatos e, em especial, a quantos abraçaram as ideias corporativas por idealismo e não por interesse.

Impõe-se uma reforma total e completa dos *Serviços Médico-Sociais* da Federação de Caixas de Previdência, para que eles possam sobrerrestar como uma organização de utilidade e não como um elemento de desorganização da Medicina e o elo de uma Previdência insuficiente e imperfeita.

Não me falta autoridade para fazer estas afirmações e por isso continuarei a insistir neste assunto, porque urge remediar o muito mal que advem da desorganização da Medicina, obra de sentido negativo em que se tem teimado nestes últimos anos.

M. DA SILVA LEAL

pelo mapa recolhe a mais grata impressão: muito está feito durante o curto período da sua existência — de 4 anos de vida.

Nas páginas seguintes, vêem-se fotos dos mais altos Chefes da Nação Portuguesa: o Presidente da República a quem conhecemos em Damão em Governador — já lá vão mais de 20 anos! e nós eramos criança, — o Presidente do Conselho, o Ministro do Ultramar, o grande Governador Geral que foi o criador da PAP, Dr. José Bossa, o actual Governador Geral, Com. Q. e M. Dias e o Dr. Álvaro de Gouveia e Melo, ex-Director dos Serviços de Administração Civil, os executores da PAP, e o Dr. Domingos Carneiro Allen, o actual Director dos Serviços de Administração Civil.

Mas os três pilares sobre os quais assenta sólidamente a gigantesca catedral da PAP são como bem diz o ilustre Provedor da PAP, Dr. José da Silva Pereira, os Dr. José Bossa, Com. Q. M. e Dias e o Dr. Álvaro de Gouveia e Melo, «as estrelas de primeira grandeza na sua história», sendo o Com. Q. M. e Dias «o verdadeiro pai da Assistência Pública».

O livro é dedicado ao Com. F. Q. M. e Dias, Governador Geral do Estado da Índia. E são de um agrado espiritual as impressões ou os pareceres que os dois mais altos Chefes da Índia Portuguesa, os srs. Governador Geral e Patriarca das Índias, escrevem a respeito da PAP. Oijamos e meditemos nas duas sentidas mensagens, respectivamente, ditas certamente pelo mais puro sentimento católico.

«Quando insistentemente me pediram em 1947, certamente com a melhor das intenções, que não entrasse em vigor o Diploma que criou a Provedoria de Assistência Pública, esclareci, lealmente e com clareza, estar convencido de que iríamos entrar num período de realizações fecundas e de elevado significado social no que respeitava às várias modalidades de Assistência que esse Diploma tornaria possíveis.

Não foram fáceis os primeiros passos da Provedoria. Foi preciso vencer obstáculos de diversa natureza, foi necessário estabelecer a confiança pública e solucionar problemas que de todos os lados surgiam como se uma força oculta quisesse tornar ainda mais infelizes os que já por sua natureza não possuíam felicidade alguma.

Estou certo que hoje em dia todos se regozijam com a orientação seguida, pelos deliciosos frutos que se estão colhendo e pelo conforto, amparo e auxílio levado aos humildes, aos doentes e aos necessitados.

Metódica e persistentemente vão sendo alargados os horizontes com actividades em sectores até então abandonados, o que muito contribuirá para uma grande melhoria nas condições de vida e bem-estar do nosso povo.

Vai a Provedoria registar nesta publicação a evolução dos seus serviços e a acção desenvolvida nas várias modalidades da Assistência.

Que estas minhas palavras sirvam de incentivo para, sem desânimos nem quebra de entusiasmo, continuarem os esforços no sentido de fazer singrar como até aqui esta grande obra que é de todos e para todos. — Goa, 10-4-1952 — *Fernando de Quintanilha e Mendonça Dias.*»

Sabemos das más vontades que houve quando da criação da PAP. Mas os bem intencionados triunfam sempre em toda a parte a despeito de todas as antipatias, oposições e ataques. É o que sucede com a PAP. E é o que sucede com todas as boas obras.

«A Provedoria de Assistência Pública, apesar de criada há poucos anos, conta já no seu activo uma obra social digna de todo o louvor.

Sinto grande prazer em prestar aos dirigentes de tão benemérito organismo o testemunho da minha maior simpatia e admiração.

Mas, se muito se tem feito, muito mais há a fazer.

Goa tem um nível de vida relativamente alto, se estabelecermos confrontos com outros países do Oriente.

Todavia, a par de um certo bem estar entre os seus habitantes, há numerosos indivíduos que vivem em bem precárias circunstâncias. Acudir a esses infelizes, fazendo-lhes eficaz assistência, é dever nosso.

Uma sociedade bem organizada deve

olhar pelos seus pobres, os seus doentes e as suas classes desprotegidas.

Não se trata somente de praticar a caridade, mas ainda a justiça social. O rico que se julga dispensado de contribuir para a manutenção de obras sociais, esquece-se dos seus deveres e em muitos casos retém em suas mãos avaras o que de direito pertence aos pobres.

Daqui se conclui que todos os que puderem fazer, têm obrigação de secundar os esforços da Provedoria na sua cruzada de espalhar o bem à sua volta, porque, enquanto houver um doente desamparado e um pobre que nos estende a mão, nenhuma consciência bem formada pode julgar-se desobrigada de prestar o seu concurso às obras de assistência social. — Goa, 15-4-1952 — *José, Patriarca das Índias.*»

Efectivamente, Goa tem um nível de vida relativamente alto, se estabelecermos confrontos com outros países do Oriente. É a síntese da melhor herança que nos deu Portugal.

À meditação de todos nós deixamos este pedaço de prosa de oiro de encantadora formosura moral que é bem a essência do Código Social do Cristianismo a ser adoptado em todo o Universo.

Mapuçá, Bardez, Goa, Índia Portuguesa, Julho de 1952.

VENTURA PEREIRA.

Reumatismo

Artritis

Dores musculares

Pleurodinias

etc.

- GRANDE PODER DE PENETRAÇÃO
- ALÍVIO RÁPIDO DA DOR
- DESCONGESTIONAMENTO PROGRESSIVO
- ACÇÃO DIRECTA NA ZONA DOLOROSA
- PRODUÇÃO DE ACIDO SALICÍLICO "NASCENTE"



Crema anti-reumático analgésico e antiflogístico de Salicilato de Dietilamina.

UM PRODUTO

Dravi

TOTALMENTE

N O V O

E O R I G I N A L

I Congresso Nacional de Protecção à Infância

(Conclusão do número anterior)

Integrada, como acima dizemos, no programa do I Congresso Nacional de Protecção à Infância, inaugurou-se, neste dia, a interessante exposição sobre alguns dos aspectos da assistência à criança no nosso País, a que atrás fazemos referência. Tratava-se de um valioso documentário da obra realizada em Portugal, nos últimos tempos, no campo da puericultura. A atenção dos visitantes era chamada, logo à entrada, por um curioso mapa que indicava todos os estabelecimentos oficiais ou particulares de protecção à criança existentes na metrópole. Na parede fronteira via-se um artístico painel de azulejos que oferece uma bela perspectiva de Lisboa vista do Tejo, da autoria de Luís Pinto Coelho e Filipe Duarte. Na secção respeitante ao Instituto Maternal, uma série de fotografias onde se mostrava a excelência das instalações; a alta eficiência

fantis e a entrega da educação física e das actividades lúdicas a técnicos especializados. Tomaram parte na discussão o Dr. Manaças, que propôs que a Sociedade Portuguesa de Pediatria se encarregue junto das entidades superiores do estudo do ensino da ginástica nas escolas, nomeando-se para isso uma comissão especial, e ainda que se trate o problema da instalação de ginásios com as condições higiénicas e pedagógicas indispensáveis; Drs. Fernando Correia, Vitor Fontes e Aarão, que insistiram na necessidade de não esquecer que a ginástica e o jogo devem ter uma lógica e um fim educativo; e o director da Escola Normal de Lisboa, que expôs as dificuldades com que lutam as escolas primárias, sobretudo na província, pela falta de pessoal especializado, e por insuficiente formação dos professores primários.



A esposa do Chefe do Estado e o ministro do Interior visitando a exposição.

dos serviços era demonstrada através de gráficos discriminativos do número de doentes assistidos. Num dos extremos da sala, uma grande maquete dá uma visão do modelar estabelecimento que virá a ser o hospital de D. Estefânia, quando estiverem concluídas as obras de transformação por que irá passar.

Encontram-se, ainda, representadas a Colónia Balnear de «O Século», o Instituto António Aurélio da Costa Ferreira, «O Portugal dos Pequenos», a Casa Pia, etc.

A inauguração da exposição assistiram a sr.^a D. Berta Craveiro Lopes, os Drs. Trigo de Negreiros, ministro do Interior; Veiga de Macedo e Ribeiro Queirós, subsecretários de Estado da Educação Nacional e da Assistência, numerosos congressistas e muitas outras altas individualidades. O secretário nacional da Informação, Dr. José Manuel da Costa, acompanhado de sua esposa, recebeu os convidados, a quem o Prof. Castro Freire, na qualidade de presidente do Congresso, forneceu pormenorizadas explicações sobre a exposição.

O segundo dia de trabalhos foi preenchido com três sessões, de manhã, à tarde e à noite. Sob a presidência do Prof. Fonseca e Castro reuniu, de manhã, a subsecção de Saúde Escolar. Falou em primeiro lugar o Dr. Manuel Farmhouse sobre o tema «Ginástica e educação física na escola», vincando em especial a importância destas actividades nas escolas infantis, as vantagens para as crianças mais velhas da vida ao ar livre e as precauções a tomar no período da pré-puberdade à puberdade, em que a actividade física deve ser particularmente vigiada. Considerou a educação física como fazendo parte integrante da educação geral e focou a necessidade de acompanhar a criança sob o ponto de vista médico-pedagógico e psicológico, para o que se torna necessário maior contacto entre a escola, a família e o médico. Terminou propondo a organização médico-pedagógica nas escolas in-

Usou seguidamente da palavra o Dr. Américo Cortês Pinto, que abordou o tema «Saúde escolar no ensino secundário». O autor vincou a necessidade de considerar o estudante como ser humano, não apenas na sua parte material mas no equilíbrio entre o seu corpo e o seu espírito, desenvolvendo, sobretudo, a ideia de que para o conhecimento da juventude escolar é fundamental o emprego de testes e provas mentais. No final da exposição, o Dr. João Santos interveio, lembrando o perigo de confiar a interpretação dos testes a pessoal inepto e daí a necessidade do auxilio de psicólogos especializados e psiquiatras infantis; o Dr. Almada Araújo considerou importante o emprego de provas mentais aferidas e de vários tipos para falsear o menos possível as conclusões a tirar a respeito do aluno; e o Dr. Manaças propôs que sejam remodelados os serviços de saúde escolar.

O terceiro relator foi o Dr. Lopes Pereira, que, sobre o tema «Saúde escolar no ensino primário», salientou a importância e extrema responsabilidade dos educadores dos primeiros passos de ensino, englobando nessa designação professores, médicos escolares e encarregados de educação, os quais devem trabalhar em íntima colaboração. Para isso torna-se necessária a educação dos pais, que muitas vezes aniquilam o trabalho da escola e tanto contribuem para a miséria social que se observa nos meios onde funcionam as escolas oficiais.

O orador advogou a criação de três dispensários escolares — Norte, Centro e Sul — que mantenham consultas de especialidades para as crianças das escolas primárias; a revisão dos períodos de isolamento dos escolares afastados por certas doenças infecciosas, cujo tratamento e evolução hoje se encontram modificados; a vacinação pelo B. C. G.; a organização da higiene escolar e sua disciplina; e a necessidade de haver uma colaboração entre

a assistência e a saúde pública e de ouvir o parecer do médico escolar e de uma vistoria, quando se trate de construir novas escolas. A assistência interessou-se vivamente pelo problema, tendo os Drs. Farmhouse, Cortês Pinto e Castro Freire secundado a ideia da revisão dos prazos de isolamento marcados para as doenças infecciosas; o Dr. Armando Tavares propôs que se exija um certo número de certificados de vacinação e cuidados profiláticos antes da criança entrar na escola; e o director da Escola Normal de Lisboa, focou bem a angústia do problema da falta de médicos escolares nas escolas primárias, pedindo que o Congresso se interesse pela sua solução.

Em nome do Instituto Aurélio da Costa Ferreira falou seguidamente o Prof. Vitor Fontes, sobre «Educação sexual na criança», mostrando bem o erro tão comum de se recusarem os educadores a encarar naturalmente o fenómeno da sexualidade que é fisiológico e existe de forma mais ou menos apreciável desde o nascimento, não interessando apenas na fase da puberdade, como muitos pensam. O relator sintetizou a evolução sexual da criança desde o nascimento até atingir a idade adulta, marcando a grande importância da fase de curiosidade sexual — entre os seis e os dez anos — natural no desenvolvimento infantil, que muitas vezes os educadores iludem com a preocupação do «vergonhoso» e do «proibido», com graves consequências para a criança, e a da puberdade, com o estabelecimento definitivo de sexualidade e o perigo da instalação da homo-sexualidade. O Prof. Vitor Fontes defendeu a ideia de que a educação sexual deve começar cedo a ser feita pelos educadores, primeiramente por esclarecimentos às dúvidas da criança e, na puberdade, pela educação activa. Sobre o assunto, pediram a palavra os Drs. Almada Araújo e João Santos que acentuaram a necessidade de educar os pais, para os tornar aptos a solucionar a questão sexual da criança e para, através deles, fazer a educação da mesma.

A quinta comunicação, subordinada ao título «A formação e a educação moral na escola», foi apresentada pelo rev. Gustavo de Almeida que chamou a atenção para o papel primordial da família na educação da criança. Focando a necessidade de considerar sempre a criança como um todo, disse que interessa formá-la de acordo com as suas características pessoais, meio, pais e momento histórico, fazendo de cada criança um original e não uma cópia de qualquer modelo. É preciso — disse — tratar a criança com amor, com esse amor que trata cada uma pelo seu nome, preocupando-se com o seu conteúdo espiritual e velando por que este se desenvolva.

A SESSÃO DA TARDE

A sessão da tarde, que abria a 2.^a secção, Pediatria, presidiu o Prof. Lúcio de Almeida, sendo vice-presidente o Dr. Cordeiro Ferreira e relator-geral o Prof. Salazar de Sousa. A seu lado sentou-se o Prof. Almeida Garrett e os Profs. Castro Gracie e Vitor Fontes. O primeiro trabalho a apresentar, «O ensino da pediatria em Portugal», esteve a cargo do catedrático desta especialidade na Faculdade de Medicina de Lisboa, Prof. Castro Freire, que, acentuando as características do congresso, vincadamente prático, fez o paralelismo entre puericultura e pediatria, destacando a importância sempre crescente da primeira, ramo importantíssimo da medicina social, que tende cada vez mais a avassalar os estudos médico-pediátricos e que constituirá mesmo a essência da pediatria. São, no entanto, duas disciplinas fundamentais e afins que convém não separar didacticamente. Ao mestre único compete dosear do modo mais indicado o ensino de qualquer das duas.

Postas em realce as dificuldades de ensino, manifestou confiança no benefício presumptivo que advirá do novo Hospital Escolar e da nova reforma universitária, através do seu período de estágio pós-formatura. Encarando o tema sob os aspectos do ensino pré-graduado — de características gerais, apenas

como utilidade provável na clinica geral, o ensino pós-graduado — administrado nos estágios e especializações — e o ensino do pessoal de enfermagem, afirmou, a propósito deste último, a necessidade de se organizarem cursos práticos de enfermagem especializada para as enfermeiras dedicadas à pediatria. Esses cursos deverão ser dirigidos pelas monitoras, auxiliadas por professores e assistentes dos mesmos centros psiquiátricos.

A terminar, o Prof. Castro Freire sintetizou as directrizes futuras, salientando a urgência em obter do Estado o alargamento do quadro geral e um maior número de assistentes, várias alterações de carácter universitário, como a restrição de exames na segunda época, a passagem de ano com uma cadeira em atraso, turmas práticas que não excedam dez alunos e um aproveitamento eficaz do estágio pós-graduado, de maneira a habituar o interno e o assistente a um sistema respectivo de trabalho em «full-time» em sua forma mais atenuada.

A brilhante palestra foi largamente comentada pela sr.^a D. Rosália de Barros, Profs. Almeida Garrett, Lúcio de Almeida, Vitor Fontes e Salazar de Sousa, Drs. Arnaldo Tavares, H. Moreira, Fernando Correia e Fausto de Neiva, que levantaram curiosos debates versando a medicina social, a criação de centros de puericultura, de serviços de pediatria cirúrgica, etc.

O Prof. Francisco Gentil, calorosamente recebido pela assistência, falou em seguida dos «Hospitais infantis», começando por recordar quanto os hospitais modernos devem ao estudo feito sobre os hospitais infantis e como da sua orgânica e coordenação podem resultar incalculáveis benefícios para a vida futura da Nação. Depois de frisar a economia e indiscutível vantagem de construir obras de boa qualidade, condições de uso fácil e higiénico, passou a descrever algumas instituições estrangeiras congêneres, modelares na sua estrutura. Ao esboçar a orgânica de um centro de assistência infantil, não esqueceu o Prof. Gentil o primário campo da higiene mental, e disse: «Para um centro de assistência infantil, onde há vantagem em cuidar medicamente dos anormais recuperáveis, e numa terra como Lisboa, onde há a garantia da cooperação do Instituto de Aurélio da Costa Ferreira, dirigido pelo Prof. Vitor Fontes, deve haver secções como as que existiam em Praga em 1935, no «Foyer Masaryk».

Depois de uma enumeração pormenorizada das diversas secções de uma casa como as necessárias, iniciou-se a discussão da sua oração, de que ressumou ainda, segundo sugestão do Prof. Salazar de Sousa — a reforçar a já anteriormente exposta na sessão inaugural pelo presidente do Congresso, — a urgência de um centro de convalescência. Igualmente entrevistaram os Profs. Lúcio de Almeida, Vitor Fontes, Castro Freire e A. Garrett.

A terceira comunicação coube à enfermeira pediatra sr.^a D. Maria Madalena Taveira, que falou de «Como a Escola Técnica de Enfermeiras orienta o seu ensino», tema que desenvolveu com muito brilho e profundidade. Após a definição do actual conceito de enfermagem pediátrica, analisou a preparação que lhe é necessária sob diversos aspectos, quer gerais, quer especializados, as qualidades tidas como necessárias ao desempenho do seu cargo e alguns dos mais objectivos problemas da criança.

A encerrar a sessão da tarde, o Dr. Silva Nunes ocupou-se da «Assistência médica às crianças no Ultramar», considerando as condições de vida e saúde das crianças que vivem no Ultramar e citando alguns dados especiais resultantes de um criterioso inquérito realizado. Da análise dos factos resultam algumas medidas que se afiguram de carácter imperativo. E são elas: centralizar nas capitais de cada província ultramarina a direcção de todos os serviços de assistência infantil e criar os centros de infância; o estudo, por parte do Instituto de Medicina Tropical, das bases para ministrar conhecimentos de puericultura aos médicos que vão exercer a sua actividade no Ultramar; promover ciclos de estudo de pediatria e puericultura nas cidades do Ultramar; e elaborar um plano de assistência materno-infantil que incluirá construções hospitalares destinadas a crianças, com escolas de puericultura e enfermagem anexas e construção de dispensários, creches e jardins.

A SESSÃO DA NOITE

A noite foram apresentadas comunicações da secção de Pediatria. O primeiro congressista a usar da palavra foi o Dr. Arnaldo Rodo, que desenvolveu o tema «O problema médico-social da poliomielite e das perturbações motoras da infância», definindo aquela afecção como «uma doença que inspira pavor». O autor acentuou que, longe de se debelar, o flagelo da paralisia infantil progride em todo o Mundo e que, preferindo as crianças, as condena à triste condição de uma invalidez quase sempre permanente. A responsabilidade da sociedade perante estas crianças estropiadas aumenta à medida que as epidemias alastram.

Enquanto a medicina não dispuser de armas eficazes para combater a terrível enfermidade, urge que a nossa atenção se volte para a recuperação psicológica e social dos indivíduos lesados. Tal recuperação só é possível em centros especializados, expressamente criados para esse fim e infelizmente inexistentes entre nós. A terminar, o relator propôs a criação

de um Instituto Português de Clinica Ortopédica, que abranja todo o vasto problema da poliomielite e das perturbações do sistema locomotor no seu duplo aspecto médico e social.

Tomando parte na discussão deste assunto, o Dr. Almeida e Sá falou da frequência crescente da poliomielite em Portugal, propondo a criação de centros especializados anexos às clínicas de doenças infecciosas ou de pediatria para estudo, diagnóstico e tratamento da poliomielite, bem como a de centros de reabilitação para os estropiados.

O Dr. Manuel Farmhouse salientou a necessidade de começar a recuperação da criança muito precocemente, quando ainda em tratamento no hospital; e os Drs. Schneeberger de Athayde e João Santos lembraram que grande número de crianças com alterações motoras apresenta simultaneamente alterações neuro-psicológicas, pelo que é indispensável atender esse aspecto, fazendo a reeducação activa neuro-psicológica e pedagógica e não só por meio da fisioterapia.

O 6.º tema desta secção do congresso —

NOVIDADE TERAPÊUTICA

UM NOVO VASODILATADOR
CORONÁRIO DE SÍNTESE

CORALGIL

— comprimidos —

ANGINA DE PEITO,
INFARTO DO MIOCARDIO,
SINDROMAS ESTENOCARDICOS
EM GERAL



LABORATÓRIOS "CELSUS"

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

«Flagelos médico-sociais da infância» — foi subdividido em quatro: «Tinha», «Sífilis», «Tracoma» e «Tuberculose», dos quais um, o terceiro, foi tratado na sessão realizada à tarde.

O Prof. Juvenal Esteves, encarregado de esclarecer o problema da tinha, definiu as características etiopatogénicas e epidemiológicas desta afecção, referindo-se às grandes dificuldades que se encontram no seu combate e que provêm, sobretudo, do desinteresse das populações onde o flagelo é mais frequente, os centros rurais e piscatórios. Os métodos terapêuticos actuais, embora eficazes, exigem cuidados especiais, para os quais aquelas populações não estão preparadas.

O relator terminou propondo, como medidas gerais tendentes a limitar a endemia e impedir que atinja os grandes centros, as seguintes: Eliminação dos reservatórios de fungos — o que é muito difícil; cuidados às crianças em idade pré-escolar e escolar; interessar mais activamente nos aspectos profilácticos e curativos as entidades superiores e os médicos; actuar junto dos barbeiros para conseguir a desinfecção dos instrumentos; examinar o couro cabeludo e as unhas das serviçais ao serem admitidas; educação do público; criação de novos centros de tratamento. Propôs, finalmente, que as sociedades portuguesas de Pediatria e Dermatologia se entendam no sentido de estabelecer medidas eficazes contra este mal, que, embora de pouca gravidade, quanto à mortalidade, diminui física e psicologicamente as crianças afectadas. A penúltima rubrica, «Sífilis», foi desenvolvida pelo Prof. Fonseca e Castro, que dissertou sobre o tema, sobressaindo das suas palavras o valor da profilaxia da sífilis como medida de valor social. A assistência médica e serviços de análises, totalmente gratuitas, foram focadas como medidas ingénuas. O Dr. Fernando Correia, oportuno, recordou que a segunda dessas medidas é já uma realidade em Lisboa, através da instituição que dirige.

A encerrar os assuntos da secção de Pediatria, o Prof. Lúcio de Almeida abordou a «Tuberculose», salientando a sua natureza, meios e causas de contágio e a sua repercussão na vida de uma Nação. Preconizou intervenções de índole profiláctica e de propaganda educativa como via de segurança e progresso.

O ÚLTIMO DIA DE TRABALHOS

Duas sessões preencheram o último dia de trabalhos. De manhã reuniu, sob a presidência do Prof. Vitor Fontes, a secção de Higiene Mental Infantil.

O primeiro orador foi o padre Américo, que se ocupou de «O problema de abandono que o número, sempre crescente, de filhos sem pai, é hoje um dos maiores flagelos de Portugal. A espantosa impunidade do vício à custa do sacrifício permanente da mulher faz que sejam poucos os asilos, os orfanatos e os infantários. Mas o que se torna necessário, mais do que criar estabelecimentos desse tipo, é ir à raiz do mal e fazer algo para diminuir o número de crianças abandonadas, chamando os responsáveis a contas e não deixando o crime impune, tanto mais que ele é responsável pelo grande número de

infanticídios praticados no nosso País. O relator apelou para os juristas no sentido de retirar a expressão «pai incógnito» dos registos e assentos; chamar a contas os responsáveis, obrigá-los a prestar mantimentos, suprimir pelas burocráticas e castigar. Na discussão que se seguiu foi focada a importância da protecção à mãe e à criança na solução deste problema.

Falou depois o Dr. Salvador da Cunha sobre «As condições de vida das crianças nos bairros económico-sociais — o que há a fazer». Começando por acentuar os benefícios e melhoria que advieram para muitos portugueses da criação daqueles bairros, ficou a importância do serviço social nos mesmos, a necessidade de aumentar o seu número, e a urgência em resolver certos problemas, como o desemprego, a sanatorização e o internamento de anormais e casos extremos de invalidez. Aparte estes problemas, cuja resolução depende das condições gerais do País, nesses bairros a criança não é acompanhada além da instrução primária e, daí em diante, encontra-se desamparada, arriscando-se a que se perca tudo quanto por ela se fez. O Dr. Salvador da Cunha propôs que, para por termo a esta situação, sejam criadas escolas-oficinas, sobretudo nos bairros mais pobres. Numerosos congressistas participaram na discussão deste assunto, tendo todos vincado a necessidade de elevar o nível de vida dos habitantes dos referidos bairros mediante cursos primários nocturnos, escolas-oficinas e campos de jogos; o Dr. Manuel Vicente Moreira propôs que se generalizasse a instalação de serviços sociais aos bairros do Estado e não apenas aos camarários; e o Dr. Vasco Bruto da Costa numa intervenção oportuna e brilhante, elucidou a assistência sobre o que a Mocidade Portuguesa tem feito neste capítulo através de centros de adaptação ao trabalho, com oficinas, campos de jogos e actividades complementares, que recolhem rapazes de níveis mais baixos, por vezes com sérios vícios, provando que se podem transformar em homens.

O Congresso ocupou-se, em seguida, da recuperação das crianças deficientes, tendo sido apresentadas duas comunicações.

A primeira — «Estabelecimentos de índole médico-psicopática da infância que urge criar: asilos para epiléticos, clínicas psicológicas» — foi apresentada pelo Prof. Barahona Fernandes, em colaboração com o Dr. João dos Santos. O Prof. Barahona Fernandes fez notar que a possibilidade de recuperação destas crianças está ligada à profilaxia, pela higiene mental que é preciso separar da restante higiene.

O essencial para essa recuperação é a existência de instalações especializadas — clínicas psicológicas e asilos para epiléticos, dispendo de pessoal adestrado. O Dr. João dos Santos salientou que a higiene mental deve ser activa, ir ao encontro do público e não esperar que venha ele ter com o especialista, o que faz só em casos graves e tardiamente.

Expôs seguidamente, o que no capítulo de higiene mental tem sido posto em prática no centro de «A Voz do Operário» com os melhores resultados.

Dos dois trabalhos evidenciou-se a necessidade de coordenação das organizações existen-

tes e criação de novas instalações do tipo das que já possuímos, como o modelar Instituto Aurélio da Costa Ferreira, criação urgente de secções para crianças nos dispensários de higiene mental, introdução de consultores psiquiátricos para a infância nos centros de saúde, criação de hospitais psiquiátricos infantis para oligofrénicos graves, epiléticos e orgânicos, bem como de lares educativos para os psicopatas graves.

O Prof. Vitor Fontes desenvolveu de maneira notável o tema «Estabelecimentos de índole médico-pedagógica que urge criar: classes especiais, escolas de reedução, asilos para anormais irrecuperáveis — plano de realização», mostrando-se de acordo com o que sobre o assunto dissera o Prof. Barahona Fernandes, vincando a importância da profilaxia na higiene mental e as dificuldades em realizá-la, provenientes da família e do meio social, pela incompreensão, desagregação familiar, falta de cultura psicológica dos professores, más companhias, mau cinema, más leituras e «escola da rua». Ficou também a necessidade premente da criação de dois outros estabelecimentos para crianças irrecuperáveis — asilos tipo colónia agrícola — asilos para epiléticos, escolas de reedução, etc., dispondo de pessoal especializado que se torna necessário preparar.

Como conclusão, o Prof. Vitor Fontes, em nome do I. C. F., emitiu um voto para que, aproveitando a experiência daquele instituto, se organize uma comissão permanente para apresentar, num prazo breve, uma base para a organização de uma obra extensa de higiene mental infantil no País.

O problema interessou vivamente à assistência, tendo a sr.^a D. Alice Fontes, professora do Instituto Adolfo Coelho (Casa Pia), lembrado o problema que cria o afastamento das crianças das suas famílias, pelo desinteresse recíproco que faz nascer, o que leva a preferir, quando possível, o regime de semi-internato ao de internato, estendendo a acção psicológica às famílias. Propôs a revisão da lei da maternidade para as pessoas.

O Dr. João dos Santos sugeriu que na comissão apresentada pelo Prof. Vitor Fontes fosse incluído um representante dos Dispensários de Higiene Mental; e o Dr. Fernando Ilharco lembrou a assistência dos centros de assistência psiquiátrica do Sul, Centro e Norte e disse que o Estado pensa na criação de um centro para anormais irrecuperáveis, que seria talvez entregue a uma ordem religiosa, pelo tipo de assistência que esses anormais necessitam.

Na sessão da tarde a terceira subsecção — o ensino primário e infantil — incluía uma palestra do Prof. Delfim Santos e, por isso a assistência foi numerosíssima. O orador, que disse «o que há a fazer em matéria de revisão do ensino primário», começou por frisar o tratamento do vasto tema encontra de início dificuldades resultantes da interpenetração e confusão do critério administrativo com o pedagógico, ao ponto de se afirmar que a escola primária em Portugal não é uma organização pedagógica, mas sim exclusivamente administrativa. Como tal falseia a verdadeira finalidade, que se afigura assim extrínseca à própria criança, colocando em seu lugar a que apenas deveria ser uma consequência que pode tornar-se prejudicial, não só enquanto o aluno frequenta a escola, mas também nas formas posteriores do cultivo da personalidade. O que para ele for nocivo, neste grau de ensino, sê-lo-á efectivamente para a Nação. Trata-se do nível de aprendizagem mais instável e difícil, porquanto oferece maiores exigências de conhecimentos psico-pedagógicos da parte do professor, para que possa exercer-se sem perigo para a estrutura mental e caracterial da criança na fase de terceira infância — que se dilata dos sete aos doze anos e em condições especiais que convém saber para bem orientar o ensino.

O Prof. Delfim Santos referiu-se às características de dispensável centralização, mas de adaptação nacional e até regional para melhor ajustamento às condições inambientais. Falou ainda e brilhantemente de métodos didácticos, do problema das «abandonadas» — definindo assim as normais e supradotadas, todas aquelas que, pela sua ausência de choantes deficiências, não despertam a atenção das autoridades — e terminou esperançado em que um plano de educação nacional, a prepa-

MARTINHO & C. L.

Tudo o que interessa da
a medicina e cirurgia

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

ração dos professores nas escolas do Magistério Primário, a correlação de esforços entre a família e a Igreja possam contribuir para a formação moral, intelectual, estética e religiosa da mocidade portuguesa, em função dos interesses supremos da Nação, de que a criança é o penhor mais valioso.

Foi também apresentada uma comunicação do Prof. Emilio Planchard, subordinada ao tema «Necessidades do ensino infantil — sua organização e realização». O trabalho, que foi lido pelo Dr. Armando Tavares, devido a impedimento do seu autor, trata de diversos problemas do ensino primário e aponta a necessidade urgente que há na criação e desenvolvimento de boas instituições para a educação da primeira e da segunda infância.

O terceiro congressista a usar da palavra foi o Dr. Dordonnat, que desenvolveu o tema «O que há a fazer na preparação dos professores», referindo a importância primordial da formação pedagógica do conhecimento da psicologia infantil.

Falou depois a sr.^a D. Maria Helena Beltrão sobre «A colaboração dos pais e da escola. Serviço social escolar», focando o papel que, na educação da criança, compete à Família, à Igreja e ao Estado, através da escola, e a necessidade do contacto real e eficaz entre os pais e a escola, contacto esse que, presentemente, se não verifica e para a realização do qual se terá de lutar com algumas dificuldades.

Terminadas as últimas comunicações presentes ao Congresso procedeu-se à apreciação dos votos finais referentes aos assuntos abrangidos nas três secções estudadas. Os respectivos relatores gerais, Dr. Santos Bessa e Profs. Salazar de Sousa e Vítor Fontes, submeteram a votação as prováveis conclusões a extrair dos trabalhos então terminados. Esta fase despertou marcado interesse na assistência, estabelecendo-se, por vezes, vivo debate.

Foram os seguintes os votos finais do I Congresso Nacional de Protecção à Infância:

NA SECÇÃO DE PUERICULTURA

Que se solicite do Governo o estabelecimento de medidas mais eficazes para auxiliar o combate às causas responsáveis pelas altas taxas de nado-mortalidade e mortalidade infantil; que o Governo promova, pelas instâncias competentes, o estudo e restabelecimento de um critério universal do conceito do nado-mortalidade e mortalidade infantil; que se dêem ao Instituto Maternal as dotações necessárias para pôr em execução em todo o País a rede de estabelecimentos da assistência materno-infantil que está prevista, tendo em vista o plano de precedências a estabelecer, as necessidades mais urgentes de cada distrito ou possível aproveitamento das já existentes ou dos estudos já realizados e ainda das aquisições já feitas para tal fim; que seja desenvolvido o parto ao domicílio, mas de modo a executar-se com toda a segurança por quem esteja indicado; que seja completado o equipamento do Instituto Maternal com centros de tratamento de crianças doentes, a fim de melhor cumprir a sua missão e de preparar convenientemente os pediatras e as puericultoras e ainda com centros de assistência a débeis e a prematuros; que seja permitido ao Instituto Maternal atender nos seus serviços as crianças depois dos 7 anos que careçam de auxílio e que não estejam abrangidas pela Obra das Mães; que não se criem obras de assistência materno-infantil sem ser ouvido o Instituto Maternal; que se revejam as condições em que foi determinada a subordinação técnica dos centros de assistência materno-infantil ao Instituto Maternal, de forma a torná-la mais eficiente; que se procure entregar a médicos especializados em obstetricia ou pediatria a direcção ou chefia das obras de assistência materno-infantil e que se estimule a especialização deste ramo da medicina com a publicação de um diploma que confira condições de preferência a estes médicos para aqueles lugares; que se promovam estágios periódicos de aperfeiçoamento para os médicos que trabalham em obras de assistência materno-infantil e que não sejam especializados; que se reforme o actual curso de parteiras, que se considera insuficiente e desactualizado; que se procure intensificar a cultura higiénica ou sanitária da população, e particularmente a puericultura, de modo a ga-

rantir uma melhor colaboração da família com as obras de assistência materno-infantil; que se intensifiquem todas as medidas de elevação do nível higiénico-sanitário e económico das populações, que contribuem para uma melhor compreensão e aplicação das medidas de eugenia positiva; e que seja ratificado o convénio internacional à maternidade, se não for possível remediá-lo em tal matéria; que se solicitem do Governo as medidas necessárias para forçar as fábricas que empregam mais de 50 mulheres ao estabelecimento de creches privativas, quer revogando o decreto 35.427, quer elevando a taxa actualmente estabelecida; que se promova o desenvolvimento deste tipo de instituições em todos os aglomerados em que se julguem necessários; que sejam criados centros de assistência dermatológica junto do Instituto Nacional para Assistência às Crianças em idade pré-escolar e um serviço nacional de assistência dermatológica destinado às crianças em idade escolar; que se criem escolas infantis com carácter educacional e não assistencial; que se

solicite o auxílio do Estado para as escolas pré-infantis; que se peça para as escolas a criação de classes especiais de ensino infantil; que se solicite uma intensa campanha de imunização das crianças contra doenças infecciosas, não só no que respeita à primeira vacinação, mas também no que se refere ao «rappel»; que se alargue e intensifique a campanha antituberculosa; que se estabeleça uma caderneta sanitária em que se encontrem registados os actos referentes às vacinações praticadas; que se solicite a reorganização dos serviços da Direcção-Geral da Saúde Escolar, Educação Física e Desportos, tornando independente a saúde escolar e assegurando o prestígio e a função que lhe competem na medicina social moderna; que se promova a constituição de uma comissão, da qual participará a Sociedade de Pediatria, a fim de regulamentar tudo que diz respeito à ginástica como disciplina escolar; que sejam revistos os períodos de vacinação das crianças que frequentam as escolas e são atingidas por doenças infecto-contagiosas



O Laboratório ULZURRUN, LDA. apresenta à Ex.^{ma} Classe Médica o seu novo preparado anti-tuberculoso

PASIDRAZIDA

associação de hidrazida do ácido isonicotínico com o paramino salicilato de cálcio

Composição:

COMPRIMIDOS		GRANULADO	
Hidrazida	15 mgs.	Hidrazida.	0,3 gr.
PAS cálcio	500 >	PAS cálcio	10 >
(por comprimido)		Excipiente aprapr. q. b.	100 >

Indicações:

Em todas as formas de tuberculose, especialmente na pulmonar

Apresentação:

Frasco de 100 comprimidos	70\$00
Frasco de 200 grs. de granulado	50\$00

Amostras e literaturas à disposição da Ex.^{ma} Classe Médica

ZONA INDUSTRIAL DOS OLIVAIS TELEFONE, 39.315 e 39.9051

(decreto 23.807); que seja alargado o quadro dos médicos escolares, principalmente o daqueles que têm a seu cargo a assistência escolar primária, e que a medicina escolar seja ouvida nas construções de edifícios escolares ou nos benefícios a introduzir-lhes.

A leitura destes votos foi feita pelo respectivo relator, Dr. João dos Santos Bessa.

NA SECÇÃO DE PEDIATRIA

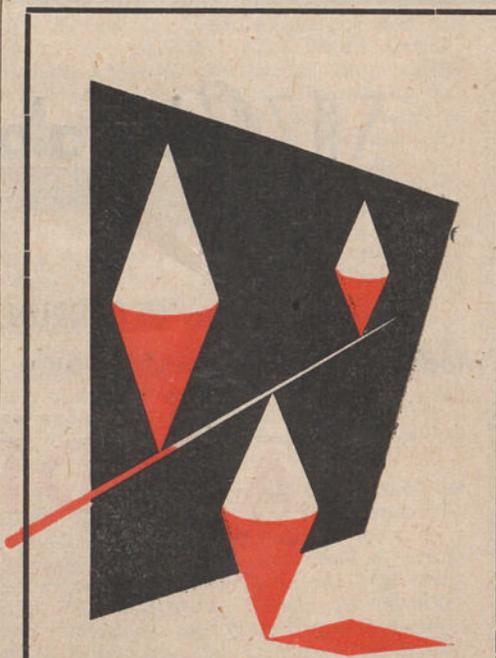
O Prof. Salazar de Sousa leu depois os votos da secção de Pediatria, que manifestam o desejo de que para melhorar as condições da pediatria em Portugal seja solicitado ao sr. ministro da Educação Nacional: que no quadro do novo Hospital Escolar seja incluído o número de assistentes suficiente para permitir um ensino prático em condições adequadas; que seja revisto o actual sistema de exames em Outubro e de passagem de ano com falta de uma cadeira para melhor aproveitamento do ano lectivo; que na regulamentação do estágio a fazer no fim dos cursos médicos haja um período de dois meses para frequência exclusiva de serviços de pediatria; que sejam regulamentados o ensino psiquiátrico para parte dos graduados; que se agradeça ao sr. ministro das Obras Públicas a solução dada ao problema dos Hospitais Infantis com a adaptação do Hospital de D. Estefânia; que se insista junto desse membro do Governo para que no plano das construções hospitalares seja considerada a hospitalização das crianças; que se volte a lembrar a necessidade da criação dum hospital de campo para convalescentes, mas com um centro de meningite tuberculosa; que se manifeste junto do subsecretário da Assistência a vantagem de recrutar para os serviços de pediatria pessoal de enfermagem especialmente habilitado; que seja reconhecida a urgência de criar um centro de reabilitação de ortopedia para os perturbados motores; que se solicitem do ministro do Ultramar os médicos destinados às províncias ultramarinas; que aos médicos destinados às províncias ultramarinas se exijam conhecimentos especiais de puericultura; que seja criado, junto do Instituto de Medicina Tropical, um centro de infância do ultramar para planear e executar um programa de assistência infantil; que se insista na necessidade de serem melhorados os centros de tratamento de crianças com tina; que se intensifique a luta anti-venérea; que os tratamentos anti-sifilíticos nos centros de assistência sejam gratuitos; que, sendo a penicilina o melhor medicamento de que se dispõe para tratamento dessa doença, se torne proibida a sua venda sem receita médica, a fim de evitar que o seu uso indiscriminado possa causar danos; que se reconheça a eficácia da luta contra o tracoma empreendida pela Direcção-Geral de Saúde desde 1948; que seja reconhecida a utilidade do respreio radiológico empreendido pelo Centro de Profilaxia do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos; que se reconheça a vantagem na vacinação pelo B. C. G.; que os sectores da administração que até agora não têm colaborado na campanha nacional pela vacinação anti-tuberculosa, cujas bases foram estabelecidas pelo Estado, sejam compelidos a fazê-lo ou a ratificarem cientificamente a sua recepção.

NA SECÇÃO DE HIGIENE MENTAL INFANTIL

Nesta secção, o Prof. Vitor Fontes leu o respectivo voto, em que se preconiza:

Que seja revista a legislação no que se refere à responsabilidade dos pais das crianças não legitimadas, no sentido de evitar com a máxima segurança o seu abandono; como medida mais urgente para a infância vivendo nos bairros oficiais deverão criar-se escolas-oficinas que completem, além da instrução elementar, primária, a preparação para a vida profissional desses menores; que se criem cadeiras que interessem a higiene mental infantil nas Faculdades de Medicina, Escolas de Enfermagem e Instituto de Serviço Social; que se criem instituições diferenciadas para se difundirem os meios para uma eficiente profilaxia mental das idades infantis e conveniente recuperação das crianças com anomalias mentais; que se criem um patronato extra-escolar para menores mentalmente deficientes e cursos

de preparação de pessoal técnico para este género de serviços; que se elabore um estudo de um plano de organização e realização infantil, tornando-se acessível à maioria da população; que se trate da preparação especializada de jardineiras de infância; que se fixe a duração mínima de escolaridade obrigatória dos 7 aos 12 anos; que se promova a reorganização da escola elementar com finalidade educativa, moral, intelectual e física a desenvolver num plano de estudo em cinco anos; que se faça a revisão dos programas das escolas do magistério primário num sentido de melhor conhecimento da língua; que se intensifiquem as relações entre as famílias e a escola; que se crie um serviço escolar oficial que prolongue o efeito educativo da escola até à família; que se estude a criação de uma comissão permanente com representação dos diferentes sectores oficiais, que se ocupe da assistência, reeducação e instrução e recuperação infantis e juvenis, que servirão de instrumento informador e que os levará à realização de um plano de higiene infantil nos seus diversos aspectos.



FRENANTOL

NOVA SUBSTÂNCIA
DE SÍNTESE, ORIGINAL

para-oxi-propiofenona
composto H-365

NOVO CAPÍTULO
NA QUIMIOTERAPIA

frenador hipofisário

Comprimidos de 0,05 e 0,25 g.



LABORATÓRIOS
DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

O DISCURSO DE ENCERRAMENTO

Por último, usou da palavra o Prof. Almeida Garrett, para proferir o discurso de encerramento.

Depois de evocar os nomes de Alfredo da Costa e Sobral Cid, como precursores da pediatria social, acentuou que poucas vezes se terá realizado em Portugal uma assembleia de objectivos sociais tão notável como o 1.º Congresso Nacional de Protecção à Infância. Prosseguindo, passou em revista os temas versados, louvando os relatórios e mostrando que nenhum aspecto da protecção à infância foi esquecido, desde a fase da gestação de novos seres até à sua entrada na adolescência.

Entende, contudo, que há dois problemas fundamentais que, acima de tudo devem ser considerados: o da defesa da primeira infância, das crianças na idade em que mais se vinculam para toda a vida as consequências das faltas de higiene e em que a foice da morte ceifa com maior furor, e o da assistência escolar, para que todas as crianças possam frequentar a escola, preparando-se o nível cultural indispensável para que as obras de medicina social dêem todo o preciso rendimento.

O Prof. Almeida Garrett finalizou o seu discurso com as seguintes palavras: — «Vivemos numa quadra histórica de profunda ansiedade. Os bárbaros ameaçam descer às terras sagradas da velha Europa, mãe da civilização cristã, para as submeter ao seu domínio de sanguinário despotismo. Teme-se, e com razão, tantos séculos passados, a repetição da História. Mas Roma caiu porque se atolou na devassidão, geradora de todas as fraquezas, e os bárbaros venceram porque eram mais e com maior espírito para a luta. Para nos salvarmos é preciso termos muita gente e gente sã, na plena acepção da palavra. A protecção à infância, além de um preceito de humanidade, é um dever nacional e social. Por tudo isso podemos sair contentes deste Congresso, com a orgulhosa satisfação de havermos contribuído, na medida das nossas possibilidades, para a defesa da civilização, para que Portugal possa subsistir e ser cada vez maior e melhor. Acabamos de trabalhar aqui. Voltamos a trabalhar, cada um no campo da sua actividade, com o mesmo ardor e a mesma fé. O Congresso continua».

Hospitais Cívicos de Lisboa

Concursos para internos

Estão a decorrer nos Hospitais Cívicos de Lisboa os concursos para internos do Internato Complementar. Fazem parte dos juris os seguintes facultativos daqueles Hospitais, mencionados pela ordem da sua antiguidade:

Serviços clínicos gerais — Clínica médica: Dr. Horácio Augusto Cordeiro Peerira; Dr. Frederico Júlio Correia Madeira; Dr. Rafael Adolfo Coelho. Clínica cirúrgica: Dr. Augusto da Cunha Lamas; Dr. Jorge Nunes da Silva Araújo; Dr. Domingos Bentes Pimenta.

Serviços clínicos de especialidades — Oftalmologia: Dr. Sertório Monico Sena; Dr. Ave-lino Cavaleiro de Ferreira Gonçalves Rapazote; Dr. José Carlos Gouveia de Carvalho. Urologia: Dr. João Manuel de Sousa Bastos; Dr. Raúl de Matos Ferreira; Dr. Humberto da Fontoura Madureira. Estomatologia: Dr. Fernando Ferreira da Costa; Dr. António Jorge; Dr. Fernando Pais de Vasconcelos. Dermatologia: Dr. Luís Alberto de Sá Penela; Dr. Manuel Caetano Carrasco; Dr. Juvenal Alvares Esteves. Pediatria médica: Dr. Manuel Nazaré Cordeiro Ferreira; Dr. Humberto Gabriel da Silva Nunes; Dr. Fernando Sabido Silva. Pediatria cirúrgica: Dr. Abel Pereira da Cunha; Dr. Eduardo Miguens Rosado Pinto; Dr. Leopoldo da Cruz Laires. Neurologia: Dr. Diogo Guilherme da Silva Alves Furtado; Dr. Eugénio de Miranda Rodrigues; Dr. Mário Ferreira de Alenquer. Serviço de transfusões de sangue: Dr. Almeida de Vasconcelos Lessa; Dr. Abel Festas Cancela de Abreu; Dr. Herculano Tavares Coutinho.

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

Casa de Saúde da Boavista

A Casa de Saúde da Boavista, prosseguindo no seu plano assistencial em favor dos desprotegidos, criou um novo Serviço de consultas de doenças ano-rectais destinado a pessoas pobres.

As Consultas funcionam regularmente com o seguinte horário: terças-feiras às 9 horas e sábados às 11 horas; são dirigidas pelo Dr. João de Almeida.

Rotary Clube de Lisboa

Uma palestra do Prof. Cruz Ferreira

Proseguindo na campanha de estudo dos problemas ultramarinos, o Rotary Clube de Lisboa, reunido no dia 2, teve a colaboração do Prof. Cruz Ferreira, que, na palestra regulamentar, versou o tema «As directrizes do combate às tripanozomias nas nossas províncias ultramarinas».

O conferencista, que tem chefiado importantes missões científicas em África, apresentou, em síntese, os principais objectivos da campanha contra tais doenças. Fez depois referência às principais iniciativas da campanha em curso nas províncias da Guiné, de Angola e Moçambique, realçando a importância das medidas de quimioprofilaxia. Por fim esboçou o panorama da situação das regiões tropicais da África, onde o homem, livre dos flagelos das doenças, pode aproveitar integralmente a sua capacidade de trabalho na exploração da sua riqueza em matérias primas. Foi, ao terminar, vivamente aplaudido.

Fez a censura o Prof. Salazar Leite, que comentou alguns passos da sua palestra, tecendo o elogio do Prof. Cruz Ferreira.

Instituto de Medicina Tropical

Na reunião mensal do corpo docente do Instituto de Medicina Tropical, efectuada no dia 6 de Dezembro, o Prof. Salazar Leite relatou os trabalhos da Missão do Combate à Lepra na província da Guiné, realizados de Janeiro a Abril do ano findo. Os números apontados puseram em evidência a necessidade do combate àquela doença, que atinge mais de 25 por mil da população nativa. Em seguida, o Prof. Cruz Ferreira falou das funções e finalidade do Comité Internacional de Investigação sobre Tripanosomias, cuja última reunião, efectuada em Lourenço Marques, no ano findo, estabeleceu importantes normas respeitantes ao estudo e combate daquelas doenças. Falaram, ainda, sobre os assuntos versados, vários professores do Instituto.

No dia 13, o Prof. Hawking, do Instituto Nacional de Investigações Médicas de Inglaterra, fez, no mesmo Instituto, uma conferência sobre a «Profilaxia e tratamento da filariose». O orador deu conta dos resultados das suas investigações com animais de laboratório, tendentes a precisar as particularidades da doença e dos resultados do tratamento, obtidos com novos medicamentos.

Instituto Português de Oncologia

Para comemorar o 25.º aniversário do Instituto Português de Oncologia, reuniram-se no dia 29 de Dezembro, num jantar, o seu director, Prof. Francisco Gentil, e todos os seus cola-

boradores, que o têm acompanhado desde 1927, quando começaram a funcionar as primeiras instalações do Instituto. Aos brindes falaram o Prof. Arsénio Cordeiro, que se referiu ao significado daquela reunião e agradeceu, em nome de todos, ao Prof. Gentil, as condições de trabalho que ele tem proporcionado no Instituto; o Dr. Mário Andrade e, por fim, o Prof. Francisco Gentil, que agradeceu a todos a colaboração prestada.

O Prof. Gentil, dias antes, fez, no Instituto, uma conferência intitulada «Colecistectomia. A defesa do Instituto Português de Oncologia». Explicou os motivos por que naquele Instituto se operam lesões aparentemente não neoplásicas, mas que, na realidade, constituem estados pré-cancerosos, nomeadamente as colecistectomias e as gastrectomias, e justificando esta orientação, disse que as colecistectomias se faziam em virtude de transformação maligna de muitos casos de vesículas calculosas. Seguidamente, o Dr. José Conde leu um trabalho do Prof. Gentil, em colaboração com o orador e com o Dr. Neves da Silva, no qual se apresentou um esboço histórico desde o primeiro caso de cancro da vesícula até à primeira demonstração de cálculos nas vesículas cancerosas. No referido trabalho seguiu-se a sistematização daquela localização neoplásica, os seus tipos de propagação a distância e as considerações, tanto clínicas como experimentais, que levam à teoria patogénica, segundo a qual, a irritação mecânica ou química, provocada pelos cálculos, faz aparecer lesões da mucosa da vesícula que, por causas ainda desconhecidas, se transformam em verdadeiro cancro. Depois de relatar os principais tipos clássicos da doença e a sua orientação terapêutica, foram projectados numerosos dispositivos referentes à série de 10 casos de cancro da vesícula da casuística do Instituto.

2 PRODUTOS **WANDER**

Alfabis

WANDER

SUPERIOR PREPARAÇÃO DE BISMUTO METÁLICO

PRONTA A APLICAR
INDOLOR
OPTIMA TOLERANCIA

Ap.: Caixas de 6 ampolas de 0,5 c. c., com 0,05 de bismuto.

Antisacer

WANDER

O ANTI-EPILEPTICO DE ELEIÇÃO

SIMPLES E COMPOSTO

Ap.: Tubos de 20 drag.

Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa

Reuniu-se no dia 13 de Dezembro a Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, sob a presidência do Prof. Xavier Morato, que lamentou a ausência do presidente, Dr. Alberto Mac Bride, fazendo votos pelas suas melhoras, e propôs um voto de pesar, que foi aprovado, pela morte do Dr. Arruda Furtado. Falou em seguida o Prof. Costa Sacadura, dando conhecimento da publicação do número referente a Dezembro último do «Jornal da Sociedade das Ciências Médicas», o mais antigo do país, e chamou a atenção para a necessidade de as novas camadas da Medicina portuguesa contribuírem com a sua colaboração para que tão útil publicação se mantenha à altura de primeiro periódico, órgão da Sociedade Médica mais antiga do mundo. O orador ocupou-se, a seguir, da terminologia médica, citando exemplos do uso, por médicos distintos, de termos menos correctos, e terminando por propor que a Sociedade solicite do Instituto de Alta Cultura as providências necessárias para a elaboração do «Vocabulário Médico». A proposta foi aprovada, com um aditamento do Prof. Cândido de Oliveira, para a nomeação de uma comissão de especialistas, para colaborar nesse trabalho.

Falou depois o Prof. João Cid dos Santos, que apresentou «Uma nova técnica operatória para a cirurgia próstata». Depois de uma introdução em que descreveu as diversas vias operatórias para o tratamento da hipertrofia da próstata e de expor os inconvenientes de todas elas, o Prof. Cid dos Santos expôs o seu método, que consiste no emprego da via transperitoneal na prostatectomia, técnica com que o autor tornou impossível o estabelecimento de uma fistula urinária post-operatória. O conferencista, que fez notar o facto curioso de ter sido possível apresentar uma nova via operatória, cujas vantagens parecem evidentes, depois de tantos investigadores terem explorado aquele campo, apresentou, a documentar o seu valioso trabalho, os primeiros casos operados segundo a nova técnica.

Sociedade Médica dos H. C. L.

Na reunião de Dezembro findo, da Sociedade Médica dos Hospitais Civis de Lisboa, o Prof. Aires de Sousa e o Dr. Mendes da Silva fizeram uma comunicação sobre a «Tomografia no diagnóstico das osteoartrites tuberculosas», mostrando as dificuldades do diagnóstico precoce da doença, a despeito dos esforços de clínicos e radiologistas. Depois de mostrarem estatísticas com a incidência relativa das várias localizações de tuberculose osteoarticular e das suas complicações, estudando a patogenia e as alterações anatomopatológicas, defenderam as possibilidades da tomografia, confrontadas com as radiografias de rotina, no sentido de antecipar o diagnóstico e de demonstrar a existência de lesões que a radiografia simples não revelara, factos estes da maior importância para a conduta terapêutica. A interessante exposição foi documentada com projecções de tomografias elucidativas.

A seguir, o Prof. Diogo Furtado e o Dr. Miranda Rodrigues apresentaram uma comunicação intitulada «Sobre uma forma particular de meningite linfocitária». Os autores descreveram, pormenorizadamente, duas observações de meningite linfocitária, caracterizadas por um quadro clínico agudo, fugaz e benigno. Pelo contrário, os exames do líquido céfalo-raquidiano mostraram uma intensa linfocitose, que continuou a subir num dos casos, mesmo após a desapareição do quadro clínico, e que em ambos os casos se manteve durante muitas semanas. Esta pleocitose linfocitária acompanhava-se de albumina elevada e de valores também elevados ou normais da glicorraquia, ao passo que a investigação bacteriológica resultou negativa. Os autores, que encontraram alguns casos análogos na literatura escandinava, terminaram a sua curiosa exposição dizendo pensarem que se trata de uma forma especial de meningite linfocitária, devida, talvez, a um viro específico.

Dr. António de Assis Brito

No dia 18 de Novembro tomou posse, que lhe foi dada pelo enfermeiro-mor dos H. C. L., de director do Serviço de Oftal-



DR. ANTÓNIO DE ASSIS BRITO

mologia do Hospital de Santo António dos Capuchos, o Dr. António de Assis Brito, médico da especialidade dos mesmos hospitais.

Sociedade Portuguesa de Endocrinologia

Na reunião da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, efectuada no dia 22 de Dezembro, o Prof. Celestino da Costa, que presidiu, deu conta do êxito da I Reunião Luso-Espanhola de Endocrinologia, pondo em relevo o ambiente de cordialidade em que decorreu, e anunciou que a próxima reunião se realizará em Portugal, dentro de dois anos. Seguidamente, o Dr. Nuno de Medeiros apresentou uma comunicação com o título «Considerações acerca de um caso de tensão premenstrual», pondo em relevo o facto curioso de que, no caso referido, havia melhoria com a administração de foliculina e agravamento com a luteína, pelo que negou que aquela tensão fosse sempre sinónimo de hiperfoliculismo. O Dr. Rosário Dias, que falou depois, referiu-se ao problema do «Mecanismo da reacção eosinopenica à adrenalina», através de um tratado realizado de colaboração com o Dr. Iriarte Peixoto.

Procedeu-se depois à eleição de novos sócios e, por último, o Prof. Celestino da Costa anunciou o prosseguimento do Curso sobre suprarrenal no mês corrente.

Na Sociedade de Geografia

«O pensamento e a máquina»

Uma conferência do Prof. Diogo Furtado

Na sessão mensal da Sociedade de Geografia, realizada em Dezembro findo, o Prof. Diogo Furtado proferiu uma conferência em que versou o tema «O pensamento e a máquina». O orador enunciou em primeiro lugar o problema que ia tratar. A criação e o progressivo desenvolvimento dos mecanismos electrónicos automáticos (máquinas de calcular e traduzir, mecanismos autocomandados de guerra ou industriais) levantam — disse — o problema da sua comparação com o cérebro humano. Certas destas máquinas possuem já alguns dos atributos deste, como por exemplo a memória, e excedem-no nalgumas das suas capacidades. Chegaremos à possibilidade de substituição do homem por mecanismos electrónicos servo-comandados? Referiu-se à aspiração humana de criar autómatos e citou os filósofos da antiguidade, Raimundo Lulio e Leonardo da Vinci, os autómatos dos relojoeiros suíços, a Copelia dos Contos de Hoffman e o advento dos modernos mecanismos electrónicos. Fez, depois, um resumo da fisiologia nervosa e mostrou como o sistema nervoso do homem pode ser considerado como um vasto complexo de condutores, nos quais circulam sinais eléctricos, correspondendo às sensopercepções, aos impulsos motores ou às ideias.

O Prof. Diogo Furtado descreveu, a seguir, os mecanismos electrónicos automáticos e os princípios gerais que presidem à sua regulação. Ocupou-se especialmente do princípio digital ou lógico, que na sua forma binária está na base dos mais modernos cérebros electrónicos, e que é, afinal, o mesmo que se encontra no sistema nervoso humano.

Ocupou-se depois das comparações dos maquinismos electrónicos automáticos com o cérebro humano e da criação de uma nova ciência — ascibernéticas. Disse tratar-se de uma filosofia materialista e fez a sua crítica. Diferenças fundamentais, teóricas e experimentais — disse, a concluir — apartam os autómatos criados pelo homem dos mecanismos cerebrais deste. E o pensamento humano, por mais perfeitos que sejam os autómatos, continuará, na sua essência superior e inimitável, a pertencer a uma esfera que os mecanismos automáticos não poderão nunca invadir.

A Família Médica

Casamento

Realizou-se há dias o enlace matrimonial da sr.^a D. Maria Julieta de Medeiros Ferreira da Costa, filha da sr.^a D. Maria Julieta Peixoto de Medeiros Ferreira da Costa e do Dr. Fernando Ferreira da Costa, com o Dr. José Ramos Castaño, filho da sr.^a D. Adoracion Castaño de Ramos e do sr. José Ramos Santos, comerciante em Lisboa. Apadrinharam o acto os pais dos noivos.

Quinarrhenina Vitaminada

ELIXIR E GRANULADO

Alcalóides integrais da quina, metilarsinato de sódio e — Vitamina C

Soberano em anemias, anorexia, convalescenças difíceis. Muito útil no tratamento do paludismo. Reforça a energia muscular, pelo que é recomendável aos desportistas e aos enfraquecidos.

Fórmula segundo os trabalhos de Jusaty e as experiências do Prof. Pfnestiel

XAROPE GAMA

DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO NAS BRONQUITES CRÓNICAS

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR POLI-GLICERO-FOSFATADO (COM GLICEROFOSFATOS ÁCIDOS)

Depósito geral: FARMACIA GAMA — Calçada da Estrela, 139 — LISBOA

V I D A M É D I C A

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 12 a 18 de Janeiro)

Dia 12 — Em Lisboa continuam as provas de concurso para professores extraordinários de Clínica Interna da Faculdade de Medicina, sendo candidatos os Drs. António Morais David e João de Oliveira Machado. Este apresenta uma lição sobre «Homosidrose pulmonar» que é criticada pelo Prof. Eduardo Coelho e aquele, sobre «Patologia do estômago operado». É arguente o Prof. Adelino Padesca.

14 — Sete classes especiais para crianças atrasadas mentalmente foram ontem inauguradas, em Lisboa, pelo subsecretário da Educação.

15 — Realiza-se no Porto, na Ordem dos Médicos, mais uma reunião científica mensal do Nucleo do Norte da Sociedade Portuguesa de Neuro-Psiquiatria. Tem como tema de trabalhos a «Resolução de um conflito neurótico no plano objectivo» e «Discussão do problema de depressão reactiva».

— O interesse em redor do concurso para professor extraordinário de Medicina Interna, da Universidade de Lisboa, traduz-se, novamente, pela grande afluência de público às provas dos Drs. Oliveira Machado e Morais David.

O Dr. Oliveira Machado principia a sua lição acerca da «Cirrose biliar xantomatosa». Falando com facilidade, o candidato desenvolve o tema da sua escolha, ilustrando, por vezes, as suas considerações com gráficos e projecções. Relata um caso pessoal que muito interessa o auditório médico e que documenta com alguns diapositivos.

Argumenta o professor da Faculdade de Medicina do Porto, Prof. Rocha Pereira, que faz a análise da lição, apresentando algumas observações, a que o candidato responde com prontidão e clareza.

Em seguida, o Dr. Morais David faz idêntica prova, falando «A propósito de alguns casos clínicos das chamadas doenças difusas do colagénio».

O candidato interessa o auditório com a exposição do tema que escolhe e com a descrição dos casos, que documenta largamente.

O arguente é o Pro. Rocha Brito, da Faculdade de Medicina de Coimbra, a cujos comentários o Dr. Morais David responde com perfeito à vontade.

16 — Na Assembleia Nacional o Dr. Galeano Tavares, a propósito da recente criação de mais 7 classes oficiais para atrasados mentais, medida que elogia, requer que lhe seja fornecida nota do número de candidatos à matrícula nas mesmas classes e qual também o número de alunos admitidos.

17 — Num dos principais hotéis de Lisboa, realiza-se, à noite, um jantar de homenagem ao Dr. Frazão Nazaré, presidente da Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Director do Hospital de Santo António, do Porto.

Preside o Dr. Fernandes Cruz, que tem à direita o homenageado. Assistem 30 convivas.

A sobremesa falam, entre outros, os Drs. Fernandes Cruz, Loff Pereira, Rui Lacerda, José Dias, Guido Lacombe, Saraiva de Carvalho, António Paul e Pires Marques, que põem em destaque a dedicação que tem tido o homenageado em defesa dos profissionais de estomatologia.

Por último, o Dr. Frazão Nazaré agradece as palavras elogiosas que lhe são dirigidas e relembra os Drs. Pereira Varela e Tiago Marques, como precursores da estomatologia portuguesa. Chegam inúmeros telegramas de vários pontos do país, de amigos e colegas que se associam à homenagem.

— Notícias de Angola informam que lavra um surto de paralisia infantil.

— Em Lisboa, o Conselho Supremo da Cruz Vermelha Portuguesa aprova o orça-

mento para o corrente ano. Mercê das necessidades da prestimosa instituição, em constante progresso prevê-se um aumento das despesas ordinárias. No ano findo, as despesas orçamentadas foram de 2.192.367\$ e, este ano, serão aumentadas em 91.737\$, diferença devida, principalmente aos actuais preços dos medicamentos.

É aprovado, também, o plano de acção para este ano, pelo qual a Cruz Vermelha Portuguesa vai adquirir mais material para os seus serviços, intensificar a instrução do pessoal e proteger os necessitados. A instituição procurará aperfeiçoar, na medida do possível, os serviços dos quatro postos de socorro de Lisboa, assim como o transporte de feridos e doentes.

É ainda aprovado o plano de acção da secção auxiliar feminina, de que é presidente a sr.^a D. Maria Emilia Ferreira de Noronha Campos pelo qual serão estabelecidos nucleos nos vários pontos do País e criados abrigos infantis para os filhos dos hospitalizados pobres, além de outras medidas de assistência.

— O ministro das Obras Públicas visita as obras do Hospital Escolar do Porto, acompanhado pelo Prof. Hernâni Monteiro. Noticia-se que o Hospital — pronto nas suas linhas gerais — foi visitado, atentamente, pelo sr. eng.^o Frederico Ulrich, que trocou impressões com os técnicos, dando sugestões quanto ao acabamento, que deve ser moroso. No momento, os operários estão a trabalhar na colocação de canalização, esgotos e caixilharia metálica nas centenas de janelas do lado Norte. As janelas do lado Sul já estão colocadas, faltando ainda, em parte, as divisórias interiores e o revestimento das paredes no interior e exterior do grande edificio.

Um dos problemas importantes a encarar, e para o qual serão precisos muitos milhares de contos, é do apetrechamento cirúrgico e mobiliário, parecendo, no entanto, que o Hospital poderá ser inaugurado nos últimos meses de 1955.

Estrangeiro

— Ocupam lugar destacado na Imprensa diária do estrangeiro as notícias sobre os dois doentes franceses: um leucemico e outro a quem foi enxertado um rim. Quanto ao primeiro sabe-se que o Dr. Más Magro, director da secção de Hematologia do Instituto Nacional das Ciências Médicas que, como informou a Agência Efe (Cifra), está a estudar a cura da leucémia não pôde satisfazer o apelo do pai da doentinha francesa, por não terem as suas experiências passado ainda da fase de laboratório.

Relativamente ao segundo as notícias são diferentes cada dia que passa. Num afirma-se que o postoperatório decorre animadoramente, noutro dia que o caso se apresenta sombrio.

— Uma finlandesa criou em Helsinquia um hospital para doenças alérgicas, que já funciona com grande procura dos padecentes daqueles males.

— A ordem dos médicos de Israel publicou um apelo dirigido a todas as associações médicas do mundo livre, para que se designe uma comissão internacional de inquirição às acusações formuladas pelas autoridades soviéticas contra os membros judeus da Faculdade que foram processados em Moscovo. A ordem protesta também com veemência contra a campanha levada a cabo na U. R. S. S. contra os judeus a qual não é apenas dirigida contra a nação judaica mas procura também amparar a honra da profissão médica em geral.

— Noticiam da América que a paralisia infantil atacou em 1952 nos Estados Unidos um número de pessoas nunca atingido: 57.629. Em 1951 tinham-se registado 28.795 casos. A maior dificuldade consiste em diagnosticar a poliomielite na sua primeira fase quando apresenta, por exemplo, o aspecto de uma angina ou de uma constipação be-

nigna. Se se pudesse, segundo dizem os círculos médicos, descobrir a tempo poder-se-ia evitar muitas vezes que a doença chegue à fase da paralisia. Continua sem se saber a origem e a evolução do flagelo que parece atacar com maior frequência os grupos humanos de jovens, especialmente os anglo-saxões e que talvez seja o preço de um estado sanitário em demasia evoluído e «perfeito». Por outro lado hesita-se presentemente em afirmar que a água contaminada seja o veículo por excelência da poliomielite. Há certos casos em especial, em que a propagação da doença é absolutamente inexplicável. É difícil falar da evolução quantitativa da epidemia. Os primeiros números fornecidos pelos serviços médicos americanos datam de 1916. Nesse caso foram atacadas 42 pessoas em cada mil. No ano findo foram atacadas 37 pesosas em cada cem mil.

AGENDA

Portugal

— Inaugurar-se-á ainda este ano em Penela, um Posto hospitalar, orçado em mil e cem contos. Informam-nos que é o primeiro de novo tipo a construir no país e obedece aos requisitos reputados mais científicos e modernos.

— Em Lisboa, a Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica tomou a iniciativa de realizar, de 6 a 10 de Abril, um curso de aperfeiçoamento de radiologia. Para este fim, foram convidados o Prof. Gil y Gil e Dr. Arce, de Espanha, Drs. Darriau elot e Lamarque, de França, Prof. de White, Dr. Paul Plaen, de Bélgica e Prof. Ponzia e Prof. Cicolini, de Itália.

Oportunamente se anunciarão os títulos das conferências deste grupo de radiologistas.

— Visita o Porto, esta semana, a missão inglesa que vem a Portugal sob os auspícios do Instituto Britânico e do Instituto de Alta Cultura, dar conta dos progressos realizados na Grã-Bretanha em matéria de rádio-isótopos.

A referida missão é constituída por um notável grupo de cientistas do Centro de Investigação Nuclear de Harwell e dela fazem parte os Dr. Henry Seligman, director da Divisão de Isótopos de Harwell; Dr. R. J. Walton e W. K. Sinclair, radioterapeutas e físicos do Hospital Real do Cancro de Londres; Dr. J. E. Johnston, director da Escola de Isótopos de Harwell.

Na Faculdade de Medicina realizar-se-á uma exposição sobre as utilizações pacíficas da energia atómica (emprego dos isótopos rádio-activos na Medicina e na Indústria), constituída por aparelhos científicos e larga documentação sobre as aplicações terapêuticas e industriais dos produtos obtidos nos reactores atómicos.

Haverá duas conferências: a primeira às 21 e 30 do dia 23 pelos Drs. R. J. Walton e W. R. Sinclair, subordinada ao tema «Aplicações médicas dos rádio-isótopos», e outra pelas 10 horas do dia seguinte sobre «Produção e uso dos rádio-isótopos», a cargo dos Drs. Saligman e J. S. Johnston.

Ambas serão seguidas de demonstrações.

Estrangeiro

— Em Montevideu realiza-se de 1 a 7 de Março o XVI Congresso Internacional de Medicina e Farmácia militares.

— Na Suíça, em Genebra, tem a sua reunião anual a Sociedade Suíça de Gastro-entérologia, nos dias 14 e 15 de Março. Esta reunião é feita em conjunto com a Sociedade Lionesa de Gastro-entérologia.

— Na Alemanha, Augsburg, nos dias 21 e 22 de Março, realizam-se sessões médicas com o seguinte tema: «Vitaminas, Hormonas e Fermentos na Terapêutica».

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.ª 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 (chef. 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 Larroudé, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Morais, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de 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 Sarmiento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Dir. de Serv. Téc. 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 Antituberculosa 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 (Sub-director do Hospital de Santo António)

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

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

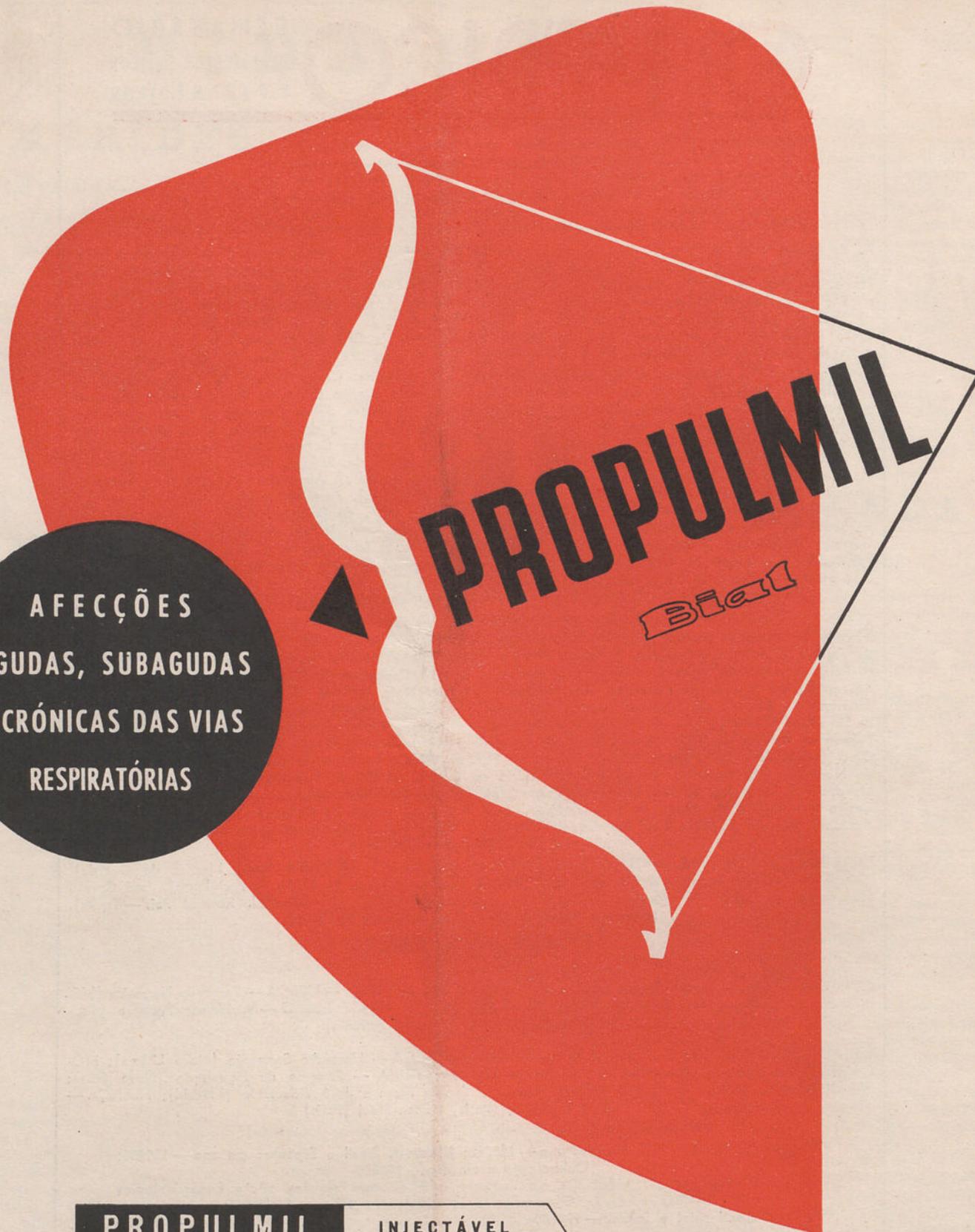
Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com as duas revistas «Acta Endocrinologica Iberica» e «Acta Gynæcologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

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 CRÓNICAS 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.