

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

IV ANO—N.º 72
15 de Janeiro de 1953

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

Afeções

GRIPAS E POST-GRIPAS

BRONCO-PULMONARES

GENITO-URINARIAS

OTO-RINO-LARINGOLÓGICAS

ESTAFILOCO

3 Ações

- Antibiótica específica
- Imunizante inespecífica
- Modificadora do terreno

UMA CONCEPÇÃO NOVA NA
TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA

OMNACILINA

AZEVEDOS

LABORATÓRIOS AZEVEDOS
MEDICAMENTOS DESDE 1775

SUMÁRIO

	Pág.
PIRES DE LIMA, Américo — <i>Educação profissional</i>	85
RAMALHÃO, Carlos — <i>Imunização profiláctica em Pediatria</i>	92
MOVIMENTO MÉDICO — <i>Resumos da imprensa médica</i>	102

SUPLEMENTO

	Pág.
<i>Na era dos homens velhos</i> — Almerindo Lessa	45
<i>Da Assistência e Previdência</i> — M. Rocha Páris	46
<i>I Congresso da Imprensa Médica Mundial</i>	47
<i>Ecos e Comentários</i>	51
<i>Numerus clausus em Espanha</i>	52
<i>Congresso Nacional de Protecção à Infância</i>	56
<i>Noticiário diverso</i>	

PRODUTOS ORIGINALS

"Zimema K"

factor opoterápico e vitamínico
da coagulação do sangue

Caixas de 4 emp. de 2 c. c.
» » 3 » » 5 c. c.

Cada c. c. contém:

Fibroenzima <> coagúlias 0,33

Vitamina K (2 metil 1,4 naftoquinonedisulfato sódico) mg. 10

Distribuidor para Portugal, Ilhas e Colónias

M. RODRIGUES LOUREIRO

R. Duarte Galvão, 44 - LISBOA

Concessionário exclusivo do

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO

V. BALDACCI-PISA

Educação profissional

AMÉRICO PIRES DE LIMA

(Prof. da Universidade do Porto)

Que vem a ser *educação profissional*?

À primeira vista, pode confundir-se educação profissional com educação técnica. A verdade é que pode ser-se um bom técnico, sem se ser um bom profissional. A inversa é que já não é verdadeira.

Desde que li a famosa sentença de Fr. Amador Arrais — «os exemplos são as razões vivas», costume esmaltar as minhas lições com a narração de casos vividos, a que os meus alunos, às vezes, chamam graciosamente *anedotas*. É, julgo eu, um processo excelente de fixar na memória noções que, de outro modo, facilmente se perderiam.

Pois citemos alguns exemplos em abono da minha afirmação.

Este relógio, bom regulador, resolveu, certo dia, parar. Indaguei onde poderia encontrar um bom relojoeiro, e indicaram-me um, notoriamente reputado. Limpou-me o relógio e a respectiva esportula; mas aquele voltou a parar ou a atrasar-se, imperturbavelmente. Já não sei quantas vezes passei pela oficina, nem quanto me custaram os respectivos *consertos*. Mas lembro-me perfeitamente que o *honrado* artifice acabou por me dizer que era indispensável reformar a própria caixa! Achei excessivo, e mudei de relojoeiro, consultando outro, menos afamado. Este facilmente verificou que se tratava de um vidro apertado, que prejudicava o movimento dos ponteiros. Mudado o vidro, nunca mais o relógio parou...

O primeiro artista talvez fosse um bom técnico; mas não era, com certeza, um bom profissional.

Já me aconteceu (e a quem não terá acontecido?...) chamar um electricista para remediar uma pequena avaria, e ver aquele, depois de desorganizar toda a instalação, afirmar que ela estava irremediavelmente mal feita, que não tinha conserto possível, sendo indispensável fazê-la inteiramente de novo.

Tal electricista poderá ser um bom técnico, mas não é, com certeza, um bom profissional.

A quem não terá acontecido chamar um operário para consertar uma telha, e ficar a chover-lhe em casa, noutra sítio?

Já me aconteceu mandar revestir as paredes da minha casa com argamassa de primeira qualidade, cujos materiais fornecia, e o encarregado, às escondidas, ir estragar essa argamassa com saibro, para que o revestimento caísse a breve trecho, como efectivamente sucedeu.

Não temos palavra portuguesa para traduzir o francês *sabotage*; mas, nem por isso, deixamos de ser vítimas desse processo infame.

Já me sucedeu também (e a quem não terá sucedido?...) mandar pintar janelas com o melhor *ripolin*, por mim adquirido, e o pintor estragá-lo com água-raz, para que a pintura não durasse muito tempo.

Mas não é só nas profissões humildes que estes lamentáveis factos se dão, ou são possíveis.

Que diríamos de um médico que, sem indicação formal, mandasse radiografar, dos pés à cabeça, o seu doente, recebendo do radiologista uma participação substancial dos respectivos lucros?

Que diríamos de um médico que traísse qualquer das regras imortais do célebre juramento de Hipócrates?

Que diríamos de um advogado que descesse do nobilíssimo papel de patrono de réus, ao vil ofício de consultor jurídico de malfeitores?

Que diríamos do juiz que deixasse oscilar a vara da Justiça ao sabor de influências pessoais?

Que diríamos do perito que subordinasse o seu parecer a peitas ou empenhos?

Que se diria do professor que, abusando do seu ascendente sobre os alunos, ou, até, por um monstruoso diferencial de tratamento, os aliciasse para o seu credo político?

E daquele que achasse lícito (como já li em parecer escrito

e assinado) dar noções falsas aos alunos, com a desculpa que mais tarde as corrigirão?!

Que se diria do industrial, já arquimilionário, que ao sábado pagasse integralmente o salário mínimo aos seus operários (por causa da fiscalização e das multas), mas os obrigasse a restituir, na segunda-feira, uma parte desse salário?

E do militar que levasse os próprios subordinados à indisciplina e à revolta, com a promessa de uma rápida promoção?

E do farmacêutico que *poupasse* as drogas?

Todos, talvez, muito bons técnicos, mas, com certeza, horríveis profissionais.

Vejamos, ainda, um delicadíssimo sector.

Nos últimos tempos da Monarquia, conheci um padre republicano, que celebrava a missa da uma hora em uma igreja da cidade.

Um dia, numa roda de amigos, perguntaram-lhe:

— Ó P.º Zé, como te arranjas, em jejum, até tão tarde?

— Mas é que eu, antes da missa, como um bom bife...

Não comia nada! Mas achava-se obrigado a blasfemar daquela maneira, para não perder o prestígio de *padre liberal*, diante dos seus correligionários ateus.

Talvez fosse um bom técnico em liturgia, mas não passava de um deplorável sacerdote.

Um dia, passando de carro em uma estrada, perguntei ao condutor para onde ia certo ramal.

— Vai para a quinta do Sr. Fulano.

Mais adiante, nova estrada, nova pergunta, e idêntica resposta.

O «Sr. Fulano» era um grande influente político.

Em caso semelhante, perguntou um amigo ao beneficiário:

— Como se explica que só haja estradas para a porta das tuas quintas?

— É que eu não sou parvo. Para que é que a gente se mete na política?

Uma alta individualidade encontrou uma vez um alto funcionário e perguntou-lhe, muito interessadamente:

— Como correm as coisas no seu sector?

— Saiba V. Ex.ª que correm excelentemente, foi a resposta.

Um amigo do alto funcionário, que estava presente, perguntou-lhe, muito admirado:

— Como podes dizer isso, se chovem os protestos, as queixas, as reclamações?

— Pois é (respondeu o alto funcionário), tudo corre mal; mas *eles* gostam que se lhes fale assim.

Tudo isto demonstra, à saciedade, como um bom técnico e um bom profissional podem ser coisas totalmente diversas. E, entre parêntesis, demonstra como *eles* podem ser, ao mesmo tempo, traídos e caluniados.

*

Todos estes exemplos, reais ou virtuais, provam, à evidência, que a educação técnica não basta, embora seja importantíssima.

A este respeito, e em primeiro lugar, a escolha da profissão é de importância capital.

Frequentes vezes tenho afirmado esta verdade elementar: um dos piores males, de que enferma a nossa sociedade, reside no facto de muitos andarem deslocados da sua missão natural: «Isso (a orientação profissional) seria de um alcance formidável num país em que tantos andam deslocados dos seus lugares: uns, que melhor estariam a vender géneros ao balcão, a administrar justiça, ou a tratar doentes; tantos que, pela sua inteligência e qualidades, dariam excelentes cultores das profissões liberais, amarrados a baixas profissões mecânicas por um destino inexorável». Isto afirmava eu em 1927 («Comércio do Porto» de 10 de Setembro).

De facto, em regra, a escolha da profissão obedece a tudo, menos à chamada *vocação* do candidato. Os jovens, muitas vezes,

talvez a maior parte das vezes, não são ouvidos nem achados sobre a escolha da actividade, a que vão dedicar a vida inteira. Mesmo que fossem convidados a manifestar os seus desejos, na maioria dos casos, não o poderiam fazer conscientemente, na idade em que é necessário fazer uma escolha.

Fala-se muito em *vocação*, mas essa *voz*, que chama para um certo caminho, só a ouvem raros privilegiados.

Seja-me permitido citar um exemplo. Tive um aluno distintíssimo: inteligência, amor ao estudo, capacidade de trabalho, gosto pela investigação, qualidades morais, tudo se reunia nesse rapaz exemplar. Tudo nele parecia revelar a vocação de cientista e professor.

Como reputo uma das principais, se não a principal função do mestre a escolha e preparação dos seus sucessores, logo comecei a fixar a atenção naquele estudante. Sem lhe dar a entender o meu verdadeiro interesse, discretamente (não fosse despertar o orgulho, mesmo onde ele não era provável), fui preparando o terreno para o fazer ingressar na carreira docente. Facilidades, estímulos, subentendidas promessas tudo foi posto em prática para o aliciar e prender.

Quando julgava assegurado o meu desejo (e que julgava ser o dele), comecei, com alguma surpresa e inquietação, a notar um certo arrefecimento no ardor do neófito. Durou isto algum tempo; até que o rapaz me procurou no meu gabinete e me declarou: «Tenho pensado maduramente na minha vida, e, depois de muita meditação, e muita luta interior, cheguei à conclusão de que o meu destino é ser religioso. Agradeço-lhe todas as atenções que me tem dispensado, mas estou firmemente resolvido a professar...»

Muito surpreso e abalado fiquei com estas palavras, e respondi-lhe:

«Muito desgosto me causa a sua resolução. Posso dizer-lhe, agora, quantas esperanças depositei em si, e quantos projectos architectei para o fazer ingressar na carreira universitária. Sinto imenso que as minhas esperanças fossem perdidas; mas, ainda que isso estivesse no meu poder, eu não tentaria desviá-lo do seu destino.»

Professou, e mais que uma vez me disse estar certo de ter encontrado na vida o seu verdadeiro caminho.

Felizes os que têm uma vocação, e a seguem!

Mas não tenhamos ilusões. Fora da vocação religiosa (e prouvera a Deus que só a vocação presidisse à escolha da carreira sacerdotal), o irresistível chamamento interior é uma coisa rara.

Há também a vocação artística que, sendo autêntica, geralmente rompe, de maneira irresistível, e subverte todos os obstáculos. A história da arte está cheia destes exemplos. O que não quer dizer que não haja casos horribéis de poetas a desempenhar funções de guarda-livros, e músicos, a de tabelião de notas.

Passava eu numa rua sossegada, quando ouvi cantar. Quem seria a dona daquela voz tão maravilhosamente cristalina e afinada? Era uma crida que esfregava um portal...

É um dos maiores crimes contra a felicidade individual e colectiva a coerção de nobres tendências naturais. Daí vem, como já afirmei, a génese de muitos inadaptados e de muitos revoltados. Freqüentes vezes me lembro, e tenho afirmado: que pensará um tipógrafo inteligente e de cultura autodidata (como tantos há), quando se veja obrigado a compor a prosa insulsa, desprovida de forma, e vazia de ideias, de certos *doutores*, que ocupam lugares proeminentes.

Se eu fosse tipógrafo nestas condições, receio bem que me fizesse um revoltado. Da minha parte, isto não é manifestação de jacobinismo, de irrequietismo ou de indisciplina social. Em meu abono e minha defesa, trago à barra deste tribunal o exemplo de uma nobilíssima senhora que, da prosápia da sua proeminência social, desceu (ou subiu) à reclusão das Carmelitas descalças. Dizia-me ela, em certa praia elegante, onde se estadeavam muitas mais coisas do que seria para desejar: «Se eu fosse povo, revoltava-me...»

A igualdade é um mito. Segundo as leis naturais, como já expus no meu trabalho *A Biologia e a Sociologia*, felizmente que a igualdade no mundo não existe, nem pode existir, senão quando ele acabar.

A desigualdade de potencial condiciona a corrente eléctrica; a desigualdade de nível ocasiona a corrente dos rios; a desigualdade de temperatura rege os ventos.

Como já tive ocasião de dizer, quando reinar a igualdade, arrasadas todas as eminências, reduzido tudo à mesma cota de nível, o mundo será um imenso, desolado, pavoroso mar-morto.

Com inexorável persistência, mas com relativa lentidão (tranquilizadora para nós, contemporâneos), os rios vão arrasando, dia a dia, milhões de toneladas de terra e areia para o mar. A erosão, pacientemente, vai arrasando todas as proeminências, e cumulando os abismos do mar, até que, um dia (sem que fique alguém para contar a história) tudo ficará nivelado e submerso. A não ser que, visto estarmos a entrar na era atômica, surja algum processo mais moderno e expedito de liquidar esta velha bola de lama.

Assim será, se houver tempo, no mundo físico; assim seria no mundo social.

A igualdade (digo mais uma vez) é um mito. Mas a justiça social, se ainda o é, é preciso que deixe de o ser.

Segundo o critério biológico, um organismo é tanto mais perfeito, quanto mais diferenciadas são as suas partes, quanto maior for a especialização e a divisão do trabalho.

Este critério, a meu ver, também é aplicável às sociedades humanas. Estas serão tanto mais perfeitas, quanto maior for a divisão do trabalho, a diferenciação e especialização dos seus componentes. Simplesmente, como os homens não são meras células sem personalidade e sem alma, há que evitar a todo o preço, a ultrapassagem daquele limite, para além do qual, especialização quer dizer desumanização.

Diferenciação, especialização, a salutar desigualdade, não devem traduzir-se em submissão, ou exploração de uns pelos outros. Para que a harmonia social seja tão perfeita quanto o permite a mísera condição humana, é indispensável que a justiça social, vigilante e incorruptível, reprima todos os apetites ilegítimos, corte cerce todos os abusos.

Quando um ovo se desenvolve para dar um organismo, cada um vai, automaticamente, tomar a sua forma, e ocupar o seu lugar, desempenhar a sua missão da maneira mais perfeita. Umas células vão constituir o sangue; outras, os ossos; outras, os músculos; outras, o cérebro; outras, as glândulas, etc., etc. Não há exploradores nem explorados; o que há é a mais íntima e perfeita cooperação. O que não impede que muitas se sacrifiquem pela comunidade, como as células da epiderme, e os glóbulos rubros do sangue; mas a sua morte é natural, fisiológica, e (esperemo-lo) sem dor.

As sociedades humanas são muito menos solidárias, muito menos diferenciadas e perfeitas do que aquelas sociedades de células, que formam os nossos organismos. Estas não têm psiquismo; não sentem prazer nem dor; não têm memória; não são susceptíveis de alegria, tristeza, inveja, ou ambições.

Estas faculdades tornam o homem muito complicado; muito delicadas e frágeis as suas associações. No entanto, aquele está perante um dilema: associar-se ou perecer.

Ninguém pergunta a uma célula embrionária se ela prefere transformar-se em um nobilíssimo e complicadíssimo neurone, ou, então, num miserabilíssimo osteoblasto, para sempre emparedado na mais profunda espessura de um fémur. Ninguém pergunta a uma célula embrionária se ela quer transformar-se em uma fibra do coração, condenada a trabalho forçado perpétuo, obrigada a contrair-se setenta vezes por minuto, durante uma vida inteira; ou, pelo contrário, se prefere ir fazer parte da córnea transparente, estática e serena, cujo único papel é estar à janela, nas horas de serviço, e dizer quando a luz bate à porta: «Por quem é, faz favor de entrar!»

Mas aos homens, ou, melhor, às *peçoas* que constituem a sociedade, pode e deve perguntar-se alguma coisa sobre a missão que terão de exercer, e a posição que terão de ocupar. Delicadíssima pergunta, e difícil resposta.

Como já disse, fala-se muito em *vocação*; mas esta, a verdadeira, é apanágio de raros, fora da arte e da religião. É bem conhecida a história daquele menino que, interrogado acerca da sua vocação, respondera — «Eu quero ser operador». Aquela esperançosa criança não sabia uma palavra sobre as qualidades físicas e morais exigidas num operador; não fazia a menor ideia das suas possibilidades nesse capítulo. O que ele tinha ouvido dizer é que há cirurgiões, que chegam a ganhar trinta contos numa operação de poucas horas, e que se deslocam em *espadas* imponentes. *Vocações* deste quilate são inúmeras; mas quem as pode tomar a sério?

Tive um companheiro de estudos no Liceu, que mostrava

uma verdadeira obcecção pela Marinha. Todas as suas horas vagas passava-as a desenhar navios. Possuía o retrato de todos (e não eram muitos...) os nossos barcos de guerra. Pois acabou por se formar em ciências jurídicas, e por elas fez a sua carreira, creio que muito satisfatoriamente.

Em muitos casos, certamente na maioria dos casos, não será lícito falar-se em vocação. Contentemo-nos em falar de tendências e aptidões.

A verdadeira e autêntica vocação costuma ser exclusiva, única e irresistível. Depois, vêm as vocações múltiplas, túbias que, à medida que se tornam de cada vez mais polivalentes, menos específicas, acabam na ausência de toda a vocação. Desta, se faz a massa amorfa dos que estão aptos a desempenhar os serviços mais grosseiros, menos especializados.

V. Ex.as têm lido o admirável «Gaiato» do P.^o Américo? Hei-de jurar que sim. E, nesse caso, hão-de ter reparado, como eu, que, em alguns gaiatos, se revela a estofa de futuros jornalistas. E estavam condenados ao analfabetismo, à miséria, à abjecção, possivelmente ao crime. A sua inteligência, toda dirigida para o mal, seria um grande perigo.

Mas, para cada um destes que se salva, quantos se perderão, irremissivelmente? Quantos e quantos nunca verão desabrochar as suas potenciais faculdades, que podem ser muito ricas? Aqui reside um dos mais perigos uma das mais clamorosas injustiças sociais. E, ao mesmo tempo, um desfalque tremendo no património intelectual da Nação. Quantos milhares de inteligências perdidas por esse país fora! Quantos milhares de falsas inteligências submetidas à tortura por essas escolas secundárias e superiores, procurando trilhar caminhos para que Deus os não fadou, massacrando a paciência dos mestres, prejudicando (como um peso morto) o aproveitamento dos discípulos mais bem dotados, comprometendo, não raro, os parcos haveres da família, sobrepovoando as escolas não apetrechadas para tantos.

Quanto *lastro* inútil e prejudicial, quanto esforço inglório perdido!

Quantos, à força de teimosia, e pela terrível força da inércia, alcançam diplomas que não mereciam, e vêm lançar a perturbação, o desprestígio e a anarquia no delicadíssimo mercado intelectual!

Gravíssimo problema, de solução extremamente difícil, como todas as que exigem uma revolução nas consciências.

Mas é necessário pô-lo com toda a coragem e verdade, para que, finalmente, se encontre a almejada solução, o melhor contributo para a perfeição, a paz e a harmonia sociais.

Para isso, é preciso descobrir e amparar as verdadeiras vocações. E indispensável investigar, cultivar e dirigir as tendências e aptidões.

Mas não nos iludamos: depois disto, a triste verdade é que ainda resta uma grande massa amorfa, um imenso valor de trabalho, mas do qual não se pode esperar grande especialização ou diferenciação.

Como se poderá falar de vocação, quando se trate de quebrar cascalho, um dia inteiro, à torreira do Sol? Como se poderá falar em vocação, quando se trate de arrancar, à picareta, blocos de carvão nas lóbregas e profundas galerias das minas? Quando muito, se poderá falar de ausência de toda a vocação.

No entanto, mesmo nos galerianos do cascalho, há mestres e aprendizes.

Quantos, de pancada tão certa e regular, tiram um rendimento muito superior do seu esforço. Isso demonstra que, mesmo em trabalho tão grosseiro, tão rude, aparentemente tão maquinal e estúpido, pode haver emulação, prazer e alegria de o fazer melhor que os outros; pode numa palavra, haver *gosto*.

Ora, o gosto pelo trabalho, seja o de reduzir a fragmentos um bloco de granito, seja o de lapidar um diamante, seja o de fazer um discurso, uma lição, ou um artigo de fundo, é a melhor condição, se não a condição única da perfeição desse trabalho, e da felicidade ou, pelo menos, da conformidade do trabalhador.

Recordo, comovido, as malhas do tempo da minha infância. Titans magníficos, indiferentes ao calor e à fadiga, bêbados de Sol, e, talvez um pouco, de vinho, faziam toar, ao despique, os manguais na eira, enquanto os grãos saltavam das espigas loiras.

O rufar dos malhos, e os apupos dos malhadores cruzavam-se no ar, em desafio, de quinta para quinta, e, até, de freguesia para freguesia.

Esforço hercúleo, voluntário e satisfeito.
Que alegria!... Que alegria!...

*

Só pode haver gosto, quando haja o que se chama vocação, ou, pelo menos, tendência ou aptidão para o trabalho. Paradoxalmente, para os trabalhos mais rudes e grosseiros, a melhor condição para poder haver gosto, é que o trabalhador seja absolutamente destituído de vocação. Infelizmente, muitos há caracterizados por faculdades negativas.

O que é necessário é seleccioná-los.

Chegamos aqui a um ponto nevrálgico — o problema da *orientação profissional*. Levar-me-ia muito longe a discussão deste problema tão importante e tão desprezado, ainda, entre nós: que eu saiba, só em Lisboa existe um Instituto de Orientação Profissional. Ao passo que, na China, segundo nos informa Guy Sinoir, só entre 1939 e 1942, foram criados nada menos de seis.

Na França, haveria, em 1946, nada menos de cento e vinte e sete, e nenhum adolescente, aos dezassete anos, pode ser empregado, sem um certificado obtido nesses centros de orientação.

Na Inglaterra, há mais de trinta anos que existe um sistema racional de orientação para adolescentes.

Na Suécia, quase todos os alunos, antes de deixarem a escola primária, recebem uma orientação profissional sistemática.

Na Suíça, a orientação profissional para os adolescentes atingiu um alto grau de desenvolvimento.

Tudo isto nos diz Sinoir.

Pelo seu lado, Chleusebaigue informa-nos que, na Alemanha, há cinquenta centros de orientação profissional.

Neste capítulo, mesmo contando com a flexibilidade dos Portugueses, com a sua grande capacidade de adaptação, devemos considerar-nos muito atrasados, muito mal dotados, mesmo em relação aos chineses.

Como é óbvio, a orientação tem de se basear, não só no exame psicotécnico, mas também na aptidão física. Essa orientação deve partir do conhecimento da *personalidade*, que resulta da combinação da hereditariedade com a educação, ou, melhor, o ambiente, em que o indivíduo se desenvolveu.

Uma das grandes dificuldades da orientação (mas não a única) provém de que, na maior parte dos casos, a personalidade não se define cedo; e as crianças em Portugal (não contando, mesmo, as numerosas que não frequentam nenhuma escola), desde que não passem às escolas secundárias, são abandonadas prematuramente.

Na Inglaterra, o ensino é obrigatório até aos quinze anos. O mesmo, mais ou menos, acontece na Alemanha. Entre nós, a maior parte das crianças são *largadas* pelos dez anos, as que não foram abandonadas, desde que nasceram. Que vai ser delas, até que possam, *legalmente*, empregar-se, o que não pode ser antes dos catorze anos?

Não há orientação profissional, pelo menos sistemática, para as crianças das escolas primárias. Mas, ainda que houvesse, poderia ser eficaz aos dez nos?

Neste capítulo, o nosso atraso é manifesto. Em vez de atraso, talvez fosse mais justo falar em decadência. Tenho autoridade especial para afirmar isto. Há cerca de meio século, meu Pai era professor complementar em Santo Tirso. Os rapazes mais bem dotados, que saíam da escola primária, passavam à escola complementar. Aí, aprendiam noções de português, francês, geografia, história, desenho, matemáticas elementares. Tinham um belo ginásio para a sua educação física. Muitos seguiram estudos, chegando a médicos, advogados, farmacêuticos, padres, professores, etc.

Mas o maior número quedaram-se pelas profissões e ofícios mais modestos.

Naquele tempo, o artesanato da minha linda terra era servido por indivíduos de cultura muito superior à que poderiam obter na escola primária.

Sem vaidade, nem exagero, apenas por sereno imperativo de elementar justiça, posso proclamar que meu Pai era um professor excepcional, pela sua devoção, e pela sua cultura. Porém, muitos outros professores complementares havia, que prestavam assinalados serviços ao país. No entanto, talvez porque um ou outro, excepcionalmente, não cumpria o seu dever,

surgiu um reformador qualquer que achou por bem extinguir, lamentavelmente, todo o ensino complementar. Talvez fosse a aplicação de um princípio muito conhecido: «Prevaricou um? Sejam todos castigados!»

Há uns trinta anos, ressuscitaram as escolas complementares, crismadas em *escolas primárias superiores*. Talvez fosse criticável o luxo da sua organização; mas o que as afogou em ridículo e em escândalo foi o recrutamento do seu pessoal, sob o signo do mais desafortado favoritismo partidário. Como paradigma dessa orgia, ficou o caso daquela escola do Alto Minho... Um analfabeto, ou semianalfabeto, altamente protegido, apeteceu o lugar de porteiro; mas esse já estava comprometido. Pois foi nomeado professor!

Tão desatinado foi o regabofe, que um dos grandes responsáveis pretendia justificar-se, elegantemente, com uma frase, mais cínica do que humorística: «Isto é o princípio da socialização do Estado — todos funcionários...»

Em verdade, não se pretendia transformar em funcionários públicos todos os Portugueses; o essencial era sentar à mesa do orçamento todos os correligionários.

Esta incrível tragi-comédia desacreditou a solução, mas deixou absolutamente intacta a necessidade de fornecer ao maior número de crianças portuguesas o ensino complementar (designação muito mais feliz, apropriada e simpática do que a de *primário superior*, em que, mal rebuçada, se revela uma pedantesca megalomania). Tal ensino daria muito mais garantias de êxito na escolha e no exercício de qualquer profissão.

No fim desse ensino (aos catorze anos, por exemplo), já seria muito mais fácil fazer uma orientação eficaz. Ela deveria ser dada, não compulsivamente (o exame psicotécnico não é infalível...), mas a título de informação, ou conselho.

A orientação, para ser verdadeiramente profícua, não deve limitar-se ao exame, embora profundo do candidato; mas deve basear-se, também, no estudo do ambiente, e das condições de trabalho, para que o interessado e a respectiva família saibam com o que podem contar. Para que serviria um indivíduo tornar-se um cerralheiro perito, se o mercado daquela arte estivesse sobressaturado, e, portanto, sem capacidade de absorção?

*

Feita a escolha da carreira (não falo agora dos que seguem estudos superiores), é necessário que sejam recebidos os alunos em escolas técnicas, de tal modo apetrechadas, em material e pessoal, que sejam capazes de formar peritos e, não apenas, curiosos, como os que abundam por aí, por exemplo, na delicada arte de electricista.

O ensino prático é essencialíssimo em todos os graus de ensino. No «Diário da Manhã» (4 de Junho de 1946), dizia eu, a propósito de *Ensino Teórico e Ensino Prático* (nas Universidades). «Muito mais inadmissível, ainda, será meter 49, 30, ou, 25 alunos à volta de um microscópio, ou de um micrótomo, ou de uma balança de precisão, ou de uma minhoca, para ver como é feita por dentro. A técnica aprende-se, exclusivamente, praticando, e essa aprendizagem não pode deixar de ser individual, para ser proveitosa».

Esta verdade, evidentíssima como é, ainda não logrou impor-se. As consequências não podem deixar de ser lamentáveis.

Mas, como afirmei no princípio desta lição, a educação técnica, por mais perfeita que seja, não basta para fazer bons profissionais. É indispensável acompanhá-la e completá-la pela educação física, e pela educação moral.

Sobre a primeira, muito se tem dito e poderia dizer. Mas não posso nem quero alongar-me; apenas apontarei, genericamente, alguns conceitos que reputo fundamentais.

Os espartanos punham acima de tudo a educação física, que tinha por fim obter bons soldados para a guerra. A cultura dos campos era reservada aos escravos, aos hilotas.

Isso provocou o seguinte comentário de Aristóteles, tão actual hoje, como então: «É uma loucura produzir meros atletas, de espírito bronco, como os espartanos fazem. A educação física é apenas um meio para um fim».

Assim, nos informa Boyd, segundo o qual, Aristóteles era da seguinte opinião:

«...primeiro, a educação do corpo, depois, a educação do

carácter, finalmente, a educação do intelecto». Ainda não se falava em educação profissional, pois se tratava, apenas, de formar cidadãos gregos.

A educação física é necessária a todos, seja qual for a profissão, ou ofício, a que se destinem. O seu fim é a obtenção de homens saudáveis e robustos, e não o de fazer atletas broncos, à maneira dos espartanos.

Se aparecer algum campeão, tanto melhor; mas o maior interesse é que o grande número seja fisicamente tão perfeito quanto possível.

A educação física das mulheres, *mutatis mutandis*, deve obedecer aos mesmos princípios.

Da educação física deve obter-se, não só o desenvolvimento do corpo, mas também o aperfeiçoamento moral, pelo treino da auto-disciplina, do sentimento de cooperação para com os parceiros, e de lealdade para com os adversários, à maneira do *fair play* dos ingleses.

O que por aí se faz, a pretexto de educação física, é, muitas vezes, a antítese de tudo isto. Os chamados (tantas vezes imprópriamente) desportos, pois não passam de negócios mais ou menos lícitos, levam frequentemente à ruína física das suas vítimas. Em lugar de contribuírem para a educação moral, exacerbam paixões, e desencadeiam ódios. Como é que assalariados podem merecer o nome de desportistas? Como pode admitir-se que *desportistas* sejam transaccionados como os antigos servos da gleba?!

Ainda há pouco, num desafio sensacional, foi observado este espectáculo: um assistente, rubro de furor, invectivava com os termos mais obscenos os jogadores de um clube rival do seu favorito. Ao lado, um filhito de cinco ou seis anos chorava e implorava que o levasse para casa. O pai, que aparentava de senhor *bem*, e ocupava um lugar caro, a nada queria atender, até que entrou em pugilato com um *inimigo* do seu clube.

Isto não é um caso esporádico e excepcional, é o paradigma do aspecto desportivo e educativo de uma coisa que não digo, mas V. Ex.as facilmente adivinham.

Efectivamente, quando oitenta mil espectadores contemplam vinte e dois sujeitos a correr atrás da bola, geralmente não assistem a uma nobre emulação desportiva, pelo menos quando gesticulam e vociferam, como se estivessem a presenciar um combate de gladiadores.

Não parecem competições desportivas, mas sim espectáculos de circo, à romana. Não contribuem para a educação dos actores, nem dos espectadores, antes constituem um terrível motivo de deseducação. É certo que ainda não enforcaram nenhum árbitro, como parece ter acontecido em povos mais nervosos...

Como prova de que educação física, e espectáculo não são mesma coisa, antes, muitas vezes, são o contrário, citarei este facto:

Há tempos, assisti a um torneio de natação para operários, em certa piscina. Fiquei desolado; pois que muitos *atletas* tinham uma compleição física absolutamente deplorável. Corpos mal desenvolvidos, alguns francamente deformados, acusavam raquitismo e outras taras. Parecia uma exibição de anatomia patológica.

Isto é para confranger, mas não para admirar, pois é preciso não esquecer que a educação física começa antes do próprio nascimento, pela assistência às mães. Após o nascimento, há a questão melindrosíssima da alimentação infantil. A horrível mixórdia que, tantas vezes, se vende por aí com o nome de leite, envenena as crianças. Muitas morrem, outras ficam a sofrer, toda a vida, as consequências dos erros iniciais.

Depois, as péssimas condições higiénicas de muitas habitações humildes.

Famílias inteiras amontoadas em tugúrios sem ar nem luz...

Até o próprio ambiente das escolas nas grandes cidades (refiro-me especialmente ao Porto) é deplorável e, em vez de corrigir, soma os seus efeitos aos da má hereditariedade, da má alimentação, do mau alojamento.

Há dezenas de anos, o Dr. Santos Pereira demonstrou que a generalidade das escolas primárias do Porto não tinham um mínimo de condições higiénicas necessárias. Ainda hoje, pode afirmar-se que, não falando das novas escolas construídas pelo Governo nos bairros económicos, não existem na cidade do Porto mais de dois edifícios escolares primários dignos desse



TONOGLAN

AMPOLAS • GOTAS • COMPRIMIDOS

APRESENTADO NAS FORMAS

TONOGLAN-M
(MASCUNINO)

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





OS LABORATÓRIOS DA COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE

APRESENTAM OS SEUS

ANTIBIÓTICOS

PENICILINA HIGIENE

PENICILINA G POTÁSSICA

PARA SOLUÇÃO INJECTÁVEL EXTEMPORÂNEA

100.000 U. 200.000 U. 500.000 U. 1.000.000

PENICILINA COMPOSTA HIGIENE

PENICILINA PROCAÍNA - PENICILINA SÓDICA

PARA SUSPENSÃO AQUOSA INJECTÁVEL EXTEMPORÂNEA

200.000 U.	{ 1 DOSE 5 DOSES 10 DOSES	400.000 U.	{ 1 DOSE 5 DOSES 10 DOSES	

ESTREPTOMICINA P HIGIENE

SULFATO DE DIHIDROESTREPTOMICINA

PARA SOLUÇÃO EXTEMPORÂNEA, EM VEÍCULO CONTENDO PECTINA E PROCAÍNA

ESTREPTOMICINA COMPOSTA HIGIENE

SULFATO DE DIHIDROESTREPTOMICINA
PENICILINA PROCAÍNA - PENICILINA SÓDICA

PARA SUSPENSÃO AQUOSA INJECTÁVEL EXTEMPORÂNEA

1 DOSE 5 DOSES 10 DOSES

nome! Nem cubagem, nem condições sanitárias, nem lugares de recreio, em que as crianças se iniciem na cultura física.

Pôr aqui se vê, com triste facilidade, que o ambiente em que se desenvolvem inúmeras crianças, até que ingressem em um ofício ou profissão, não é nada propício à formação física de um bom profissional. Não tenho o menor receio de me enganar (infelizmente!) afirmando que é por aqui que se deve principiar.

Por certo, não se resolverá o problema, fazendo que todas as crianças vão sentar-se nos degraus de um estádio, a assistir, passivamente, a competições mais ou menos desportivas.

*

Comecei por afirmar esta verdade: a técnica, desacompanhada da probidade, só pode criar profissionais desonestos, tanto mais perigosos, quanto mais hábeis forem.

O célebre *Emílio* de Rousseau, não obstante proclamar que as crianças devem ser educadas longe da influência «nefasta» dos padres e dos médicos, ainda parece ser o *alcorão* de alguns pedagogos muito tementes a Deus... Devemos confessar, entretanto, que aquele grande espírito transviado foi, em muitos pontos, clarividente. Por exemplo, quando afirma que a educação do homem começa, a partir do nascimento. Em boa verdade, o destino do homem começa a resolver-se mesmo antes do nascimento. Mas a educação das crianças nos primeiros meses pode ser decisiva.

A esse propósito, recordo uma conferência realizada no Porto pelo ilustre pediatra, Prof. Castro Freire, a que tive a honra de presidir.

Como demonstração prática, apresentou um disco fonográfico, em que registara um singular episódio: nada menos do que a cena patética que representava uma refeição de certa criança. Durante algumas duas horas, a pobre criada deambulava por todos os compartimentos da habitação atrás do menino, com quem lutava para o convencer a tomar a sua papa. Não era fastio, nem doença: apenas má educação.

No fim, ao comentar a bela conferência, disse que não se tratava apenas de um problema pediátrico, mas também de um problema social. Se aquele simpático menino chegasse a gente grande, quem o havia de aturar, na família e na sociedade?

Segundo Boyd, Erasmo dizia que a verdadeira educação está no treino que as crianças recebem na sua casa, por intermédio dos seus pais. Isto é assim; mas como podem certos pais educar os seus filhos, se eles próprios não têm educação. Recordemos aquele pai *desportivo* atrás citado...

Bacon diria que: «...a parte mais importante da educação é a educação moral».

O grande pedagogo Froebel iria mais longe, dizendo que: «a religião cristã deve... ser a base de toda a educação». Grande verdade; pois que, em quase dois mil anos, a mais orgulhosa filosofia não descobriu nada melhor, nem sequer comparável às sublimes regras:

«Amai-vos uns aos outros» e «Não façais aos outros o que não quereis que vos façam a vós».

Mas como, infelizmente, estas máximas são desconhecidas do maior número, e esquecidas de uma boa parte dos restantes, há que ter em conta as realidades presentes. A educação ideal é uma; a educação adaptável às circunstâncias do tempo e do meio levanta outros problemas.

*

Um sistema de educação actual não é um fim; é um meio que visa um certo fim. Na sua organização há que ter em consideração a base em que se funda e o *desideratum* que pretende atingir.

Há um ano, em Coimbra, falando no Congresso da União Nacional, citei André Gide:

*«Je crois à la vertu des petits peuples.
Je crois à la vertu du petit nombre.
Le monde sera sauvé par quelques uns.»*

E comentava: «A tragédia é se os pequenos povos não crêem em si próprios, e nas suas virtudes e possibilidades!...»

Assim é, e, por isso, pergunto: nesta emergência, que papel devemos escolher? O de possíveis salvadores, ou o de hipotéticos, passivos e humildes salvados?

O General Smuts disse: «Uma vez mais, a humanidade levantou as tendas e marcha para um destino incerto».

Onde estão os pilotos que a guiem para a Terra da Promissão, e a desviem de insondáveis e tenebrosos abismos? Onde estará o velho e glorioso astrolábio português?

H. G. Wells afirmou: «O mundo está plástico, para os homens fazerem dele o que quiserem».

Onde estão os escultores, capazes de modelar esse barro em obra de beleza, e não de horror?

Não é possível, nem necessário inventar soluções novas. A confusão actual resulta de mais uma crise aguda na luta universal entre a luz e as trevas; o bem e o mal; o amor e o ódio; o belo e o horrível; Miguel Angelo e Picasso; Cristo e o Anti-Cristo.

Quem, de são juízo, e de consciência pura, poderá hesitar na escolha?

*

O mundo, na sua desorientação, é aparentemente solicitado por dois formidáveis centros de força, que podem simbolizar-se assim: de um lado, Satanaz em pessoa; do outro lado, o Deus Milhão. Um deles tende a fazer do homem uma simples peça de máquina. Estou a recordar o entusiasmo do saudoso Dr. Antunes Guimarães, quando falava do *taylorismo*. O ideal do progresso seria o operário, cuja única e perpétua missão era vibrar uma só martelada, em certa barra que passa, na construção de um automóvel.

Ora, talvez esta ultra especialização seja óptima, sob o ponto de vista do homem que se senta comodamente num automóvel, e corre por essas estradas. Não o é, certamente, para o operário, sempre amarrado àquela bestificante grilheta.

O genial Chaplin, nos seus *Tempos Modernos*, revelou eloquentemente a angústia e a miséria desse operário, transformado em uma simples peça de máquina.

Pior, ainda, se possível, é degradar o homem, não a peça de máquina, mas sim a escravo, a desprezível apêndice de máquina.

Tudo isto é perfeitamente actual, e não faltam boas almas que pretendam transformar cada um destes regimes em *paraíso* geral.

Como obviar a isso? Únicamente, seguindo uma trajectória perpendicular ao eixo que liga as duas escolas, muito mais semelhantes do que as aparências parecem demonstrar.

Podem estas comezinhas *filosofias* parecer descabidas em um trabalho sobre educação profissional, mas não são. Quem diz educação profissional, diz educação integral, para que a matéria não acabe de subverter o espírito.

Temos, por exemplo, ali, em Lisboa, o bloco formidável das novas construções hospitalares, justo orgulho de um Governo. Pois façam daquilo uma simples máquina, embora aperfeiçoadíssima, de tratar doentes, tecnicamente perfeita; mas expulsem de lá o espírito da caridade cristã, desprezem as obras de misericórdia, ignorem o que tem de sublime a consolação dos aflitos, e aquela faraónica e orgulhosa mole não passará de uma oficina de reparações, de uma *estação de serviço*. Não será, com certeza, um verdadeiro hospital.

Todas as obras materiais valem, sobretudo, senão exclusivamente, pelo que, na gíria moderna, se chama *conteúdo humano*. Sem ele, sem a presença e a influência da pessoa humana, as obras mais grandiosas e imponentes são horrivelmente frias e nuas, como túmulos desabitados; tresandam a solidão; não passam de pré-ruínas.

Ao lado desse grandioso plano de fomento económico, que se anuncia, é para desejar que se execute um plano quinzenal ou decenal de fomento educativo. É preciso, acima de tudo, dignificar e valorizar a grei, o capital humano, se preferirem.

Tanto mais que a qualidade das pessoas, que as servem, é a melhor garantia, se não a *única garantia* de que as obras materiais produzam e perdurem.

(Lição integrada na *Semana Social*, proferida em Guimarães, no dia 29 de Outubro de 1952).

REVISÃO DE CONJUNTO

Imunização profiláctica em pediatria

CARLOS RAMALHÃO

(Professor da Faculdade de Medicina do Porto)

Dos meios de defesa do organismo contra os agentes infecciosos a imunidade afirma-se como o capítulo mais sedutor e de maior alcance para a protecção do homem. *Metchnikoff* (1) já atribuía a imunidade ao facto de o organismo ficar indemne à penetração de agentes infecciosos — imunidade estável e duradoira, outras vezes frágil e passageira; a imunidade podendo ser individual ou familiar, e ainda privilégio de raça ou de espécie.

Admite-se a imunidade natural ou adquirida quer por ataque de doença infecciosa quer por intervenção propositada.

A história regista factos que levam a supor que a imunização é tão antiga como a doença. São bem conhecidos os relatos de *Serpa Pinto* do processo de vacinação contra a mordedura das serpentes utilizado pelos Vátuas, indígenas da Costa Oriental da África; a vacinação contra a peripneumonia dos bovídeos descrita por *Rochebrune* era conseguida introduzindo virus da peripneumonia epizootica, extraído do pulmão doente, na região supra nasal de animais sãos.

Do mesmo modo a inoculação do virus variólico ao homem são é prática bem antiga e bastante espalhada. Na China, na Pérsia e em Constantinopla a variolização era largamente aplicada, e foi desta última cidade que *Lady Montague* trouxe para a Europa o método de inocular o conteúdo de pústulas variólicas para produzir uma varíola benigna, preservando assim a pessoa dum ataque grave e perigoso (2.ª metade do séc. XVIII). Este processo, cujos inconvenientes são conhecidos, foi abandonado em 1798 quando *Jenner* demonstrou a grande utilidade da vacinação pelo cowpox.

É então que *Pasteur*, o genial fundador da Microbiologia, inicia uma nova era no método experimental tornando possível a atenuação de virus, e a utilização vacinal dos micróbios atenuados. Com os seus colaboradores *Chamberland* e *Roux*, *Pasteur* elabora o plano de vacinar animais contra o carbúnculo e a raiva; com *Thuillier* faz estudos no mesmo sentido contra o mal rubro. Aperfeiçoa constantemente a técnica de preparação de vacinas, cuja aplicação em larga escala conduziria a um objectivo feliz.

O problema da vacinação contra as doenças infecciosas da infância tem merecido a atenção da «O. M. S.» que tem promovido reuniões de experimentados em saúde pública com o fim de esclarecer pontos de natureza técnica e de uniformizar as regras de vacinação e de produção e preparação de vacinas.

A «Vacina» é constituída quer por uma emulsão de micróbios, vivos mas atenuados na sua virulência ou mortos, quer por uma anatoxina. É introduzida no organismo com o fim de criar um estado de imunidade específica contra a infecção ou contra a toxi-infecção.

A prevenção da doença constitui o nosso principal objectivo. Os procesos de imunização activa e passiva são as melhores armas que possuímos para a prevenção de grande número de doenças infecciosas.

Love e *Shaul* (2) dão-nos um esquema das principais doenças que podem ser prevenidas pela imunização:

a) Doenças contra as quais a imunização deve ser obrigatória:

Varíola, febre tifoide e paratifoides, tétano, difteria e tosse convulsa.

b) Doenças contra as quais a imunização deve ser praticada em certas circunstâncias:
Febre amarela, tifo exantemático, peste, cólera, raiva e tuberculose.

c) Doenças contra as quais a imunização é discutível:
Escarlatina e influenza.

d) Doenças contra as quais a imunização não é praticável:
Rubéola, trazorelho e poliomielite.

A) *VARÍOLA* — Nesta doença encontra-se o exemplo mais seguro de imunização e a história reflete inúmeros factos que atestam o valor preventivo. A doença é hoje rara e isso torna imprescindível manter o ritmo de vacinação e revacinação para não se correr o risco da população voltar a ser susceptível. A «O. M. S.» recomenda que a estirpe origem de virus vacinal utilizado para a preparação de vacina antivariólica seja de quando em quando verificada, por inoculação ao coelho, com uma estirpe recentemente isolada de virus variólico humano.

A primo-vacinação deve ser feita durante os primeiros 6 meses de vida; a revacinação, nos países em que a doença é endémica, de 4 em 4 anos — sempre durante os surtos epidémicos.

Complicações que podem surgir: infecção secundária, encefalite post-vacinal (Holanda, Inglaterra...) e vacina generalizada.

As contra-indicações são bem conhecidas: eczemas e infecções cutâneas.

É conveniente cobrir o local de vacinação muito levemente ou deixá-lo descoberto; a protecção que exclua o ar favorece o crescimento de anaeróbios.

Encaremos agora o grupo de doenças—*difteria*, *tosse convulsa* e *tétano*.

Duas orientações se manifestam não só quanto à aplicação de antigénios simples ou mixtos mas também quanto à idade em que deve iniciar-se a imunização.

Depois dos trabalhos de *Volk*, sabemos que cinco antigénios diferentes podem ser dados ao mesmo tempo sem perigo. *Ramon* e *Sacquepée* igualmente verificaram que quando dois antigénios diferentes são dados simultaneamente a resposta em títulos de anticorpos é tão elevada como quando são dados separadamente.

Sako, *Agnese*, *Miller* e *Bradford* forneceram provas satisfatórias de que a resposta imunitária é suficiente para prevenir as doenças—*difteria*, *tétano* e *coqueluche*—numa percentagem suficientemente elevada aos três meses de idade, ou até antes.

McGuinness (1) favorece igualmente esta maneira de proceder. Tem sido demonstrado que grande percentagem de criancinhas atingem altos níveis de anticorpos nos primeiros meses de idade com a vacina antipertussis, particularmente se esta estiver misturada com alumen ou toxoide de alumen.

As vacinas múltiplas correntes não parecem dar maiores reacções que as simples antes dos 4 anos. Até esta idade preferem-se as vacinas mixtas. Os antigénios precipitados pelo alumen superam os antigénios simples pela resposta imunitária mais pronta na altura em que o mecanismo da imunização é menos activo ao contrário do que se passa nas crianças mais desenvolvidas. A formação de

(1) L'Immunité dans les Maladies Infectieuses, 1901.

(2) Immunization Today—The Medical Clinics of North America, 1952, pg. 1713.

(1) Review of Current Trends in Active and Passive Immunization McGuinness—J. A. M. A., 148—4—1952.

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.

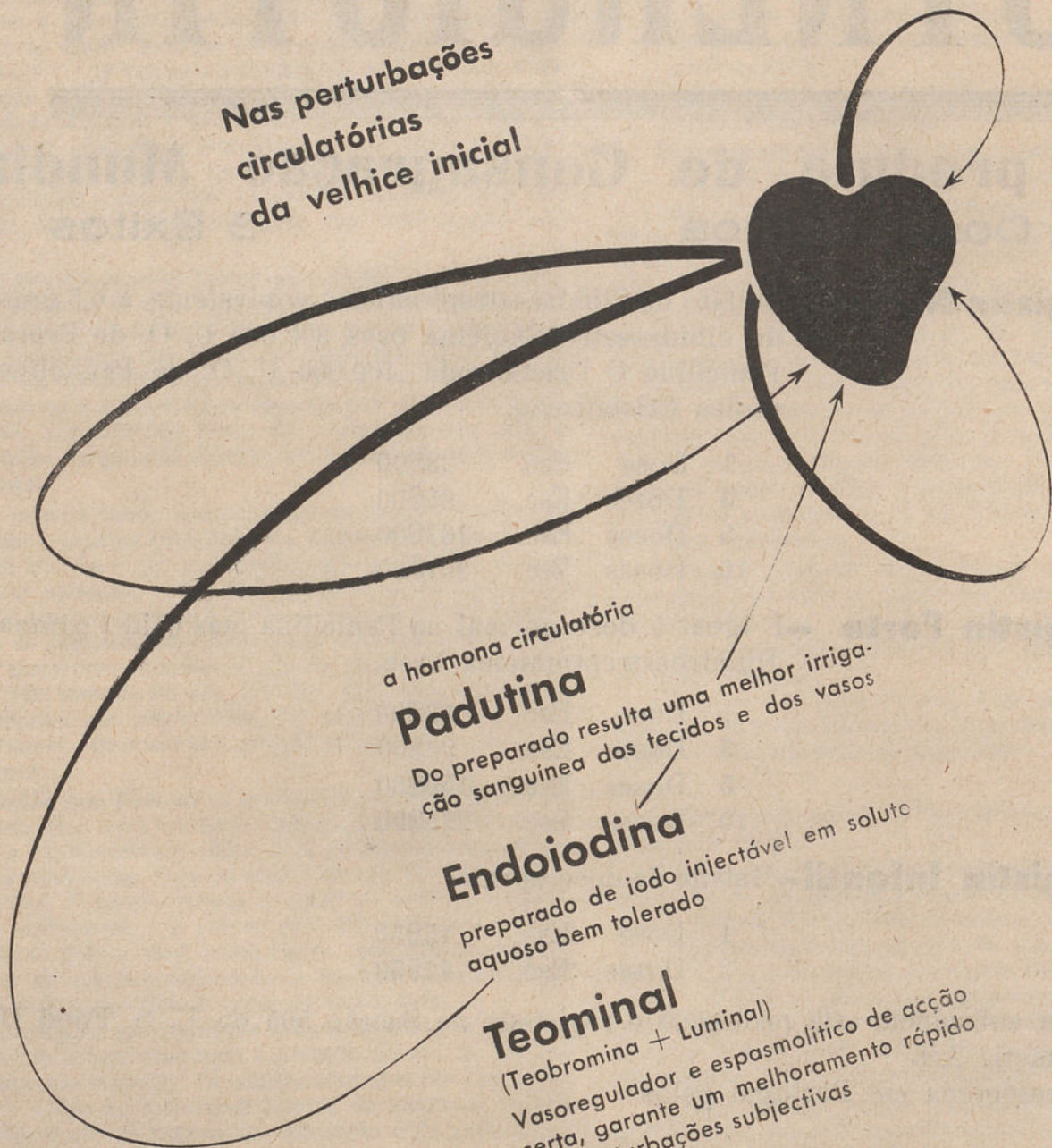
Apresentada em Portugal pelos :



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

Nas perturbações
circulatórias
da velhice inicial



a hormona circulatória

Padutina

Do preparado resulta uma melhor irrigação sanguínea dos tecidos e dos vasos

Endoioidina

preparado de iodo injectável em solução aquosa bem tolerado

Teominal

(Teobromina + Luminal)

Vasoregulador e espasmolítico de acção certa, garante um melhoramento rápido das perturbações subjectivas



»Bayer«

Leverkusen, Alemanha

Representação para Portugal: BAYER, LIMITADA, Largo do Barão de Quintela 11
LISBOA

anticorpos específicos em taxa mais elevada parece ser devida a uma absorção mais lenta do antigénio precipitado pelo alumen.

Não é senão de interesse académico a preocupação que alguns médicos têm de que a presença de anticorpos maternos é suficiente para assegurar a defesa das crianças. Numerosos investigadores têm mostrado que mesmo lactentes possuidores de anticorpos maternos atingem em alta percentagem níveis protectores de anticorpos quando vacinados nos primeiros meses, particularmente se a vacina é misturada com alumen ou toxoide precipitado pelo alumen.

No mesmo sentido se registam os ensaios de *Sauer* (1): Inoculou 3.793 crianças com vacina antipertussis precipitada pelo alumen doseada a 40 biliões por c.c. (0,2 c.c. — 0,3 c.c. — 0,5 c.c. com um mês de intervalo). Todos os inoculados mostraram boa tolerância, apenas 8,6 % tiveram reacções locais e 0,6% abscessos estéreis e de cicatrização espontânea. As reacções locais apareceram após a 2.^a e 3.^a injeção. A resposta imunitária foi verificada por aglutinação depois de terminada a tarefa imunizante, revelando títulos moderados ou fortes em 78,2 % de 1.834 crianças de 3 a 4 meses. Por este ensaio pode julgar-se se as crianças de poucos meses de idade são capazes de elaborar anticorpos em consequência da imunização activa.

B) **DIFTERIA** — Nos países de clima temperado onde se desenvolve mais facilmente a doença todas as crianças devem ser vacinadas (2).

Apesar de medidas eficientes para dominar a doença o perigo persiste se abrandam ou se interrompem as regras de imunização profiláctica.

O plano de profilaxia deve ser instituído com o toxoide precipitado pelo alumen em duas doses de 0,5 c.c., intramusculares, com intervalo de um mês, dadas às crianças de idade inferior a 3 anos. A imunidade é adquirida após as duas injeções. Hoje é de aconselhar a vacina tripla (toxoides diftérico e tetânico e uma emulsão microbiana de *Haemophilus pertussis*). Esta mistura de antigénios é igualmente ministrada por via intramuscular (3 injeções nas doses de 0,5 c.c. — 1 c.c. — 1 c.c., com um mês de intervalo) às crianças até 10 anos. Nos adultos é preferível o uso de toxoide líquido após prova de *Moloney*. Convém escolher as doses de harmonia com a positividade ou negatividade da prova (nos positivos: 0,1 c.c. — 0,3 c.c. — 0,5 c.c. — 1 c.c.).

A prova de *Schick* tem função útil como test para apreciar se a imunidade se desenvolveu, e nos períodos epidémicos para julgar da necessidade da injeção de reforço, oportuna na idade pre-escolar. No entanto é prudente vacinar uma criança qualquer que seja o resultado da reacção de *Schick*, visto que uma reacção negativa não garante de maneira absoluta protecção contra a doença, e a vacinação, em qualquer caso, reforça a resistência da criança à infecção. Assim os técnicos (O. M. S.) são de opinião que é inútil a prática corrente da reacção de *Schick* antes da vacinação nas crianças de idade inferior a 10 anos.

Em conclusão, é aconselhável o seguinte esquema:

Começar a vacinação aos 2 ou 3 meses de idade; 2 injeções de 0,5 c.c. de toxoides diftérico e tetânico precipitados pelo alumen ou adsorvidos pelo hidróxido de alumínio combinados com vacina antipertussis, com intervalos de um mês. Duas doses de «rappel» de 0,5 c.c., uma entre os 10 e os 18 meses e a outra aos 3 anos.

C) **TOSSE CONVULSA** — A doença é grave e frequente, e a maior parte dos lactentes é susceptível impondo-se, por isso, uma protecção precoce.

Não há acordo acerca do papel preventivo das vacinas anti-coqueluchosas, visto que uns apontam vacinas capazes de conferir um alto grau de protecção, enquanto outros registam resultados desalentadores. Salienta-se através desta disparidade a necessidade de seleccionar estirpes,

adoptar técnicas uniformes de cultura (1) e esterilização, modo de conservação e standardização da vacina pelos métodos físicos e biológicos.

A preparação da vacina antipertussis é ainda hoje um problema delicado pois não é possível definir com precisão os factores de eficácia, nem tão pouco acertar um método tipo de preparação de uma vacina activa visto que ainda se ignora quais os antigénios do *Haemophilus pertussis* que representam o principal papel na imunidade (2).

Outro ponto obscuro reside na impossibilidade de apreciar de uma maneira uniforme o conteúdo bacteriano das suspensões em função da sua opacidade. Afim de estabelecer um acordo o Dr. *Veldee* (3) põe à disposição dos laboratórios interessados um padrão de opacidade, utilizado pelo Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos, constituído por uma suspensão de vidro Pirex em água. Este conselho foi sancionado pela «O. M. S.».

Pode conseguir-se protecção contra a tosse convulsa por imunização passiva ou imunização activa. A primeira é válida por 2 a 4 semanas e pode ser conferida por *soro de convalescente* (injecção intramuscular de 20 c.c. a 40 c.c. que, durante o período de incubação, previne a doença ou lhe modifica o curso), *soro humano hiperimune*, *soro anti-pertussis* (de coelho; tem sido usado particularmente na profilaxia dos contactos em dose intramuscular de 10 c.c.; o seu valor não é ainda conhecido) e, finalmente, a *globulina gama* (humana; doses de 2,5 c.c. a 10 c.c.).

A imunidade activa é conferida por vacinas diversamente preparadas, mas em todas deve empregar-se a estirpe na fase I. A sua concentração deve oscilar entre 10 a 40 biliões por c.c., com ou sem toxina, simples ou precipitada pelo alumen.

A *vacina de Sauer* (10 biliões por c.c.) compreende 3 inoculações por via subcutânea, com intervalos de 2 a 4 semanas, nas doses de 2 c.c., 3 c.c. e 4 c.c.

A *vacina precipitada pelo alumen* (10 a 40 biliões por c.c.) oferece a vantagem duma maior eficácia antigénica por retenção mais prolongada nos tecidos, favorecendo assim o estímulo antigénico; nestas condições as doses a injectar são menores. A principal contrariedade consiste em por vezes aparecerem abscessos estéreis. As injeções devem ser feitas na profundidade do tecido celular subcutâneo ou muscular. As doses variam com a concentração:

- I) — 10 biliões por c.c. — 3 injeções de 1 c.c., 1 mês de intervalo
- II) — 20 biliões por c.c. — 2 » » » » » » » » intervalo
- III) — 40 biliões por c.c. — 3 » » 0,2 c.c., 0,3 c.c. e 0,5 c.c., 1 mês de intervalo.

A *vacina precipitada pelo hidróxido de alumínio* (40 biliões por c.c.) aplica-se em 3 injeções de 0,5 c.c. — 1 c.c. e 1 c.c. com um mês de intervalo. Esta vacina produz uma boa resposta antigénica e provoca menos abscessos.

Chama-se a atenção para certas reacções provocadas pela vacina antipertussis. Se acaso surgem reacções ligeiras (irritabilidade, temperatura de 39°) com a primeira injeção é de aconselhar o uso de antigénio simples nas inoculações seguintes. *McGuinness* (4) esclarece que a vacina antipertussis tem sido incriminada de causar encefalopatias. Se a primeira injeção de antigénios combinados provocar convulsões não deve injectar-se mais vacina antipertussis sob qualquer forma.

(1) O meio líquido de Hornibrook (caseína hidrolizada adicionada de amido) é presentemente aconselhado para a preparação de vacinas em larga escala. (H. Parish — Brit. Med. Journ. Nov.º 8 — 1952).

(2) A O. M. S. aconselha o test intracerebral no ratinho a fim de evitar a livre circulação de vacinas de qualidade inferior.

(3) Chron. de l'Organisation Mondiale de la Santé, Standardisation Biologique, Juillet, 1949, Vol. 3, n.º 7.

(4) J. A. M. A., 148, 1952.

(1) Whooping Cough (by Wallace Sako) — Communicable Diseases, chapt. 27, pág. 373.

(2) A O. M. S. na sua última reunião de Outubro de 1952 esclarece que dora avante é fácil eliminar quase completamente a difteria desde que a vacinação atinja 70 % das crianças.

John A. Toomey (1) refere as primeiras observações de Byers e Moll apontando reacções irreversíveis após injeções de vacina antipertussis. Em 15 doentes estudados, doze receberam toxoide fluido e as reacções apareceram em 5 após a 1.ª injeção, em 4 após a 2.ª e em 6 após a terceira. Dois morreram e 8 ficaram com perturbações cerebrais irreversíveis. As doses empregadas foram de 40 a 45 biliões em 6,30 biliões em 3, e 10 biliões em 2. Através de um questionário enviado a vários centros de vacinação para apreciar manifestações convulsivas relacionadas com a vacinação antipertussis foi possível registar 38 casos dos quais 25 com história clínica bem documentada. Destes, 23 recuperaram completamente e 2 morreram com reacções graves.

Estas reacções podem ser devidas: à sensibilidade constitucional do indivíduo; à introdução accidental de vacina no sistema circulatório; à resposta antigénio-anticorpo imediata em indivíduo sensibilizado; à existência de substâncias pirogénias nas emulsões microbianas; à alteração dos vasos cerebrais pelas toxinas do *H. pertussis*. Toomey é de opinião que o factor responsável pelo desencadeamento das convulsões e encefalopatias reside na presença de pirogénios nas vacinas.

Regras a seguir: colher história clínica dos vacinados com registo de antecedentes pessoais e familiares (estados convulsivos) e obrigar à verificação das vacinas pelos Serviços de Saúde Pública quanto à sua potência e validade.

Em período de epidemia pode haver vantagem numa vacinação rápida. Usar então vacina simples em soro fisiológico, titulada a 15 a 20 biliões por c.c. De acordo com a tolerância dar 1 c.c. e 1,5 c.c., com intervalos de uma semana. Os resultados por este processo são inferiores aos do esquema normal.

D) **TÉTANO** — A imunização activa e passiva têm as suas indicações na prevenção do tétano. A vacinação pela anatoxina tetânica está indicada para proteger certos grupos de pessoas — trabalhadores agrícolas, operários, soldados em campanha, etc.

A última guerra denunciou o benefício da imunização contra o tétano utilizando tanto o toxoide fluido como o precipitado pelo alumen. Os resultados obtidos no exército americano comparados com os registados nos exércitos do Japão, Inglaterra e Alemanha são bem elucidativos. A seguinte observação tem o valor de uma experiência (2): «Quando da sangrenta campanha da Normandia (1944) encontravam-se em presença, num solo fortemente tetanigénio, soldados americanos (vacinados), soldados ingleses (parcialmente vacinados) e soldados alemães (não vacinados). Não se registou tétano nas tropas aliadas sendo não obstante muito elevado o número de casos de tétano nos soldados alemães com elevada taxa de mortalidade».

O toxoide simples parece dar lugar a uma resposta mais rápida que o toxoide precipitado pelo alumen. No primeiro caso bastam 3 injeções com um mês de intervalo e no segundo 2. O toxoide precipitado pelo alumen é mais bem tolerado pelas crianças e por isso deve ser preferido para a sua imunização.

Doses: Toxoide simples — 3 injeções de 1 c.c., 3 a 4 semanas de intervalo;

Toxoide precipitado pelo alumen — 2 injeções de 0,5 c.c., 3 a 4 semanas de intervalo.

Uma injeção de «rappel» deve ser feita passado um ano e depois de 4 em 4 anos. A oportunidade pode ainda surgir no caso de ferida cuja natureza torne provável a infecção tetânica.

E) **FEBRE TIFOIDE** — A prevenção da febre tifoide e paratifoide tem desde há muito assegurada a sua eficiência. Correntemente a vacina tripla, T. A. B., é a mais utilizável. Os investigadores estão de acordo em que 3 in-

jeções subcutâneas de 0,5 c.c. — 1 c.c. e 1 c.c. com intervalos de 7 a 28 dias são suficientes para uma resposta imunitária satisfatória. Anualmente deve fazer-se uma injeção intracutânea de 0,1 c.c. ou uma subcutânea de 0,5 c.c. como estímulo imunizante.

Só se recomenda a vacinação de crianças quando estas residem ou tenham de viajar em zonas de endemia. Dá-se, em geral, um quarto ou um meio da dose de adulto, de acordo com a idade e o estado físico. Deve preferir-se neste caso a vacina simples à tripla. Dada a alta incidência da doença entre nós a vacinação deve ser integrada no programa sanitário geral, não se devendo abandonar o ritmo da vacinação porque surtos da doença podem manifestar-se, sobretudo nos meios rurais onde as condições sanitárias pela sua imperfeição são causa da explosão da doença.

IMUNIZAÇÃO PASSIVA:

Difteria — No tratamento não deve usar-se a penicilina sem a antitoxina. Aos contactos instituir a penicilina em dose forte e só dar soro se se manifestar a doença.

Tétano — Aos feridos não imunizados injectar 1.500 a 3.000 unidades de antitoxina. Nos imunizados deve proceder-se da seguinte maneira: se passarem mais de 4 anos desde a vacinação ou «rappel» é de regra actuar com 1.500 a 3.000 unidades de antitoxina ao mesmo tempo que o toxoide fluido, em regiões diferentes.

Se o acidente se dá durante o período de validade será prudente adoptar a seguinte orientação: Se o trauma é ligeiro e superficial bastará a injeção de vacina e no caso de ferida extensa, profunda e com lacerações de tecido e conspurcada com material suspeito à vacinação deverá associar-se a antitoxina.

Tosse convulsa — As criancinhas não imunizadas que sejam expostas a contágio devem receber 1 ou 2 injeções de 20 c.c. de soro humano antipertussis ou 1 a 2 injeções de 2,5 c.c. da fracção de globulina gama de soro humano imune.

No quadro seguinte registamos o esquema mais aconselhado para aplicação das vacinas DPT — TAB e Cowpox.

Doença	Idade	Dose	Ag. Im.	«Rappel»
Difteria Coqueluche Tétano	3.º 4.º e 5.º mês	0,5+0,5 c.c.	Vacina mixta de DPT	12 a 18 me- ses e de 3 a 6 anos
Tifoide	2 anos	< 2 a.—3×0,25 c.c. > 2 a.—2×0,5 c.c.	T. A. B. ou T.	Anual
Variola	1 a 6 meses		Virus vacínico	5 em 5 anos

*

No grupo de doenças contra as quais se deve imunizar sob certas circunstâncias temos de englobar a febre amarela, o tifo, a peste, a cólera, a raiva e a tuberculose.

A vacinação contra febre amarela, tifo, cólera e peste é condicionada pela situação especial em que se encontram certas regiões onde as doenças grassam sob a forma de endemia. Nestas condições os indivíduos são obrigatoriamente vacinados. No quadro do U. S. Public Health Service os viajantes com destino a Portugal terão de ser vacinados contra a variola e a febre tifoide.

A) **FEBRE AMARELA** — As viagens aéreas tornam hoje possível a importação da doença para territórios onde o vector, *Aedes aegypti*, predomina — Argélia, Argentina, Brasil, Equador, Índia, Peru, Filipinas, etc.

A vacina é preparada com a estirpe 17D, viva, culti-

(1) J. A. M. A., 139, 1949.

(2) L'Organisme en Lutte contre les Microbes — Boivin e Delaunay, 1947.

Mais uma novidade Atral...

Fenibutol

(Fenilbutazona)

Nova terapêutica anti-reumática e anti-artrítica
não hormonal.

Artrite gotosa

Artrite reumatoide

Osteoartrite

Espondilose, etc.

Apresentado em frascos de 20 e 50 drageias,
contendo 200 mg. de substância activa.

Literatura pormenorizada à disposição
da Ex.^{ma} Classe Médica.

LABORATÓRIOS ATRAL, LDA.

Avenida Gomes Pereira, 74-78

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

ANTI-GRIPALIS BARRAL

Euptolina

Solução oleosa neutra de Cineol, Oxibenzol-1-2-Metoxifenol e Cânfora

ESTADOS AFÓNICOS
ROUQUIDÕES, LARINGO-TRAQUEÍTES,
BRONQUITES.

Injecções subcutâneas ou intramusculares na dose diária
de 2 a 4 c. c.
Ampolas de 2 c. c.

DIOMEL, Xarope

Sulfoguaiacolato de Potássio, Canfossulfonato de Efedrina, Acónito, Beladona, etc.

ANTI-SÉPTICO, EXPECTORANTE, SEDATIVO
E ANTI-ESPASMÓDICO

BALSOPEX, Bálsamo revulsivo

Óleos essenciais de Eucalipto, Cedro, Terebintina, etc.
RESFRIAMENTOS, CATARROS NASAIS, GRIPES

QUETACHIM

Guaiacol, Quinina básica, Cânfora e essências aromáticas
GRIPES, BRONQUITES, BRONCO-PNEUMONIAS
Ampolas de 2 c. c. para injecções intramusculares

RINEX

Pomada anti-séptica nasal

Sulfatiazol, Cl. Efedrina, Estovaína, Sulf. Atropina,
Gomenol, Ureia, Exc. colessterinado

CORIZA, RINITES, PROFILAXIA DA GRIPE

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

Representantes no Porto: QUÍMICO-SANITÁRIA, LDA.

vada em ovo embrionado e atenuada na sua virulência por passagens em série. A dose de 0,5 c.c. protege por 4 anos, bastando, se houver necessidade, um «rappel» de 4 em 4 anos ou em períodos de epidemia.

B) *TIFO* — A vacina é preparada com suspensão de rickettsias mortas cultivadas pelo método de *Cox* no saco da gema. Devem dar-se duas injeções de 1 c.c. com 7 a 10 dias de intervalo. A imunidade produzida é de curta duração, 6 a 8 meses. Para segurança do poder imunizante deve-se aconselhar um «rappel» de 6 em 6 meses.

C) *PESTE E CÓLERA* — A vacinação contra uma ou outra destas doenças é somente aconselhada às pessoas que tenham de permanecer nas regiões onde elas são endémicas: China e Pérsia no caso da peste e Argélia, Austrália, China, Egipto, Indochina, Índia, etc., no caso da cólera.

A vacina consiste numa suspensão de bacilos mortos a 2 biliões por c.c. (peste) e 8 biliões opr c.c. (cólera). Injectar 0,5 c.c. seguido de 1 c.c. com 7 a 10 dias de intervalo. Esta vacina produz protecção parcial durante 4 a 6 meses, sendo necessário um «rappel» de 4 em 4 meses se existir perigo de doença.

D) *RAIVA* — Importa quando o indivíduo foi mordido por animal raivoso ou suspeito. A vacina preparada com virus atenuado pelo fenol (Semple) é a mais frequentemente empregada. O tratamento deve iniciar-se imediatamente se a porta de entrada se encontra na face ou na cabeça. Injecção subcutânea diária da vacina durante 14 a 21 dias consoante a sede e extensão da mordedura. A aparição de febre, urticária, mal estar e dores articulares não impede a continuação do tratamento. Ao contrário, complicações como nevrites periféricas, mielite e paralisias do tipo *Landry* podem exigir a suspensão. *McGuinness* refere a possibilidade de usar a globulina gama (0,5 c.c. por quilo de peso) de soro hiperimune de carneiro nos casos de feridas graves da cabeça, da face ou das mãos. Este método não substitue a imunização activa. Espera-se que a ovo-vacina preparada com a estirpe *Flury* adaptada ao ovo embrionado, já experimentada no cão em Israel, possa mostrar-se igualmente eficaz no homem. O seu poder imunizante activo no cão foi apreciado pela ausência de reacções e pela baixa de casos de raiva canina e humana. A aplicação ao homem traria ainda a vantagem de eliminar as reacções neuroparalíticas provocadas pelas vacinas em uso (*Koprowski* e *H. Cox*).

E) *TUBERCULOSE* — A tuberculose tem de ser integrada neste grupo visto que a aplicação da B. C. G. deve ser reservada somente aos indivíduos tuberculino negativos, isto é, aos analérgicos.

Não temos a preocupação de encetar na sua essência o problema da B. C. G. que nestas últimas décadas tem constituido objecto de experiência e larga crítica. Sempre defendemos o método através de atitudes que reflectiam o nosso entusiasmo e confiança na esperança de uma campanha bem orientada que abrangesse o país e as províncias ultramarinas. «Já em 1926, quando da nossa passagem pela Junta Geral do Distrito, preconizamos a B. C. G. num dos estabelecimentos dependentes desse corpo de assistência». Em 1928, no Congresso Internacional de Medicina realizado em Lisboa, quando propunhamos com *H. Barrosa* e *Fonseca e Castro* a vacinação antidiftérica obrigatória, igualmente foi posta a questão da B. C. G. E, em 1933, numa conferência que proferimos no Hospital Geral de Santo António (1), pudemos afirmar: «Averiguada a sua inocuidade e a acção protectora que determina no organismo, e anunciado por autoridades científicas de vários países o papel que desempenha na redução da mortalidade tuberculosa, e ainda da mortalidade geral, não será legítimo no estado actual das experiências já realizadas, pugnar pela sua aplicação?»

Num país onde o índice de tuberculidade se apresenta tão elevado, o armamento não pode dispensar a vacinação pela B. C. G., hoje considerada na primeira linha da luta antituberculosa.

Nestes últimos anos, sobretudo depois da guerra,

houve possibilidade de estudar com mais precisão os benefícios da B. C. G., e dessa experiência foi possível coligir elementos que ajustassem ideias, regulassem pormenores de técnica, e conduzissem a apreciar, através de números, o valor do método.

A campanha de vacinação em série pela B. C. G. empreendida em 1948 pela Cruz Vermelha Dinamarquesa e Sueca e Socorro Norueguês à Europa, com ajuda financeira do fundo Internacional de Socorro à Infância (F. I. S. E.) e com auxílio técnico da O. M. S., comporta já milhões de crianças para estudo do test tuberculínico e da vacinação. A Campanha Antituberculosa Internacional (C. A. I.) (2) estendeu a sua actividade à Alemanha, África do Norte, Áustria, Celão, Egipto, Equador, Finlândia, Grécia, Índia, Israel, Itália, Líbano, Malta, México, Paquistão, Polónia, Síria, Checoslováquia e Jugoslávia. No fim de Outubro de 1950, 30 milhões de crianças e adolescentes tinham sido submetidos à prova da tuberculina e quase metade tinha sido vacinada.

O exemplo da Checoslováquia é edificante: 46 equipas executavam 350.000 tests tuberculínicos por mês e no fim de um ano 3.328.810 pessoas foram submetidas à prova e 2.118.562 foram vacinadas. «Do ponto de vista de organização, da sua amplitude, da rapidez da execução e da qualidade do trabalho executado a campanha foi um êxito notável e pôs à prova a capacidade dos organismos escandinavos, F. I. S. E. e O. M. S. num trabalho em comum com as autoridades nacionais e locais da Checoslováquia».

A campanha da B. C. G. na Índia constituiu outro exemplo. Trata-se de um país com 500.000 mortes anuais provocadas pela tuberculose; com o deficit notável de leitos nos hospitais sendo de salientar as más condições sanitárias e uma alimentação defeituosa. Tais factos levam-nos a ponderar que o problema da tuberculose é um problema de miséria. «Quando a curva do meio circulante monetário e do custo de vida cresce, também cresce a curva de mortalidade por essa doença. Onde a tuberculose tem descido a coeficientes ideais, tem sido por força do progresso material, cultural, sanitário e económico dos países» (2).

Na Europa e na América Latina a campanha da vacinação prosseguiu num ritmo acelerado—Finlândia, Polónia, Checoslováquia (1949), Áustria, Líbano e Marrocos seguiram o exemplo e outros estados como a Bolívia, Equador, Irão e Israel manifestaram igual interesse pelo problema.

Ao analisar o panorama em Portugal invade-nos um estado de angústia; a lentidão da campanha não se campece com a situação aflitiva que deparamos em face da elevada taxa de morbo-mortalidade.

Novos estímulos são necessários para pôr em marcha o plano de ataque à doença, com a certeza de que actuamos no sentido de proporcionar às gerações presentes e futuras um alívio, cujo alcance moral e económico é escusado encarecer.

É de desejar um plano bem conduzido e uniforme de molde a que seja possível inferir conclusões sérias e convincentes. Do ponto de vista técnico os médicos portugueses dispensam auxílios estranhos e do lado financeiro igualmente a situação desafogada do nosso tesouro não necessita da intervenção de qualquer organização como a F. I. S. E. cuja acção noutros países tem sido bem acolhida.

*

A prática do test tuberculínico e a técnica de vacinação são os pontos que merecem ser considerados:

A publicação recente (1952) «A Vacinação pelo B. C. G.» do Centro Internacional da Infância descreve através de uma série de trabalhos as regras que podem hoje guiar os técnicos que tenham a missão de executar a campanha.

A separação dos indivíduos a vacinar será feita pelo test tuberculínico, como é sabido. Para a sua execução convém assentar num esquema uniforme e seguido por todos.

«Num estudo comparativo com tuberculinas purifi-

(1) *Iatria*, n.º 2, Dez. 1933.

(1) *Chron. Org. Mond. de la Santé* — vol. 5 — n.º 1 — 1951.

(2) *Jandui Carneiro* — B. C. G. por Miguel Couto Filho, 1948.

cadás (P. P. D. e I. P. 48) e tuberculina velha (O. T.) as reacções verificadas pela tuberculina purificada são mais homogéneas. As reacções produzidas pela O. T. são mais intensas e mais irregulares».

Os nossos técnicos têm de se pronunciar pela escolha da tuberculina, que seria para desejar fosse preparada pelo Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, a quem está já entregue o encargo da preparação da B. C. G., de forma que possa usar-se entre nós o mesmo tipo de tuberculina, porque só assim seria possível que a separação dos indivíduos obedecesse ao mesmo critério de interpretação.

A reacção intradérmica de *Mantoux* é a que oferece até certo ponto maiores vantagens e a que tem mais adeptos. As doses empregadas, 1-5-10-50-100 unidades — considerando 10 unidades como dose média são hoje de prática corrente. Por este processo é igualmente mais fácil introduzir quantidade certa de tuberculina e ao mesmo tempo respeitar as condições de assepsia sempre mais difícil de obter quando se usa a *von Pirquet*.

Dos tests cutâneos oferece vantagem a *pasta de tuberculina* (Moro-Patch), pasta à base de tuberculina bruta associada a tuberculina purificada, titulada de forma a representar 3 vezes a actividade da tuberculina ordinária. A leitura no fim de 72 horas é orientada pelo número de pápulas (mínimo de 3 para considerar a reacção positiva). O uso da pasta, pela facilidade de aplicação e pelos estudos já feitos à cerca da sensibilidade apresenta-se, como método de escolha nas crianças até aos 12 anos e como test único pré-vacinal. Acima dos 12 anos continua a preferir-se a *Mantoux* (10 e 100 unidades).

Após provas de confronto com a *Mantoux* (10 unidades), parece que a *reacção de Trambusti* (Finlândia) é pelo menos tão sensível, mesmo ligeiramente mais sensível. Tem de prosseguir o seu estudo, embora desde já possa apontar-se a dificuldade de dosear com exactidão a quantidade de tuberculina introduzida através da pele, bem como a aparição de reacções locais e gerais mais intensas.

Sohier e colaboradores ⁽¹⁾, da escola de Lyon, num trabalho recente apresentam um estudo sobre a intradermo-reacção—*Trambusti-Savonen*—efectuada com uma agulha de penetração automática. Dos resultados obtidos concluem que o método pode ser empregado como prova única atendendo à sensibilidade e à facilidade de execução em grande escala.

Vacinação. O esquema relativo a tests pré-vacinais utilizado pela estação do Centro Internacional da Infância é o seguinte:

> 8 anos	Adesivo de Moro
de 8 a 12 anos.....	{ Moro
	{ Mantoux
> 12 anos	Mantoux {
	{ 1.º—10 unidades
	{ 2.º—100 unidades

As vias de introdução da vacina podem ser:

- método intradérmico (Wallgren)
- escarificações cutâneas (Negre e Bretey)
- picadas múltiplas (Rosenthal e Birkhauch).

O método intradérmico é o mais utilizado nos países escandinavos e o que hoje tem mais adeptos. É aplicado

e aconselhado entre nós pelo Professor Cândido de Oliveira, sendo os vacinados examinados periódicamente, isto é, 10 semanas, 6 meses e 1 ano após a vacinação. Desde que sob o ponto de vista prático a alergia é o único índice para apreciar a imunidade a sua pesquisa deve ser conduzida de molde a que no fim de 10 semanas se possa assinalar a positividade ou negatividade à tuberculina.

Estabelecida a alergia provocada pela vacinação a sua duração é limitada e, apreciando a protecção pela alergia, um problema se põe... tornar possível a reactivação por um processo semelhante ao adoptado noutras doenças, isto é, por uma nova injeção de «rappel». Este ponto é preconizado pelos investigadores de Lyon que aconselham uma dose mínima de B. C. G. vivo para conseguir a alergia perdida anteriormente.

*

Das doenças em que a imunização é discutível pode apresentar-se como exemplo o que sucede com a escarlatina e a influenza, doenças em que a vacinação não é de rotina mas em que o problema de protecção se põe algumas vezes.

Na *escarlatina* a vacinação só é recomendada no pessoal dos hospitais de doenças infecciosas com Dick negativa. A químio-profilaxia com sulfamidas e antibióticos é eficaz na prevenção de infecções devidas a estreptococo beta em susceptíveis expostos.

Weinstein e *Potsabay* ⁽¹⁾ ensaiaram a globulina gama em 255 doentes verificando que causava rápida desapareção da erupção mas não tinha efeito sobre o estreptococo da faringe nem qualquer acção impeditiva sobre o desenvolvimento de complicações.

A *influenza* não admite a vacinação activa como rotina nas crianças. A vacina é eficaz quando contém o vírus a que se for exposto. Em regra as crianças dão reacções mais fortes e fraca resposta de anticorpos.

Bruyn aconselha a vacina (tipo A e B) nas crianças, administrada intradérmicamente na dose de 0,1 c.c. de 3 em 3 dias.

No *sarampo* tem-se feito larga aplicação de globulina gama de soro imune, actuando como agente eficaz de imunização passiva.

Charles Janeway ⁽²⁾ ressalta o valor da globulina gama na prevenção e alteração do curso clínico do sarampo, experiências que foram iniciadas em 1943 nas forças armadas dos Estados Unidos e nos hospitais de crianças.

Hartley ⁽³⁾ conclue que a globulina gama preparada pelo método de *Cohn* contém anticorpos de sarampo em alta concentração; que o volume de globulina gama necessário para a prevenção e atenuação do sarampo é cerca de metade do volume de soro de convalescente e que nenhuma reacção local ou geral foi verificada.

B. Jordal ⁽⁴⁾ praticando alternadamente ensaios com globulina gama e soro de convalescente no decurso de uma epidemia de sarampo em 1947-48, não encontrou cifras de protecção que distinguissem qualquer dos produtos.

Experiências feitas com globulina gama e plasma (A Report to the Medical Research Council, pg. 723, Lancet, 1950) conduziram à seguinte conclusão: Verifica-se alguma protecção por espaço de 6 semanas e os contactos tratados com globulina gama acusam uma menor incidência da

(1) In J. A. M. A. — 1950 — pg. 1405.

(2) In J. A. M. A. — 1948 — vol. 138.

(3) Hartley — Lancet, July — 1948.

(4) J. A. M. A. — vol. 141 — 1949.

doença do que os tratados com o plasma. Dada a complexidade e alto custo de produção da globulina gama fica a sua aplicação limitada aos contactos e às crianças cujo estado seja necessário defender dos malefícios que o sarampo pode despertar nestes organismos debilitados.

No *trazorelho* parece que as ovo-vacinas comerciais produzem pelo menos imunidade transitória (6 a 12 meses) na maior parte dos casos. Tem valor especial para os adultos em período de epidemia.

Na *poliomielite*, segundo *H. Cox* (informação directa) é de supor que em breve se possa resolver o problema da imunização activa. Está a trabalhar com um vírus cultivado e adaptado ao ovo embrionado e já o ensaiou em 20 crianças, por via oral. As experiências estão em curso em crianças internadas em instituições estaduais na Califórnia.

Por outro lado, *David Bodian* afirma que «pelas nossas provas a poliomielite será uma doença das mais prontamente evitáveis pelo uso da imunização profilática», imunização passiva neste caso. O novo soro mostrou-se eficaz em macacos doentes numa reprodução experimental virtualmente exacta das condições duma epidemia humana. A vacina é uma fracção de soro humano contendo anticorpos de um doente curado de poliomielite.

CONCLUSÕES:

1.^a — Vacinas combinadas D. P. T.

As vacinas múltiplas correntes não dão maiores reacções que as simples antes dos 4 anos. Até essa idade preferem-se as combinadas que poupam picadas e podem potenciar-se umas às outras. Depois de essa idade aconselham-se as vacinas simples.

2.^a — As vacinações antivariólica e D. P. T. devem ser feitas precocemente; é aconselhável começar aos 3 meses de idade.

3.^a — Deve insistir-se na necessidade da reactivação por meio da injeção de «rappel». A vacinação antidiftérica dá bons níveis de antitoxina durante 3 a 4 anos. Desde que se tenha tido uma boa imunidade, doses mínimas são suficientes para virar a Schick de positiva para negativa. As crianças imunizadas devem receber 0,1 c.c. de toxoide de 4 em 4 anos até aos 12 anos de idade.

No caso da vacinação antitetânica o «rappel» deve ser feito com dose de 0,5 c.c. de 4 em 4 anos e, também, na ocasião de ferimento suspeito. Se mais de 4 anos passarem desde a última dose quando se deu o ferimento, é conveniente injectar 1.500 a 3.000 unidades de antitoxina ao mesmo tempo que a toxoide (neste caso toxoide fluido por dar resposta um tanto mais rápida que o precipitado).

A vacinação antipertussis primária dá protecção durante 3 a 4 anos. Após contacto íntimo com doente pode-se injectar 1 c.c. de vacina em soro fisiológico doseada a 15 a 20 biliões de micro-organismos por c.c. (emulsão fraca).

4.^a — Dada a facilidade com que os indivíduos atravessam hoje os continentes, é digno de atenção o seguinte esquema de *Love e Shaul* (1): Todas as crianças com idade superior a dois anos devem receber a mesma imunização que os adultos contra a varíola, salmoneloses (T. A. B.) tétano, difteria e febre amarela; abaixo dos dois anos a T. A. B. deve ser substituída pela vacina monomicrobiana (T) e a dose reduzida a metade e no caso do tifo, cólera e peste as vacinas serão administradas em relação ao peso do corpo.

5.^a — A vacinação pelo B. C. G. deve ser reservada somente aos indivíduos tuberculino-negativos.

6.^a — Impõe-se um esquema uniforme de test tuberculínico e prática de vacinação em todo o país, única forma de assegurar elementos aproveitáveis para a elaboração de estatísticas que sirvam no futuro para apreciar os resultados da vacinação.

A falta actual de uniformidade diminui o rigor dos resultados estatísticos. Ainda se impõe a necessidade de determinar o efeito sensibilizante das diversas vacinas, as variações devidas ao seu modo de aplicação e estudar os efeitos da revacinação sobre a alergia, sobre a morbo-mortalidade por tuberculose, pontos sobre os quais há ainda falta de indicações precisas (2).

7.^o — O test tuberculínico pelo processo do adesivo Moro — deve ser o mais útil para as crianças até aos 12 anos e nas outras idades substituído pela reacção de Mantoux.

8.^a — A injeção intradérmica é a que oferece mais garantia de dosagem do B. C. G. introduzido, e diminui as possibilidades de aparição de reacções locais por contaminação acidental em relação à escarificação.

9.^a — Brigadas com ligação aos principais Centros da B. C. G., Lisboa, Porto e Coimbra, serão capazes de promover numa campanha intensiva e sem interrupção o problema da profilaxia da tuberculose. Aos técnicos componentes destas brigadas competiria interessar os médicos locais na prática da selecção dos indivíduos e vacinação, para que continuassem a desenvolver a obra iniciada.

10.^a — As fichas sanitárias fixarão todos os episódios: classificação de alérgicos e analérgicos; dados radiográficos; reacções locais ou gerais após vacinação; test tuberculínico post-vacinal.

Todos estes elementos serão definitivamente julgados por uma Comissão que redigirá um relatório circunstanciado do trabalho efectuado e dos acidentes verificados durante a campanha, documentos que serão apreciados pelas autoridades competentes e deverão igualmente constituir objecto de estudo nas Sociedades Médicas.

11.^a — Relativamente à poliomielite e à raiva é possível a esperança — através dos trabalhos em curso — que a imunização activa (ovo-vacina) proporcione uma arma mais decisiva e eficiente na prevenção destas doenças.

12.^a — Experiências em larga escala publicadas (2) neste momento por Hammon e colaboradores, na América, acerca do papel profiláctico da globulina gama, merecem uma especial atenção, embora os resultados não sejam ainda perfeitamente conhecidos, dadas as circunstâncias em que os tests são executados (distribuição secreta dos inóculos — globulina gama e gelatina a 1,5 % produtos com idênticas propriedades físicas).

Da sua leitura depreende-se, no entanto, que há diminuição da incidência da poliomielite paralítica nas crianças que receberam a globulina gama.

Sugere-se, porém, se os inoculados não perderão a oportunidade de se imunizarem activamente através duma doença inaparente (?).

(Relatório apresentado ao 1.^o Cong. Nac. de Protecção à Infância, Lisboa, Nov. de 1952).

(1) Chron. de l'Organisation Mondiale de la Santé — Vol. 3 — 1949 — pg. 84.

(2) J. A. M. A. — vol. 150 — n.º 8.

(1) Loc. cit.

MOVIMENTO MÉDICO

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

RESUMOS DA IMPRENSA MÉDICA

Estreptococ. Febre Reumática e Nefrite aguda. «J. A. M. A.» 147 (18); 1952

J. Swift do «Rockefeller Institute for Medical Research» pro-
vou que a grande maioria de todas as infecções estreptocócicas
humanas é devida ao estreptococo B-hemolítico do grupo A de
Lancefield como já anteriormente se pensava, de resto, e que qualquer
dos subtipos serológico daquele grupo A pode provocar, indiferente-
mente, qualquer infecção estreptocócica (desde as anginas banais à
erisipela e desde a escarlatina à celulite) ou desencadear, por proces-
sos directos ou indirectos, qualquer outra afecção relacionada com
a infecção estreptocócica (como é por ex., o caso da febre ou doença
reumática evolutiva e da glomerulonefrite aguda difusa).

Entretanto, estudos mais recentes, levados a cabo na Western
Reserv. Med. School, por C. H. Rammelkamp Jr. e colab. revelaram
que parece existir, entre determinados tipos serológicos de estrepto-
cocos, uma certa predilecção para atacar especialmente este ou
aquele órgão ou parenquima, predilecção essa que só por vezes
se revela.

Assim, enquanto que entre todas as infecções estreptocócicas
que precederam ou acompanharam casos de febre reumática (em seu
entender, nos E. S. A., 3 % dos indivíduos sofrendo de infecções
estreptocócicas pelo *Strept. haemol. do grupo A* vêm a sofrer um
ou mais ataques de febre reumática) não foi possível descobrir
qualquer predominância de um tipo serológico sobre outro dos estre-
ptococos isolados, já, por ex., em investigação similar feita em casos
de nefrites difusas agudas (cujo índice de morbidade entre os
infectados por *Strept. haemol. do grupo A*, varia, nos diversos estados
dos U. S. A., entre 0,08 % e 3,18 %), puderam comprovar que existia
um tipo serológico — o tipo 12 — muito mais frequentemente encon-
trado do que qualquer outro, nestes últimos casos. Concluíram assim
que o *Strept. haemol. A 12* parece ter uma particular afinidade para
o parenquima renal, embora essa afinidade se possa exercer de uma
forma indirecta.

Os outros tipos serológicos mais incriminados, depois do 12.º,
são, por ordem decrescente de frequência: o 2.º, o 4.º, o 18.º e o 31.º.

L. C. M.

Primaquina na Malária, como droga gametocida e em acção contra os esporozoítos e as formas exocitrocíticas «J. A. M. A.» 147 (17): 1558; 1952.

Trata-se de uma droga recentemente sintetizada e ensaiada,
sobretudo no Continente Americano, com muitos bons resultados.
É a 8 (4-amido-1-metilbutilamino) 6 metoxiquinolona e pertence pois
ao grupo das 8-aminoquinolinas com acção gametocida, como por ex.
a pamaquina (=«plasmaquina»), a pentaquina e a iso-pentaquina.
Mas, além da acção gametocida, que é a única que as outras 8-amino-
quinolinas possuem, a primaquina tem ainda uma marcada acção
contra os esporozoítos e contra as formas tissulares do plasmódio.

Estas suas acções conferem-lhe um poder ideal como droga
verdadeiramente curativa da malária, desde que se associe a qual-
quer agente activo contra os trofozoítos e esquizantes — drogas
supressivas ou curativas dos acessos, como a quinina, a atebri-
na (ou quinacrine), a paludrina (ou clorguanida), a cloroquina (ou aralen),
a amodiaquina (ou camoquina), etc.

Os últimos ensaios ultimamente feitos com a pamaquina (ou
plasmaquina), a pentaquina e a primaquina, provaram a superioridade
desta última, na prevenção das recaídas dos casos tratados
com drogas de acção apenas supressiva.

Assim: 1.º) em 232 doentes, sofrendo infestação pelo *Pl. vivax*,
tratados só com a cloroquina (aralen), na dose total de 1,5 g., veri-
ficaram-se recaídas (pelo menos mais um ataque feloril) em 227,6%;
2.º) em 246 doentes, com *Pl. vivax* também e tratados com a mesma
dose de cloroquina (1,5 g. em 3 dias) e ainda com plasmaquina (ou
pamaquina) na dose de 9 mg. três vezes ao dia, durante 2 semanas,
já só se verificaram recaídas em 0,4 % daqueles doentes; 3.º) final-
mente, em 231 doentes idênticos, tratados com a mesma dose de
cloroquina e com primaquina na dose 14 mg. em uma única dose
diária, por 2 semanas, não se verificaram quaisquer recaídas durante
um longo período de tempo.

Além disso, a primaquina, na dose de 15 mg. /d., por 14 dias,
nunca provocou quaisquer sinais de intoxicação, nem qualquer acção
secundária.

Na opinião dos AA., trata-se da droga ideal a associar ou

à paludrina no tratamento supressivo-curativo dos casos por *Pl. falciparum* ou à cloroquina ou à camoquina nos casos por *Pl. vivax*
ou *Pl. malariae*, ou a como único agente da quimioprofilaxia da
malária.

L. C. M.

Tratamento de urgência das embolias gasosas «J. A. M. A.» 150 (1): 28; 1955.

Descreve-se, neste artigo médico, um processo muito simples e
que pode salvar a vida, em casos de embolia gasosa, seja qual for
a sua etiologia (pneumoperitoneu, pneumotórax, transfusões com in-
suflação, etc.). Consiste simplesmente em deitar imediatamente o
doente em *decúbito lateral esquerdo* e com a cabeça baixa. Nesta posi-
ção o ar que no ventrículo direito impede o trabalho cardíaco, é
fácilmente lançado nas artérias pulmonares, libertando-se depois
nos pulmões.

É evidente que aquele processo deve ser acompanhado pela
injecção de analépticas centrais e que é sempre benéfica a aplicação
de uma máscara de oxigénio sob pressão, quando possível. Os AA.
deste artigo consideram, entretanto como fundamental a posição
acima indicada e dão detalhada explicação fisiopatológica da embolia
gasosa e do processo de vencer a resistência pelo ar no ventrículo
direito.

L. C. M.

BISMOCETINA

APRESENTAÇÃO:

Caixa com 2 supositórios contendo cada um:

Cloranfenicol levógiro 0,20 g

Canfocarbonato de bismuto quantidade equivalente
a 0,03 g de bismuto metálico.

Indicado no tratamento de:

Amigdalites, anginas, estomatites, gengivites,
resfriamentos com complicações oro-faríngeas

Apendicite aguda e crónica.

LABORATÓRIOS LESEQUE

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

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

SUPLEMENTO

UMA PÁGINA POR SEMANA

NA ERA DOS HOMENS VELHOS

Quando há alguns anos, a convite do meu ilustre colega Miranda Rodrigues, fiz numa conferência o elogio da velhice, estava longe de supor que a Geriatria fosse outra coisa que uma arte caridosa para ajudar, com calma e sem grandes vãos, a existência de uns quantos velhos que a vida trilhara impiedosamente e a morte se divertia em esquecer. Veio depois, como num relâmpago, a especialização e eu continuei pensando que se tratava da publicidade de alguns médicos que, sem clientela ou para a ampliarem, procuravam organizar-se dentro de uma disciplina tirada, sem mais nem menos, da Clínica Médica e da Urologia. Assim, foi mais por prazer e pelo gozo espiritual que sempre sinto em o ouvir, que fui há dias assistir a uma lição do Curso de Gerontologia que o meu amigo Jean Huet está a fazer na Universidade de Paris. Ora, a minha surpresa foi total, ao ouvir na continuidade duma lição de clínica, uma bela conferência de sociologia. Huet é não só um endocrinologista de nome, mas também um político prático que tem, há anos, a responsabilidade administrativa de uma pequena cidade encravada numa das ilhargas de Paris — Asnières. Por isso, foi com grande autoridade que abordou o tema social da velhice no sentido da perturbação que o serviço dos velhos, para além dum certo período, provoca cada vez mais nas sociedades: os novos com o acesso das carreiras dia a dia recuado; os prémios de seguro e de aposentação abundantemente extendidos pelos velhos; aqueles limitando os filhos e o conforto por um modo anti-social e contra-a-natureza e estes entrando na economia dos novos pela ocupação de *biscatos* e ofícios em *part-time*. Percebi nessa hora que a Gerontologia é, na verdade, uma disciplina médica completa e com uma extraordinária importância social. Nem o conferencista, nem eu, que ambos aspiramos a uma vida longa e sadia, temos o propósito — ele no seu curso e eu neste pequeno comentário — de menosprezar ou desrespeitar a velhice. Pretende-se, apenas, pôr como questão o problema da sua política em relação com a riqueza pública; levantada por um médico cabe nesta página porque foi a Medicina, melhorando e prolongando a vida, quem o gerou: só na Costa Rica, o DDT fez decrescer de 40 % a mortalidade e as medidas sanitárias gerais aumentaram a vida média em dez nos. O problema pode, portanto, equacionar-se assim: do mesmo modo que um país se arruína se não renova frequentemente a sua maquinaria de produção (e economicamente considera-se velha uma indústria que ao fim de trinta anos não renovou pelo menos 30 % da sua utensilhagem), pode uma sociedade resentir-se se nela predominar, sem disciplina económica e sem arrumação intelectual, uma elevada percentagem de velhos. Ora, nós caminhamos para uma era de centenários. Pouco a pouco, com excepção porventura dos povos que foram largamente sangrados pela guerra, as nações tornam-se velhas, o que levou a Argentina a propor na ONU que fosse promulgada uma «Carta dos Direitos dos Velhos» como primeiro passo para a sua organização social.

Vejam alguns aspectos desse problema em três grandes países: nos Estados Unidos, na Inglaterra e na França. E alguns aspectos diferentes. A vida prolonga-se porque a sociedade põe ao seu serviço os mais variados meios. Nos Estados Unidos, só no ano passado e em relação a 1940, as companhias de seguros salvaram com conselhos dados pela rádio e pelo cinema 50.000 cardíacos, calculando-se que por este ritmo seja prolongada, nos próximos dez anos, a vida de meio milhão. Ora, as cardiopatias têm estado há muitos anos à cabeça das causas de morte nos indivíduos com mais de 40 anos. A febre tifóide acabou; em meio século as doenças pulmonares, incluindo a tuberculose, diminuíram 80 %; prevê-se que no ano 2.000 a idade média do

homem americano seja 90 anos. Em 1920 apenas 5 milhões de americanos tinham mais de 65 anos; hoje são 12 milhões representando 7,5 % da população. Serão 11,5 % de 1960. Com esta e outras campanhas similares, os Estados Unidos acabarão em breve por ser uma nação velha.

Na Inglaterra a proporção duplicou nos últimos 35 anos, o que levou certas indústrias a organizar centros de trabalho especial para os operários com mais de 70 anos, e o governo a prolongar de 5 anos o período de funcionalismo. A França, sangrada por duas guerras, será, pelo contrário, nos próximos trinta anos, dado o aumento progressivo da sua natalidade feminina, a nação «mais nova» da Europa. Pelo menos foram esses os cálculos apresentados pelo Sr. Sauvy, director do Instituto de Estudos Dermográficos, na conferência que recentemente se reuniu em Aosta, e onde o problema foi posto até em comparação com Portugal (onde segundo as suas estatísticas, que aqui não posso controlar, diminuiu progressivamente, em relação ao número de mães, o número de recém-nascidos do sexo feminino). Quando nos outros países começaram a nascer mais velhos, em França haverá cada vez mais gente nova: espera-se que em 1980 terá mais 1.700.000 trabalhadores jovens do que hoje.

No ponto de vista científico o problema dos velhos, como reflexo da luta pelo prolongamento da existência, está em franco progresso. No ponto de vista moral não há discussões: a velhice deve ser o fecho tranquilo duma vida social. Em política, põe-se o tremendo problema de garantir a existência de milhões de seres economicamente improdutivos? Torna-se preciso muito dinheiro e muitos jovens para transformarem esse dinheiro em pão e em conforto. Mas ao contrário do que se poderia imaginar, as primeiras tentativas demonstraram que minguam jovens e sobra dinheiro. Parece que o problema encontra pois a sua solução.

Foi em 1930 que Townsend apresentou nos Estados Unidos o primeiro plano colectivo para o seguro da velhice. Com puro sentido demagógico propôs que o Estado concedesse a todos os velhos com mais de 63 anos uma pensão mensal de 200 dólares com a simples obrigação de os gastarem, inteiramente, até ao dia 30 de cada mês. A sugestão foi posta no Estado da Califórnia e teve tanto eco que foi votada, embora reduzida para 75 dólares, e outros Estados promulgaram leis semelhantes. Mas a criação de um corpo de sistemas de pensões, só foi posto em 1950 por um dos antigos colaboradores de Roosevelt, Adolfo Berle, ao propor que o Estado outorgasse as pensões que outrora cabiam às empresas privadas, já que é ele quem recolhe o volume dos impostos sobre o trabalho. Mas como tais pensões não são suficientes, os homens de meia idade principiaram a inscrever-se nas companhias de seguros contra a velhice, que vêem entrar mensalmente nos seus cofres milhões de dólares que não podem ficar inactivos e que elas já começaram a utilizar em grandes construções urbanas, na criação de novas cidades-jardins e no fomento de obras florestais e de hidráulica agrícola. É a essa nova face do problema — a aplicação das rendas dos enormes capitais que principiam a acumular-se pelo aumento progressivo dos seguros contra a velhice — que Berle chama a economia do futuro. E pela qual as somas fabulosas que os homens vão juntando na prevenção duma velhice, que sabem cada vez mais provável e mais extensa, enriquecerão o Estado e darão trabalho aos novos. Por onde se prova, mais uma vez, que a Medicina continua a ser a maior fonte de riqueza do homem.

A REFORMA DOS ORGANISMOS DE ASSISTÊNCIA E PREVIDÊNCIA

UMA RESPOSTA

Fiel a uma norma que muito honra este jornal, o Dr. Mário Cardia, seu ilustre director, consentiu a publicação do meu trabalho com o mesmo título do destas linhas, apesar de não concordar em vários pontos com ele, e espero que igual procedimento suceda com este, visto ser vazado, como o anterior, em termos convenientes, o qual vem atrazado por motivos alheios à minha vontade.

A — *Sobre Medicina socializada*

Transcrevo para responder a seguinte passagem do número de 5-11-52 deste jornal: — «...Julgo que o presado colega diz isto para defender um serviço de medicina socializada, no qual todos os doentes sejam atendidos sem remuneração no acto da consulta ou do tratamento, sonhando certamente, não com o que se passa além da «cortina de ferro», mas com o serviço nacional de medicina que o Governo socialista de Inglaterra instituiu».

Devo declarar que ao escrever tal artigo não sonhei com o «paraíso comunista», do qual possuo suficientes documentos e testemunhos para o não desejar para o nosso País, nem mesmo sonhei com o serviço nacional de medicina de Inglaterra, nem ainda com os similares de outros países.

Limitei-me, apenas, a estudar o que existe entre nós há cerca de 4 anos e meio, e compará-lo com o das associações mutualistas, o dos organismos administrativos o do Estado, o das industrias e ainda com a clínica livre antiga e actual, tanto nas cidades como nas aldeias, para tirar as seguintes conclusões:

1.º) O número de indivíduos abrangidos pelos Serviços Médico-Sociais da Federação de Caixas de Previdência, perto de 1 milhão, mostra a sua importância, a qual deve merecer ponderação a todo aquele que os critique, sem lhes antepor outro sistema que *ponto por ponto* os avante; 2.º) o número de curas ou de melhoras, verificáveis através das histórias clínicas de cada enfermo é por si sinal bastante da sua eficácia e traduz-se na melhoria da situação sanitária da população portuguesa, facto este também que não deve ser desprezado por quem pretenda reformar o existente; 3.º) os médicos neles abrangidos, pelo seu número e categoria aparte a minha pessoa, revelando o alcance social do organismo, mantêm a assistência clínica dos doentes num nível nada inferior ao passado nas organizações atrás referidas.

B — *A expressão «serviço de medicina socializada», referir-se-á aos S. M. da Federação?* Nesse caso, quais as provas de que ele é socialista? Desde já declaro que, aliás sem procuração para tal, por fazer parte do seu quadro de facultativos, conheço o seu funcionamento desde a sua fundação e ainda lhe não descobri nenhum sinal da influência de tal doutrina. Antes pelo contrário, quer pela natureza e número dos seus funcionários

médicos e não médicos, quer por outras facetas da assistência médica e de previdência, apesar das suas deficiências, por alguns colegas e por mim próprio apanhadas em vários artigos, tudo leva a concluir que tal organismo está bem longe de poder ser considerado socialista.

Será socialista pelo facto de estender a sua acção (assistência à doença e previdência durante a sua duração) a todos os beneficiários, pobres e não pobres? Mas isso, por concorrer para atingir um bom estado hígido da população portuguesa, está por tal motivo integrado nos princípios cristãos do nosso Estado. Organismo semelhante é o Dispensário de Higiene Social, aliás muito bem montado e organizado, o qual é, como se sabe, um organismo social dependente do Ministério do Interior. Não. Os S. M. da Federação não são socialistas.

Ainda ultimamente o pessoal de alguns dos seus postos cotizaram-se para adquirir um crucifixo para os consultórios médicos, exemplo esse que está sendo seguido por outros postos, conforme me informara.

A menos que se queira afirmar que o socialismo ou as suas obras admitem a imagem de Jesus para presidir às suas funções, contra o seu declarado e até gritante laicismo, o organismo a que nos referimos não é socialista e, por conseguinte, carece de verdade a citada expressão.

C — *Sobre os dispensários de higiene social*

— «Ao referir-se à gratuidade dos serviços que se prestam nos Dispensários de Higiene Social, o Dr. Rocha Páris comete um erro fundamental. Confunde assistência na doença com profilaxia...» lê-se no artigo do Dr. Mário Cardia. Ora o certo é que nos ditos Dispensários, não somente se faz profilaxia, como também assistência na doença, e não apenas nas doenças venéreas e no tracoma, mas ainda, em estomatologia, ginecologia, dermatologia, oto-rino, especialidades estas que, diga-se de passagem, além de estarem regidas por colegas de elevado prestígio, estão montadas de modo a honrarem a instituição.

Mas o Dr. M. C. mais adiante afirma: — «Pelo que diz respeito à luta anti-venérea, nalguns países o Estado vai muito mais longe do que se faz no nosso! Oferece, gratuitamente, para os doentes ricos e pobres, tratados nos consultórios particulares, todos os medicamentos necessários aos tratamentos das doenças venéreas...» Desta maneira de escrever tira-se facilmente a conclusão de que o A. considera a gratuidade tanto na profilaxia como no tratamento daquelas doenças, isto é, assistência anti-venérea, como um índice a atingir pelo nosso país, com o que estou plenamente de acordo.

Agora pensemos um pouco. Se estas doenças, assim como o tracoma, a carie dentária e a surdez merecem da parte do

Estado a dita gratuidade tanto para pobres como para ricos, *sem que isso signifique uma atitude socialista* e sem que contra isso se levantem os defensores da clínica livre à moda antiga, porque não havemos de incluir nessa gratuidade a tuberculose pulmonar, as doenças cardio-vasculo-renais, as psicopatias e, enfim, todas as enfermidades que afligem o género humano, olhando mais ao alto, mais ao interesse superior da higidez do Povo Português, já que hoje em dia para se tratarem convenientemente esses doentes precisos são elementos de diagnóstico e de tratamento demasiado caros para a imensa maioria da nossa gente? De tal grito, todos gosariam o direito, na Pátria Lusitana, de tratar da saúde, o seu maior bem físico, o maior bem, convenhamos, da Nação Portuguesa, com todos os requisitos da Ciência e da Arte, dentro de um esquema compatível com as cerceadas posses dos indigentes ou com as dos remediados ou até dos ricos que se quisessem sujeitar aos incómodos da multidão, que os há sempre em qualquer clima ou latitude.

Na clínica livre não deixariam de comparecer aqueles que à comodidade ou mesmo à dignidade da sua posição ou situação económica dedicassem um mínimo de respeito e de brio. Não se chegariam aos extremos da medicina socialista da Suécia, nem tampouco se regressaria à miséria da concorrência desleal da medicina antiga, em que (como ainda hoje se observa em determinados sectores do país) os pobres não dispõem de exames clínicos subsidiários, nem de medicamentos, contentando-se apenas com as consultas dos facultativos, as quais se muito valem, não valem tudo o que é preciso para se atingir o necessário: o combate eficaz à doença.

Naturalmente, uma tal medicina social oficializada, vazada em amplísimos moldes, exigiria recursos correspondentes. Não se pensaria em aumentar ainda mais as percentagens que actualmente se arrecadam dos patrões e dos operários, meio insuficiente e até antipático se se criarem receitas. Estas viriam antes, e em muito maior quantidade, de um imposto exclusivamente destinado para esse fim, sobre todas as mercadorias vendáveis no país. Assim, toda a população pagaria suavemente e sem dar por isso, a sua própria assistência à doença. Isto já o preconisei em outro artigo, no qual, como neste, sem pretender impôr um ponto de vista meramente pessoal, aponto-o, todavia, como um caminho a seguir, que no futuro se cumprirá mais ou menos.

Semelhante procedimento defendia há anos o Dr. Sá Mesquita, com a criação de um selo postal, acompanhado de cálculos muito interessantes publicados num dos diários desta cidade.

D — *Gratuidade dos Serviços Médico-Sociais da Federação*

Contra o que parece supor o Dr. Mário Cardia, cada consulta nestes serviços

I Congresso da Imprensa Médica Mundial

(Veneza, 4 de Outubro de 1952)

O Congresso da Imprensa Médica, que em Outubro último se realizou em Veneza, foi um acontecimento valioso da vida médica mundial. Dada a importância da imprensa profissional, a reunião na bela cidade adriática tem de ser considerada como um marco de valor incontestável na história da medicina contemporânea, desde que, como é de supor, dali partindo a organização duma eficiente Associação da Imprensa Médica Mundial, se vai entrar em franca cooperação internacional, no importantíssimo sector dos jornais médicos. O nosso director, Dr. Mário Cardia, não pôde assistir ao Congresso; mas, devido a insistentes solicitações do comité organizador, que o tinha convidado a ser um dos relatores — o único convidado de entre os médicos da Península Ibérica a apresentar um trabalho ao Congresso — indicando-se-lhe o respectivo assunto, redigiu uma comunicação sobre «Necessidade da união entre os periódicos médicos dos vários países», que foi lida na 1.ª sessão pelo Prof. Oliaro, da Faculdade de Medicina de Turim, director da «Minerva Médica» e de muitos outros periódicos de várias especialidades, sendo o mais importante editor de revistas médicas do Mundo e que foi um dos principais organizadores do Congresso de Veneza.

Ao mesmo tempo que se celebrava em Veneza o Congresso das Sociedades Italianas de Medicina e Cirurgia, realizou-se no dia 4 de Outubro último o 1.º Congresso da Imprensa Médica Mundial, organizado pela «Minerva Médica». As sessões realizaram-se na *Biblioteca Vecchia* do Hospital Civil, tendo à inauguração assistido, além dum grande número de médicos-jornalistas, todas as autoridades cidadinas.

Falou, em primeiro lugar, o Prof. Spanio, que, depois de ter dirigido, em nome de Veneza, saudações aos congressistas, desenvolveu o tema «Significado social e fins morais da imprensa médica», de que a seguir damos um extracto.

É elevada e nobre a missão da imprensa médica — começa por dizer o Prof. Spanio; missão social, quer porque regista e divulga as diversas opiniões e teorias dos sábios mais em evidência, quer porque se dirige a leigos na matéria.

Pela designação de «Imprensa Médica», todavia, não deve entender-se exclusivamen-

te a beneficiário 1.5 esc., e cada visita domiciliária, 5. esc. As consultas e as visitas provenientes de baixa ou suas prorrogações ou as de «iniciativa médica» são grátis, e dentro desta modalidade o critério médico tem ampla liberdade, como convem em serviços desta natureza.

E — E quanto às «meninas elegantes e pessoas ricas» jámais asseverei que elas abundassem nos Dispensários, nem tampouco é verdade que «em geral elas só lá vão, aos postos da Federação». É certo que alguns casos desses se verificam nas nossas consultas; mas comparados com o número dos economicamente débeis, constituem uma ínfima parte.

F — *O teor do artigo do Dr. Mário Cardia*

Verifico, com íntimo agrado, que além da justiça com que são apreciados os meus artigos e da correcção dos termos da crítica que me é dirigida, o ponto de vista do Dr. Mário Cardia coincide fundamentalmente com o meu, a respeito da necessidade de se melhorar a assistência médica social entre nós, portugueses.

M. ROCHA PÁRIS

N. da R. — *A alguns dos pontos tratados neste artigo responde na secção «Ecos e comentários», neste número de «O Médico», o seu director.*

te a imprensa especializada, mas também a periódica e quotidiana.

Mas, por outro lado, é desculpável que se designe com o termo «Imprensa Médica» também todos os que escrevem em toda a parte sobre Medicina.

E desta forma o campo abre mais largos horizontes: o médico-jornalista assume imediatamente uma responsabilidade moral, além da científica. Responsabilidade moral muito grave, porque se dirige a leigos na matéria que quase sempre esperam da sua douta pena um esclarecimento, uma explicação que lhes dê uma esperança ou uma certeza. Ora quando se dirige a leigos no assunto, tem o dever de expor os resultados alcançados na medicina pelo progresso da ciência, com simplicidade e em termos capazes de serem compreendidos sem equívocos pelos leitores de um jornal quotidiano e de qualquer revista ou periódico.

Se há, com efeito, muitos sofrendores que estão ansiosamente à procura de conhecer a verdadeira entidade e identidade dos seus males, é natural que nos artigos de medicina dos diários e das revistas, procurem a verdade, confrontando os próprios sintomas com os descritos nos jornais, quase sempre interpretando mal quanto está escrito no artigo, com a dolorosa consequência de se criarem perigosas ilusões, ou insensatos desesperos. Uma enormíssima maioria dos periódicos semanais possui uma rubrica sanitária: a rubrica do médico. É um médico que responde às perguntas particulares do leitor, ou então é um médico que trata, uma por uma toda e qualquer doença.

E aqui estamos em frente duma situação extremamente delicada, em que estão comprometidas a cultura científica do médico, a sua habilidade de vulgarizador de ciência sob a forma dum jornal ao alcance de todos, e a sua própria honorabilidade de médico e de cidadão. Porque, frizemo-lo bem, este médico não hesita em aconselhar um dado remédio como adequado a um doente que nunca visitou, contentando-se em conhecer somente os sintomas que o leitor lhe indicou por carta.

Na minha opinião, tudo isto é grave: não deveria surgir para a seriedade da ciência e para salvaguarda até daqueles mesmos que se contentam em consultar o médico sob a forma das colunas dos jornais.

Entreter os leitores dos jornais de informações ou políticos ou os de revistas sobre as doenças particulares que afligem a humanidade é, sem dúvida, óptima coisa, direi mesmo necessário para pôr em guarda aqueles que têm, especialmente contra certas doenças enganadoras, que agridem silenciosamente, sem se manifestarem abertamente, e até sem dar a possibilidade de uma defesa preventiva. Ora, o divulgar entre leigos na matéria a natureza de tais doenças, os seus sintomas, o método de evitá-las oportunamente, é, sem dúvida, uma obra meri-

tória. Mas é necessário, todavia, que a vulgarização seja explicada de modo a não criar equívocos, para não se lograrem efeitos opostos aos que desejamos.

Ontem, neste devotado e austero lugar o Prof. Paolucci, no decurso da sua cintilante lição de abertura, teve maneira de chamar a atenção contra todos os «descobridores» de remédios miraculosos. E recordava o que sucedeu nestes últimos tempos a propósito da notícia da descoberta dum fármaco que, no dizer daqueles que o descobriram, eliminava seguramente uma das mais terríveis doenças que, com grande intensidade vai dominando a humanidade. E recordou que na prática, o fármaco resultou inoperante.

Quantas ilusões extremas se desfizeram assim em pranto: mas, na realidade a voz austera da ciência não pode chegar a todos os interessados, e alguns assim prosseguem na peregrinação de ilusões; outros que não querem acreditar na falência da ciência porque — é humano! — às esperanças bem poucos sabem renunciar, especialmente quando está em jogo a vida dum ser amado e o jogo se torna desesperado.

É portanto, de desejar que todos os jornais de todas as espécies se revistam da maior cautela ao acolherem e propagarem notícias de tal género. E, também realmente, necessário que, primeiramente tais notícias sejam confirmadas pelas entidades científicas devidamente autorizadas para avaliá-las. Repito: Não, porque deseja a limitação da liberdade de imprensa, mas, por causa da seriedade da matéria tratada e porque é desumano criar ilusões destinadas a serem destruidas.

A Imprensa Médica deve também contribuir para defender a profissão médica dos assaltos demolidores da burocracia...

Foi de resto a preocupação dominante de todos os congressistas, traduzida tanto nas comunicações escritas como na discussão verbal dos temas; a dignificação da Imprensa Médica, definindo os seus fins, tanto no campo científico como no social e até no político; as relações, de ordem informativa, entre a Imprensa Médica e a grande Imprensa de Informação, um dos problemas mais urgentes a estudar, com clarividência, pois que disso depende, sobremaneira a saúde mental da humanidade. A todos os oradores mereceu especial atenção este aspecto do jornalismo, no seu sentido mais lato e conteúdo moral e social. Estes problemas foram estudados na sua generalidade, apenas, uma ou outra sugestão de ordem prática. As directrizes definitivas necessitam de ser lançadas após uma uniformidade de critérios a realizar no seio de uma Associação Mundial dos jornalistas médicos. Foi este, de resto, o problema fundamental e justificativo daquela reunião que decorreu em Veneza.

Vejamos o pensamento do Dr. De Biasio, Secretário Geral do referido Congresso da Imprensa Médica Mundial:

Qual é actualmente a posição do médico com respeito à divulgação dos problemas científicos e médicos em particular? Tal posição foi e é ainda nuns quantos sectores, de desconfiança no que respeita às oportunidades de difundir e ilustrar notícias médicas. A este propósito é necessário, porém, ter-se presente que no século dos jornais de grande tiragem, do cinema e da rádio, não nos podemos opôr ao desejo daqueles que, apesar de leigos na matéria, desejam conhecer e aprender.

Admitida e reconhecida a oportunidade de divulgação das notícias científicas em geral, médicas em particular, não resulta essencialmente a necessidade de que tais notícias sejam fornecidas ao leitor na própria essência e sob a forma mais erudita, tendo presente que se por um lado temos de encarar as possibilidades interpretativas de quem lê, por outro lado, temos as exigências da verdade científica. No estado actual das coisas são extemporâneas tais exigências? A resposta não pode, por certo, ser afirmativa. São ainda muito numerosos os jor-

nais que transmitem aos seus leitores informações recebidas de fontes não oficiais, impossíveis de controlar; informações que, cronistas não médicos por vezes interpretam de ânimo leve ou que acabam por deturpar. Não nos consta que os órgãos da imprensa médica recebam pedidos para fornecerem artigos de divulgação nem tão pouco para confirmarem a veracidade das notícias médicas, que com tanta facilidade são propagadas aos leitores dos jornais de informação.

Alguns jornais da imprensa de informação podem objectar que se valem da colaboração de um ou vários médicos, os quais periodicamente enviam artigos de divulgação. Porém, são numerosas e frequentes as notícias que oriundas das fontes mais variadas, se tornam públicas sem consultar o colaborador médico. Ainda dentro do tema da colaboração médica são oportunas algumas considerações.

A posição do médico jornalista de modo nenhum se pode considerar simples; tal como já demos a entender o médico-jornalista ao preparar as notícias deve manter-se fiel à verdade científica e por outro lado deve ter presente as possibilidades interpretativas do leitor não iniciado no assunto. A paixão pelo estudo, a cultura e a facilidade de expor são óptimos predicados; além disso deve possuir senso crítico apurado e ainda mais, uma sensibilidade especial para avaliar com oportunidade quais as notícias e sob que forma se devem apresentar ao leitor. É esta sensibilidade peculiar que define o perfil do médico-jornalista e confere valor e dignidade social ao seu trabalho.

COMUNICAÇÃO DO DR. MAYER

Depois de breves palavras de saudação do Prof. Bacchion, falou o Dr. Mayer, redactor da «Bruxelles Médical», sob «Os fins e autoridade da Associação da Imprensa Médica Belga».

Fez um esboço histórico da organização da imprensa médica na Bélgica, dos seus fins e da sua autoridade. Foi uma comunicação altamente educativa, que demonstrou ser viável e útil a organização de sociedades nacionais de periódicos médicos.

A Associação da Imprensa Médica Belga foi fundada no ano de 1924 em Bruxelas, por iniciativa de alguns directores de jornais médicos, entre os quais o pai do conferente, Dr. Leopoldo Mayer e do Dr. R. Beckers, fundadores da «Bruxelles Médical». A associação reúne actualmente a maior parte das publicações médicas belgas de ordem científica, em número de 36. Ela tem por fim o estudo e a defesa dos interesses materiais e morais da imprensa médica belga, incluindo:

- a) estabelecer entre todos os seus membros relações de boa amizade;
- b) prestar concurso à organização dos congressos de medicina nacional e internacional;
- c) dar a sua colaboração a qualquer iniciativa que tenha por fim melhorar moral e materialmente as condições de publicação dos jornais integradas na associação;
- d) representar os membros da associação, sustentar e proteger os seus direitos, defender eventualmente os seus interesses e tratar de todos os estudos, discussões ou divergências que possam surgir nas relações com outros organismos.

A Associação compreende membros titulares, que têm voto deliberativo na assembleia geral, representando cada um os jornais filiados; membros honorários, que só têm voto consultivo; membros correspondentes nacionais, que podem assistir às assembleias, mas que não têm votos consultivos nem deliberativos.

Para fazer parte da Associação é necessário pertencer à redacção dum periódico médico não gratuito.

Na sua interessante comunicação, o Dr. Mayer diz que, pelo relatório da última Assembleia Geral da Associação da Imprensa Médica Belga se verifica que é notável a vitalidade da maior parte das revistas médicas belgas e grande a reputação científica adquirida por algumas delas no estrangeiro. Algumas das publicações editadas na Bélgica têm carácter essencialmente internacional, como o «Journal International de

Chirurgia», órgão da Sociedade Internacional de Cirurgia.

COMUNICAÇÃO DO DR. MÁRIO CARDIA

A seguir, o Prof. Oliaro leu o relatório, escrito em italiano, de que havia sido incumbido o Dr. Mário Cardia, sobre «Necessidade de união entre os jornais médicos dos diversos países».

O Dr. Mário Cardia começou por se referir à honra que o comité organizador do Congresso lhe havia concedido, insistindo com ele para tomar parte naquela importante reunião da imprensa médica mundial e agradece ao Prof. Oliaro o representá-lo e se ter oferecido para ler o seu trabalho, que, a princípio, se negou a apresentar, por não poder assistir e não dispor de tempo suficiente para o redigir. No ano de 1952, diz o Dr. Mário Cardia, teve de estar fora do país mais de 3 meses e, nessa ocasião, era-lhe impossível abandonar de novo Portugal. Antes de iniciar as suas considerações o Dr. Mário Cardia referiu-se a duas cidades e dois acontecimentos, que — diz — sempre saltam ao seu espírito ao evocar as suas visitas à Itália. As duas cidades são Turim e Veneza; os dois acontecimentos — as Jornadas Médicas Luso-Italianas e a Feira Internacional de Artes Sanitárias que se realizou em 1951 na bela capital de Piemonte. Em 1949, organizou uma excursão na qual participaram cerca de 200 portugueses, entre médicos e pessoas de família, a várias cidades italianas, entre as quais Veneza; iam a caminho de Roma, onde se realizavam as Jornadas Médicas Luso-Italianas. Veneza, com as recepções que aqui nos dispensaram, os encantos que a cidade sempre oferece e a gentileza dos seus habitantes, sobretudo dos médicos, deixaram em todos inapagáveis recordações. Lembrando essa visita, envio afectuosas saudações aos colegas de Veneza.

De Turim, onde foi visitar a Feira Internacional de Artes Sanitárias, e assistiu, entre outras manifestações, a uma reunião de representantes da imprensa médica, conserva também agradáveis impressões, entre as quais o gentil acolhimento que lhe dispensaram alguns colegas, sobretudo o Prof. Oliaro, que então teve o prazer de conhecer pessoalmente.

Adiante, o Dr. Mário Cardia diz que há problemas que interessam a todas as revistas médicas, uns de ordem material, outros de ordem moral e científica. Enunciou alguns, muito sumariamente.

Para sustentarmos as revistas — diz — temos de contar com duas principais fontes de receitas: as assinaturas e a publicidade. A publicidade é, em muitos países, a principal fonte de receita; temos de contar com ela e de a acarinhar mas não podemos transigir com a propaganda que não seja absolutamente séria e por isso devemos repelir qualquer anúncio que brigue com o rigor científico a que o anúncio dum medicamento deve subordinar-se ou que contenha termos menos correctos. As nossas relações com os laboratórios de especialidades farmacêuticas devem ser íntimos e cordeaux, com a devida atenção aos interesses mútuos. Se precisamos dos laboratórios para termos a ajuda financeira que a publicidade nos proporciona, os laboratórios encontram nas nossas revistas um meio de propaganda incomparável, de que eles também necessitam.

Os interesses mútuos são incontáveis e a regulação deles num plano internacional, com a união das revistas de vários países, seria de grande vantagem. Poderíamos abordar problemas importantes, como tabelas de publicidade e serviços de agência e comissões para os angariadores. Um assunto de capital importância que tudo indica dever tratar-se num plano de corporação internacional, é o das revistas que os laboratórios editam; este assunto, que assume aspectos de decisivo interesse para as revistas nalguns países, foi por ele abordado, com aplauso geral, na reunião da imprensa médica que se realizou em Turim em 1951.

A troca de informações entre os editores dos periódicos de vários países, a publicação de sumários de outras revistas, as condições para a aceitação dos trabalhos

originais e para a colaboração do tipo noticioso e de revisões de assuntos ou resumos dos mais importantes trabalhos publicados nas outras revistas, a reprodução de trabalhos originais, os preços das assinaturas, a aquisição de papel, as tarifas dos correios e ainda outros assuntos constituem motivos para que preconisemos um dinâmico intercâmbio e constante troca de impressões, entre os periódicos de vários países, de modo a que sejam tomadas resoluções, que podem assumir capital importância. Afigura-se mesmo necessário, para que possamos manter as revistas em elevado nível com o indispensável desafoço económico e desempenhando o melhor possível a nossa missão de propagadores das ciências médicas e de arautos dos interesses profissionais, que se estabeleça sólida união entre os periódicos médicos dos vários países.

RELATÓRIO DO PROF. OLÍARO

Com o título «Oportunidade duma valiosa e eficiente Associação da Imprensa Médica Mundial», fez o Prof. Oliaro uma notável comunicação.

Foi esta comunicação a de maior interesse e a mais discutida, mas muito bem defendida pelo seu autor. O Prof. Oliaro foi o grande animador deste Congresso. Depois de se referir ao que se passa no seu país, a Itália, diz textualmente: «Querendo passar das Associações Nacionais de Imprensa Médica às Internacionais é mister recordar que a primeira ideia duma Associação Internacional nasceu no espírito latino: quando em 1926 foi fundada a «Federazione della Stampa Médica Latina» por M. Loeper, L. M. Pierrà e G. Baillièrre, houve em vista uma triplíce finalidade: o de reforçar os laços de confraternização e de amizade entre os representantes da «Stampa Médica Latina», procurando abranger todos os médicos das Nações Latinas; de valorizar os estudos e as investigações dos médicos latinos ao serviço de toda a humanidade; de estudar e indagar as questões de ordem profissional que interessam à imprensa médica até chegar a soluções comuns dos problemas que possam elevar a vida intelectual, moral e material dos periódicos médicos.

Esta Associação vinha assim adquirindo uma importância essencial no triplíce campo científico, profissional e moral, e, poder-se-ia dizer, também político, no sentido mais elevado da palavra.

A «Federazione della Stampa Médica Latina» realizou quatro Congressos respectivamente em Paris (1927), em Bruxelas (1930), de novo em Paris (1934) e em Veneza (1936); tinha um Estatuto regular com membros de honra, titulares e aderentes; previa aos Congressos da Associação de dois em dois anos. Em dez anos de actividade conseguiu reunir um fortíssimo grupo de representantes de jornais latinos.

Ricos pela experiência do passado, surge agora a oportunidade da constituição duma «Associação Internacional da Imprensa Médica» que possa abranger os periódicos de todo o Mundo, sob o nome mais adequado de «Associazione della Stampa Médica Mondiale».

No fim da sua comunicação o Prof. T. Oliaro leu a Proposta para o Estatuto da Imprensa Médica Mundial, que é a seguinte:

1) A Associação da Imprensa Médica Mundial constitui-se com o fim de facilitar e ampliar o intercâmbio das revistas médicas dos vários países: de simplificar as permutas de notícias e assinalar artigos merecedores de difusão internacional; preconizar o resumo dos artigos originais, pelo menos, em duas línguas estrangeiras e instituído, entre as próprias rubricas, um Noticiário da Associação da Imprensa Médica Mundial onde se faça o resumo das notícias mais importantes para a vida da Associação; estabelecer elos de confraternização e amizade entre os representantes dos periódicos médicos e por seu intermédio com todos os médicos dos diversos Países; estudar problemas de ordem profissional que interessam à Imprensa Médica tendentes a elevar a vida intelectual, moral e material dos periódicos; convocar Congressos bienais, alternadamente, nos diversos Países, para o estudo dos mais variados problemas

A mais recente terapêutica da
HIPERTENSÃO

VIRILOIDE

(alcaloides activos do Veratrum viride)

VIRILOIDE LM

(alcaloides activos do Veratrum viride,
ácido fenil-etil-barbitúrico e hexanitrate de manitol)

Frascos de 50 e 100 drageias

*

Para a QUIMIOTERAPIA da
TUBERCULOSE

BIODRAZIL

DRAGEIAS

(Hidrazida do ácido isonicotínico)

Frascos de 50 e 100 drageias

*

MEDICAMENTOS

DO

LABORATÓRIO FIDELIS

Rua de D. Dinis, 77 - LISBOA

de sua competência; instituir, sob o seu nome, prémios bienais para os mais importantes artigos publicados nas revistas associadas, de qualquer nacionalidade.

2) Da Associação podem fazer parte os periódicos médicos, de assinatura obrigatória, que tenham pelo menos dois anos de vida: esses serão representados na Associação pelos seus Directores ou Directores responsáveis ou Redactores (cada jornal tem direito a dois representantes). Os jornais associados levarão a cifra ARM (Associação de Revistas Médicas).

3) A aceitação de sócios resulta da aquiescência do Conselho da Presidência em exercício depois de ouvido o parecer favorável dos Juizes da Nação á qual pertence a Revista. J

4) A Associação é dirigida por um Conselho de Presidência e por um Colégio de Juizes; todos os componentes o Conselho e o Colégio ficam em exercício por um biénio, sendo reelegíveis».

5) A representação da Associação pertence ao Presidente ou a um outro membro do Conselho da Presidência por ele expressamente encarregado.

6) O Conselho da Presidência é constituído por um Presidente, por quatro Vice-Presidentes e por um Secretário. O Presidente e o Secretário da Associação devem pertencer á mesma Nação, e é seu encargo a emanação das normas para facilitar a actividade da Associação, a organização do Congresso da Associação no fim do seu biénio de actividade pondo á disposição do Juri os fundos recolhidos no próprio País com o fim de constituir os prémios que, em nome da Associação da Imprensa Médica Mundial devem ser distribuídos aos melhores trabalhos aparecidos durante o respectivo biénio nas revistas associadas e que foram enviados ao Presidente para concorrer aos mesmos prémios».

7) O Colégio dos Juizes é constituído por dois membros de cada nação e elege, no seu seio, três membros que constituem o Conselho Directivo. Os membros do Conselho da Presidência, cujo biénio de actividade

caducou, por direito, fazem parte do Colégio de Juizes para o biénio successivo, garantindo assim a continuidade da Associação.

8) A Associação da Imprensa Médica Mundial não precisa de quotas associativas: cada associado provê as próprias despesas e cada Grupo Nacional de periódicos, de biénio em biénio, estabelece os seus prémios; as revistas associadas deverão empenhar-se em contribuir proporcionalmente ás suas possibilidades para a instituição dum fundo de prémios para o biénio durante a qual a sede da Presidência será numa cidade da própria Nação.

9) O Júri para atribuição dos prémios internacionais é constituído pelo Conselho da Presidência e por três membros do Colégio dos Juizes. Em caso de paridade de votos, o voto do Presidente tem valor resolutivo. As decisões do Júri têm valor contanto que os seus componentes sejam pelo menos três.

10) A qualidade e Membro da Associação da Imprensa Médica Mundial perde-se por demissão ou por irradiação que pode ser pronunciada pelo Conselho da Presidência ouvido o parecer dos Juizes. A irradiação pode atingir aqueles periódicos que não sigam as normas sugeridas pelo Conselho da Presidência para facilitar as permutas das notícias e toda a actividade da Associação e que não se tenham esforçado por instituir, na sua revista o Noticiário da Associação da Imprensa Médica Mundial e em resumo, pelo menos duas línguas estrangeiras, dos trabalhos originais mais importantes.

11) A Associação da Imprensa Médica Mundial reúne-se de dois em dois anos, nos anos pares, numa das nações aderentes.

12) A sede da Associação é estabelecida na cidade do Presidente. Para garantir, porém, a vida da Associação será eleita uma Secretaria Geral permanente com sede numa cidade das Nações aderentes.

13) A dissolução da Associação da Imprensa Médica Mundial pode realizar-se em seguida a deliberação da maioria absoluta dos seus membros convocados em Assembleia».

OUTRAS COMUNICAÇÕES

Houve outras comunicações:

«Associação da Imprensa Médica Científica Italiana» — pelo Dr. F. Pellegrini;

«Relação entre a imprensa médica e a imprensa de informação», pelo Dr. B. Biasio;

«A influência que os episódios particulares de crónicas podem exercer sobre a emotividade dos leitores», pelo Dr. M. Grandesso. Durante o Congresso, realizou-se uma exposição de jornais médicos de vários países, entre os quais alguns de Portugal: «Arquivo de Patologia», «Portugal Médico», «O Médico», «Gazeta Médica Portuguesa», «Acta Gynaecologica et Obstetrica Hispano-Lusitana», «Acta Endocrinológica Ibérica», «Clínica Contemporânea».

ORDEM DO DIA

No final dos trabalhos, foi aprovada uma «Ordem do dia», assim redigida:

«Os participantes do 1.º Congresso da Imprensa Médica Mundial, reunidos em Veneza no dia 4 de Outubro de 1952, exposta a comunicação do Prof. T. Oliaro, aprovaram a constituição da Associação de Imprensa Médica Mundial e conferem ao Dr. Charles Mayer os poderes de organizar um congresso extraordinário da Associação, em Bruxelas no ano de 1953, por ocasião das Jornadas Médicas anuais daquele País, com a finalidade de apurar os estatutos e nomear os primeiros membros directivos».

Foi posteriormente estabelecida a data do próximo Congresso a realizar em Bruxelas no dia 6 de Junho de 1953.

Foram também aprovados já os seguintes temas para o próximo Congresso:

1 — Padronização da escrita dos símbolos e dos termos científicos;

2 — Língua a adoptar como língua científica internacional.

A «Ordem do dia» foi assinada por todos os presentes, entre os quais se contava o Dr. José Conde, que, indo a Veneza para tomar parte no Congresso das Sociedades Italianas de Medicina e Cirurgia, como representante do Instituto Português de Oncologia, também assistiu á reunião da imprensa médica, representando o «Arquivo de Patologia», que aquele Instituto edita.



HEPATOTERAPIA

UNION CHIMIQUE BELGE, S. A.
DIVISÃO FARMACÉUTICA
BRUXELAS (Bélgica)

COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE
SECÇÃO DE REPRESENTAÇÕES
LISBOA

MECOSITOL

um regulador do metabolismo da célula hepática.
Xarope com colina, metionina, inositol,
complexo B, vitaminas B₁₂, B₆ e E.
Fascos de 150 cm³.

METHIONINE U.C.B.

um protector e regenerador da célula hepática.
Embalagens de 20 e 50 comprimidos de 0,5 g.

EREBILE

ácido biliar natural, colagogo e colerético.
Ácido deidrocolico.
Tubos de 20 comprimidos.
Caixas de 6 ampolas.

Amostras e literatura a pedido



a prescrição de
Xarope de Calcidrine
 pode causar alívio



O Xarope de Calcidrine é um sedante da tosse, que não contém opiáceos. Combina os efeitos do Iodeto de cálcio e da efedrina, com a acção sedativa do Nembutal. A dose média é de duas colheres das de chá de duas em duas horas, ou de quatro em quatro horas; nas crianças doses proporcionais.



Cada 100 cm.³ contém:

Iodeto de cálcio	1,534 gm.
Cloridrato de efedrina	0,082 gm.
Nembutal	0,082 gm.
(pentobarbital sódico, Abbott)	
Alcool	5,000 gm.
Xarope de tolu e cereja silvestre	40,000 gm.
Essências e xarope simples, q. b.	100 cm. ³
O Xarope de Calcidrine é apresentado em frascos de 120 cm. ³	

ABBOTT LABORATÓRIOS, L.^{DA}

Rua Joaquim António de Aguiar, 43 r/c. Dt.^o
 LISBOA—PORTUGAL

EM COIMBRA

Duas conferências do Prof. Giménez Diaz

O ilustre Catedrático da Universidade Central de Madrid, durante a sua visita a Portugal, a convite do Instituto para a Alta Cultura, realizou, nos dias 22 e 23 de Outubro, duas conferências em Coimbra.

No primeiro dia, às 21,30 horas falou de «Funciones renales y su proyeccion en la patologia».

O vasto Salão Nobre dos Hospitais da Universidade encontrava-se já literalmente cheio muito antes da hora marcada: JIMÉNEZ DIAS é demasiadamente conhecido e admirado neste centro de ensino para que não acorressem médicos universitários e extra-universitários, estudantes e até público culto não médico.

Os estudantes lêem-no tanto que o consideram seu mestre e na realidade assim é para mais que a sua exposição escrita é viva, interessa como se falada fosse.

Presidiu à sessão o Reitor da Universidade, Prof. MAXIMINO CORREIA, secretariado pelo Director da Faculdade de Medicina, Prof. NOVAIS E SOUSA e pelo Prof. ALMEIDA RIBEIRO.

Tomou a palavra o Prof. ROCHA BRITO que, com calor e transbordante sinceridade, disse da impossibilidade de apresentar a tal auditório tal figura. JIMÉNEZ DIAS é um grande de Espanha — acrescentou — um grande de Espanha que a tal chegou pelo esforço próprio, pelos dotes do seu talento, pela sua esclarecida inteligência. Salientou o papel de chefe da escola, de estimulador de investigadores, que tem este professor que por sua vez é um grande investigador, um grande pilar da medicina espanhola. E ser hoje um grande pilar da medicina espanhola é ser muito na medicina mundial dada a posição que a medicina do país vizinho alcançou no mundo». E o Prof. ROCHA BRITO prosseguindo afirmou que o país vizinho está novamente a ver brilhar no seu céu, à custa de uma pleiade de homens de ciência, as estrelas que tanto brilharam no século de ouro da nobre Espanha. Terminou por dizer que o Prof. JIMÉNEZ DIAS é um extraordinário temperamento de clínico profundo no velho conceito, servido pelo seu grande talento de investigador, mas, como se quisesse fazer um elogio completo do conferente tinha de se alongar durante horas, se calava para que passássemos a ouvir sem mais demora a lição do Mestre.

O Prof. JIMÉNEZ DIAS, visivelmente emocionado, começou por confessar esse seu estado emocional que explicou por estar em Coimbra, ter acabado de ouvir a palavra eloquente e calorosa do Prof. ROCHA BRITO, «venerado em Coimbra, venerado em Espanha e na Europa», e ser recebido com aplausos tão vibrantes e sinceros. «Coimbra é um dos focos que iluminou o mundo no passado, quando os dois países irmãos escreviam páginas admiráveis. Mas a emoção que sinto ao falar em Coimbra não é só pelo passado pois os mestres que hoje ensinam nesta Universidade sabem manter-lhe o prestígio».

Quanto ao assunto das conferências escolheu-o porque todo o médico se apaixona pelas questões relacionadas com o rim.

O Clínico investigador preocupa-se cada vez mais com muitos aspectos da patologia renal que para o prático é também cheia de problemas. Muitos trabalhos se têm publicado e se publicam e o conferencista faz um apanhado histórico a concluir que não há parelismo entre a alteração do órgão e a sintomatologia e que o que se conhece da fisiologia do rim normal só muito prudentemente se pode aplicar ao rim doente, que tem verdadeiramente novas funções, novas capacidades a ponto de muitos desses conhecimentos fisiológicos não poderem, mesmo prudentemente, ser utilizados.

Recorda como demonstrou que a morte dos animais sem rim não é só função das alterações da ureia e do potássio, porque injectando extractos renais especiais, o S. A. R., essas alterações continuam a pro-

gredir, mas o valor das proteínas no sangue cessa de aumentar e os animais sobrevivem uns dias mais.

Esquemas elucidativos foram apresentados e outros aspectos iam sendo vistos, como em relação aos hidratos de carbono, as diferenças entre a taxa da glicose no sangue periférico, arterial e das veias renais em que é mais elevada, experiências com insulina em nefrectomizados, a diabetes aloxânica, a influência sobre o pâncreas do pinçamento da artéria renal, etc.

Passou depois ao metabolismo dos lípidos referindo como o SAR impede a hiperlipemia que surge após a nefrectomia dos animais, demonstrando-a que o metabolismo das gorduras se equilibre. Também impede que os lípidos extra-celulares subam e sangue se concentre a evidenciar acção sobre a permeabilidade capilar.

A ureia é que continua a subir, mas proteínas, lípidos, valor hematócrito logo se modificaram com o SAR, o rim assim, experimentalmente, influenciando novos aspectos da economia biológica do organismo doente.

Tem o rim papel na formação de substâncias hiper e hipotensoras? E aborda o problema dos edemas sob o aspecto fermentativo. O rim é órgão desusadamente rico em fermentos e isso não pode ser esquecido na hipertensão, diz. O problema enzimático da hipertensão é analisado e fala da influência das hormonas sobre a função eliminadora, com pormenores sobre a concentração e diluição, fixação do sódio, etc. Recorda trabalhos seus em relação com a adrenalina feitos em 1936 e agora no estrangeiro realizados e confirmados.

Conclui por voltar a salientar que as funções do rim doente não são as do normal, que há neo-funções a terem de ser levadas em conta. Há que separar lesão de função e aquela nem sempre é reversível, antes muitas vezes se mantem, ainda que histologicamente se não revele. Pode haver só alteração de função até porque outros órgãos estão doentes e se refletem sobre o rim — *disfrenia* que é puramente funcional.

É preciso pensar no rim em muitas situações em que ele é esquecido, afirma, mesmo porque estados mórbidos ocasionados pelo rim, sem nefropatia no sentido clássico, são bem mais frequentes do que se julga.

A dispneia está na origem de doenças a que não se atribui qualquer factor renal, segundo pensa o conferente que termina por afirmar que é preciso não esquecer que a estrutura bioquímica, enzimática do rim, não corre paralela à estrutura histológica. Tais conceitos, como se compreende, não têm valor só especulativo, mas podem e devem ter sanção terapêutica real.

O trabalho do Professor madrileno foi muito e sentidamente aplaudido também exactamente por ele ter demonstrado como sabe aliar a investigação às realidades clínicas.

No dia seguinte o ilustre Professor, perante igual assistência, em qualidade e quantidade, pronunciou a sua segunda conferência «Factores etiopagénicos. Mecanismo de la cronicidad. Horizontes terapêuticos» que foi escutada com a maior atenção e igualmente muito apreciada e aplaudida com calor.

Presidiu à sessão o Director da Faculdade, Prof. NOVAIS E SOUSA, secretariado pelos Profs. ROCHA BRITO e FELICIANO GUIMARAES.

O Prof. JIMÉNEZ DIAS começou por perguntar a razão pela qual se tornam crónicas as nefrites focais. A nefrite focal, a hipertensiva infecciosa como a da escarlatina, pode curar, mas a maior parte não cura. Algumas agudas logo de início ficam depois arrastando-se com albuminúria e hipertensão, enquanto outras são já de início crónicas, tóspido e assim se mantêm. Mas

porquê? Para o conferente tais processos não são em regra agudos, mesmo aqueles que o parecem, mas exacerbação de estados já anteriores. Com bem escolhidas projecções anatomo-patológicas documenta este conceito da nefropatia intersticial, larvada, sobre a qual se enxerta o episódio agudo.

Muitas vezes é na infância que se deu o primeiro toque, resultado de uma pielonefrite.

Chama a atenção para a enurasia nocturna que tanta vez é mal interpretada e não valorizada e que pode ser sintoma dessa nefropatia intersticial. Crianças mal desenvolvidas, parecendo mais novas do que são, com pequenos episódios febril e que bebem muita água, sofrendo de enuresia, têm sido estudadas pelo conferente, com pielografias descendentes e por vezes ascendentes, revelando alterações dos canais excretorios. As nefropatias intersticiais ascendentes de causas as mais variadas estão na base da nefrite aguda que é afinal mais um sintoma.

Para o diagnóstico destes estados dá grande importância à diluição da prina e à sua alcalinidade muito difícil de corrigir, urina que pode dar culturas positivas. A criança sofre em regra de febrícula, é mal constituída, sofre de osteopatias diversas e bioquimicamente há abaixamento do cálcio e fósforo sanguíneos, baixa de reservas alcalinas e aumento do claro plasmático.

Entende que a maior parte das nefropatias da infância são deste tipo e as familiares o são mesmo todas. E passa ao problema da hipertensão dizendo que quando é esta que persiste não traduz mais do que o prolongamento do espasmo inicial. Tem estudado, sempre que possível na autópsia os casos de nefrite aguda que se prolongam na hipertensão maligna.

Publicou um caso de hipertensão maligna sem um único sintoma renal, mas o processo nem por isso lá deixou de existir nas arteríolas. Na autópsia se verificou uma forma extra-capsular de nefrite. Esta localização arteriolar renal é de processo geral, de pan-arterite, como os ingleses acabaram por afirmar e que ele há muito havia estudado.

Passou, em seguida, revista a vários estados renais como em casos de púrpurico, na endocardite aguda, em alguns casos de asma, dizendo que as lesões encontradas — a que descreve e mostra em pormenor — não são glomerulares e não se trata portanto de verdadeiras nefrites, antes lesões que tocam por igual outros órgãos.

Ocupa-se depois das nefrites experimentais com larga soma de considerações e de ilacções práticas, passando à distinção entre nefrose e nefrite, assunto que lhe merece referências críticas. Sabido que há afinal sempre associação ocupa-se da ordem de aparecimento: qual o processo primitivo?

Estuda o aspecto anatómo-patológico e o fermentativo para além daquele. Lembra que a nefrose do sarampo cura, que a tireoidina pode originar processo nefrótico que aparece e desaparece conforme se administra o produto, que actua como tóxico da estrutura fermentativa do rim sem alteração anatómo-patológica, não como tóxico destructivo.

Dá explicação da albumina e da dilatação capilar e fala por último do sucesso terapêutico dos seus extractos renais mais afeiçãoados, que são capazes de fazer desaparecer a albuminúria quando há só lesões enzimáticas, ainda portanto em período de reversibilidade.

Despediu-se muito calorosamente do público agradecendo a sua presença e o calor dos aplausos, tendo palavras especiais para os alunos ele que dá «aos alunos todo o seu amor».

Parecem-nos estas as melhores palavras para terminar estas notas sobre as duas conferências magníficas, excepcionais, do Prof. Jiménez Dias.

NAS CONSTIPAÇÕES

Nas cefaleias, dores nos membros, na gripe e no reumatismo

Gardan Comprimidos

o analgésico de confiança para a prática quotidiana

Para fazer abortar e para tratar a gripe e as constipações

Novalgina-Quinina Drágeas

eliminando, duma maneira fidedigna e rápida, arrepios, fadiga, vertígens e dores

Para a mobilização das forças defensivas do organismo

Omnadina Ampolas

para a imunoterápia inespecífica em infecções de toda a espécie, para auxiliar e completar o tratamento antibiótico e quimioterapêutico

Defesa contra as infecções por meio do

Paragen Ampolas

Medicamento para a imunoterápia com componentes antibacterianos e antitóxicos



FARBWERKE HOECHST

vormals Meister Lucius & Brüning

Frankfurt (M) - Hoechst



Representantes para Portugal: "MÉCIUS, L.da", Rua do Telhal, 8-1.º-E — LISBOA

I Congresso Nacional de Protecção à Infância

Sob o patrocínio do Chefe do Estado, que foi seu presidente de honra, realizou-se, de 26 a 29 de Novembro, o I Congresso Nacional de Protecção à Infância, promovido por iniciativa da Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Reunião da mais alta importância, pela intenção que orientou os seus trabalhos, este Congresso tornou possível adoptarem-se medidas de grande interesse, como são a puericultura, a pediatria e a higiene mental infantil. Tais foram as três secções que formavam o Congresso, a presidência das quais foi entregue, respectivamente, aos Profs. Fonseca e Castro, Lúcio de Almeida e Vitor Fontes.

Dado o interesse não apenas científico, mas também de ordem social deste Congresso, nele se inscreveram, além de muitos médicos, diversos advogados, funcionários da Assistência ou dos serviços oficiais de menores e ainda outras entidades interessadas no problema da infância.



O chefe do Estado na presidência da sessão inaugural.
À esquerda, o Prof. Toscano Rico discursando.

Da sua comissão de honra, além do sr. general Craveiro Lopes, seu presidente, fizeram parte o Cardeal Patriarca de Lisboa, os srs. ministros do Interior, das Finanças, das Obras Publicas, do Ultramar e da Educação Nacional; subsecretários de Estado da Assistência Social, Educação Nacional e Ultramar; presidência da Assembleia Nacional e da Câmara Corporativa; secretário nacional da Informação, Cultura Popular e Turismo; governador civil de Lisboa; directores-gerais do Ensino Liceal, Técnico Profissional e Primário; de Saúde, de Saúde Escolar e Educação Física, da Assistência, do Ensino no Ultramar, reitores das Universidades Clássicas e Técnicas; enfermeiro-mor dos Hospitais Cívicos de Lisboa, presidente da Cruz Vermelha Portuguesa, director do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos; comissários da Mocidade Portuguesa, masculina e feminina; directores dos Institutos Maternais, das Faculdades de Medicina de Lisboa, Porto e Coimbra, do Instituto de Medicina Tropical, de Serviços Sociais, de Orientação Profissional, directores dos jornais de Lisboa, Porto e Coimbra, da Obra das Mães pela Educação Nacional, da Associação de Protecção à Primeira Infância; bastonário da Ordem dos Médicos, provedores da Santa Casa da Misericórdia e da Casa Pia de Lisboa; presidente da Junta de Província da Estremadura; presidente dos Serviços Médico-Sociais da Federação de Caixas de Previdência; sr. D. Fernando Ferro, e Drs. José Júlio Leite Laje e João de Deus Ramos.

Presidiu à Comissão Executiva, o Prof. Castro Freire e foi seu vice-presidente o Prof. Salazar de Sousa.

Completando, de certa forma, o Congresso e contribuindo para a divulgação dos problemas da criança, estiveram patentes ao público duas exposições: uma de carácter pedagógico, documental e industrial, no Secretariado Nacional de Informação, e outra, no Palácio da Restauração, a cargo da Mocidade Portuguesa.

A sessão inaugural

Na sala dos Actos Grandes da Faculdade de Medicina de Lisboa, na noite de 26, pelas 22 horas, efectuou-se a sessão solene inaugural do Congresso.

Na mesa da presidência, à direita do Chefe do Estado, sentaram-se o Dr. Trigo de Negreiros, ministro do Interior; Prof. Almeida Garrett, director da Faculdade de Medicina do Porto; e Dr. Cordeiro Ferreira, secretário-geral do Congresso, e, à esquerda, Dr. Veiga de Macedo, subsecretário de Estado da Educação Nacional; Prof. Castro Freire, presidente do Congresso e da Sociedade Portuguesa de Pediatria; e Prof. Toscano Rico, director da Faculdade de Medicina de Lisboa. Em lugares de destaque viam-se a sr.ª D. Berta Craveiro Lopes, esposa do sr. Presidente da República,

à Faculdade que era esta a forma mais eficaz de assegurar o cumprimento da sua missão universitária, de tão alta responsabilidade. E prosseguiu:

— Não ignora a Faculdade a confusão tantas vezes estabelecidas entre uma Faculdade propriamente dita e um Hospital Escolar, como se se tratasse de duas organizações científica e pedagogicamente distintas. Na realidade, ambas foram um todo, são partes integrantes da mesma instituição, porque o hospital, a par da sua função assistencial, é também um vasto laboratório, o seu principal laboratório, onde se efectua, sobre o homem doente, a aprendizagem directa da mais difícil e mais humana de todas as profissões. Foi este princípio da unidade científico-pedagógica, procurando estreitar ao máximo os laços indispensáveis que devem unir todos os seus serviços, que levou à criação do novo edifício hospitalar. Ali se encontram representadas todas as secções do ensino, e é licito esperar desta aproximação os melhores resultados.

Mais adiante, disse:

— A Faculdade está profundamente reconhecida ao Governo pela construção do magnífico edifício, que constitui uma das maiores e mais belas realizações levadas a cabo no campo universitário. Mas é natural que a volta a um tipo de funcionamento que à Faculdade se afigurou outrora cheio de dificuldades a tenha perturbado. A Faculdade conhece a enorme importância que um hospital daquela categoria apresenta para assistência, e reconhece a necessidade da sua articulação com os serviços assistenciais. Imaginava porém que essa articulação poderia fazer-se sem afectar tão profundamente a estrutura universitária que ela vinha procurando desenvolver e aperfeiçoar. Daí a sua surpresa. Daí a sua preocupação. As exigências da Universidade, tanto na parte pedagógica como na da investigação, são, por vezes bem mais largas que as da simples assistência. Não admira, por consequência, que, sob o ponto de vista administrativo, o custo de um doente num hospital escolar possa, e deva mesmo, ser maior que num hospital de função essencialmente assistencial, se quisermos que o hospital escolar disponha dos meios necessários ao total desempenho das suas múltiplas funções. Mas é evidente que uma cuidada administração é necessária, para que as organizações hospitalares possam existir. Os problemas da administração hospitalar são extremamente complicados e preocupam em todo o Mundo os indivíduos responsáveis.

E, continuando a desenvolver o seu ponto de vista, acrescentou:

Há critérios puramente administrativos, e critérios médicos e pedagógicos a que também é necessário atender; e é da sua sã ordenação que deve resultar o tipo de administração ideal. Mas não é este o momento de discurrir sobre o assunto. No caso particular do hospital escolar, a Faculdade aguarda serenamente o estudo, e que vai proceder-se, da necessária regulamentação, e espera do elevado espirito e superior critério de V. Ex.as srs. ministros, que tanto a Faculdade como o hospital venham a dispor dos meios necessários, e que as suas mutuas relações possam garantir aquela unidade científica e pedagógica e aquela elevada eficiência indispensável ao cumprimento da sua missão e à dignidade e ao prestígio da própria Universidade.

A terminar, saudou o director da Faculdade de Medicina do Porto e o presidente do Congresso e fez votos pelo êxito da oportuna iniciativa da Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Seguiu-se-lhe no uso da palavra, o Prof. Castro Freire, na qualidade de presidente do Congresso.

Começou por acentuar que dia a dia, cada vez mais, se intensifica, em todo o mundo civilizado, o interesse pela higiene, pelo bem-estar e pela protecção à criança. Traçou então um sugestivo quadro dos ambientes em que as crianças se desenvolviam no seio das grandes cidades transformadas pela revolução industrial dos finais do século passado. Da situação deplorável em que se encontravam grande número de crianças resultou um movimento tendente a modificar tão triste situação. Esse movimento — disse — passou então das esferas puramente

e o Dr. Ribeiro Queirós, subsecretário de Estado da Assistência; Prof. Bissaia Barreto; bispo de Euzéria; Dr. Luís Figueira, em representação do presidente da Câmara Corporativa; e Dr. Cristiano Sousa, secretário-geral do Ministério da Educação Nacional e director-geral do Ensino Primário.

Aberta a sessão, o Prof. Toscano Rico, na qualidade de director da Faculdade, proferiu o discurso inaugural. Começou por agradecer a presença do Chefe do Estado, acentuando que ela testemunhava a cuidadosa atenção dedicada pelo sr. general Craveiro Lopes aos assuntos médicos e universitários. Prossequindo, saudou os membros do Governo presentes e, frisando que a iniciativa do Congresso pertencia à Sociedade Portuguesa de Pediatria, disse que a Faculdade de Medicina aproveitava o ensejo para salientar a importância da formação pediátrica na preparação dos seus alunos. E acrescentou:

— Neste sentido, é grato à Faculdade verificar a grande amplitude dada às instalações da cadeira de Pediatria no novo Hospital Escolar. Mas as preocupações pedagógicas, naturais numa Faculdade, vão além das simples instalações, e são estas preocupações que nos levam a fazer breve referência às novas condições de vida dos serviços escolares. Efectivamente, a recente legislação sobre hospitais escolares colocou a Faculdade na dependência administrativa, simultânea, do Ministério do Interior e do Ministério da Educação Nacional. A Faculdade já viveu regimes semelhantes, e no tempo da antiga Escola Médico-Cirúrgica, e conserva, dessa época, a recordação das numerosas dificuldades então deparadas. Foram elas, e um superior sentido de orientação, que a levaram através dos tempos a pugnar pelo princípio de uma unidade científica e pedagógica, laboratorial e hospitalar, que teve a sua época culminante no período que decorre desde 1924 ao ano que vai findar. Parece sempre

nacionais para a comunhão de interesses, ascendendo à esfera internacional. Historiou então as mais importantes realizações empreendidas no nosso século no sentido de dar viabilidade ao legítimo anseio de proteger a criança. Prosseguindo, referiu-se à forma como o problema tem sido encarado em Portugal e disse:

— É tempo, no espírito de comunhão geral e no nosso próprio interesse, de nos inteirarmos da nossa situação, dos nossos próprios problemas, porquanto, se é inegável que há já muito feito, muito ainda entre nós, como por toda a parte, resta fazer, a fim de impulsionarmos, activarmos, os elementos que condicionam a saúde da criança, a diminuição da morbidade e mortalidade infantil em Portugal e podermos em troca da nossa colaboração, experiência e esforço próprio, receber o auxílio que as instituições internacionais nos podem prestar. Mas Portugal quer, pelo seu próprio esforço, fazer mais e melhor.

Agradeceu depois a presença do sr. Presidente da Republica e das altas individualidades presentes, salientando a importância dos esforços desenvolvidos pelas entidades oficiais, e já muitos particulares, no sentido de resolver o problema da criança em Portugal. Após uma larga e bem documentada exposição do que tem sido a evolução da pediatria no nosso país declarou:

— O número infelizmente grande, de crianças de tenra idade (de lactentes) que chegam ao nosso pequeno serviço, em estado de insuficiência nutritiva, quantitativa e qualitativa, com a sua natural coorte de transtornos de nutrição agudos e crónicos estados tão graves que, apesar dos nossos esforços sucumbem muitas vezes, vincando uma pesada mortalidade, ou se curam apenas após um largo período de tratamento ou com uma recuperação imperfeita, altamente custosa para a Assistência, deixando tantas vezes invalidades que marcam toda a vida, obrigam-nos a olhar com especial interesse para este magno problema que se liga estreitamente com a profilaxia alimentar, em geral, e as doenças infecciosas do pastigio activo — outonal, em particular.

Permita-me que chame, desde já, a atenção dos srs. congressistas para este assunto, pois sinto que na sua maioria, se não na totalidade, todos sentem como eu. E no entanto mais de 50 % destes estados são evitáveis por uma boa profilaxia, e inculcando no espírito das mães, das enfermeiras, a noção de que mesmo o mais pequeno desvio de saúde de um lactante deve ser encarado como coisa séria e não deixá-los chegar ao estado de irreversibilidade com que entram nas nossas consultas e serviços. Com que prazer e orgulho poderemos um dia dizer, como me dizia o nosso colega e amigo V. Crefeld, de Amesterdão, que se vê aflito para no período de um ano escolar poder mostrar um caso de toxicose, de distrofia grave, aos seus alunos »

E acrescentou:

— Outro problema que se me afigura dever merecer especialmente o nosso interesse, para o qual já por várias vezes tenho chamado a atenção de alguns membros do Governo, mas a que não tem ainda sido possível dar realização, é o da criação de um centro de convalescência e de recuperação junto das grandes cidades e directamente ligado aos serviços hospitalares, destinado aquelas crianças, e são numerosíssimas, que, curadas e não carecendo já de tratamento hospitalar, necessitam de uma longa convalescência, de reeducação prolongada (penso nos casos de poliomielite, nas sequelas das meningites tuberculosas, etc...), vão no regresso a casa, sem cuidados, sem vigilância postural, sem condições de habitação, de alimentação, etc., recair na situação anterior, perdendo em poucos dias o que, com tanto esforço, se tinha conseguido, voltando a pesar grandemente na assistência hospitalar.

«Embora se trata de um assunto de assistência geral, que sai portanto um pouco para fora do âmbito deste Congresso e que será tratado em pormenor por quem de direito, não posso deixar de me referir ao «magno problema da enfermagem», que, tal é a sua importância, enveredou já pelo caminho da especialização e como tal haverá que considerar a enfermagem em pediatria.

Mais adiante aludiu à necessidade que há de reformar e reorganizar condignamente a enfermagem em Portugal, e manifestou a opinião de que deve ser dada maior largueza ao grupo

das psicopatias, dos desequilíbrios de comportamento, dos atardados mentais, numa palavra, à higiene mental, que no momento presente tem tomado grande incremento.

A terminar, saudou os congressistas encarregados de tratar dos problemas da educação infantil, e disse:

— A grande maioria da Nação, o nosso povo, é cheia de grandes e altas virtudes: espírito religioso, capacidade de sofrimento e adaptação, acendrado patriotismo e tantas mais, mas falta-lhe ainda muito para atingir o grau de civismo a que tem direito, para se elevar ao nível dos povos de civilização mais adiantada, com o grau de cultura, o respeito dos direitos do próximo que os caracterizam, com a abstenção de um sem-número de práticas condenáveis, não essenciais, mas antes prejudiciais à vida e que interferem com o conforto e bem-estar dos nossos semelhantes. Assim o entendem o actual Governo, que, apesar de termos desde 1911 uma lei de escolaridade obrigatória, acaba de promulgar novamente uma lei tendente a acabar mais enérgicamente com o analfabetismo, com a falta de cultura que nos envergonha, dando ao mesmo tempo a possibilidade de melhorar o nosso grau de civismo, sem o qual as melhores leis de higiene, os mais salutaros conselhos de profilaxia, pelos quais nos batemos todos os dias, não poderão frutificar. É claro que a evolução destas leva dezenas de anos para atingir a maturação, e é preciso contar sobretudo com o esforço, a disciplina, a inteligência do professorado e dos seus orientadores.

E a concluir:

— Para darmos uma ideia do caminho a percorrer basta citar-lhes o facto de que com Portugal, apenas mais três países dos que se dizem civilizados têm escolaridade obrigatória que não ultrapassa os 9 anos ou seja, admitem o trabalho de menores a partir dos 10 anos. Segundo os sociólogos o progresso técnico da evolução mundial deve atingir a idade do começo de actividade sómente pelos 19 anos, valor que está a ser atingido apenas pelos E. U. A. Mas abaixo desse país estão mais dez em que a escolaridade obrigatória vai até aos 14 anos e daí para cima, portanto com uma muito maior limitação do trabalho de menores. Toda esta evolução deve ser muito pensada e terá que oscilar entre sentimentos humanitários e o desejo de melhoria de educação por lado e o desequilíbrio económico pelo outro. Há aqui todo um campo de intenso e difícil labor que temos de trilhar com coragem e entusiasmo com o pensamento bem alto no que deverá ser o homem do futuro.

O Prof. Bissãia Barreto, que se seguiu, afirmando que falava por encargo da comissão organizadora do Congresso — encargo que considerava uma homenagem à sua «insistência e persistência de antigo soldado, que não cansa na defesa dos direitos da criança» — começou por dizer:

«Penso hoje como pensava há mais de 20 anos, quando, em Coimbra, a Junta Geral do Distrito iniciou a batalha fundando a Obra de Protecção à grávida e Defesa da Criança, grito de alarme que sou vibrante nessa época a despertar a indiferença estática em que se vivia, sobretudo no que dizia respeito à defesa e va-

lorização das crianças da nossa terra; no entanto, o assunto era já de capital importância para o País, porque se a vida duma nação se mede pelo valor dos seus habitantes, Portugal apresenta sinais de grave doença... Foi essa mesma doença que nos levou então a enfileirar ao lado daqueles que, através do mundo civilizado consideravam número um o problema da infância e se esforçavam por mobilizar iniciativas, privadas e oficiais, a favor do amparo das crianças necessitadas. Mais tarde, esse problema revestiu maior acuidade, mercê do desfalque de homens válidos, na flor da idade, e mercê ainda do desfalque de tantas crianças mortas precocemente, em virtude das crises económicas e das dificuldades que a guerra criou. Presentemente as condições em que se vive hoje dentro do País e as relações que ele mantém com o exterior impõem-nos igualmente o dever patriótico de cuidar, com desvelado carinho, da higiene da nossa raça, para que venhamos a ter mais portugueses e portugueses melhores».

E, depois de apontar o efeito que as guerras mundiais exerceram sobre a geração nascida durante elas ou por elas influenciada, acrescentou:

«Estes os factos a dizerem-nos por que razão a política demográfica e eugénica constitui hoje um delicado e importantíssimo problema, que é preciso resolver, que todos os países procuram resolver, no sentido unânime de que a força e o valor dum povo dependem não apenas do número, mas sobretudo das qualidades dos seus habitantes. Portugal não pode alhear-se, evidentemente, de tão importante orientação; o movimento em prol da criança, e, sobretudo, da criança pobre e necessitada, não pode parar; merece mesmo ser a principal característica da actual civilização, que deve ser profundamente humana e cristã. «Roubar à morte os pequenitos» é o lema duma das nossas instituições; esta frase exprime, em síntese, o mais importante e urgente problema da nação. Resolvê-lo é missão que não pode pertencer sómente ao Estado, mas tem de ser com a colaboração do Estado.

Na verdade, os números pesados da mortalidade e mortalidade infantil, traduzindo uma obra de desgaste nas bases sobre que assentam as nacionalidades, não podem limitar-se a provocar sentimentos de piedade e filantropia da sociedade. Tais manifestações de solidariedade não poderiam, por si só, resolver tão difícil problema! Por mais largas e mais generosas que fossem, não seria possível darem uma boa solução aos problemas da natalidade e da mortalidade infantil, as mais importantes facetas do nosso problema demográfico, nem tão-pouco seria possível anular com elas o sofrimento e satisfazer as necessidades mais elementares de todos os deserdados da Fortuna...

Aqueles números, tão negros, têm necessariamente de despertar a atenção e o melhor interesse dos estadistas e do Governo, de maneira a ser organizada uma campanha, bem urdida e bem orientada, de assistência e protecção directas à criança e de luta contra os graves problemas sociais, ligados a essa mortalidade. Ao Estado compete pois, marcar directrizes para o caminho a seguir, orientar, coordenar e estimu-

MARTINHO & C. Lda

Tudo o que interessa da
medicina e cirurgia

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

lar a iniciativa e a cooperação particular, sistematizar estudos sobre a legislação precisa, controlar os resultados da sua aplicação, corrigir, completar e actualizar as leis apropriadas e por fim difundir todas as medidas conducentes e eficientes para o triunfo desta causa. Proteger a criança é, na verdade, uma nobre missão sagrada, constitui, diremos mesmo, o mais imperioso dever de nós todos, mas não basta... O que importa sobretudo é combater insistentemente, persistentemente, as causas que tornam precisa essa protecção».

E, citando depois o que no nosso País se tem feito na assistência à mãe e à criança, acentuou:

«Bem haja pois o Estado pelo que a Nação lhe deve sob este ponto de vista. Mas, para se continuar a trabalhar com eficiência é necessário também interessar a Nação inteira, é preciso que governantes e governados se apresentem com uma mística sùblime a cooperar na Cruzada Santa, que urge acelerar a sua marcha.

E' bem obra que terá de ser de todos e para todos. Mobilize-se pois a Nação inteira: ricos e pobres, advogados, médicos, industriais, literatos, jornalistas, enfim todas as modalidades da vida e da acção pode e devem estar nessa batalha, nela têm o seu papel e nela podem desempenhar grandiosos serviços a bem da Nação».

O Prof. Bissaia Barreto referiu seguidamente a acção da antiga Junta Geral do Distrito de Coimbra e da sua sucessora, a Junta de Província da Beira Litoral.

Historiou a acção das várias instituições de assistência fundadas na região de Coimbra, desde dispensários a escolas, de casas de criança a colónias de férias e preventórios: e a terminar, após uma larga descrição dessa grandiosa obra, o orador declarou:

«Muitos milhares de crianças viveram esta obra: em alguns estabelecimentos vive já uma segunda geração; o exame retrospectivo deixou-nos a convicção de que a Junta de Província da Beira Litoral tem servido e continua a servir a causa da criança; deixa-nos mesmo a convicção de que a obra realizada e a funcionar tem sido de utilidade real e material para a Nação, independentemente do seu valor espiritual. As estatísticas vêm comprovar estas conclusões, visto que a mortalidade infantil, no distrito de Coimbra, ter sido, há pouco mais de

vinte anos 114,3 por 1.000 e ter baixado para 52 por 1.000, em 1951. Esta baixa, a mais baixa baixa de Portugal, visto a taxa média do país ser 89,1, deve-se exclusivamente ao equipamento contra a mortalidade infantil e em defesa da infância, estudado, construído, organizado e mantido pela Junta de Província da Beira Litoral, visto nenhuma outra causa conhecida ter actuado dentro deste prazo. O caso de Coimbra, chamemos-lhe assim, pelos resultados apresentados, permite-nos afirmar que a Cruzada a emprender *Pela Criança Portuguesa* será ganha com as nossas armas se todos quisermos combater. A Junta de Província da Beira Litoral estará sempre presente nesse tão necessário como patriótico combate e o seu presidente dar-lhe-á, com o maior prazer espiritual, todo o tempo que lhe reste da sua profissão de cirurgia que, como todos os cirurgiões, consagra a sua vida, no dizer de Goethe, ao mais divino de todos os trabalhos: curar sem fazer milagres, e fazer milagres sem o dizer».

Em seguida, o Prof. Castro Freire declarou inaugurando o Congresso, em nome do Chefe do Estado.

Os trabalhos

Na Maternidade Dr. Alfredo da Costa — Instituto Maternal de Lisboa — tiveram lugar os trabalhos do I Congresso Nacional de Protecção à Infância, tendo os principais temas das primeiras sessões sido «A mortalidade infantil» e «O trabalho feminino».

A mesa da 1.ª sessão, de Puericultura, constituiu-se sob a presidência do Prof. Fonseca e Castro, sendo vice-presidente o Prof. Salazar de Sousa. Dela ainda faziam parte o Prof. Castro Freire e o Dr. Cordeiro Ferreira, presidente e secretário-geral do Congresso, respectivamente.

A 1.ª subsecção, de Puericultura pré-natal, mencionava no seu programa, como primeira comunicação, a cargo do Prof. Almeida Garrett, uma «Estatística demográfica e luta contra a mortalidade infantil». O ilustre pioneiro dos estudos pediátricos portugueses limitou-se a breves considerações gerais sobre o vasto tema, aludindo às difíceis e características condições de vida nos países latinos, conjuntamente às nações mais ricas e de menor densidade populacional. Preconizou a necessária expansão das

obras de protecção à infância tanto de natureza assistencial, como médico-sanitária e salientou a sua primordial importância para a vitalidade das crianças e redução das taxas mortuárias. Para a sua modificação favorável a medicina pode contribuir divulgando os preceitos de higiene individual e incitando à criação de instituições de puericultura e medicina curativa, e à promoção de melhoramentos de higiene pública. Os outros factores de beneficiação, porém, não estão no seu âmbito de actividade. Tem de ser obra dos governos e das instituições com objectivos sociais. Os esforços em todos estes sentidos estão patentes, sobretudo nos últimos anos, e prometem aumentar. E assim, é lícito esperar que a queda das taxas de mortalidade infantil registada nos últimos anos, consequência dos progressos realizados relativamente a todos os factores que condicionam a mortalidade, prosseguiram até ao limite permitido pelas circunstâncias características do viver da gente portuguesa.

Seguiu-se-lhe o Dr. Santos Bessa, falando acerca da «Assistência materno-infantil em geral, legislação, institutos maternais». Este consciencioso estudo constituiu, juntamente com os restantes apresentados na mesma subsecção, um bloco único do qual ele sobressaiu pela extensão envolvente que procurou e soube imprimir ao difícil problema. Desta sintética e clara visão resulta como essencial o critério de unidade de assistência materno-infantil, respeitando este biênio mãe e filho, como integração necessária, que implica a sua não separação, ainda mesmo por doença de qualquer dos seus elementos.

Referindo-se ao Instituto Maternal e aos princípios que regeram a sua criação, aludiu ao reconhecimento da necessidade de rever o funcionamento das antigas Maternidades; com o fim de as sujeitar a uma orientação doutrinária comum e de obter a coordenação da sua actividade com as de outras instituições de assistência materno-infantil e as finalidades atribuídas à Organização Nacional da Defesa da Família.

As funções do Instituto foram definidas como sendo:

- 1.º Efectivar e coordenar a prestação da assistência médico-social à maternidade e à primeira infância.
- 2.º Organizar e dirigir investigações científicas tendentes a melhorar a assistência referida no número anterior.
- 3.º Organizar e manter estágios de aperfeiçoamento de médicos em Tocologia, Ginecologia e Puericultura.
- 4.º Organizar e dirigir estágios de enfermeiras puericultoras.
- 5.º Colaborar no combate às causas de degenerescência física e às aberrações e crimes contrários aos deveres naturais e morais da procriação e bem assim na difusão das noções fundamentais de higiene e puericultura.

Depois de uma elucidativa descrição da lenta e difícil evolução neste ramo da medicina e profilaxia social, o Dr. Santos Bessa salientou a existência actual de directrizes, de organizações que apenas carecem, para tradução prática da sua elevada finalidade, de um apoio eficaz do Governo. Falando das mais ingentes necessidades, afirmou o relativo abandono de algumas zonas do País, apontando como média geral cerca de metade dos partos como não assistidos tecnicamente, expostos portanto às mais perigosas consequências.

A comissão de peritos da O. M. S. para estudar as questões da maternidade, reunida em Genebra em Novembro de 1951, reconheceu que, mesmo nos países mais avançados, há uma tendência para dar preferência ao parto no domicílio e emitiu a opinião de que, nos países onde o número de camas para a maternidade é insuficiente e onde os recursos económicos do País não possam garantir um apetrechamento rápido e suficiente de maternidade, se deve estimular o parto ao domicílio (o qual tem, além de outras vantagens, a de ser mais económica) e reservar para os casos complicados as camas dos hospitais e das maternidades.

Para que o parto se possa fazer no domicílio, é necessário, porém, que este tenha um mínimo de condições favoráveis, o parto se preveja normal e que esteja assegurada uma assistência técnica capaz. Para isto, torna-se necessário garantir, nas cidades onde houver delegações e subdelegações, equipas de médicos e de puericultores especializados, com transporte

Ontem...

BALSAMO ANALGÉSICO

LABORATÓRIO
DANI
LISBOA

Hoje...

algiDerma

Creme analgésico,
anti-flogístico, e
anti-reumático

Dores reumáticas,
artríticas,
pleurais,
musculares,
intercostais

NOVO ANTIBIÓTICO DE VASTO ALCANCE

A eficácia da
ILOTICINA
(ERITROMICINA, LILLY)

já foi
comprovada
cl clinicamente
no tratamento
de infecções
causadas
por:

Microrganismos	Infecções
Estafilococos	Acne pustular, bacteriemia, meningite, pneumonia, osteomielite
Estreptococos hemolíticos	Celulite, erisipela, abscesso peritonsilar, faringite, pneumonia, escarlatina, angina, amigdalite, ferimentos infectados
Pneumococos	Empiema, pneumonia lobar
Corinebactéria diftérica	Portadores de difteria
Estreptococos não hemolíticos	Alguns casos de endocardite, infecções das vias genito-urinárias

Vantagens da ILOTICINA

“Lilly”

- é especialmente activa contra certos estafilococos.
- produz optimos efeitos por via oral.
- sobremaneira eficaz em afecções gram-positivas resistentes a outros antibióticos.
- os seus níveis no sangue e nos tecidos elevam-se rapidamente.
- penetra no líquido cefalorraquidiano (quando a sua concentração no soro é mantida a nível elevado).
- não afecta os microrganismos coliformes.
- não predispõe a :

monilíases
perturbações rectais
diarreias

- raramente causa vômitos ou náuseas.
- não contém o grupo nitrobenzénico.
- não produz manifestações alérgicas.
- não causa toxicidade.

Apresentação :

A «Iloticina» é apresentada em frascos de 24 grajeias, de 100 mgs., ao preço de 290\$00.

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

adequado, de modo a assegurar uma assistência técnica oportuna e eficaz à mãe e ao recém-nascido e, em cada concelho, a existência dum centro de assistência com médicos-parteiros e enfermeiras puericultoras convenientemente preparados para realizarem a assistência necessária e ter assegurado um sistema de transporte rápido dos casos que se complicarem para as maternidades ou hospitais a que esteja ligado. Só assim se garante a segurança do parto ao domicílio.

O problema dos débeis e prematuros foi igualmente ventilado, dada a sua compreensível importância praticamente traduzida nos números que definem a nossa mortalidade infantil.

Afigura-se-nos, pois, indispensável criar, ao lado das maternidades, pequenos centros especializados para recolher e cuidar convenientemente os prematuros. Assim se salvarão muitas das crianças que engrossam o obituário do 1.º mês e que, uma vez submetidas a regime conveniente, poderão vir a ser tão válidas e robustas como as que nascem com peso normal. Isso virá contribuir de maneira sensível para a baixa da nossa mortalidade infantil, pois está averiguado que 58 % das mortes do 1.º mês de vida se devem à prematuridade (inquérito do I. N. H.).

Na qualidade de chefe dos serviços do Instituto Maternal (Delegação de Coimbra), o Dr. Santos Bessa afirmou que o distrito de Coimbra, mercê da acção das obras de assistência ali criadas e mantidas, ostenta, desde há anos, as mais baixas taxas de mortalidade infantil dos distritos de Portugal, a despeito do número considerável de crianças gravemente doentes de outros distritos que eali afluem, ali morrem e ali são registadas. Os números devem, por isso, ser ainda mais baixos.

Estes resultados do distrito de Coimbra devem-se essencialmente à obra de assistência à maternidade e à infância criada pela antiga Junta Geral do Distrito e pela actual Junta de Província da Beira Litoral às quais tem presidido o Prof. Bissaia Barreto verdadeiro pioneiro e incansável lutador que à causa da assistência tem votado boa parte da sua inteligência, do seu coração e da sua vida.

Estes provam o que pode uma acção persistente da luta contra a mortalidade infantil, mesmo com armas deficientes como as que possuímos e nanja como demonstração de apetrechamento à altura das circunstâncias. Coimbra aguarda o início da construção da sua delegação, em substituição das acanhadas e impróprias instalações provisórias que possui e para a qual existem, há vários anos, terreno e projecto e parece que, também, agora, a dotação para a primeira fase das edificações.

Como sumula do seu competente relatório, o orador frizou:

1.ª A centralização da direcção da assistência materno-infantil, coordenando e dando orientação técnica a todas as obras de assistência materno-infantil, tal como está estabelecido na nossa Reforma de Assistência e no decreto que criou o Instituto Maternal é o que mais convém para um bom rendimento social das instituições.

2.ª O reconhecimento de que o ritmo de expansão e da intensificação da acção do Instituto tem sido menor nos últimos três anos e que, dadas as nossas taxas de partos sem assistência, de mortalidade materna, de nadormortalidade e de mortalidade infantil, urge que o Estado lhe conceda as necessárias dotações para a criação das instituições que lhe impõe o diploma que o criou e dos serviços que lhe competem.

3.ª Que se torna necessário o estabelecimento de um plano de obras a realizar num período de 10 anos, com determinação de precedências, tendo em vista, por um lado, as necessidades mais urgentes das populações e, por outro, o possível aproveitamento das instituições já existentes, dos projectos já realizados ou das aquisições já feitas.

4.ª Nesse plano, ordenar-se-ão não só as obras de assistência preventiva, mas também as de assistência à criança doente, incluindo, portanto, os hospitais especializados para doenças da infância, conforme foi aprovado pela Assembleia Nacional, em 1946.

5.ª Cabendo ao Instituto Maternal a preparação do pessoal para garantir o bom êxito da acção que lhe incumbe e não se compreendendo como possa fazer a preparação pediátrica

dos médicos nem a de enfermagem especializada na assistência às crianças doentes do pessoal auxiliar sem ter hospitais ou centros de tratamento de crianças, torna-se indispensável completar o seu apetrechamento com instituições onde as possa fazer.

6.ª Não abrangendo a O. M. E. N. nem a I. A. M. todas as modalidades de assistência de que possa carecer a criança depois dos 7 anos, deve o I. M. exercer a sua acção nessas idades em tudo que exceder a competência daquelas instituições e deverá portanto poder atender essas crianças nos seus estabelecimentos.

7.ª No plano a que se refere a conclusão 3.ª, deverá promover-se a criação duma subdelegação na sede de cada distrito, directamente dependente da delegação da respectiva zona, dando a preferência aos distritos mais necessários e àqueles onde mais fácil e económica for a montagem desses serviços ou se afigure de melhores resultados práticos a sua acção.

8.ª Igual critério presidirá à criação dos centros de assistência concelhios.



COMPLEXO B

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



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

9.ª Num plano de coordenação de actividades assistenciais à mãe e à criança, torna-se indispensável fazer preceder de parecer favorável do Instituto Maternal a criação de qualquer obra de assistência destinada àquele fim.

10.ª Reconhece-se a vantagem de confiar a direcção e chefia das instituições de assistência materno-infantil a médicos especializados em Obstetrícia ou em Pediatria; dado, porém, o reduzido número de médicos especializados nos últimos anos, torna-se necessário a publicação dum diploma que garanta a perferência da nomeação aos médicos especializados, sem o que não se colherá rendimento capaz das obras criadas e a criar e falharão por completo os objectivos da campanha assistencial à mãe e à criança.

11.ª Torna-se necessário rever os termos em que foi conferida superintendência técnica do Instituto aos Centros de Assistência Social, de modo a garantir-lhe maior eficiência e reconhece-se a necessidade de estabelecer estágios de aperfeiçoamento para os médicos não especializados que neles trabalhem, de modo a tornar mais útil a sua acção.

12.ª Reconhece-se que o antigo Curso de Partearias que funciona junto das Faculdades de Medicina não está à altura das exigências actuais e carece, por isso, de ser totalmente refundido.

Daí a sua extinção em Lisboa, e a esperança da sua substituição por um escol de enfermeiras puericultoras, cuja realidade depende fundamentalmente das condições que lhe sejam oferecidas. Na verdade, não se entende como justo e até como inteligente meio de prover às enormes necessidades, o exigir a essas técnicas o indispensável nível cultural e científico em especial, e remunerá-las quase como serventes.

Na discussão, que se seguiu, do Relatório, intervieram, respectivamente, a Dr.ª D. Maria Luísa Wanzeller, o Prof. Almeida Garrett, Dr. Fernando Correia, que teceu à orientação dessasombra do Congresso, os maiores elogios, Prof. Vitor Fontes — em oportuna e incisiva referência à primordial saliência do problema da higiene mental e assistência psiquiátrica à criança — Drs. Espregueira Mendes, Fausto de Neiva — em algumas judiciosas observações preconizando a criação da cadeira de Puericultura e de uma Escola Nacional de Puericultura — Moreira Braga, Armando Tavares e Silva Nunes — prégando a ideia de um Instituto Nacional de Protecção à Criança em bases a estudar por uma comissão cujos membros presuntivos também indicou.

Subordinado ao tema «Medidas eugénicas na procriação», o Prof. Castro Caldas apresentou, seguidamente, um trabalho de notável profundidade.

Começando por uma breve evocação das remotas medidas eugénicas, referiu-se à *eugénica negativa*, assim designada por procurar melhorar a humanidade, impedindo o nascimento de maus elementos. E' a forma primitiva da eugénica, aquela que em Roma conseguia os seus fins por forma que hoje consideramos bárbara e nos nossos dias procura os mesmos resultados através da esterilização dos progenitores, pois, é bem sabido, que a simples proibição de se reproduzirem é ineficaz, acarretando sómente a dissolução dos costumes.

Mesmo que se aceite, ponde de parte sólidos argumentos, o direito à imposição da esterilização o que se não pode admitir é que se proceda com igual rigor em todas as doenças condicionadas por gene dominante, visto que elas têm gravidades muito diversas...

Para exemplificar a sua restrição, citou alguns casos de diferença frisante no respeitante, quer à sua gravidade, quer ainda à possibilidade da sua transmissão e mcondições de provável defeito.

Dentro da orientação da eugénica negativa, as medidas a tomar estão claramente indicadas: procurar as formas benignas da doença e promover e esterilização dos seus portadores.

Em breves palavras o Prof. Castro Caldas, traçou um esquema das diversas possibilidades e casos de natureza genética, e mais adiante, ao abordar a difícil localização dos indivíduos portadores de um gene recessivo das doenças, concluiu que esse facto torna quase impossível a eliminação desse gene duma população, vista através uma reprodução controlada.

Passando à discussão da eugénica positiva, salientou a feliz acção da natureza na destrui-

Um produto original "Delta"

HIDROBIÓTICO-H

Sulfato de Dihidroestreptomicina + Hidrazida do ácido Isonicotínico
em associação sinérgica

COMPOSIÇÕES:

NORMAL

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

FORTE

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

APRESENTAÇÃO:

NORMAL

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

FORTE

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



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

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

ção precoce de indivíduos possuidores de genes que condicionam. O aparecimento de estudos patológicos graves e que tendem a eliminar-se espontaneamente ao apresentarem-se em condições homozigóticas.

3.º Não devem, contudo, os médicos esquecer os ensinamentos de genética e impõe-se a obrigação de, através de uma propaganda persistente, mostrar à população os altos benefícios que podem advir para os seus descendentes se antes do casamento ouvirem e aceitarem conscientemente os conselhos médicos que lhes devem ser dados, dentro de um critério humano e extremamente cauteloso e só por aqueles que dominem completamente os problemas postos pela hereditariedade.

O Prof. Barahona Fernandes falou em seguida, salientando a necessidade de certas medidas a tomar em casos de pro-psiquiátrico.

A encerrar esta primeira sessão a Dr.ª D. Maria Luisa Wanzeller, directora do Instituto Maternal, traçou em seguida um breve resumo do seu estudo — o trabalho das grávidas e as mães solteiras.

Definindo o conceito de trabalho, passou a apreciar a situação actual da mulher dentro da família e da sociedade, frisando o crescente número de «mulheres operárias» e os problemas que este facto atrai quando as consideramos como elemento genuíno de um lar e presentes na mãe.

Atestada a precária situação — e quase sempre deturpada ou insuficiente — da assistência materno-infantil e a existência de um plano já aprovado para a reorganização destas actividades, preconizou — comparativamente ao que tão exemplarmente existe em países estrangeiros — a adopção de medidas reparadoras da nossa crise assistencial. Subsídios às mães e repouso pré e post-natal.

Acerca deste último e magno aspecto mencionou os períodos respectivos que são, em geral, considerados necessários e comparou-os aos que tecnicamente são adoptados entre nós. Restrição ainda mais a lamentar é o não cumprimento pelas entidades particulares das normas legais referentes às creches de fábricas, antigamente em vigor, e aos períodos de faltas — a descontar nas férias — que respeitam aos períodos de parto e post-parto, relativos às funcionárias das fábricas, com excepção para o Ministério das Corporações, ainda que também em situação precária.

Para terminar; afirmou:

«A verdadeira defesa da mãe e do filho reside na política do regresso da mulher ao lar — única compatível com a possibilidade de gerações sãs e de uma função material completa. Esta política é também a única admissível em face da nossa Constituição. Talvez porque o Estado entende que a mulher é uma das colunas da família e que nada deve suplantar a missão que a lhe compete, a nossa legislação favorece pouco o êxito das mulheres para além das fronteiras do lar, em busca de trabalhos remunerados.

Enquanto porém não se atingir a solução ideal da mulher casada poder voltar à intimidade do seu lar, sem se preocupar em ir angariar fora dele falsos suprimentos de salário que lhe permitem equilibrar o orçamento da família, há que modificar, e desde já a legislação em vigor, a fim de reduzir ao mínimo os perigos de toda a espécie a que dia a dia se expõem, física e moralmente, muitas mulheres da nossa terra e que, através delas, ameaçam assustadoramente o futuro da criação portuguesa.

Quanto a mãe solteira há que facultar-lhe amparo prudente e tratamento suficiente para que não se comprometa a saúde e a vida do filho, há que morigerar os costumes para reduzir ao mínimo o seu número e também que averiguar da responsabilidade dos progenitores, para que estes não se eximam aos encargos da sua paternidade».

A palestra da Dr.ª D. Maria Luisa Wanzeller despertou numerosas observações aos Profs. Castro Freire, Almeida Garrett, Costa Sacadura — com uma oportuna sequência às creches secretas, ao sigilo e trabalho remunerado, como normas vigentes nestes — e aos Drs. Moreira Júnior e Fernando Carreira.

Na tarde de 27 prosseguiram os trabalhos do Congresso, com a apresentação de teses respeitantes à puericultura pós-natal.

Uso primeiro da palavra o Dr. Cordeiro Ferreira, que desenvolveu o tema «Cuidados pós-natais e alimentação no primeiro ano de vida», começando por citar a Declaração dos Direitos da Criança (Declaração de Genebra), em que se destaca a importância da criança e os cuidados que deve merecer a todos. Apesar desta declaração solene, aprovada pela S. D. N. em 1924 e confirmada pela XV Assembleia Geral das Nações em 1934, é facto que ainda hoje o problema da criança não foi compreendido por grande parte da Humanidade. No decorrer da sua exposição o relator focou a necessidade de uma protecção legal à maternidade, encarada como função social, considerando que o Estado deve ter uma política tendente a assegurar a multiplicação, conservação e melhoria da raça, uma política puericultora.

Falou depois dos cuidados a prestar ao recém-nascido e à criança durante o primeiro ano de vida, terminando por acentuar a importância das consultas às grávidas, às novas mães e aos lactantes, dos postos de distribuição de leite e outros alimentos. Preconizou também a criação de restaurantes em que fossem fornecidas refeições às mães que amamentam os filhos, como meio de estimular o aleitamento materno.

Na discussão do problema tomaram parte os Profs. Vitor Fontes, que chamou a atenção para a necessidade de rever a puericultura à luz da moderna psicologia infantil, e Almeida Garrett e Dr. Armando Tavares, que acentuaram a necessidade de fomentar o aleitamento materno fazendo compreender à mãe a vantagem que isso representa para a criança e dando-lhe uma ajuda material que contribua para tornar possível tal medida.

A segunda comunicação, apresentada pelo Dr. Marques Pinto, versou o tema «Creches». O relator começou por definir como creche todo o estabelecimento onde se presta assistência a crianças sãs, nos primeiros três anos de vida. Tais instituições podem desempenhar as suas funções sob dois regimens: internato e externato. Neste último caso, de longe o mais frequente, a creche vela pela criança durante os períodos de trabalho da mãe e por isso há a maior vantagem em que esteja instalada junto do local onde tal trabalho se realiza. O próprio Estado se interessou pelo problema impondo, no decreto-lei de 10-2-1890, entre outras medidas, o seguinte: cada uma das fábricas em que trabalham mais de 50 mulheres por dia terá uma creche com as acomodações e condições higiénicas que os regulamentos determinarem. E em 1946 foi fixada uma taxa de 6\$00 mensais, por mulher, a pagar pelos industriais que empregam 50 ou mais mulheres, quando não tenham organizada a assistência à maternidade e à primeira infância.

O Dr. Marques Pinto continuou dizendo:

«Sabemos que a lei exige creches adequadas em todos os estabelecimentos comerciais e industriais, que empreguem mais de 50 mulheres por dia. Esta medida, já consagrada pela experiência tem não só a garantir o aleitamento materno, como também assegurar uma vigilância bem conduzida da criança, que doutra maneira firaria ao abandono, durante as horas de trabalho da mãe. Por outro lado, a lei faculta às mesmas empresas, mediante o pagamento de esc. 6\$00 por cada mulher, prescindir do estabelecimento de tais creches.

Evidentemente, compreende-se que o que estava no pensamento do legislador, era o próprio Estado criar as creches quando as empresas o não pudessem fazer. Em teoria por conseguinte, o problema ficava totalmente resolvido.

Suceda porém que na prática, as coisas se apresentam tão complexas, que em lugar de se assistir a um activo e próspero desenvolvimento das creches, assim não tem sucedido».

Terminou chamando a atenção para a necessidade de que as fábricas que empregam mais de 50 mulheres respeitem o decre-

to de 10-2-1890, não sendo facultado às mesmas o não estabelecimento de creches mediante a taxa de 6\$00 por mulher, como permite outro decreto e sugeriu uma campanha tendente a salientar os benefícios da protecção à criança por este meio.

Foi em seguida exibido um filme sobre puericultura mostrando vários aspectos da vida numa creche-internato suíça.

Intervieram na discussão do problema os srs. dr. Santos Bessa, que se referiu ao «Ninho dos Pequenininhos», uma creche que funciona em regime de internato com os resultados mais consoladores; o dr. Fernando Correia, que focou a necessidade de serem ouvidos técnicos quando se trata de conceber projectos para instituições deste tipo; Dr. Manuel Vicente Moreira que propôs o aumento da citada taxa de 6\$00 para um nível que obrigue as empresas afectadas a pensar mais seriamente no problema da fundação das creches.

Falou em seguida a Dr.ª Maria Teresa Andrade Santos sobre o tema «Escolas Infantís», começando por defini-las com os estabelecimentos de ensino onde se ministra educação a crianças em idade pré-escolar. Chamou a atenção para a importância fundamental deste período na vida ulterior do indivíduo e referiu-se à necessidade de colaborar com a família e de educar o público no sentido de encarar as escolas infantís como «um bem desejável» e não «um mal necessário», atribuindo-lhe as suas verdadeiras funções e importância. Terminou por formular o voto de que uma tal compreensão da parte de todos conduza à multiplicação dos estabelecimentos daquele tipo, entre nós escassos e exclusivamente de iniciativa particular. A propósito deste tema o Dr. Manuel Farmhouse referiu-se ao Jardim-Escola João de Deus, pioneiro de educação infantil e por onde passam actualmente cerca de 700 crianças por ano. Sugeriu que o Estado conceda auxílio aos particulares interessados na criação de escolas infantís e preconizou a fundação de classes especiais para crianças não completamente normais sob o ponto de vista mental ou psíquico e em idade pré-escolar.

Este seu último voto foi secundado pelo Prof. Vitor Fontes, que acentuou a necessidade da criação dessas classes especializadas, mas funcionando para crianças até aos 7 anos de idade, o que evitaria às classes desse tipo, actualmente em funcionamento, mas só para crianças em idade escolar, chegassem muitas crianças demasiado tarde, após terem ingressado no ensino primário, e se ter verificado, durante vários anos, que eram incapazes de progredir.

Seguidamente, o Dr. Bação Leal apresentou uma comunicação sobre «Saúde dentária na criança e profilaxia da cárie» focando a importância de uma dentição normal, sob todos os aspectos, no bom equilíbrio da criança, e o perigo das variadas complicações que advêm da existência de dentes cariados.

Por último, o Prof. Carlos Ramalhão abordou o tema «Imunologia», referindo-se particularmente à profilaxia das doenças infecciosas na infância. Considerou como doenças, cuja vacinação deve ser obrigatória, a varíola, a febre tifóide e paratifóide, a difteria, o tétano e a tosse convulsa, e como afecções, cuja vacinação deve ser feita apenas em casos especiais: a febre amarela, tifo exantemático, peste, cólera e raiva.

O Dr. Mário Cordeiro propôs a criação de uma ficha sanitária para cada indivíduo, a par da sua cédula pessoal, onde seriam registadas todas as vacinações, datas, resultados, doenças infecciosas, etc. O Dr. Casanova Alves e os Profs. Cândido de Oliveira, Castro Freire e Almeida Garrett foram todos unânimes em considerar o problema da vacina pelo B. C. G. como fundamental.

(Conclue no próximo número)

Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa

Realizou-se no dia 2 de Novembro a sessão solene inaugural do novo ano académico da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, a que presidiu o Dr. Alberto Mac Bride.

Falou em primeiro lugar o Prof. Costa Sacadura, que, na qualidade de secretário-perpétuo, leu o relatório da actividade científica e administrativa da Sociedade, pondo em relevo os trabalhos apresentados nas diferentes secções. Referindo-se à Sociedade das Ciências Médicas, afirmou que Portugal pode ufanar-se de possuir a mais antiga Sociedade Médica do Mundo, fundada em 1822, e disse esperar que a actual geração

Referiu-se às duas grandes figuras dominantes da época: Manuel Bento de Sousa e Sousa Martins; aludiu ao enorme prestígio de que a Sociedade dispunha tanto que os Governos frequentemente a consultavam sobre problemas de saúde pública.

Prosseguindo, citou vários nomes de médicos que deram lustro à Sociedade, afirmando que à obra deles se deve o que se pode apellidar de Escola de Lisboa, numa época em que não havia hospitais apetrechados, nem laboratórios, e em que as clínicas hospitalares estavam miseravelmente instaladas. A propósito, pediu, o que a as-



O Dr. A. Mac-Brid falando na sessão inaugural do ano académico

não desonrasse a Sociedade, com a dispersão em 25 sociedades médicas portuguesas de especialidades. Por último apelou para todos os consócios para se congregarem à volta do presidente, o Dr. Alberto Mac Bride, sócio benemérito daquela colectividade científica, a fim de ressurgir uma nova era de prestígio para ela.

Seguidamente, o Dr. Joaquim Martins leu a alocução presidencial do Dr. A. Mac Bride, na qual o autor se ocupa da acção desempenhada na Sociedade, no último quartel do século XIX, por um grupo de médicos notáveis e da influência decisiva que exerceram no desenvolvimento da medicina em Lisboa.

sembla aprovou, que se saudassem os dois últimos e venerandos representantes daquela ilustre geração: Silva Carvalho e Moreira Júnior, e terminou: «Atente-se como teria sido grato a esses lutadores prever que a pouco mais de cinquenta anos, a mais alta distinção científica do Mundo viria premiar os trabalhos de um médico português, e que tratados de medicina de professores portugueses seriam adoptados como livros de texto nas mais célebres universidades da Europa».

As últimas palavras do orador foram abafadas por uma prolongada salva de palmas.

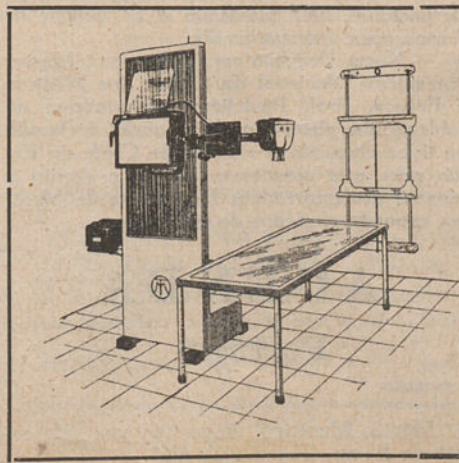
Instituto Português de Oncologia

No Instituto Português de Oncologia têm prosseguido as conferências científicas que semanalmente ali são realizadas. Assim, no dia 6 de Novembro, o Dr. Carlos Rebelo tratou de «Vários aspectos de aplicação da tomografia na clínica». Depois de explicar as reacções da radiografia simples, apontou as vantagens da radiografia por planos, que resolve dificuldades de interpretação. Fez, a seguir, a história da tomografia, ou radiografia em cortes, demonstrando com numerosos casos pessoais, o valor da tomografia no diagnóstico radiológico de doenças do aparelho respiratório.

A conferência foi largamente documentada com a projecção de tomografias que fazem parte da casuística do Instituto de Oncologia.

Oito dias depois o Dr. João Neves da Silva falou sobre «Patologia dos sinovialomas», conferência que constituiu real contribuição ao conhecimento exacto deste capítulo da oncologia. O conferencista começou por afirmar que os tumores das sino-

vais, particulares ou tendinosos, apresentam estrutura predominantemente mesenquimatosa, o que não impede que as células conduzam a interpretações diferentes, e daí



os nomes variados porque são classificados os sinovialomas.

Pode-se, porém — disse — identificar um grupo de tumores como de cancos da sinovial. Continuando, o Dr. Neves da Silva fez um estudo crítico das diferentes designações daqueles tumores, concluindo, pela sua experiência e pela casuística do Instituto de Oncologia, que se trata, na realidade, de verdadeiras neoplasias e não de simples granulomas.

A conferência foi largamente ilustrada com a projecção de peças e análises histológicas de grande valor para o conhecimento do problema.

No dia 20 foi conferente o Dr. João Transmontano, que se ocupou de «Ultrasons em fisioterapia».

A última conferência deste mês foi efectuada, no dia 27, pelo Dr. Maçãs Fernandes, que falou sobre «A transfusão de sangue e alguns dos seus problemas; elementos e sugestões para a resolução dos mais importantes: — o recrutamento de dadores e as sociedades da Cruz Vermelha; a standardização do material. As normas de trabalho no Instituto Português de Oncologia». Depois de ter apresentado vários elementos e sugestões para a resolução dos mais importantes dos problemas das transfusões sanguíneas, como seja o recrutamento de dadores e a standardização do material. Pôs em evidência a vantagem que, em seu entender, adviria chamar a Cruz Vermelha a colaborar no problema, pela sua modelar organização. O conferencista fez, por fim, a comparação das normas de trabalho no Instituto Português de Oncologia com as seguidas no Centro Nacional de Transfusões Sanguíneas da França, dirigido pelo Dr. Dausset, o que mostra que no nosso Instituto tudo já funciona como, em sua opinião, deve funcionar.

Prosectorado do Hospital Escolar de Lisboa

A primeira reunião anátomo-clínica, deste ano lectivo, do prosectorado do Hospital Escolar de Lisboa, realizou-se no dia 22. Estas reuniões, que entram agora no seu 15.º ano, foram, até 1946, dirigidas pelo Prof. Wohlwill e, a partir de então, pelo Prof. Jorge da Silva Horta. Como de costume, são frequentadas por muitos directores de clínica, não só do Hospital de Santa Marta, como dos H. C. L., radiologistas, analistas e alunos dos últimos anos do curso de Medicina.

Dr.ª Dora Bettencourt

Acaba de licenciar-se com elevada classificação, pela Faculdade de Medicina de Lisboa, a Dr.ª D. Dora Staack Bettencourt da Silva.

10 NOVOS MODELOS

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

Enviamos catálogos e descrições sem compromisso.

SOCIEDADE COMERCIAL MATTOS TAVARES, LDA.

A maior organização de Raios X em Portugal

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

V I D A M É D I C A

E F E M É R I D E S

Portugal

(De 3 a 10 de Janeiro)

Dia 3 — Noticia-se que grassa na região de Manteigas uma epidemia de febre de Malta. A Misericórdia de Manteigas tem tratado de dezenas de padecentes daquele mal.

— É nomeado Sub-delegado de Saúde em Barcelos o Dr. Manuel Vale de Lima.

— É inaugurado, em Valbom, Gondomar, um Posto Materno Infantil, com o nome do Dr. Porfirio de Andrade, nosso colega e Presidente daquele Município. Usaram da palavra entre outros os Drs. Espregueira Mendes do Instituto Maternal, no Porto, Braga da Cruz, Governador Civil, e o homenageado. Assistem muitos médicos.

— O Prof. António Flores comparece pela última vez no seu gabinete, de Director do Hospital Júlio de Matos. É alvo de uma expressiva homenagem dos seus subordinados, durante um banquete que lhe oferecem. À tarde na Faculdade de Medicina de Lisboa reúne o Conselho Escolar em sessão de homenagem àquele catedrático. O Director, Prof. Toscano Rico, faz o seu elogio e o Prof. Flores agradece.

— O lugar de Director do Hospital Júlio de Matos é desempenhado, interinamente, pelo Prof. Barahona Fernandes.

4 — No Hospital Geral de Santo António as Conferências Vicentinas dos Enfermeiros distribuem agasalhos a 200 pobres internados.

— Realiza-se um Cortejo de Oferendas a favor do Hospital da Misericórdia de Portalegre. Calcula-se em 180 contos o seu rendimento.

5 — O Prof. Luís de Pina toma posse da Provedoria da Misericórdia do Porto.

— Começam a funcionar os Serviços de Radioterapia dos Hospitais da Universidade de Coimbra. O Ministro do Interior presidirá à inauguração oficial dentro de 7 dias.

— O Dr. António Cavaco Catita e a Dr.^a D. Maria Rosa Cassola Ribeiro de Cid Ornelas passam a desempenhar as funções, respectivamente, de assistente e primeiro assistente do Instituto Português de Oncologia.

6 — Na reunião mensal do corpo docente do Instituto de Medicina Tropical, são tratados vários problemas referentes aos últimos estudos feitos no Ultramar.

Fala, em primeiro lugar, o Prof. A. Salazar Leite, que relata os trabalhos da missão de combate à lepra, na provincia da Guiné, realizados de Janeiro a Abril do ano passado. 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 fala das funções e finalidade do Comité Internacional de Investigação sobre tripanosomias, cuja última reunião, efectuada em Lourenço Marques, em 1952, estabeleceu importantes normas respeitantes ao estudo e combate daquelas doenças. Sobre os assuntos versados falam vários professores daquele estabelecimento de ensino.

8 — Em Lisboa, no Hospital de Arroios, onde tem exercido as funções de director clínico e do Serviço Cirúrgico, o Dr. Alberto Gomes, atingido pelo limite de idade, é alvo de significativa homenagem, à qual se associam o enfermeiro-mor dos Hospitais Cívicos de Lisboa, Dr. Emilio Tovar Faro; médicos dos referidos estabelecimentos, em grande número; pessoal de enfermagem e funcionários de todas as categorias.

Usam da palavra, exaltando a personalidade, os méritos e os altos serviços prestados pelo Dr. Alberto Gomes, durante quase 42 anos de benemérita actividade, os Drs. Belo Pereira, em nome dos médicos e promotores da homenagem; enfermeiro José Pinto Santos, em nome da sua classe e dos doentes tratados pelo Dr. Alberto Gomes, muitos deles ali presentes e o Dr. Emilio Faro. É lida uma ordem de serviço louvando o homenageado, que agradece emocionado, e recebe uma lembrança, entregue pelo

enfermeiro José Pinto dos Santos, e muitos ramos de flores.

Mais tarde, na Delegação Geral de Saúde, é prestada idêntica homenagem ao Dr. Alberto Gomes, que deixa, também, o cargo de Delegado de Saúde.

Todos demonstram àquele grande cirurgião o apreço e a estima que sempre lhes mereceu e manifestaram o seu desgosto por o verem afastar daqueles serviços e do seu convívio.

Na Sala dos Actos, da Faculdade de Medicina de Lisboa, começam as provas do concurso para professor extraordinário de Medicina Interna daquele estabelecimento universitário, na vaga deixada pelo Prof. Cascão de Anciães.

O júri, a que preside o reitor da Universidade de Lisboa, Prof. Dr. José Gabriel Pinto Coelho, é constituído pelos Profs. Rocha Brito, Vaz Serra e Egídio Aires de Azevedo, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Adelino Padesca, Mário Moreira e Eduardo Coelho, da Faculdade de Lisboa, e Rocha Pereira, Azevedo Maia e Aureliano Pessequeiro, da do Porto. O júri é secretariado pelo Dr. Beleza de Andrade, secretário da Universidade de Lisboa.

Os dois candidatos, Drs. Morais David e Oliveira Machado, ambos doutorados, são figuras marcantes na Medicina e têm o seu nome ligado às actividades da Faculdade de Medicina de Lisboa.

O primeiro a ser interrogado sobre os seus trabalhos publicados, incluindo a tese de doutoramento, o Dr. Oliveira Machado, tem como arguentes os professores Adelino Padesca e Vaz Serra, que é renhido na sua crítica. O candidato responde aos dois lentes, com vivacidade, defendendo os seus pontos de vista.

Seguia-se idêntica prova em relação ao Dr. Morais David, que mantém igualmente, as suas opiniões, em animado debate com os arguentes, os Profs. Egídio Aires e Azevedo Maia.

Os trabalhos terminaram às 11,30, com lições pelos candidatos sobre assuntos tirados à sorte, de entre 10 pontos.

— Em Santarem desempenha notável actividade a equipa dos serviços anti-tuberculosos da iniciativa do Dr. Manuel Duarte Prouca, delegado de Saúde deste distrito. Milhares de pessoas têm sido observadas por meio dos serviços de micro-radiografia. A equipa destes serviços é dirigida pelo Dr. Vasconcelos Horta, tendo feito já mais de 13.000 observações.

— Realiza-se, pelas 21 horas e meia, no salão nobre do Clube Fenianos Portuenses, a conferência que o Prof. Alvaro Rodrigues profere a convite da Liga Portuguesa de Profilaxia Social, versando o importante tema «O estado actual da luta contra o cancro em Portugal».

«O Médico» dará notícia circunstanciada em número próximo.

Estrangeiro

— A Associação Farmacêutica Americana, durante a celebração do seu centenário em Agosto de 1952, votou uma resolução mostrando o interesse que dedica à Farmacopeia Internacional. Está publicado o 1.º volume de *Pharmacopeia Internationalis*.

— Numa alocução em Chalons-sur-Marne, o presidente Nacional da Ordem dos Médicos de França, Prof. Piedelièvre, referindo-se ao problema da pletoxa médica, tendo declarado que tinha chamado a atenção do Chefe do Estado para este assunto e que tinha escrito a todos os professores das Faculdades de Medicina expondo os dados do problema.

AGENDA

Portugal

Concursos

Médico Municipal do partido com sede em Fajã de Baixo. (Ponta Delgada).

Estrangeiro

— No dia 5 de Abril de 1953 será celebrada, pela quinta vez, a Jornada Mundial da Saúde. As cerimónias terão como termo: «A saúde é ouro». Os governos foram informados de que o material de publicidade será então posto à disposição deles.

— Na Suíça, em Davos, de 3 a 18 de Janeiro realiza-se um Colóquio de Medicina.

— Na Guiana Holandesa, Nova Amsterdão, de 7 a 19 de Janeiro um Congresso da Associação Médica Pan-Americana.

— Nos Estados Unidos, em Chicago, em 21 e 22 de Janeiro realiza-se o Congresso Anual de Medicina Industrial.

— Em Hamburgo, dias 6 e 7 de Janeiro, os «Dias de Medicina Interna do Noroeste Alemão».

— Em S. Paulo, Brasil, de 9 a 12 de Fevereiro a «Sessão Inter-Americana» do Colégio dos Cirurgiões Americanos.

— Em 2 de Fevereiro começa no Cairo o Congresso Internacional de Oftalmologia.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(Desde 31-XII a 5-1-1953)

31-XII

Dr. Luís Filipe Quintela, cirurgião dos H. C. L. — nomeado, em comissão, director de serviço clínico (serviços gerais de clínica cirúrgicos dos mesmos hospitais).

Dr. Manuel João Xavier Morato, 1.º assistente da Fec. de Med. de Lisboa — rescindido, a seu pedido, o respectivo contracto por ter sido nomeado professor extraordinário da mesma Faculdade.

Dr. Angelo Manuel Veiga da Maia Mendes — médico escolar do distrito do Porto — nomeado para exercer idênticas funções no distrito de Lisboa (concelho de Oeiras).

Dr. Edgar Carneiro de Magalhães, médico escolar do distrito de Castelo Branco — nomeado para exercer idênticas funções no distrito de Santarem.

3-1

O Dr. Joaquim António Vilão, médico, morador em Aveiro, recorre do despacho do Sr. Subsecretário de Estado do Exército, de 6 de Abril de 1951, que determinou que se celebrasse contacto com o médico Dr. Manuel Marques da Silva Soares, para prestação de serviços de clínica geral na Reg. de Infantaria n.º 10 (Aveiro). Foi negado provimento.

5-1

Dr. Alberto Fontes — provido no cargo de Chefe de Serviços Médicos do Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil.

Classificação dos candidatos ao concurso para o internato médico dos hospitais da Universidade de Coimbra:

1.º — Dr. António Joaquim Evaristo.
2.º — Dr. Raúl de Azevedo Ferreira da Bernarda.

3.º — Dr. Emilio José de Campos Coroa
4.º — Dr. Luis Erse Baeta de Campos.

5.º — Dr. António Melo da Silva e Costa.
6.º — Dr. Vasco António Ramos Elói.

7.º — Dr. Manuel de Oliveira Pinheiro.
8.º — Dr. Manuel Ferreira Marques dos Santos.

9.º — Dr. José Jacinto Coelho Nobre.
10.º — Dr. José Germano Ferreira de Oliveira.

— Dr. António Cavaco Catita — aprovado o contrato para o desempenho das funções de assistente do Instituto Português de Oncologia.
Dr.^a Maria Rosa Cassola Ribeiro de Cid Ornelas — aprovado o contrato para o desempenho das funções de 1.º-assistente do Instituto Português de Oncologia.

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. Meloço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.º assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bessa (chefe da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroude, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Moraes, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Brigadeiro Pinto da Rocha (Dir. Geral de Saúde do Exército), Alexandre Sarmento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Dir. de Serv. Técn. 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 Moraes, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrombotomática do Disp. de Higiene Social), Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emílio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.º António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.º António), José Aroso, J. Frazão de Nazareth (Dir. do Hosp. de S.º António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hosp. de S.º 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 Matosinhos), 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 Sarmento (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

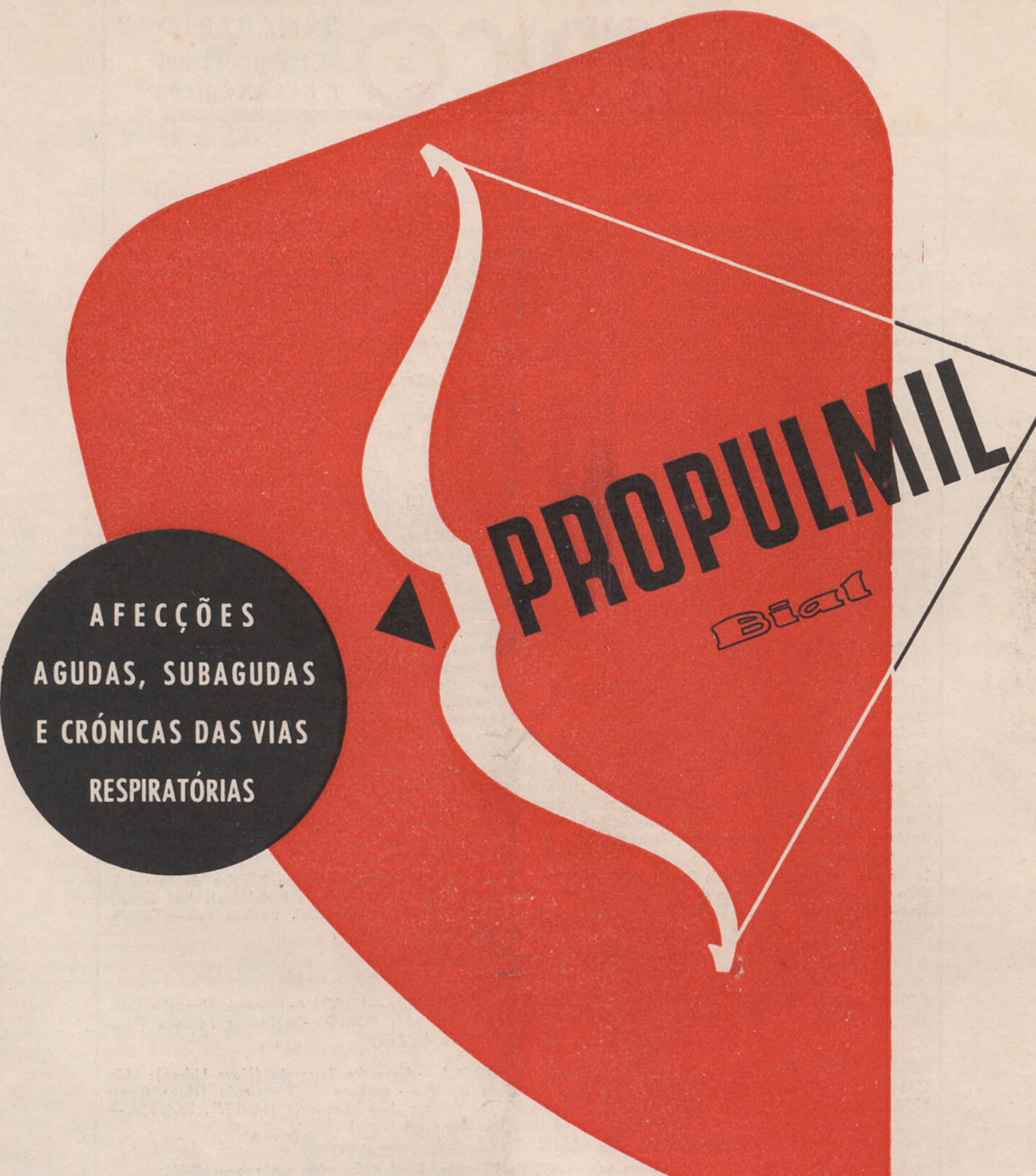
Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com as duas revistas «Acta Endocrinologica Iberica» e «Acta Gynæcologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

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



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

PROPULMIL
Bial

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

SUPPOSITÓRIOS

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

SUPPOSITÓRIOS

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.