

# O MÉDICO

SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 153  
5 de Agosto de 1954

DIRECTOR E EDITOR:  
**MÁRIO CARDIA**

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

UMA CONCEPÇÃO ORIGINAL  
EM TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA!

## OMNACILINA AZEVEDOS

### 3 ACÇÕES CONJUGADAS:

- Antibiótica específica
- Imunizante inespecífica
- Modificadora do terreno

*Injectavel*

#### APRESENTAÇÃO

INFANTIL — 150.000 U. O. de Penicilina  
NORMAL — 400.000 U. O. de Penicilina  
FORTE — 600.000 U. O. de Penicilina  
FORTÍSSIMA — 800.000 U. O. de Penicilina

em caixas de 1, 3, 5 e 10 doses

*Rectal*

#### APRESENTAÇÃO

INFANTIL — 300.000 U. O. de Penicilina  
ADULTOS — 500.000 U. O. de Penicilina



## LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

### SUMÁRIO

	Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
VASCO DA COSTA e ALMEIDA — <i>Traumatismos vertebrais com lesões mielo-radulares</i> .....	659	<i>O Ensino Médico na Suíça</i> — J. M. PACHECO DE FIGUEIREDO .....	541
JOSÉ AUGUSTO RIBEIRO GRAÇA — <i>A mortalidade geral e por algumas doenças infecciosas, em Portugal Continental</i> .....	662	<i>Ecos e Comentários</i> .....	544
MOVIMENTO MÉDICO — <i>ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS</i> — Estado actual da vacinação pelo B. C. G. e os problemas que se apresentam sob o ponto de vista bacteriológico e clínico .....	674	<i>Celebração do Dia do Patrono no Hospital de Santo António</i> .....	546
		<i>Liga Portuguesa de Profilaxia Social</i> — COSTA SACADURA .....	554
		<i>Noticiário diverso.</i>	

# UM NOVO PRODUTO



*para tratamento da dermite seborreica do couro cabeludo*

*... o prurido e a «caspa» são eliminados  
na maioria dos casos*

\* Após anos de pesquisas apareceu um novo produto para o tratamento da dermite seborreica do couro cabeludo: «SELSUN» suspensão de sulfureto de selênio. As suas vantagens são: eficácia quanto ao desaparecimento das películas de «caspa»; diminuição, muitas vezes imediata, do ardor e da comichão; notável simplicidade de aplicação; extenso campo de actividade que vai desde a simples «caspa» até às dermatites seborreicas graves. Ressalta ainda o facto de que o «SELSUN» é um medicamento especializado e, como tal, destinado a ser aviado apenas mediante receita médica.

\* Os melhores resultados são alcançados após 4 a 8 semanas de aplicação. Para os manter é suficiente a aplicação posterior com o intervalo de 1 a 4 semanas. Em regra o prurido e o ardor desaparecem a seguir às duas ou três primeiras aplicações. Os investigadores médicos (1) (3) que fizeram o estudo do «SELSUN» em 400 doentes relatam o desaparecimento dos sintomas da doença em 92 a 95 % dos casos de «caspa» simples e em 81 a 87 % dos de dermite seborreica. Muitos destes casos não tinham cedido aos tratamentos anteriormente ensaiados. É prático na aplicação e utiliza-se durante a lavagem habitual do cabelo. Elimina-se pelo enxaguamento, e não é gorduroso. Evita assim complicados processos de aposição e remoção. Deixa a cabeça limpa, inodora e não produz manchas indeléveis nas roupas.

\* Os estudos realizados para avaliação da sua toxicidade (1) (2) demonstraram que o «SELSUN» usado externamente e como se recomenda é desprovido de acção tóxica. Está à venda nas farmácias, em frasco com 120 c. c.

## SELSUN

(MARCA REGISTRADA)

*Suspensão de Sulfureto de Selênio (Abbott)*

### REFERÊNCIAS:

1. Slinger, W. N., and Ubbard, D. M.: (1951), Arch. Dermat. & Syph., 64: 41, July.
2. Slepian, A. H. (1952), Ibid., 65: 228, February.
3. Ruch (1951), Communication to Abbott Laboratories.

ABBOTT LABORATÓRIOS, L.<sup>DA</sup>

RUA JOAQUIM ANTÓNIO DE AGUIAR, 43, R/C - LISBOA - PORTUGAL

HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO—PORTO

Serviço de Ortopedia e Traumatologia  
(Director: Dr. Luís Carvalhais)



# Traumatismos vertebrais com lesões mielo-radiculares

VASCO DA COSTA E ALMEIDA

Entre os muitos assuntos que a traumatologia nos oferece, este, reveste-se duma importância notável, quer já, pelo número de doentes com traumatismos vertebrais acompanhados de lesões mielo-radiculares, quer já pela gravidade destas lesões, e principalmente, por que o futuro do doente depende, sobretudo dos primeiros cuidados que tivermos com ele, desde o momento do acidente — a maneira como o recolhemos do solo, o seu transporte, a cama em que deve repousar, os cuidados do aparelho urinário e digestivo, etc., etc.

Podemos dizer, que a maioria das fracturas vertebrais, acompanham-se de lesões medulares ou radiculares, cujo tratamento, tanto imediato como subsequente, tem uma importância evidente. Por isso mesmo ponho na minha palestra, todo o interesse em vos falar das fracturas ou luxações da coluna, associadas a lesões medulares, não entrando na descrição das fracturas simples, que, duma maneira geral, são as mesmas das outras regiões do esqueleto.

Não quero dizer que possam ter menos importância, ou o traumatizado, nos mereça menos atenção; se o tratamento não for feito correctamente de início, semanas ou meses o doente aparece com uma cifose progressiva, produzida por compressão do corpo vertebral e por vezes com perturbações neurológicas.

Julgo que devo em primeiro lugar muito resumidamente falar do mecanismo pelo qual se produzem as lesões da coluna e a forma como aparecem as lesões neurológicas.

No homem a coluna adopta uma posição única na escala zoológica, fundamental para a sustentação da actividade erecta; por este facto fica mais exposta aos traumatismos, directos ou indirectos, grandes ou pequenos, limitados à própria estrutura osteo-articular, ou por variados mecanismos, de acção mais ou menos directa, atingindo a substância nervosa que contém.

A natureza e a sede das lesões osteo-articulares depende do ponto de aplicação do traumatismo, da sua direcção, da sua intensidade e da posição da coluna no momento em que é lesada.

A coluna pode ser lesada ao nível do ponto de aplicação do traumatismo; assim acontece quase sempre nas fracturas expostas, por bala, por arma branca, etc., ou ainda nas fracturas por percussão em que é fracturado o arco posterior. Mas a maior parte das vezes a fractura aparece longe do ponto de aplicação do traumatismo, num ponto que corresponde em geral a uma zona de maior mobilidade: — na coluna cervical em  $C_v$   $C_{v+1}$  e na região dorso-lombar em  $D_{xii}$   $L_2$   $L_3$ .

É por exemplo, um indivíduo que cai sobre os calcanhares; se a coluna estiver na sua posição normal, pode produzir-se uma fractura por esmagamento vertebral. O traumatismo pode actuar obliquamente ao eixo da coluna, e produzir uma hiperflexão ou uma hiperextensão forçada. Por vezes, o trauma é um mecanismo complexo, como acontece na maior parte dos casos de acidente de viação.

De todos estes mecanismos o mais frequente é o de hiperflexão.

Em esquema poderíamos resumir a três tipos fundamentais, as lesões vertebrais:

- A — Fractura do arco posterior;
- B — Fractura por esmagamento;
- C — Fractura-luxação com deslocamento de uma vértebra para diante, acompanhando a coluna supra-jacente a vértebra luxada.

A fractura do arco posterior, é pouco frequente e aparece sobretudo em traumatismos directos. A fractura por compressão surge quando a coluna é sujeita a uma força que se exerce no sentido do seu eixo.

A fractura-luxação, é quase sempre muito grave, pois pode provocar a obliteração do canal e secção medular. É muito frequente na coluna cervical.

Acontece por vezes que a luxação não é suficiente para fazer a compressão medular, no entanto a gravidade pode estar na compressão ou em traumatismos repetidos do bordo postero-superior da vértebra subjacente à luxada, sobre a artéria espinal anterior.

Além das lesões ósseas, os traumatismos, provocam roturas ligamentares, sendo os mais frequentemente atingidos, os supraespinhosos, os intraespinhosos, os amarelos e os capsulares. Os ligamentos vertebrais comuns anteriores ou posteriores, apenas são atingidos nos traumatismos violentos.

Vejamos agora, como é lesada a medula.

As lesões medulares podem ser devidas à acção contundente da estrutura óssea, ou podem ter outra origem.

Geralmente é a estrutura óssea a responsável pelo traumatismo medular. Pode acontecer que após um traumatismo vertebral, o doente apresente um síndrome de sofrimento medular, e contudo radiologicamente, não encontramos qualquer alteração esquelética. Até à pouco tempo este facto era explicado por uma luxação vertebral reduzida espontaneamente.

No entanto, sem excluir totalmente a hipótese exposta, parece-nos que a maior parte das vezes, o agente traumatizante é o disco intervertebral, violentamente impellido para trás, quando a coluna é sujeita a uma exagerada flexão.

Rompe-se a parte posterior do anel fibroso, e o núcleo é impulsionado de encontro à face anterior da medula; por outro lado os ligamentos dentados produzem um estiramento dos cordões laterais. Não devemos esquecer as lesões medulares nos traumatismos directos por arma branca, bala, etc.

As lesões medulares e sobretudo radiculares, podem ser feitas também pelos ligamentos amarelos, que por consequência de traumatismos, podem hipertroficar-se e dar alterações, sobretudo tardias.

Fora estes casos mais frequentes na prática, outros podem promover um sofrimento traumático medular: a electrocução e a deflagração dum explosivo, que poderiam provocar uma comoção medular ou mesmo uma hematomielia; a descompressão brusca, no mal dos escafandros, e até a elongação medular brutal nos enforcados ou em certas manobras obstétricas.

E agora que vimos quais as causas do traumatismo medular, procuremos saber, qual o mecanismo da produção das lesões medulares ou seja a patogenia das lesões medulares.

Este mecanismo depende evidentemente da própria causa do traumatismo, ainda que cada uma das causas enumeradas, possa lesar a medula de formas diferentes.

No entanto, qualquer que seja, todas levam ao mesmo fenómeno: interrupção mais ou menos completa e durável, do influxo nervoso nos feixes medulares, quer se trate duma verdadeira solução de continuidade ou somente inibição funcional.

Poderíamos dizer em resumo que a lesão máxima é a *secção da medula* — é aqui que a interrupção reveste o seu aspecto mais esquemático —; e, a lesão mínima, que para muitos autores é a não existência de lesão, seria a *concussão medular*.

Outros mecanismos de produção se podem descrever como por exemplo: a *compressão*, a *contusão*, a *elongação*.

A *compressão simples* da medula, resulta dum projectil, dum fragmento ósseo, dum hematoma justa medular (hematorráquico); pode provocar inibição medular funcional, sem alteração histológica. No entanto há quase sempre alterações vasculares profundas — déficit de irrigação — mielomalacia com ou sem hematomia.

Outras vezes a compressão é devida a uma hérnia discal.

A *contusão* resulta dum traumatismo que provoca uma lesão relativamente superficial, não há penetração ou secção. A *elongação* é raro.

Propositadamente deixei para o fim o problema da *comoção*, cuja patogenia, tem sido muito discutida.

Para certos autores, resultaria dum choque directo sobre o raquis com ou sem fractura; a *comoção* resultaria do abalo mais ou menos violento da medula, da vibração determinada pelo choque.

Para outros, seria um problema de vasopatia traumática. No entanto parece-nos mais lógico comparar a patogenia da *comoção* medular com o de *comoção* cerebral. Poderíamos dizer que uma hiperpressão do líquido céfalo-raquidiano, transmitindo-se através das bainhas de Virchow-Robin, na profundidade do tecido nervoso, provocavam ao mesmo tempo, lesões vasculares e perturbações físico-químicas moleculares das células nervosas (Erichsen).

E nisto, julgo resumir a patogenia das lesões medulares.

Não tem interesse neste trabalho tratar pormenorizadamente do aspecto patológico da medula, ou seja das alterações produzidas por este ou por aquele mecanismo; basta que as aponte. Essencialmente são três: edema, mielomalacia e hematomia; podemos acrescentar as lesões degenerativas secundárias, e certas lesões a distância.

Duma maneira geral podemos dizer que em qualquer das formas de lesão medular já apontadas, podemos descrever qualquer dos tipos de lesões anatómicas citadas.

### EXAME CLÍNICO

O quadro clínico duma lesão medular transversa é tão característico que o seu diagnóstico é fácil; constitue para nós dificuldade distinguir um síndrome clínico dependente, duma lesão funcional, portanto temporária, ou duma lesão definitiva e por isso mesmo irreversível.

O síndrome clínico da lesão transversa completa é constituído pela perda total da motilidade, da sensibilidade e de todos os reflexos abaixo do nível da lesão, com abolição do controle dos esfíncteres rectal e vesical. O único reflexo que pode persistir é o da flexão plantar do dedo grande do pé e pode ainda, dependendo da inervação simpática, existir sensibilidade dolorosa abaixo do nível da lesão.

Em mais de 70 % dos casos, meus senhores, um doente nestas circunstâncias, tem um síndrome neurológico de secção total da medula.

Quando o exame radiográfico nos mostra uma obliteração completa do canal, quase podemos garantir o diagnóstico; por vezes o diagnóstico não se pode fazer ao primeiro exame, pois na radiografia não encontramos alterações esqueléticas, ou se existem não justificam o síndrome medular. Só os exames repetidos, só a evolução do sofrimento medular, poderão esclarecer a nossa dúvida. Nos casos de evolução favorável, dependentes duma *comoção* medular ou de lesões discretas da medula, toda a sintomatologia regressa logo aos primeiros dias, e se não desaparecem ao fim de 3 a 4 semanas, então podemos considerar a lesão como definitiva.

O síndrome da lesão parcial é menos vulgar, e o quadro clínico de início pode ser quase inteiramente o mesmo; mas pode haver casos em que o síndrome de lesão parcial da medula, se apresente logo desde o início perfeitamente característico. No primeiro caso, depois de desaparecerem os efeitos do choque espinal, as melhoras aparecem progressivamente, e como bem compreendemos a recuperação fica relacionada com a intensidade e extensão das lesões, sem contudo ser total, ficando o doente com alguma espasticidade e discretas alterações dos reflexos, e das sensibilidades.

No 2.º caso o doente apresenta logo de início um síndrome de lesão parcial, por exemplo, nas feridas por arma de fogo ou de arma branca. Podemos encontrar um síndrome devido a

uma hemiseccção medular; na realidade, dificilmente a medula pode ser atingida de forma a podermos encontrar o síndrome de Brown-Sequard, pois a lesão ou excede ou não atinge exactamente metade da medula. Outras vezes há uma hematomia, e o sofrimento medular está relacionado com a localização e extensão da hematomia.

Nas lesões baixas, por participação das raízes da cauda, as alterações dependem do número de raízes atingidas, e como sabemos é tanto menor quanto mais baixo é a lesão.

### RADIOGRAFIA DAS LESÕES TRAUMÁTICAS DA COLUNA

O diagnóstico topográfico não oferece grande dificuldade por si e já porque isso pode ser facilitado pelo exame radiográfico que nos mostra com exactidão o nível da lesão, nunca esquecendo contudo que a lesão medular pode estender-se mais acima da lesão óssea.

Ao falar-vos da radiologia das fracturas e luxações da coluna, faço-o duma forma bem marcada, porque nem sempre os princípios fundamentais radiográficos, em doentes traumatizados da coluna, são respeitados.

Em esquema poderíamos dizer:

- 1) Todo o traumatizado da coluna, por insignificante que nos pareça necessita dum estudo radiológico.
- 2) A radiologia para ser útil, deve ser pedida à altura a que clinicamente corresponde a lesão.
- 3) É necessário indicar as incidências próprias para individualizar uma fractura.

É preciso ter em conta que uma radiografia negativa, num indivíduo que tenha sofrido uma lesão traumática importante, não significa que não existe fractura. Podem existir micro-fracturas, isto é fracturas trabeculares que radiograficamente, dificilmente se identificam. Outras vezes a fractura torna-se difícil de se reconhecer, pela sua localização.

Quando há suspeitas de fractura da coluna é necessário obter-se pelo menos uma radiografia de face e outra de perfil, dos dois lados da preferência, pois assim podemos ver as fracturas das lâminas; muitas vezes devemos obter radiografias com a coluna em rotação, para estudarmos as apófises articulares e as articulações apofisárias.

Convém chamar a atenção para as radiografias da coluna lombo-sagrada; a acumulação de gases e fezes intestinais, tornam difícil a observação. Estaria indicado fazer-se um clíster de limpeza.

### COMO SE DEVE VER UMA RADIOGRAFIA?

Em primeiro lugar, é conveniente observar a disposição geral do segmento da coluna lesada, e ver se esta mantém as suas curvaturas normais.

Devemos observar a disposição dos bordos posteriores dos corpos vertebrais, porque a sua linha é um claro indício, se existe ou não uma luxação; o mesmo podemos fazer seguindo a disposição das apófises espinhosas.

Deve atender-se à relação entre os corpos vertebrais entre si, o espaço intervertebral, a disposição que toma e se conserva a amplitude respectiva. Vemos a deformação das vértebras, a existência de traços de fractura ou de fragmentos soltos, etc.

As fracturas podem ser ainda nas apófises transversas ou nas apófises espinhosas.

Quando se estuda a apófise odontóide, é necessário lembrar que às vezes a projecção do espaço claro entre os dois incisivos pode ser tomado por um traço de fractura.

Interessa-nos observar o canal raquidiano; este pode estar completamente obliterado, ou pela vértebra luxada ou pelo arco posterior; muitas vezes a luxação não é completa e há apenas diminuição do lume; pode haver ainda diminuição, quer por fractura dos corpos vertebrais, com esmagamento e triangulação do corpo vertebral, por um fragmento solto, e ainda por projecção do disco intervertebral para trás. Neste caso, não existem sinais directos na radiografia; por exemplo na coluna cervical, onde mais frequentemente encontramos lesões deste tipo, veríamos uma rectificação da lordose e um estreitamento do espaço intervertebral.

## TRATAMENTO

O tratamento correcto dum traumatizado da medula é muito complexo. De facto o doente necessita dos esforços conjugados e mesmo coordenados de diferentes especialistas: neurologista, neurocirurgião, ortopedista, cirurgião, urologista, fisioterapeuta, etc., etc., não esquecendo o pessoal de enfermagem, convenientemente especializado.

Esta equipa tem que funcionar em harmonia, sob a direcção de um deles, julgo eu, não importa de qual.

Nestas notas ocupar-me-ei do tratamento que de início pode colocar o traumatizado ao abrigo de graves perigos.

A orientação dominante do nosso programa deve visar especialmente o seguinte:

- A — Evitar as consequências do choque traumático sob o tónus neuro-vegetativo.
- B — Cuidar das perturbações por vezes precoces da nutrição geral.
- C — Tratar as perturbações do funcionamento urinário e intestinal, muito especialmente o perigo da distensão vesical e da infecção.
- D — Prever o aparecimento muitas vezes rápido das complicações tróficas cutâneas.

De momento ocupar-me-ei dos primeiros cuidados, daquelas medidas ou precauções a ter, com o traumatizado desde as primeiras horas.

Assim devemos cuidar especialmente:

- 1) Condições de transporte do ferido e mobilização deste.
- 2) Estado de choque;
- 3) Respiração
- 4) Retenção urinária e perturbações intestinais;
- 5) Ameaça de ulcerações tróficas.

Vamos passar em revista cada uma destas medidas:

## 1) Transporte do ferido.

No transporte do ferido, devemos sobretudo evitar qualquer movimento intempestivo, que possa provocar ou agravar as lesões medulares — muito especialmente os movimentos de rotação ou de flexão do ráquis. Para levantar o doente devemos proceder da seguinte forma: colocamos a maca, no mesmo nível do doente e este é deslizado suavemente; esta manobra é feita com uma pessoa segurando e traccionando a cabeça, de forma a mantê-la bem direita, outro ajudante pegando nos pés e um terceiro segurando as roupas, arrasta o traumatizado suavemente para cima da maca.

Quando o traumatismo é do ráquis cervical, o decúbito dorsal é preferível, podendo colocar-se debaixo da espádua uma traveseira e para a cabeça não rodar, dois rolos laterais. No caso de vômitos, poderíamos pôr o doente em decúbito ventral.

Para a coluna dorsal ou lombar poderíamos manter o doente em decúbito ventral, que coloca a coluna em ligeira extensão.

Os mesmos cuidados são necessários, quando se fizer o exame do traumatizado ou quando se transporta este ao R. X ou para a mesa de operações.

## 2) Estado de choque

Por vezes é pouco aparente, em relação à gravidade do traumatismo, mas nem por isso, deixa de ter tratamento urgente.

Os traumatismos da região lombar podem agir sobre as glândulas supra-renais, cuja inibição provocaria uma forte hipotensão e agravaria os efeitos da comoção medular.

A nossa interferência será remediar a carência hormonal aguda, injectando acetato de desoxicorticosterona, ou recorrer à adrenalina ou efedrina; podemos usar os analécticos cárdio-vasculares e respiratórios, injeções canforadas e utilizar poções tónicas.

As transfusões de sangue só estariam indicadas em casos de extrema urgência ou no caso de se pensar na intervenção cirúrgica.

## 3) Respiração.

Quando se trata dum traumatismo da região cervical ou dorsal alta, a respiração deve ser cuidadosamente estudada.

Em casos de lesão cervical alta, a paralisia frénica pode exigir o pulmão de aço. Nos traumatismos da região dorsal, a anoxémia pode ser uma causa de morte rápida: a paralisia dos intercostais reduz a acção do diafragma que passaria a funcionar como um pistão mobilizando-se um cilindro cujas paredes perderam a sua rigidez. Num caso destes é necessário aplicar à volta do tórax um enfaixamento adesivo e compressivo e em certos casos fazer mesmo oxigenoterapia.

## 4) Perturbações urinárias e intestinais.

O cuidado da bexiga do paraplégico é um dos problemas mais importantes. O tratamento resume-se fundamentalmente em duas coisas:

- A — No caso de secção medular incompleta, o objectivo máximo é a restituição integral da função urinária.
- B — Se há secção medular total, a nossa finalidade é conseguir uma bexiga reflexa, que mantenha uma capacidade adequada, com uma possibilidade de esvaziamento rítmico útil.

De qualquer maneira a nossa preocupação é evitar o risco de distensão vesical e da infecção.

Para evitar a infecção, devemos dar ao doente sulfamidas ou melhor ainda, qualquer dos antibióticos conhecidos.

Para evitar o risco da distensão vesical, podemos usar os seguintes meios, alguns deles postos hoje de parte:

- 1) Citostomia perenial;
- 2) Expressão manual da bexiga;
- 3) Cateterismo uretral intermitente;
- 4) Citostomia supra-púbica.

E, por fim, o método que usamos com grandes resultados: cateterismo uretral, com sonda permanente, combinado a um processo de irrigação e evacuação intermitente.

Este processo é descrito por Munro que idealizou um aparelho para sua utilização prática.

Segundo Munro, até chegarmos a uma bexiga-reflexa, esta passa por várias fases:

- 1) *Bexiga atona* — a seguir ao traumatismo a bexiga está paralizada sem nenhuma possibilidade de reflexos; o esfíncter interno está fechado e o externo paralizado.
- 2) *Bexiga autónoma* — entram em actividade os mecanismos autónomos, intra-parietais e notam-se algumas contracções ineficazes.
- 3) *Bexiga hipertónica* — nesta terceira fase notam-se contracções repetidas.
- 4) *BEXIGA REFLEXA* — nesta altura uma certa repleção, produz uma contracção da musculatura parietal, acompanhada de dilatação do esfíncter interno e passagem da urina. Isto significa que o doente, ainda que independentemente da sua vontade, pode controlar o conteúdo vesical, esvaziando a sua bexiga regularmente de tantas em tantas horas.

Convém não esquecer, que pode ser de grande utilidade, fazer um exame de urinas, no qual se procurará, elementos anormais, a investigação do P. H. e a existência de gérmens.

Se o indivíduo for diabético, estaria pois contraindicada a administração do soro glusado hipertónico; a investigação do P. H. da urina, pode-nos fazer pensar ou não na formação de cálculos; o conhecimento da existência de gérmens, permite-nos, combater a infecção, com os antibióticos indicados para cada caso.

A perturbação intestinal consecutiva a um traumatismo, é o íleos paralítico. Num doente com um íleos paralítico é de regra a utilização duma sonda retal. O meteorismo retal é particularmente grave nos traumatismos cervicais com paralisia do diafragma.

Em geral a paralisia intestinal desaparece, ficando uma

perturbação de defecação quer em incontinência, quer em retenção.

Como tratamento, além da sonda retal e lavagens diárias, podemos fazer a administração de prostigmine, extractos post-hipofisários, soro cloretado isotónico, etc.

\*

A parte final da minha palestra reservo-a ao assunto mais discutido: *tratamento ortopédico e tratamento cirúrgico do traumatizado*.

Há uma considerável divergência de opiniões no que diz respeito às indicações operatórias, ou conservadoras nos traumatismos da coluna com lesões mielo-radiculares. Uns indicam a intervenção, ao contrário outros são conservadores. Nos primeiros, há ainda quem proponha a intervenção imediata, e outros esperam que passe a fase de choque; há ainda quem aconselhe a exploração cirúrgica, até naqueles casos de lesão total da medula.

Qualquer das ideias não está livre de críticas e têm os seus defensores. Parece que a grande maioria dos autores estão de acordo nas intervenções, quando das lesões da cauda equina, pois as raízes da cauda possuem um enorme grau de regeneração; a própria intervenção pode ser realizada mesmo passadas algumas semanas ou meses.

Muito resumidamente poderíamos propor as seguintes indicações operatórias precoces nos traumatismos da coluna:

- 1) Uma história de sinais neurológicos progressivos.
- 2) Fracturas expostas das vértebras.
- 3) Nítida invasão de fragmentos ósseos sobre o canal espinal, ao exame radiográfico.
- 4) Manobra de Queckeustedt, que demonstra um bloqueio completo.
- 5) Luxações com bloqueio das apófises articulares.

De facto um síndrome de secção completa, cujo estudo radiográfico nos mostre uma luxação ou uma fractura, que faça

obliteração completa do lume do canal, não me parece haver qualquer vantagem em fazer a exploração cirúrgica. Se a obliteração não for completa, podem submeter a coluna a uma extensão, e fazer novas radiografias e a prova de Queckeustedt. Se houver bloqueio poderíamos tentar a laminectomia; se não houver bloqueio, seguiríamos o tratamento conservador.

Nas lesões medulares incompletas o estudo radiográfico, mostra-nos apenas alterações discretas. Há quem indique fazer uma tracção vertebral e uma punção lombar com a prova de Queckeustedt. Se uma nova radiografia que tiramos, mostrar o canal raquidiano livre e não existirem sinais manométricos de compressão, não se deve operar, a não ser se posteriormente os sinais neurológicos se agravarem.

Caso a prova de Queckeustedt indique bloqueio, é muito natural tratar-se duma compressão medular por um disco intervertebral, e então há necessidade de intervenção.

Uma outra indicação, a que já me referi: é a luxação com bloqueio das apófises articulares. Muitas vezes a luxação pode reduzir, mas quando há encravamento das apófises, só cirurgicamente conseguimos a redução.

Muitas vezes é preferível deixar a luxação por reduzir, se esta for pequena e não der sinais de compressão medular; o resultado anatómico é mau mas o funcional é razoável.

Numa simples palestra, difícil seria tratar um assunto tão vasto e tão complexo e de tanto interesse, como este.

Não se poderia fazer mais que uma revisão do assunto, num estudo resumido.

No entanto algumas noções práticas, de interesse nuns Serviço de Urgência, aqui foram assinaladas. De resto, não constituíram novidade. Talvez eu as repetisse pela vigésima vez!

E se assim foi, não calculam a minha satisfação, pois diz Ramalho Ortigão: «aos portugueses é preciso repetir vinte vezes, para começarem a ouvir!»

(Palestra realizada no Hospital de Santo António  
— dia 20 de Maio de 1954.

## A mortalidade geral e por algumas doenças infecciosas, em Portugal Continental

JOSÉ AUGUSTO RIBEIRO GRAÇA

(Continuação do número anterior)

Os dados referentes à «sífilis», só aparecem nas nossas estatísticas demográficas em 1931, e só em 1952 surge a rubrica «poliomielite aguda».

Vê-se que, nalgumas rubricas, as oscilações no decorrer dos anos são muito acentuadas, e os valores extremos atingidos, muito distantes, o que sobretudo se filia nas características endemo-epidémicas dessas doenças. Atente-se por exemplo, no valor de 53.975 óbitos causados em 1918 pela gripe, quando os óbitos por esta doença, raramente atingem os 2.000 por ano.

Com a varíola, notam-se acentuados surtos epidémicos, o último em 1932, e todos os outros anteriores a 1921.

Dum modo geral, a análise dessa longa lista, revela-nos acentuada melhoria com o decorrer dos anos, sobretudo no respeitante às duas últimas dezenas de anos. Os progressos da Medicina e da Higiene, foram progressivamente tornando as estatísticas menos sobrecarregadas sobretudo no que respeita a certas doenças infecciosas, que tantos estragos noutros tempos causavam, como a peste, a varíola, o cólera, febres tifóides, etc.

Evidentemente que, quanto às cifras mais antigas, como as referentes às febres tifóides (salmoneloses) por exemplo, há que não esquecer que estas, forçosamente, hão-de estar desvirtuadas pelas maiores dificuldades diagnósticas de então, quando, por menor desenvolvimento da Bacteriologia, por apoio menos

amplo do Laboratório, etc., nem sempre era possível, com a precisão de hoje, rotular a doença.

Enquanto que, em 1902 morreram 788 pessoas pela febre tifóide (e terão na realidade morrido muitas mais, se atentarmos na observação anterior), morreram 142 em 1952; para o tifo exantemático, a relação é de 65 óbitos em 1902, para zero óbitos em 1952, e já mesmo em 1951; para as febres intermitentes (paludismo), encontramos 654 óbitos em 1902, e 17 em 1952; quanto à varíola, 715, e 1, respectivamente. E 1370 e 116, para o sarampo, 44 e 25 para a escarlatina, 935 e 305 para a tosse convulsa, etc., etc.

Não restam pois dúvidas de que, nalguns capítulos, em muitos, a melhoria conseguida é de molde a deixar-nos satisfeitos, e tranquilos.

Mas é igualmente certo que, passados em revista, ano após ano, os números de algumas rubricas, através destas cinco boas dezenas de anos, com um triste panorama deparará o leitor, mesmo o menos atento: refiro-me aos altos valores atingidos, antes e agora, e durante todo o tempo que de permeio decorreu; refiro-me aos números que traduzem os óbitos por tuberculose, e por distúrbios digestivos, estes especialmente até à idade de dois anos. Refiro-me, enfim, aos dois grandes problemas de saúde pública, em Portugal: o da tuberculose e o da mortali-

**SUSPENSÃO ORAL - XAROPE**



# **PALMITATO**

DE  
**CLOROANFENICOL**  
**PARA USO INFANTIL**

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

## **TOSSE CONVULSA**

Meningites. Infecções urinárias. Varicela.  
Sarampo, rubéola e papeira.  
Infecções por cocos resistentes à penicilina.

# *Clorotifina*

**SUSPENSÃO ORAL**  
(Xarope)

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

Fácil administração — Idêntica actividade

**SABOR AGRADÁVEL**  
**PRODUTO SÁPIDO**  
e completamente absorvido pelo tracto digestivo.

**INSTITUTO LUSO-FARMACO — LISBOA**



REBITE POLIVITAMÍNICO DA RESISTÊNCIA ORGÂNICA

# VICOMBIL

Bial

## DRAGEIAS — XAROPE

VITAMINA A . . . 5.000 U. I.	VITAMINA B <sub>2</sub> . . . 0,002 g.
VITAMINA D <sub>2</sub> . . . 500 U. I.	VITAMINA B <sub>6</sub> . . . 0,003 g.
VITAMINA C . . . 0,075 g.	VITAMINA B <sub>12</sub> . . . 0,001 mg.
VITAMINA E . . . 0,01 g.	VITAMINA P. P. . . 0,02 g.
VITAMINA B <sub>1</sub> . . . 0,003 g.	ÁCIDO FÓLICO . . . 0,2 mg.
PANTOTENATO DE CÁLCIO . . . 0,005 g.	

Por drageia  
ou

Por colher das de sobremesa = 10 g.

Drageias: Frascos de 20 e de 50  
Xarope: Frascos de 100 e de 200 g.

**ESTADOS NORMAIS E PATOLÓGICOS: DESENVOLVIMENTO, ESFORÇOS FÍSICOS E INTELLECTUAIS, FADIGA, FALTA DE FORÇAS, ESGOTAMENTO, GRAVIDEZ, AMAMENTAÇÃO, PERTURBAÇÕES GASTROINTESTINAIS E ALIMENTARES, INFECÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS, CONVALESCENÇAS**

dade infantil, que continua a ter, esta, nos distúrbios digestivos uma das principais causas.

Há que lutar contra estes dois flagelos que tanto pesam nas nossas estatísticas obituárias; há que continuar a luta, sempre, sem desfalecimentos, até melhores resultados.

Na luta contra a tuberculose, que tantas vidas rouba ainda e à qual até há pouco pagávamos um tributo que excedia em cada ano a dezena de milhar de vidas, todos os esforços no sentido de atenuar as suas consequências de ordem demográfica, económica, e financeira, não serão demais. Maneje-se todo o arsenal terapêutico, aproveitem-se todas as possibilidades curativas, mas sobretudo, diminua-se a morbilidade, baixe-se o número de contagiados e contagiantes, sobretudo, faça-se medicina preventiva!

E ao encararmos a profilaxia da tuberculose, pensemos que ela é bastante mais do que o anacronismo profilático da desinfecção pelo formol!...

Mas deixemos por momentos estas considerações sobre assuntos de tanta actualidade, e recuemos uns largos anos, para vermos, dum modo muito sucinto, de quando datam os nossos conhecimentos, e o nosso interesse, por algumas das doenças infecto-contagiosas.

Quanto à sífilis por exemplo, que tão tardiamente fez a sua aparição nas nossas estatísticas, não obstante ter já sido *ofertada*, ou pelo menos difundida, pelos marinheiros de Colombo, cabe-nos uma honra especial: a de ter sido em Portugal, onde pela primeira vez em todo o mundo, se fundou uma clínica especial de sifilografia. Foi no Hospital de Todos-os-Santos, fundado em Lisboa, em Maio de 1492, hoje Hospital de S. José.

O espanhol Diaz de Ysla, quando ao serviço desse Hospital (séc. XV-XVI), publicou o primeiro tratado que se escreveu sobre sífilis, trabalho de muito mérito, a propósito do qual, diz Maximiano Lemos «que a sintomatologia da doença é exposta excelentemente e quase que em nada difere da que os melhores tratadistas modernos apresentam».

No séc. XVII, publica o sifilígrafo Madeira Arrais um tratado de doenças venéreas, o «Método de conhecer e curar o morbo gálico», e é interessante notar que este sifilígrafo aconselhava então as águas sulfurosas (Caldas da Rainha), como adjuvantes do tratamento da sífilis pelo mercúrio.

No séc. XVIII aparece, de Ribeiro Sanches, a «Dissertação sobre a origem da doença venérea».

Como se vê, este mal, que nos nossos dias ainda causa tantos estragos, que ainda leva tantas vidas e marca tantas outras, já há 4 séculos atrás merecia especial consideração.

A peste e o tifo exantemático são entre nós estudados no séc. XVI, e no séc. XVII, a varíola e o sarampo. Diga-se ainda, que a vacinação antivariólica é instituída em Portugal no séc. XIX, ano em que a terapêutica toma um grande incremento, em virtude dos numerosos estudos sobre farmacologia. O mesmo acontece, neste século, à hidrologia, à puericultura e à higiene.

As febres intermitentes foram pela primeira vez estudadas, no séc. XVIII, por Castro Sarmiento, e repare-se que para elas aconselhava já, o uso da quina.

O interesse pela higiene pública, nasceu com o «Tratado de Conservação da Saúde dos Povos», de Ribeiro Sanches, a quem Ricardo Jorge proclamou «pioneiro da higiene pública moderna».

No séc. XIX começam a aconselhar-se noções de medicina preventiva, sob a forma de «Avisos ao povo». Os vários trabalhos que então aparecem sobre medicina preventiva, são o estímulo para a organização sanitária oficial, tendo-se em 1813 criado uma *Junta de Saúde*.

Ainda no séc. XIX se fundam o Real Instituto Bacteriológico de Câmara Pestana, e a A.N.T., ambos a instâncias da Rainha D. Amélia; o Instituto Central de Higiene (Ricardo Jorge), a Escola de Medicina Tropical, etc.

Enfim, vêm de muito longe os nossos primeiros conhecimentos sobre algumas doenças. Mas Roma e Pavia...

É que o *estado adulto* é precedido da fase embrionária, e, nestas coisas da luta contra a doença, aquela é, tantas vezes, extraordinariamente longa!

Quantos os casos em que se perdem na poeira dos séculos os primeiros passos dados na luta contra determinado mal?

E volvidos esses séculos, tantas vezes o embate persiste ainda, autêntica luta de vida ou de morte!

É a eterna batalha entre o homem e a doença. Ambos os campos têm conhecido derrotas, e têm registado vitórias.

Mas vamos-nos afastando da essência do trabalho, com estas considerações um tanto filosóficas. Retomemos, pois, o fio da meada no ponto em que o deixamos, e vejamos resumidamente alguma coisa do que em Portugal se tem feito perante o nosso problema de saúde pública número um, a tuberculose, esse flagelo horrível que ainda ceifa em todo o mundo, mais de quatro milhões de vidas por ano, e que Ricardo Jorge considerava como «o mais jurado inimigo da vida colectiva».

O que tem sido então, em Portugal, a luta antituberculosa? Não deixa de ser interessante, num trabalho desta índole, referi-lo, ainda que seja focando unicamente os seus pontos principais.

Então pois.

A Assistência Nacional aos Tuberculosos foi criada em 1899 por iniciativa da Rainha D. Amélia, e então subsidiada por sócios.

O Governo porém, reconhecendo a sua utilidade, passa a subsidiar também a A.N.T., por lei de 17 de Julho de 1899, e para o mesmo fim lança contribuições sobre as municipalidades.

Por curiosidade acrescenta-se que essas contribuições, anuais, para as Câmaras de Lisboa e Porto, eram de 6.400\$000 reis e 3.000\$000 reis, respectivamente.

A luta antituberculosa tinha dados os primeiros passos. Data desta época também, a primeira estância sanatorial (cerca de 1889) criada em Portugal Continental, o «Clube dos Herminios», na Serra da Estrela, e em 1900 é inaugurado o primeiro Sanatório, em Outão. E em 1901, em Lisboa, o primeiro Dispensário antituberculoso.

Em 1902 cria-se o Dispensário de Bragança, e em 1903 os de Faro e Porto.

O segundo Sanatório é o de Carcavelos, em 1902, então com 26 camas. Note-se a particularidade de, neste mesmo ano, ter começado a funcionar no Instituto Câmara Pestana, um serviço gratuito de análises de expectoração, para pesquisa do B. K.

Em 1903 é finalmente encarada pelo Governo a questão da profilaxia da tuberculose, tornando-a doença de participação obrigatória, por um Regulamento, que diz no seu:

Art.º 1.º — «Todo o clínico é obrigado, sob pena de desobediência, a publicar qualquer caso ou óbito de tuberculose que na clínica observe, e logo que o observe, à autoridade sanitária do concelho em que este se der, seja qual for a sede da doença, pulmonar ou de outros órgãos».

E quanto não beneficiaria a saúde pública, se todos os clínicos cumprissem o preceituado neste artigo!...

E no parágrafo único do art.º 2.º — «O doente e as pessoas de família que com ele viverem, são obrigados a cumprir as medidas preventivas que lhes forem aconselhadas. Quando o doente e as pessoas de família não cumprirem estas medidas, a autoridade sanitária tomará as providências profiláticas que forem necessárias».

O art.º 12.º, é do teor seguinte:

«A Inspeção Geral dos Serviços Sanitários, fará proceder ao censo dos tuberculosos existentes no Continente do Reino e Ilhas Adjacentes à data de 1 de Janeiro de 1903».

Estavam assim, para a tuberculose, lançadas e regulamentadas as bases da profilaxia e da estatística demográfica.

O quinto Dispensário, abre depois em 1905, em Viana do Castelo, e em 1906 é inaugurado, construído pelo Governo, o Instituto Central de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

No ano seguinte começa a funcionar o Sanatório Sousa Martins, em 1909, o de Portalegre, com 18 camas, e em 1910 faz-se o Hospital de Repouso D. Carlos I (63 camas), que no entanto só em 1912 começou a funcionar.

Em 1911 publica-se um longo decreto, remodelando a organização da A.N.T.

Com o início da Grande Guerra, o ritmo das realizações abrandou. Essa emergência levou em 1917 à criação, em Lisboa, Porto e Coimbra, de «Juntas de Selecção», constituídas por médicos especializados no diagnóstico da tuberculose, e às quais sobretudo competia: «observar os recrutas suspeitos, antes da sua incorporação, e os mancebos da instrução militar preparatória; separar do exército e da armada todos os tuberculosos, aproveitar os pseudo-tuberculosos erradamente afastados do serviço militar, e exercer as demais atribuições que em aditamento ao presente decreto forem especificadas».

Não deixam de ser bastante curiosos, estes aspectos sucessivos da luta que com a tuberculose se vem travando, desde os fins do século passado.

A semente tinha germinado, e as raízes iam surgindo.

Assim, em 1916 foi iniciada a Assistência aos Ferroviários Tuberculosos, pelos Caminhos de Ferro do Estado, em que o art. 1.º da respectiva lei, reza assim: «É autorizado o Conselho de Administração dos C.F.E. a estabelecer um ou mais Sanatórios para tratamento de empregados ferroviários atacados pela tuberculose, podendo adquirir por dádiva ou por compra os terrenos necessários ou propriedades urbanas que para o fim reúnam as convenientes condições».

Os ferroviários tiveram o seu primeiro Sanatório logo em 1818, em S. Brás de Alportel, e outro em Paredes de Coura, em 1934.

Em 1924 é criado, pela Companhia dos Cam. de Ferro Portugueses, o «Fundo de Assistência dos Tuberculosos Ferroviários» com o qual foi possível construir-se em 1936, o Dispensário do Entroncamento (últimamente transformado em Dispensário de Higiene Social).

No Porto, abre em 1926 o Sanatório Rodrigues Semide, e no Porto ainda, cria-se em 1930 a A. T. do Norte de Portugal. Já em 1917 aí se tinha inaugurado o Sanatório Marítimo do Norte.

Só em 1927 o Estado inicia a acção assistencial e profiláctica, aos funcionários civis.

E em 1928, preceitua (art.º 6.º do Dec. 15.518 de 29 de Maio):

«De futuro, nenhum cidadão poderá ser nomeado funcionário público, sem que previamente apresente no Ministério a que se destine, três atestados médicos, em que se declare que o candidato tem robustez necessária para o exercício do cargo, e não sofre de tuberculose contagiosa ou evolutiva, etc.»

Em 1929 é criado em Coimbra um Hospital - Sanatório (actual Sanatório de Celas).

O Sanatório da Ajuda abre, com 100 leitos, em 1930.

Em 1929 já o Governo tinha reforçado as verbas consignadas aos serviços da tuberculose, «...de que o Estado até aqui (1929) por assim dizer se alheou, esse terrível flagelo contra o qual nos encontramos desprevenidos, muito embora, e sem dúvida em grande parte por esse facto, se desenvolva, alastre pelo País, mormente nos seus principais centros urbanos, por forma assustadora. E no entanto basta advertir, para que se avalie a grande importância que para o País representa neste momento a solução do problema da tuberculose, que essa doença, ao passo que as estatísticas revelam o seu notável decréscimo em quase todos os outros povos, entre nós, em Lisboa, apesar do seu auspicioso decréscimo de 1881 a 1913, de então para cá aumentou, propagou-se rapidamente, elevando-se a taxa obituária por tuberculose de 36 por cada 10.000 habitantes, que era em 1913, a 49,4 o que é verdadeiramente confrangedor. No Porto, a taxa de mortalidade mantém-se estacionária, o que aliás não é para nós tranquilizar, sendo ainda muito elevada: 46,2. Este fenómeno do aumento da taxa obituária por tuberculose é, como se disse, hoje quase peculiar no nosso País, pois em quase todos os outros da Europa e América as curvas da mortalidade geral e por tuberculose decrescem pelos progressos da higiene e pela luta intensa efectuada principalmente contra esta doença. Ora essa luta, de tão elevado alcance social, de tão urgente e palpitante actualidade, não tem sido mantida no País com a actividade que seria para desejar».

Era este o panorama, em 1929. Tétrico panorama ele era. Mas a luta, que começou a encarar-se duma maneira mais objectiva, prossegue, acesa, e vão-se conseguindo melhorar os resultados.

Em 1931, é nomeada uma Comissão encarregada de apresentar ao Governo um projecto de reorganização dos serviços de combate à tuberculose, e no mesmo ano cria-se em Coimbra o Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil, que abriu com 280 camas em 1935, e funda-se em Lisboa, por iniciativa particular, a «Associação Preventiva da Tuberculose na Infância».

Como se constata, vão-se subindo os degraus da penosa escadaria, ainda que nem sempre num ritmo desejável.

Assim, amplia-se em 1932 o Sanatório do Lumiar, e abrem-se os Dispensários de Viseu e Guarda, o Preventório da Parede, o Dispensário da Sabóia, e o Dispensário «Dr. Miguel Bombarda», em Lisboa. Em 1933 o de Abrantes, e em Lisboa

os Dispensários «Dr. Lopo de Carvalho (Pai)», e «Dr. António de Lencastre».

No ano seguinte, num esforço e ritmo louváveis, são os de Tortozendo, Covilhã, Barreiro, Aveiro, Vila Real, Santarém, Castelo Branco e Beja, e em 1935 os de Leiria, Chaves, Alcobaca, Elvas, Moura, Macedo de Cavaleiros, e logo em 1936, os de Braga, Póvoa de Varzim, Estremoz, Matosinhos, Sangalhos, Águeda, Marinha Grande, Miranda do Corvo, Campo Maior e Anadia.

De 1937 a 1943, esta lista é enriquecida, com mais dezanove preciosos Dispensários, no Porto, Barcelos, Caldas da Rainha, Ferreira do Alentejo, Figueira da Foz, Tomar, Lamego, Setúbal, Nazaré, etc.

Em 1944 a A.N.T. dispõe, no total, de 1.365 leitos, número ainda insuficiente, é certo, mas digno de registo.

Em 1935 tinha sido publicado o «Regulamento da Assistência aos Tuberculosos do Exército», a qual em 1917 começou a ser regulada. A Assistência aos Tuberculosos da Armada, começou mais tarde a ser regulamentada, em 1926.

Assim se tem lutado, dum modo geral, contra a tuberculose no nosso País, havendo ainda a considerar, como órgãos dessa luta, bastantes empresas particulares, criadas com o fim de tratamento de doentes que podem pagar, como sejam, a Estância Climática do Caramulo, o Sanatório de Paredes, o de Valadares, a Clínica de Montachique, etc., etc.

Em 1945 cria-se o I.A.N.T.

E sensivelmente dentro destes moldes e deste ritmo a batalha tem continuado, até aos nossos dias. De facto, de então para cá, muito se tem valorizado o nosso armamento antituberculoso.

Em 1945 cria-se o I.A.N.T.. E sensivelmente dentro destes moldes e deste ritmo a batalha tem continuado, até aos nossos dias. De facto, de então para cá, muito se tem valorizado o nosso armamento antituberculoso.

Referimo-nos sobretudo aos alvares da nossa luta contra a peste branca, ao ritmo incerto que a caracterizou durante as primeiras duas ou três dezenas de anos, e parámos, por suficiente elucidação, cremos, na altura em que se teria estruturado a ideia de que esse ritmo entrou depois numa fase mais uniforme e mais acelerada, e o julgamos com uma velocidade adquirida cuja inércia não deixa facilmente pressupor, paragens ou retrocessos.

O que hoje então possuímos, será o suficiente?

Não, o que temos, o que conseguimos, está ainda à quem do suficiente. Os dados estatísticos dizem-no, dum modo incontra-verso.

Em 1944 dizia, com a sua reconhecida autoridade no assunto, o Dr. J. Rocheta:

«É necessário desenvolver e alargar o que existe em Portugal, em matéria de luta contra a tuberculose, para decoro e salvaguarda de todos nós.

...Em Portugal a luta antituberculosa não é, nem de longe, o que devia ser e é necessário que o seja. Para tanto, basta citar o número de óbitos por tuberculose (todas as formas), que se verificam no nosso País nos últimos anos, e compará-lo com o número de camas hospitalares e sanatoriais que possuímos, para se ver a desproporção.

...Ora ainda que a mortalidade tuberculosa, quer pela teoria da imunidade específica adquirida, como pensam uns, quer pela teoria da selecção natural por sobrevivência dos mais resistentes, como pensam outros, quer finalmente pela tese de que todas as doenças infecciosas têm em si a tendência natural para o declínio, uma vez atingido o seu cume máximo, como pensam terceiros, tenha realmente diminuído na maioria dos povos civilizados, embora com uma diferença sensível contra a tuberculose, em relação, por exemplo, com a febre tifóide, sarampo, escarlatina e a difteria, cuja mortalidade desde o princípio deste século se reduziu para um quarto, enquanto aquela se reduziu apenas para metade, nós ainda sofremos em Portugal uma tal mortalidade, mesmo que esta se encontrasse entre nós já na sua fase descendente, que a organização da luta antituberculosa é um dever de tal ordem imperativo, que não há que fugir-lhe».

E mais adiante:

«Não importa por isso que a curva da mortalidade esteja na sua fase descendente, tão alto tinha chegado o vértice da sua fase ascendente; de resto, analisada a velocidade de declínio entre nós, verificamos que esta é talvez menor do que a verificada nos outros países.

No nosso País a mortalidade tuberculosa cresceu sempre

# ACÇÃO ANTIBIÓTICA COM REFORÇO DAS DEFESAS NATURAIS

## IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE DE PNEUMOCOCOS,  
MICROCOCOS CATARRAIS, ESTAFILOCOCOS, ESTREPTOCOCOS,  
ENTEROCOCOS, B. DE PFEIFFER E B. DE FRIEDLANDER.

## IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + DIHIDROESTREPTOMICINA +  
LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE DE PNEUMOCOCOS, MICROCO-  
COS CATARRAIS, ESTAFILOCOCOS, ESTREPTOCOCOS, ENTEROCOCOS  
B. DE PFEIFFER E B. DE FRIEDLANDER.

### APRESENTAÇÃO:

#### IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA

#### IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA + 0,25 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA (INFANTIL)

Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA

Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA

Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA

Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA + 1 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA (FORTE)

A CADA FRASCO CORRESPONDE UMA AMPOLA  
DE LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

CAIXAS DE 1, 3, 5 e 10 DOSES

**LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.**

C. CORREIO VELHO, 8 - LISBOA

DEPÓSITO EM ANGOLA: JALBER, L.<sup>DA</sup> - CAIXA POSTAL, 710 - LUANDA

*Nos estados*

*diarreicos*

# TANALMICINA

GELEIA DE SABOR AGRADÁVEL

Dihidroestreptomicina

Ftalilsulfatiazol

Tanato de albumina

Pectina

Vitamina K

Frasco de 90 grs.

IBERFAR



DEPOSITÁRIOS: FERRAZ, LYNCE, LDA.—TRAV. DA GLÓRIA, 6-2.º—LISBOA

até 1930, ano em que iniciou o seu declínio, sendo a velocidade deste, calculada pela diminuição daquela verificada de 1930 a 1940, de 19,8 %, enquanto que, por exemplo para a Dinamarca, os Estados Unidos, a Holanda e a França, a diminuição dos últimos 30 anos tem atingido valores de 67,8, de 66,8, de 63,3 e de 38,4 %.

A fase descendente, como de resto era natural atendendo ao que sucedeu na outra Grande Guerra, logo em 1940 se inverteu, e de descendente se transformou em ascendente.

...Por tudo o que acabamos de expor, se vê a necessidade de um imediato e mais amplo enriquecimento do nosso meio, de todos aqueles elementos que constituem a luta antituberculosa, que deve ser organizada completa e totalmente sem o que tudo o que se fizer, sofre um desgaste incomparavelmente maior do que o seu rendimento próprio.

...Mas não basta construir dispensários, erguer sanatórios e organizar colónias post-sanatoriais: é indispensável instruir e preparar técnicos: médicos e enfermeiras-visitadoras.

E não se diga que esta tarefa é incomparavelmente mais fácil e mais simples do que aquela; aqueles serão o que forem estes, e estes para que aqueles sejam verdadeiramente eficientes, precisam de estar à altura da sua missão».

Não resistimos à tentação de transcrever ainda:

«A luta antituberculosa realiza-se não só quando se isola, e se trata o doente tuberculoso... Aquela realiza-se também pela profilaxia.

...Profilaxia no sentido mais lato faz-se com a construção de vivendas saudáveis, com a melhoria dos salários, e a defesa apropriada das condições de trabalho, com a boa distribuição dos alimentos, com as escolas ao ar livre, com os desportos bem regulamentados e também e muito, pela instrução, pela propaganda na escola, pelo cinema, pela radiofonia, meios que infelizmente pouco ou nada são usados entre nós. Todavia ao lado destas medidas gerais para todos, há que dirigir uma particular atenção para os mais especificamente dispostos para a aquisição da doença.

...Afastem-se, em primeiro lugar, as crianças dos casebres, dos meios imundos e desregrados, moral e socialmente, e dê-se-lhes sol para o corpo, ar puro para os pulmões, e exercício para os músculos; ensine-se-lhes a regra de bem viver, que elas depois recompensarão largamente a comunidade pelos sacrifícios que esta, por eles, tiver feito.

...Há que ir ao encontro do afectado pelo bacilo de Koch, para se evitar o mais rápida e precocemente possível, primeiro que o mesmo continue a ser fonte de contágio para os que o rodeiam, segundo que inicie imediatamente o *tratamento*».

O problema está assim tão bem posto, nas suas linhas gerais, e os conceitos que encerra, não obstante as estatísticas estarem menos sobrecarregadas, hoje ainda, têm tal actualidade, que não há lugar para comentários ou acréscimos.

E ficamos por aqui na transcrição de tão judiciosas considerações, síntese tão bem talhada, tão oportuna em 1944 e ainda hoje tão oportuna!

Não restam dúvidas realmente de que, analisando o que se tem feito, desde os primeiros tempos da luta antituberculosa, iniciada por Sousa Martins sob o patrocínio da Rainha D. Amélia, se conclue que o progresso é apreciável, mas pela análise e interpretação das estatísticas, facilmente se verifica também, que ainda muito falta fazer, tal é a amplitude, a vastidão e a complexidade do problema.

O mal é profundo, é extenso e complexo, com inúmeras repercussões. Para o debelar, como se disse, muito se tem feito, e bastante se fará ainda. E quanto ao que está feito não há que regatear aplausos, pelo que representa de boa vontade, de compreensão e de esforço.

Não é suficiente? Penitenciemo-nos por isso, mas façamos a justiça devida, ao que, neste campo, e dum modo geral em matéria de Saúde Pública, se tem realizado.

E não se pense que, nestes assuntos, como aliás em tantos outros, tudo o que se cria, tudo o que se realiza, tudo o que representa esforço construtivo, é unicamente função de disponibilidades materiais, e não é, mais do que isso, função de mil e um outros factores, a pesar e a considerar devidamente, de longos e complexos estudos, em que tantas vezes a resolução dum problema, implica a resolução de tantos outros.

Como muito bem focou o Dr. Fernando Correia, em 1939:

«A maior parte da gente em Portugal imagina que a reforma da assistência consiste em publicar-se uma lei no «Diá-

rio do Governo», mais ou menos decalcada em leis estrangeiras, sem se cuidar primeiramente de averiguar as características do meio português, da miséria portuguesa, e, muito menos, da preparação técnica, vocação e aptidão profissional dos que venham a ser chamados a trabalhar nas diferentes obras».

E depois:

«A reforma dos serviços da assistência, fixada, a seguir às lutas liberais, nos modelos vindos de França, está a ser realizada há muito mais tempo do que se imagina, embora tenha de ser lenta, devido à ignorância da população, que não lhe tem deixado criar ambiente favorável.

Percorram-se as diversas localidades do País; visite-se a Capital, visite-se o Porto, visite-se Coimbra. Comparem-se os hospitais de hoje, mesmo os mais insuficientes, com os de há 20 anos. Faça-se o mesmo com os asilos para inválidos, com as múltiplas instituições, aliás em pequeno número em relação às necessidades.

Alguém duvida de que na maior parte delas a reforma dos seus serviços é manifesta?

Mas procurem-se em especial as obras de protecção à maternidade e à infância, e as de higiene social. Que obras havia há 20 anos? Que importância tinha a luta contra a tuberculose e contra a sífilis, por exemplo, comparada com a que hoje tem?

«Quer isto dizer que consideremos o conjunto dessas obras, suficiente?

Ah! de modo algum».

É ainda, em grande parte, o problema do presente. Hoje, noutra escala, podem fazer-se idênticas considerações. Bastante se tem feito, e bastante falta fazer.

E se por um lado a nossa insatisfação de hoje representa ainda, carregadas estatísticas de morbilidade e obituárias, em contrapartida, por outro, diz da exacta noção daquilo que se deve procurar atingir. Que seja próximo esse futuro, aquele em que houver lugar para fundada satisfação. Até lá, que o ânimo posto na senda de conseguir o que ainda nos falta, redobre.

Temos um nível sanitário satisfatório?

Não temos. Não temos pelo menos aquele a que nos levaria o «Regulamento Geral de Saúde», de 1901, se tanto os governos, como a opinião pública, como a classe médica, se tivessem inteiramente apercebido do seu largo alcance, da sua extraordinária visão, e lhe tivessem dado uma fiel execução, aproveitando toda a força impulsadora que em potência continha.

Mesmo assim, esse extraordinário documento, que, como é do conhecimento geral, se deve ao grande higienista que foi Ricardo Jorge, de quem o Prof. Alfredo de Magalhães disse «que nos domínios da Higiene Social mais exporta do que importa o seu saber profundo», constituiu a base, o sólido alicerce, de tudo quanto nos domínios da Saúde Pública se tem feito.

Lá preceituava ele já, com larga visão e antecipação:

«Sem que o médico compreenda que por imposição deontológica e necessidade impreterível tem de na assistência individual zelar a assistência colectiva, não há higiene pública viável».

E esse Regulamento impõe ainda aos facultativos, como primeiros colaboradores da obra de sanidade, as obrigações seguintes, que transcrevemos porque, meio século decorrido, não perderam a actualidade:

«Cumpre-lhes fornecer elementos para a elaboração da estatística sanitária das populações, passando as certidões de óbito das pessoas a que tenham prestado assistência médica, respondendo aos quesitos insertos no modelo oficial, cujo emprego é obrigatório (art.º 62.º)».

«Cumpre-lhes cooperar no serviço de defesa contra as doenças infecciosas, participando ao subdelegado os casos de que tiver conhecimento, empregando as medidas tendentes a evitar a difusão da doença, auxiliando as que as autoridades sanitárias hajam por bem determinar (art.º 60.º)».

«Cumpre-lhes ainda, ajudar estas autoridades no caso de epidemia e prestar-lhes todas as informações de que careçam sobre factos atentatórios da saúde pública (art.º 63.º)».

Tudo isto cabe, afinal, na doutrina desta frase de Ricardo Jorge: «A saúde pública dum país, será aquilo que os membros da sua classe médica quiserem».

O Regulamento de 1901 ainda, reconhecendo a importân-

cia da estatística nos assuntos de sanidade, criou os Serviços Centrais de estatística demográfico-sanitária.

Apresentamos unicamente, dois ou três aspectos deste tão importante documento, de que, como já referimos, nem sempre se aproveitou a força impulsionadora. Nem sempre os progressos se verificaram, no ritmo que ele tornou possível.

A promulgação da nova reorganização geral dos serviços de saúde pública só em 1926 surge, e, embora não se tenham colhido todos os benefícios que seriam de esperar, forçoso é dizer-se que de então, alguma coisa de melhor se tem conseguido, e num ritmo mais consolador.

Talvez seja no capítulo de combate, e, sobretudo, de prevenção das doenças infecciosas, onde o nosso atraso é mais notório.

Voltamos a insistir: se muito se tem alcançado, muito falta ainda conseguir.

E boa parte do que se tem feito, seria injustiça não o referir, é obra do Estado Novo, da sua acção em prol da saúde pública.

É indesmentível que se tem conseguido um apreciável progresso da salubridade nacional. É apreciável o esforço realizado em matéria de saúde pública, nestes dois decénios mais chegados.

Os números são elucidativos quanto ao emprego judicioso de consideráveis somas; as estatísticas falam da amplitude da obra realizada.

Haja em vista que, e este será um de entre tantos exemplos que se podem dar, de 1910 a 1926, apenas foi criado um dispensário antituberculoso, e este em Ponta Delgada.

Haja em vista o que se tem feito em matéria hospitalar e assistencial, e a larga série de realizações levadas a efeito entre 1926 e 1953.

Tem-se melhorado muito as condições gerais de vida da população, por obras de higiene pública.

Temos uma luta anti-sezonática bem montada, mediante a qual se têm conseguido satisfatórios resultados.

Veja-se que em 1928 existiam 6.500 camas nos hospitais gerais; em 1953, o seu número é de 25 mil.

E está em curso um amplo programa governamental de construções e de apetrechamento de hospitais.

Em 1931, havia 800 leitos hospitalares e sanatoriais para tuberculosos, e agora dispomos de 7 mil.

Em 1900, havia em Portugal um Sanatório.

Em 1910, 4 Sanatórios e 5 Dispensários, em 1930, 7 Sanatórios e 7 Dispensários.

Em 1926, apenas tínhamos 6 Dispensários e 5 Sanatórios, com 711 camas, e o subsídio do Estado à A.N.T. era de 802 contos anuais. Em 1952 o subsídio ao I.A.N.T. foi de 40-350 contos.

O número de leitos nos Sanatórios era de 34 em 1910, de 914 em 1930 e é presentemente de 3.188.

Em Portugal existem actualmente 76 Dispensários, 14 Sanatórios, 3 Preventórios, 3 Centros de Profilaxia e Diagnóstico e 2 Centros de Cirurgia torácica, estando projectada a construção duma vasta rede de novos Dispensários, como sejam os de S. João da Madeira, Lagos, Portimão, Espinho, Vila Nova de Gaia, Peniche, Gondomar, Loures, Famalicão e Sesimbra.

Registe-se a criação recente dos 3 centros de Profilaxia e Diagnóstico da Tuberculose já referidos, que, no dizer do Dr. Trigo de Negreiros, «são peças de inestimável importância social e económica na defesa do capital humano».

Temos cerca de 80 Dispensários, é certo, mas precisávamos duns 150. Temos perto de 8.000 camas para tuberculosos, e seriam necessárias umas 20 mil. Neste aspecto, a nossa insuficiência é pois ainda, acentuada. Mas há que dar tempo ao tempo.

E já agora, mais alguns números:

Em 1950, entraram nos Sanatórios 4.261 doentes. Nos Dispensários houve um movimento de 41.601 novos examinados; 8.811 inscritos de novo para a profilaxia; e 8.329 inscritos de novo por doença.

Em 1952 foram tratados nos Sanatórios 4.922 doentes e fizeram-se 1.667 intervenções. Nos Dispensários foram obser-

vadas 44.225 pessoas, tratadas 20.720, e houve 204.025 consultas. Nos Preventórios estiveram internadas 139 crianças.

Quanto a crianças, vejamos ainda estes números respeitantes a 1950, e, *extra-tuberculose*: nos 171 infantários, lactários e outros serviços de puericultura, foram neste ano assistidas 64.829 crianças, e houve 382.460 consultas.

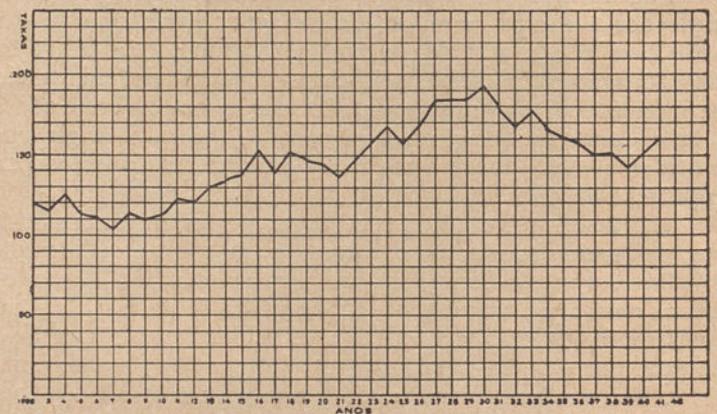
E mediante tudo isso, têm-se obtido razoáveis resultados, embora por vezes inervantemente lentos. Algumas taxas, ainda são exageradamente altas.

Lembremo-nos de que, ainda não há muito, em 1935, a taxa de mortalidade por tuberculose no nosso País, só pela Polónia foi excedida.

Em 1930, sendo a população da Metrópole constituída por 6.360.347 indivíduos, verificaram-se 13.013 óbitos por tuberculose, o que dá um índice de mortalidade de 187,5 por 100 mil habitantes.

A média desse índice é de 164,4 no decénio de 1930-39, e de 152,9 no decénio de 1940-49. Em comparação, nos Estados Unidos por exemplo, essas taxas foram, também por 100 mil habitantes, em 1940, 1947 e 1948, de 45,8, 33,5 e 30, respectivamente!!

Isto é: quanto a nós, conseguimos já, que a taxa de mortalidade tenha sofrido uma redução superior a 50%. Não obstante ainda são, como vimos, muito elevadas. As taxas até 1942, dão o gráfico seguinte:



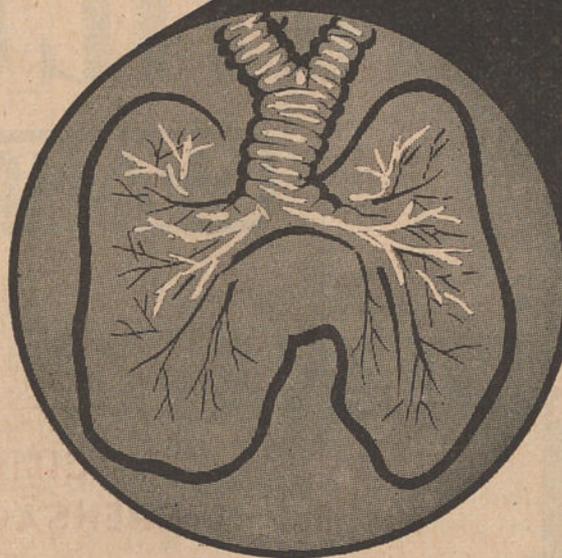
MORTALIDADE TUBERCULOSA EM PORTUGAL, DE 1902 A 1942 (óbitos por 100.000 habit.)

Se se mantivesse a taxa de 1930 o número de óbitos por esta doença em 1952, numa população que excede os 8.000.000, e que não atingiu os 8.000 óbitos, seria de mais de 16.000! Isto representa pois, uma poupança em 1952, de quase 9.000 vidas. Estes números não significam porém, como já tivemos oportunidade de frisar, que o problema da tuberculose esteja solucionado, longe disso. Significarão sim, que se estará no bom caminho, que é forçoso continuar a campanha, e intensificá-la. Senão vejamos, para confronto, um pouco do que lá por fora se passa. Em 1947, há meia dúzia de anos portanto, as *taxas de mortalidade por tuberculose* eram, para algumas das grandes cidades do mundo, e por ordem crescente:

Amsterdão	35	mortes por 100.000 habit.
Copenhague	38	» » » »
Nova Iorque	40	» » » »
Estocolmo	51	» » » »
Oslo	53	» » » »
Londres	69	» » » »
Bruxelas	71	» » » »
Paris	72	» » » »
Roma	138	» » » »
Madrid	148	» » » »
Ancara	167	» » » »
Estambul	319	» » » »
Lisboa	356	» » » »

PELA PRIMEIRA VEZ, PREPARADO EM PORTUGAL, A PARTIR DA PENICILINA,  
POR PROCESSO ORIGINAL ESTUDADO NOS NOSSOS LABORATÓRIOS

# PULMAXIL N



Iodidrato do éster  $\beta$  dietilamino-etílico de benzilpenicilina  
PARA SUSPENSÃO AQUOSA

Acumulação electiva de penicilina no tecido pulmonar

Caixa de 1 frasco de 500.000 U.  
(+ 1 ampola de excipiente)



LABORATÓRIOS  
DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

# ANTIBIÓTICOS

**WANDER**

## WANDERCILINA

**A NOVA PENICILINA PROCAINICA  
EM SUSPENSÃO AQUOSA  
SUPER FLUIDA**

FRASCOS DE

400.000, 600.000, 800.000

2.000.000 e 3.000.000 de U.

## WANDERCILINA **R**

**PENICILINA PROCAINICA + PENICILINA  
POTÁSSICA NA PROPORÇÃO DE 3 PARA 1  
NIVEIS TERAPÊUTICOS DE 36 A 72 H.**

FRASCOS SILICONADOS COM 400.000 E 800.000

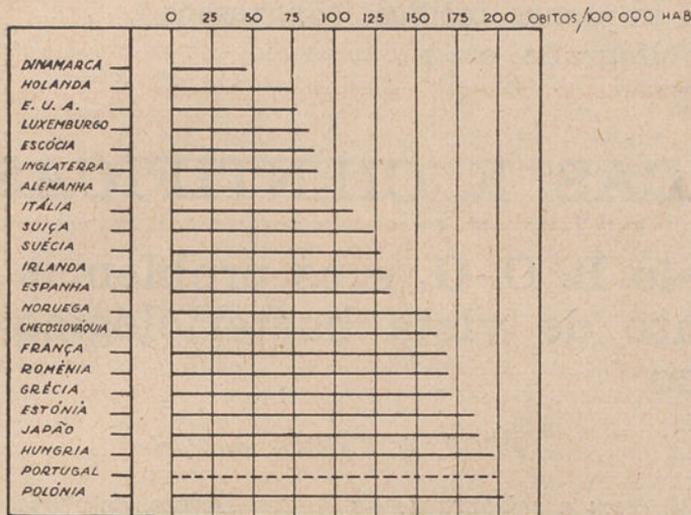
## PENICILINA POTÁSSICA

CRISTALIZADA «G»

MÁXIMA POTÊNCIA E ACTIVIDADE  
PARTICULARMENTE INDICADA NO AEROSOL  
FRASCOS DE 100.000, 200.000, 500.000 e 1.000.000

Em 1930, estávamos em penúltimo lugar, no confronto seguinte:

## INDICES DE TUBERCULOSIDADE



Na Dinamarca, por exemplo, em 1950, a taxa de mortalidade pela tuberculose era de 13 por 100.000 habitantes, e menos de 2 por cento da taxa de mortalidade geral.

Pois a nossa taxa presente de mortalidade pela tuberculose ainda é de quase 140 por 100.000 habitantes, e anda desde 1926, entre 10 e 12 por cento da da mortalidade geral. E está calculado que os portugueses que morrem por ano de tuberculose, representam um desfalque anual de cerca de 800.000 contos, pela perda de braço humano.

Em 1939, a taxa de mortalidade por tuberculose nos Estados Unidos, era inferior a 1/4, da de 1900. Conseguiram, nesse intervalo, uma apreciável redução.

Mas nem sempre o confronto internacional nos coloca «na mó de baixo»! Enquanto que em 1951 a nossa taxa de mortalidade por tuberculose foi de 132,2, a da Turquia foi de 200!

Ainda a propósito da posição da Dinamarca, em relação à tuberculose, o país que quase conseguiu banir das suas fileiras obituárias o pavoroso flagelo, transcrevemos as seguintes palavras, de A. Coulon:

«A respeito da despistagem em grande escala, os dinamarqueses organizaram os exames em massa. O princípio destes exames consiste em que uma unidade de trabalho de despistagem, compreendendo uma equipe de médicos, de enfermeiras e de técnicos com a aparelhagem conveniente, tem por missão explorar todos os indivíduos de um determinado sector, salvo as crianças das escolas, que são sistematicamente examinadas no quadro da inspecção médica escolar.

Estes exames não são obrigatórios, e ninguém se submete a eles, se o não desejar. No entanto, são todos convocados por meio duma carta pessoal.

De modo geral, o rendimento é excelente, visto que 60 a 80 % da população, comparece a estes exames.

Os dispensários participam activamente nestas campanhas. Por último, a sua principal missão consiste em se ocuparem dos indivíduos despistados. Toda a documentação obtida no decurso destas campanhas é reunida e classificada, e constitue a base de um ficheiro central de tuberculose. Deste modo, o dispensário central de Copenhague possui um ficheiro que contém um breve documento individual referente a 80 a 90 % da população que serve. Noutros departamentos estão em organização ficheiros idênticos».

E conclue:

«O êxito da luta empreendida na Dinamarca contra a tuberculose depreende-se facilmente da análise dos resultados obtidos. Com efeito, a Dinamarca, com 4.400 camas para tuberculosos (mais de 4 por morte anual), é um dos raros países em que, não só está completamente paralizada a construção de novos

leitos, mas onde se considera a breve praso a redução de uma parte do armamento curativo antituberculoso. Basta, a este respeito, recordar o exemplo da secção de crianças do hospital para tuberculosos de Copenhague: há alguns anos, tinha 70 camas e esperava-se longos meses antes da admissão. Em 1949, a secção foi reduzida para 18 camas, das quais só 10 estavam ocupadas. Estes magníficos resultados devem-se atribuir em grande parte à profilaxia pelo B.C.G.

O elevado grau de educação sanitária do povo dinamarquês, e o importante lugar ocupado pela luta antituberculosa na vida departamental ou local, permitiram fazer da Dinamarca um modelo na organização desta luta».

Acrescente-se que na Dinamarca, a taxa da mortalidade tuberculosa, desceu de 30 por 100.000 habitantes em 1947, para 25, 19, 13, e 10 em 1951.

Isto é afinal a confirmação da velha máxima, que diz que, para colher, é preciso primeiro ter semeado.

«O elevado grau de educação sanitária do povo dinamarquês...».

Poder-se-ia, a nosso respeito, escrever tal? Como, ao ler aquelas palavras, nos lembramos do nível, tão rasteirinho, de educação sanitária do povo português!...

E isso não será porque, por deficiente mentalidade, ele seja incapaz, ou avesso, a compreender e aceitar certas coisas. Nem seria preciso mesmo, lançar mão de épicas e doiradas passagens que enxameiam a nossa longa História, para compreendermos do que este povo é capaz...

O «busílis» está nessa palavra «educação», que nós não temos! E não temos porque não se nasce educado em certo sentido, como não se nasce ensinado, e nós, por muitas virtudes que guardemos, desta vez pelo menos, não confirmamos a regra constituindo excepção. O povo português, para poder compreender, aceitar, e colaborar útilmente nos problemas de sanidade, necessita primeiro, de ser educado nesse sentido.

Mas continuemos, com algumas considerações, ainda sobre tuberculose. Vejamos uns quantos números dizendo respeito à nossa secular aliada, a Inglaterra. Com estes confrontos, ajuizar-se-á melhor, do que se passa, àquem fronteiras.

Nesse país, a luta antituberculosa, é tão velha, ou tão nova, — tudo é relativo (perdoe-se-nos o lugar comum) — quanto a nossa.

Começou, também por iniciativa particular, em 1887, e enquanto entre nós a doença foi tornada de participação obrigatória em 1903, lá só o foi, por volta de 1912 (onde se prova, mais uma vez, que nem sempre ocupamos os lugares da cauda...).

A Inglaterra tem progredido bastante, em matéria de luta antituberculosa.

Enquanto que há um século eles registavam 3.963 óbitos por tuberculose, em cada milhão de habitantes, essa relação era em 1948, de 505 mortes.

Conseguiram que, de 1920 a 1948, a taxa de morbilidade declarada descesse de 27 %, e a de mortalidade, de 55 %, o que é apreciável.

O quadro seguinte, dá uma ideia dos estragos que o mal tem causado, na Inglaterra e País de Gales:

Anos	População	Mortalidade total por tub.	Mortalidade por tuber. pulmonar	Mortalidade por outras formas de tuber.
1850-60	19000000	64000	51000	18000
1930	40000000	34950	25700	6200
1938	41200000	25300	21300	4200
1941	41750000	28700	23700	5000
1945	42630000	24000	20000	4000
1946	42730000	22800	19400	3400
1947	43050000	23550	20150	3400
1948	43500000	22000	19100	2900

(Conclue no próximo número)

# MOVIMENTO MÉDICO

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

## ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

### Estado actual da vacinação pelo B. C. G. e os problemas que se apresentam sob o ponto de vista bacteriológico e clínico (\*)

PROF. A. SAENZ, de Paris

(com a colaboração de F. van Deinse, de Paris, e de Luís Saye, de Barcelona)

Foram necessários muitos pacientes e longos esforços, desde que *Robert Koch* descobriu, em 1882, o bacilo da Tuberculose, para encontrar uma vacina inofensiva para a espécie humana, que confira, ao mesmo tempo, uma protecção eficaz contra a tuberculose do homem.

Sem dúvida, hoje em dia, a vacina descoberta pelos dois sábios franceses *Albert Calmette* e *C. Guérin* é o único meio que se considera inofensivo para o homem e eficaz contra a tuberculose.

A vacina empregada universalmente é a estirpe de bacilos de *Calmette* e de *Guérin* (designada pelas iniciais *B. C. G.*). Foi obtida, como se sabe, partindo dum bacilo de origem bovina, virulento, isolado por *Nocard* em 1902 da mama duma vaca tuberculosa e tornado inofensivo após 230 repicagens sucessivas, de 1908 a 1921, sobre a batata biliada e glicerinada, para todos os animais sensíveis à tuberculose e para o homem. O *B. C. G.* foi aplicado, pela primeira vez, no homem, em 21 de Junho de 1921, por *Weill-Hallé*.

A inocuidade e a eficácia do *B. C. G.* foram demonstradas pelo seu emprego, desde há mais de 25 anos, na maior parte dos países civilizados do mundo e a sua aplicação tem-se estendido, presentemente, a mais de 100 milhões de indivíduos (cerca de 45 milhões no Japão; 27.473.710 pela Campanha Internacional contra a Tuberculose em colaboração com a O. M. S.; mais de 15 milhões na U. R. S. S.; mais de 3 milhões na França; mais de 3 milhões nos Países Escandinavos e cerca de 5 a 6 milhões nos países da América do Sul: (Brasil, Argentina, Uruguai, Cuba e Paraguai)). Muitos dos resultados obtidos num número considerável de países como o Japão, a Noruega, a Rússia, a França, a Jugoslávia, o Brasil, Cuba, etc., pode tornar obrigatória a vacinação pelo *B. C. G.* para certas categorias de população especialmente expostas ao contágio tuberculoso.

A estirpe de *B. C. G.* tem sido distribuída, gratuitamente, pelo Instituto Pasteur de Paris a todos os laboratórios oficiais do mundo que a têm pedido.

Todas as estirpes de *B. C. G.*, empregadas universalmente nos diversos países, têm a sua origem na estirpe inicial de *Calmette* e *Guérin*.

Todavia, pode dizer-se que a totalidade dos indivíduos vacinados pelo *B. C. G.* têm-no sido quer pela vacina preparada segundo a técnica clássica, preconizada por

*Calmette* e *Guérin*, usada pelo Instituto Pasteur de Paris — quer pela vacina preparada segundo a técnica seguida pelo Instituto Serológico do Estado, de Copenhague.

Para apreciar o seu respectivo valor, assim como os inconvenientes observados na aplicação clínica, é necessário dizer que, exceptuando a maior parte dos países em que a vacinação tem sido feita pelos cuidados da U. N. I. C. E. F. e da «*Joint Enterprise*» em colaboração com a O. M. S. com a ajuda da vacina preparada segundo a técnica de Copenhague (28 milhões de indivíduos), em todos os outros países a vacina tem sido preparada segundo a técnica clássica preconizada por *Calmette* e *Guérin* e seguida pelo Instituto Pasteur. Vamos descrever brevemente as duas técnicas.

1) Naquela que é preconizada por *Calmette* e *Guérin*, a estirpe do *B. C. G.* deve ser por repicagens todos os quinze dias em batata (batata em *Sauton*, batata glicerinada ou batata biliada). A vacina deve ser preparada a partir de culturas na segunda passagem do meio sintético de *Sauton*. É necessário nunca continuar as repicagens em *Sauton* depois desta segunda passagem, porque arriscamo-nos a perder a vitalidade da estirpe.

*F. Van Deinse*, a quem cabe a responsabilidade da preparação da vacina *B. C. G.* no Instituto Pasteur, insiste na relação que deve existir entre a idade da cultura em *Sauton* utilizado para a preparação da vacina e a dosagem desta. Por exemplo: no Instituto Pasteur utilizam-se culturas de 17 a 21 dias; a dosagem standard da vacina intradérmica preparada em Paris a partir destas culturas é de 1 mg. por c.c. Esta dosagem seria muito elevada se, em lugar das culturas de 17 a 21 dias, se servisse de culturas de 10 a 14 dias, por duas razões: as dimensões médias dos bacilos nas culturas é nitidamente inferior à dos bacilos presentes nas culturas mais antigas; em peso idêntico ter-se-á, então, um número superior de germens numa vacina preparada com culturas jovens que numa vacina preparada com culturas mais antigas. b) As culturas de 10 a 14 dias encontram-se num período de multiplicação bacilar intensa (período exponencial do desenvolvimento); numa cultura de 17 a 21 dias, pelo contrário, a multiplicação dos germens é lenta, não levando a crer, como por vezes se supunha, que estas culturas mais antigas contenham germens mortos em grande número. Por esta razão, uma vacina preparada a partir de culturas jovens mostrar-se-á mais agressiva que uma vacina preparada com culturas mais antigas. É esta a segunda razão pela qual a dosagem duma vacina que contém germens jovens não deve ser a mesma que a duma vacina preparada com germens mais antigos. Deve ser inferior.

A técnica de preparação da vacina *B. C. G.* intra-

(\*) Relatório da Subcomissão do *B. C. G.* da União Internacional Contra a Tuberculose, publicado no «*Bilan International de la Tuberculose — 1954*» do «*Boletim*» daquele organismo (Janeiro-Abril de 1954). Ver n.º 136 de «*O Médico*» — secção de «*Actualidades Clínicas e Científicas*».

dérmica seguida no Instituto Pasteur é a seguinte: as culturas (segundo passagem por Sauton) vão para tubos de sedimentação tarados providos de pequenas perfurações. Depois do esgotamento, centrifuga-se a 2.000 voltas por minuto para eliminar todo o líquido. Neste momento, os tubos são pesados; obtém-se assim o peso do residuo seco, que é introduzido num frasco contendo dois kg. e meio de bolas de aço inoxidável, submete-se a uma trituração por rotação, após a montagem do frasco em posição vertical sobre moinho eléctrico (60 a 70 rotações por minuto). Em seguida, junta-se a quantidade de «Sauton» diluído ao quarto, necessária para obter uma suspensão-mãe doseada a 40 mg. de B. C. G. por c.c. Submete-se o frasco, de novo, a uma rotação durante 1 a 2 minutos para obter uma suspensão homogénea. Neste momento, faz-se a sementeira com algumas gotas desta solução-mãe, tubos de gelose simples, caldo nutritivo, gelose de Sabouraud e gelose profunda V. F. (anacróbios), para controle da esterilidade. A solução-mãe é então diluída 40 vezes; por isso, introduz-se nos braços de distribuição 50 c.c. da suspensão para 1950 c.c. de Sauton diluído. Uma vez distribuída a vacina, 1% das ampolas são semeadas nos meios de controle já mencionados. A vacina é obtida 48 horas mais tarde, após a leitura da sementeira de controle. Todas as manipulações de preparação e de distribuição desta vacina têm lugar nos locais iluminados à luz difusa do dia, havendo o cuidado, todavia, de proteger a vacina contra os raios directos do sol.

Com efeito, as experiências têm demonstrado (F. Van Deinse e Sénéchal) que não há a temer nenhum efeito nocivo da luz difusa do dia no decurso de 7 horas de exposição a esta luz. Como as manipulações não ultrapassam mais de três horas até à colocação das ampolas em gelo, tem-se verificado ser inútil ao Instituto Pasteur obscurecer o laboratório, como se faz em certos Institutos do estrangeiro desde há algum tempo.

2) Técnica de conservação da estirpe B. C. G. no Instituto Serológico de Copenhague.

Na Dinamarca, contrariamente à recomendação clássica, conserva-se a estirpe do B. C. G. por repicagens sucessivas e ininterruptas sobre o meio de Sauton. As observações de Jensen e de Holm, segundo as quais o B. C. G., após passagens ininterruptas em Sauton, perderia a sua virulência habitual mas recuperá-la-ia após várias passagens em batata biliada, têm sido contestadas por Van Deinse e Petrowa e por Van Deinse e Sénéchal. Estes autores demonstraram que as repicagens ininterruptas de B. C. G. em meio de Sauton afectam a vitalidade da estirpe e tornam-na imprópria para a preparação da vacina. Assim, após várias repicagens sucessivas em meio de Sauton, as culturas de B. C. G. são menos abundantes e desenvolvem-se mais tardiamente; o diâmetro dos bacilos é mais reduzido e o seu poder de produzir lesões locais no cobaio é menor. Basta uma única passagem em batata glicerizada ordinária para dar à estirpe a sua habitual vitalidade.

Com efeito, depois destes autores, as observações de Jensen e Holm segundo as quais o B. C. G. após numerosas passagens em Sauton perderia a sua fraca virulência mas poderia recuperá-la depois da passagem por bile, podem encontrar uma explicação no facto de que a mudança observada diz respeito à vitalidade e não à virulência.

Quando se apreciam os efeitos da vacinação em função do critério da percentagem das adenites produzidas, verifica-se que a vacina preparada em Copenhague é mais agressiva que a preparada no Instituto Pasteur.

As diferenças são sobretudo impressionantes quando se emprega como via de introdução do B. C. G. a via digestiva. Mas se a adenite se apresenta como a única complicação, qualquer que seja a técnica de preparação da vacina, ela é muito mais frequente quando se emprega a via parentérica. Em geral, a frequência é proporcional à dose de B. C. G. empregada e ela é maior na criança. Mas, qualquer que seja a idade, a evolução é sempre benigna. Assim, em Montevideu, de 1948 a Dezembro de 1952, Gomez e seus colaboradores têm va-

cinado pelo B. C. G. 379.618 crianças por via oral, com doses que variam de 100 a 150 mg., segundo se trate de lactentes ou de adolescentes, e, excepto o aparecimento de 12 casos de adenite latente aparecidos entre o 2.º e o 3.º mês, não tendo nunca supurado, não têm constatado complicações.

Entre as 700.000 crianças vacinadas em Montevideu desde 1927, época em que se começou a vacinação pelo B. C. G., mais de 200.000 têm sido vacinadas por via parentérica (intradérmica, multipunctura, escarificação); neste grupo, pôde-se constatar 129 casos de adenite, entre os quais 58 supuravam, complicação observada sobretudo no grupo de crianças vacinadas por multipunctura (Epifânio-Gorlero). O mesmo facto tem sido observado por Sayé que, de 1938 até 1949, teve ocasião de vacinar em Montevideu 7.286 crianças e jovens adolescentes; 4.263 por via digestiva; 2.020 por via intradérmica; 957 por escarificação; 46 por via subcutânea. Pela via digestiva, no recém-nascido, tem utilizado a dose de 100 a 200 mg.; nos adolescentes e jovens adultos, 300 mg. numa só dose por via oral. Com a vacinação pelas doses «per os» de 50 a 300 mg., Sayé nunca observou reacções anormais, excepto num recém-nascido vacinado com 200 mg., que teve uma pequena adenopatia sub-maxilar, fistulizada e curada no 4.º-5.º mês. Por engano, tinha-se esquecido de dar 30-40 c.c. de água após a ingestão de B. C. G., como se faz correntemente. Sayé, de 1924 a 1936, vacinou em Barcelona não menos de 84.254 recém-nascidos e crianças com a técnica clássica de Calmette, com uma estirpe recebida de M. Calmette em Outubro de 1924 e a vacina preparada por P. Domingo. Desde Janeiro de 1950, com uma nova estirpe fornecida pelo Instituto Pasteur (sendo a vacina preparada por Castaña no Laboratório Municipal de Barcelona), tem-se aumentado a dose empregada para a vacinação digestiva a 500 mg. Vacinam-se mais de 25.000 crianças com 100 a 150 mg. Sayé, pessoalmente, desde Janeiro de 1952, pôde vacinar e seguir clinicamente mais de 1.000 lactentes, vacinados com 100 mg. de B. C. G. fresco ou 150 mg. de B. C. G. seco do Instituto Pasteur, sem constatar nenhuma reacção anormal. Nos centros de vacinação não tem havido nada mais de especial a assinalar.

Na Argentina, o meu velho colaborador Carlos M. Urquijo, tem observado os seguintes factos. A vacinação tem começado na Argentina ao mesmo tempo que em Montevideu (1925) e com a mesma estirpe de B. C. G. dada por Calmette. Raimondi foi o primeiro a aplicá-la em Buenos-Aires e Sayago em Cordova. A vacina foi preparada por Arena, velho discípulo de Pasteur. Na Argentina, de 1925 até 1949, os diversos métodos de vacinação pelo B. C. G. empregados não têm permitido constatar nenhum facto anormal em várias centenas de milhares de crianças vacinadas. Em 1949, Urquijo vacinou por via intradérmica cerca de 800 recém-nascidos com uma vacina preparada a partir duma estirpe proveniente de Copenhague: observou então um certo número de reacções locais e ganglionares severas que o obrigaram a deter a vacinação. Tudo entrou novamente na ordem, quando se voltou à vacinação com a velha estirpe de B. C. G., utilizada na Argentina desde 1925.

O mesmo facto tem-se observado na Holanda, onde Heynsins van den Berg, utilizando a estirpe de Calmette, para a preparação da vacina segundo a técnica clássica, não observou em Amsterdam nenhum facto anormal entre os vários milhares de crianças vacinadas per os. A estirpe de B. C. G. utilizada na Holanda antes da guerra perdeu-se durante a ocupação e foi substituída, depois da libertação, por uma estirpe proveniente de Copenhague. Empregando esta estirpe na vacinação por via digestiva preparada pelo Instituto de Estado de Saúde Pública de Utrecht. Hallo tem encontrado em 1.605 crianças vacinadas, 4,5% de complicações devidas ao B. C. G.; 33 crianças apresentaram adenites cervicais supuradas e 7 crianças foram atingidas por otites médias devidas ao B. C. G., em que 3 foram confirmadas pelo exame bacteriológico.

Estes factos, assinalados na Holanda, contrastam

com o inquérito a que se entregou *Van Deinse* sobre a frequência das adenites supuradas em França após a vacinação pelo B. C. G. «per os». Os resultados foram os seguintes: de 1946 a 1951 inclusive, 413.826 doses de B. C. G. «per os» foram entregues pelo Instituto Pasteur. No total, não houve mais de 18 casos de adenites cervicais supuradas, o que dá uma adenite para 25.000 crianças vacinadas.

Os factos relatados precedentemente são difíceis de explicar e o estudo bacteriológico comparativo, no cobaio, não leva à solução deste problema. Com efeito, muitas vezes, tivemos ocasião, quer isoladamente, quer com a colaboração de *Urquijo*, de examinar várias estirpes de B. C. G. de diversas proveniências: temo-las comparado estudando no cobaio o seu poder alergisante, antigénico e patogénico, por via peritoneal. Por este método, não encontramos em nenhum caso a menor diferença entre as várias estirpes de B. C. G. estudadas.

*F. Van Deinse* chegou a conclusões idênticas depois de ter examinado no Instituto Pasteur um grande número de estirpes de B. C. G. que lhe foram enviadas a seu pedido de diferentes países. Comparou, especialmente, as estirpe holandesa, a estirpe brasileira e a estirpe francesa e constatou que as três provocam lesões idênticas no cobaio quando se lhas inocula por via intradérmica ou intraperitoneal.

Se se verifica que no Brasil e também Argentina, Cuba, Uruguai, Espanha, etc., os recém-nascidos que recebem «per os» 100, 200 e até 600 mg. de B. C. G., nunca apresentam adenites cervicais supuradas; e que em França, como a estirpe do Instituto Pasteur, dada na dose de 30 mg. havendo somente uma adenite em 25.000 crianças vacinadas, mas que, pelo contrário, na Holanda, o B. C. G. administrado «per os» nas mesmas doses que em França, *mas preparado a partir duma outra estirpe de B. C. G.*, provoca 4,5 % de adenites supuradas e outras complicações, como otites, não se pode deixar de concluir que as três estirpes de B. C. G. em questão, não são idênticas e que o problema, como dissemos precedentemente, permanece actualmente sem solução. Seria necessário, pelo menos, que os diferentes centros de produção do B. C. G. no mundo, para evitar acidentes do género dos que acabamos de assinalar (como também decidiu a Comissão de Peritos para a standardização biológica da O. M. S., na 3.<sup>a</sup> Sessão em Maio de 1949, em Londres, sobre proposta de *Holm*, de Copenhague), pedissem ao Instituto Pasteur, regularmente, uma ampola de B. C. G. biofilisada, para ter a certeza de que as suas estirpes se comportam como a de Paris.

Seria para desejar que todos os laboratórios, seguindo as recomendações da Comissão de Peritos, empregassem uma só estirpe, a do Instituto Pasteur, para a produção da vacina B. C. G.

## B. C. G. SECO E VACINAÇÃO

*Bretey*, *Van Deinse* e *Sénéchal*, comunicaram ao Congresso Internacional do B. C. G., em 1948, as características bacteriológicas e vacinais do B. C. G. seco nos pequenos animais de laboratório. O B. C. G. seco conserva a mesma proporção de germens vivos (ou sofre apenas uma pequena redução) durante os primeiros meses de preparação. *Van Deinse* e *Sénéchal* transmitiram ao Congresso, com todos os detalhes necessários, as suas observações relativas aos cobaios vacinados pelo B. C. G. seco ou fresco, por via intradérmica ou por escarificação. Examinaram as características da sensibilização à tuberculina, e não observaram diferenças notórias a este propósito «excepto em certos casos em que a alergia necessita dum pouco mais de tempo para se desenvolver em toda a sua força, nos animais vacinados, com o B. C. G. seco». Estes resultados foram confirmados nas crianças vacinadas por *Mande* e *Drouet*; nos adolescentes, por *Poulain*, *Lotte* e *Poussier*, no decurso dum inquérito feito nos serviços dos professores *Bariety*, *E. Bernard*,

*A. Meyer* e *Weill-Hallé*; depois, nos recentes estudos de *Mande* e de *Huet*, baseados em experiências feitas em Marrocos, onde se verificou que a alergia obtida com o B. C. G. seco parece ser de tão boa qualidade como a que é dada pelo B. C. G. fresco.

*Oppers* vacinou na Indonésia 30.000 indígenas por via intradérmica com o B. C. G. seco de Paris, sem prévio exame da alergia; num certo número de casos, verificou reacções locais «aceleradas» nos indivíduos já infectados com os bacilos virulentos, e características análogas às que se observam com o B. C. G. fresco.

*Gernez-Rieux* e colaboradores, no decurso de experiências de vacinação por escarificação, feitas desde 1947, em 15.000 crianças das escolas do Norte e comunicadas em 1951, concluíram «que o B. C. G. seco dá tão bons resultados como o B. C. G. fresco». No Japão, *K. Yagasinava* publicou resultados muito favoráveis nas experiências de vacinação obrigatória, por via intradérmica, instituídos desde 1949 em todos os indivíduos não alérgicos, do nascimento até aos 30 anos, com B. C. G. seco, preparado em Tóquio.

De Janeiro até Agosto de 1952, *Sayé* examinou as características da alergia ao bacilo e à tuberculina nos recém-nascidos e nas crianças vacinadas com o B. C. G. seco do Instituto Pasteur, por via digestiva com uma dose única de 150 mg. ou com B. C. G. fresco com uma dose de 100 mg. *Sayé* não observou diferenças no que diz respeito aos diferentes tipos de alergia (latente ou ao bacilo, atenuada ou manifesta) assim como na data de aparecimento desta, nos vacinados por via digestiva. Verificou o mesmo facto num grupo de vacinados por via intradérmica.

Os trabalhos já citados foram realizados com a primeira forma da vacina B. C. G. seca do Instituto Pasteur, isto é, a forma concentrada destinada à vacinação por escarificação cutânea. O Instituto Pasteur envia B. C. G. especialmente doseado para a vacinação intradérmica, desde 1950. Esta vacina foi estudada durante muito tempo por *Huet* da «Station Pilote du B. C. G.» do «Centre International de l'Enfance, de Paris».

*Huet* tirou as seguintes conclusões: os resultados obtidos com a vacina B. C. G. seca (intradérmica) em várias centenas de crianças na idade escolar, no que diz respeito à qualidade e duração da alergia post-vacinal, as reacções locais e os riscos de adenites podem ser considerados como inteiramente favoráveis. Com efeito, a alergia post-vacinal e a frequência das adenites, obtidas com o B. C. G. seco intradérmico, são absolutamente equivalentes às que se obtêm com a vacina intradérmica de B. C. G. fresca.

Quando as ampolas desta vacina B. C. G. seca intradérmica estão guardadas em gelo durante um ano, a inoculação nas crianças permite obter 97 % de alergia. Pode-se guardar estas ampolas durante duas semanas a 20° e obter, ainda, a mesma percentagem de alergia. As sementeiras de controle em meio de *Lowenstein-Jensen* têm demonstrado que as ampolas desta vacina intradérmica seca contêm ainda o mesmo número de elementos vivos, depois de terem sido guardados durante um ano em gelo, como as ampolas da mesma vacina seca, preparada recentemente. Verifica-se que a vacina B. C. G. seca, preparada no Instituto Pasteur, tem um período de validade superior ao da vacina B. C. G. fresca, e constitui, por esta razão, a forma mais prática sob a qual pode ser entregue a vacina. Tem a grande vantagem de poder ser expedida por avião para os países mais longínquos, sem precauções especiais de refrigeração e sem que se receie a menor perda da sua actividade.

## O MÉTODO BRASILEIRO DE VACINAÇÃO ANTITUBERCULOSA POR MEIO DE DOSES ALTAS DE B. C. G. POR VIA ORAL SEGUNDO ARLINDO DE ASSIS

Julgamos oportuno, dado o interesse crescente que suscitam na Europa os trabalhos dos sábios brasileiros

da escola de *Arlindo de Assis*, incluir também neste relatório um resumo geral deste método, assim como os resultados obtidos.

O B. C. G. prepara-se no Brasil a partir duma estirpe de B. C. G. trazida em 1925 pelo meu compatriota *Moreau*, de Montevidéu, no regresso dum estágio no Instituto Pasteur de Paris, onde lhe tinha sido confiada por *M. Calmette*; esta mesma estirpe foi empregada no Uruguai, na Argentina, no Paraguai e em Cuba, para a vacinação pelo B. C. G.

O método inicial de vacinação no Rio de Janeiro foi o preconizado por *Calmette*, sendo três doses sucessivas de 10 mg. de B. C. G. por via oral, no decurso dos 10 primeiros dias de vida. Como este método dava a *Arlindo de Assis* uma percentagem insuficiente de viragens post-vacinais à tuberculina, foram aumentadas as doses em Julho de 1929. Os recém-nascidos receberam três doses sucessivas de 20 mg. de B. C. G. por via oral cada um. A percentagem de reacções alérgicas post-vacinais eleva-se, então, a 85 % mas, no decurso dos anos seguintes, diminui rapidamente. A partir de 1940, os recém-nascidos brasileiros receberam três doses sucessivas de 30 mg. de B. C. G., «per os». Em 1947, modificou-se ainda o método; os recém-nascidos começaram a receber uma única dose de 100 mg. «per os»; as crianças mais velhas e os adultos não alérgicos, 200 mg.

Foi então que, *Arlindo de Assis* concebeu o seu processo de vacinação *concomitante*, consistindo em dar ao nascimento três doses sucessivas de 30 mg. de B. C. G. e, em seguida, cinco doses de 100 mg., com um intervalo de um mês. Esta nova aplicação do B. C. G. aplicou-se a título experimental, de Fevereiro de 1945 a Fevereiro de 1946, em 61 crianças convivendo com tuberculosos, e que ficaram em vigilância até Fevereiro de 1950. Desde então, os resultados foram de tal modo encorajadores que o método foi aplicado e adoptado para todos os recém-nascidos expostos ao contágio.

Seguidamente, podemos resumir os factos observados no Brasil, com o emprego deste método (o seu estudo está centralizado no Instituto «Viscondessa de Moraes» da Fundação Ataulpho de Paiva).

1.º A ingestão de uma única dose de 100 a 200 mg. de B. C. G. por indivíduos não alérgicos (recém-nascidos, adolescentes e adultos), confere uma alergia tuberculínica nítida e ao mesmo tempo uma resistência apreciável às super-infecções virulentas;

2.º A ingestão muitas vezes repetida das mesmas doses por um indivíduo tende a inibir os efeitos da sua sensibilização cutânea à tuberculina, enquanto que a sua resistência específica aumenta;

3.º A ingestão duma única dose de 100 a 200 mg. de B. C. G. pelos indivíduos já tuberculino-positivos em virtude duma infecção tuberculosa curada ou em curso, provoca precocemente uma ligeira exaltação da intensidade da alergia tuberculínica que cai algum tempo depois aos limites anteriores;

4.º A ingestão *repetida*, com intervalos reduzidos (8, 15 ou 30 dias), das mesmas doses de B. C. G. por indivíduos que já têm uma alergia tuberculínica conferida pela infecção tuberculosa, provoca muitas vezes um enfraquecimento da sensibilidade cutânea à tuberculina ou mesmo a sua extinção mais ou menos duradoura, ao mesmo tempo que parece aumentar a resistência à tuberculose de reinfeção.

A vacinação *concomitante* foi aplicada e posta à prova no Rio de Janeiro e permitiu reduzir, de 1947 a 1953, a mortalidade por tuberculose nos lactentes em contacto a 0,84 % sendo de 3,13 % nos lactentes que não são vacinados. Actualmente, têm sido vacinadas por este método *concomitante* ou «concorrente» mais de 20.000 crianças sem que se tenham observado abcessos ou outras complicações. A vacinação *concomitante* foi empregada, também, desde 1948 pelo prof. *G. Sayago*, em Córdova, e por *Paulino A. Rojas* que utiliza como medida de rotina no seu Centro de Profilaxia contra a tuberculose em

Buenos Aires. Este autor dá por via oral 1,60 gr., durante um semestre.

Em S. Paulo, o colaborador de *Arlindo de Assis*, prof. *Rosemberg*, tendo verificado a inocuidade da absorção «per os» de elevadas doses de B. C. G. para as crianças e adultos tuberculosos, introduziu o método de vacinação B. C. G. designado «indiscriminado» sem prévio teste tuberculínico.

O Dispensário do tipo do Instituto Clemente Ferreira, em S. Paulo, tem obtido por este método excelentes resultados nos bairros mais pobres da cidade, onde a grande maioria dos lactentes vivem em contacto com tuberculosos.

A totalidade dos recém-nascidos controlados por este Dispensário recebem 6 doses de 100 mg. de B. C. G. «per os», todos os 15 dias, a partir do nascimento. Todos os habitantes de bairro, controlados por este Dispensário, recebem até à idade de 20 anos, três doses de 200 mg. de B. C. G. sem prévio teste tuberculínico.

No fim de 1953 tinha-se já vacinado (*Rosemberg* e seus colaboradores *Pascale*, *Cruz* e *Sousa Campos*), por este método, mais de 1.387.705 indivíduos.

Além disso, *Rosemberg* e colaboradores estudaram nos lactentes postos ao abrigo de todo o contágio, o comportamento da alergia em seguida à ingestão duma ou de várias doses sucessivas de 100 mg. de B. C. G.

Depois duma única dose, a alergia não se torna sempre positiva. Mas, facto importante, a *reacção de Mitsuda à lepromina* tornam-na sempre. Com efeito, basta a ingestão duma única dose ou de várias doses de B. C. G. nos indivíduos de qualquer idade, para provocar em curto prazo uma sensibilidade nítida e específica à lepromina, em cerca de 100 % de casos.

Esta propriedade do B. C. G. foi aplicada na profilaxia da lepra; no Brasil é já um método corrente para a despistagem precoce dos leprosos. O método foi apresentado ao VI Congresso Internacional da Lepra, que teve lugar em Madrid, em Outubro de 1953; decidiu-se a introdução da lepromina-reacção ao B. C. G., e o tratamento preventivo dos contactos que permanecem lepromino-negativos, apesar da vacinação pelo B. C. G. a partir da idade de 10 anos.

*Arlindo de Assis* e seus colaboradores brasileiros chegaram à seguinte conclusão: a simplicidade e a inocuidade da vacinação *concomitante* ou *indiscriminada*, assim como a sua eficácia, fazem deste método imunitante o mais apropriado à profilaxia da tuberculose infantil mesmo na ausência de medidas de separação dos recém-nascidos ou das crianças doutras idades de suas fontes de contaminação virulenta. Este método de hiperimunização exerce sobre os indivíduos vacinados uma acção mais desensibilizante, sendo considerado como o mais apto a fazer baixar os coeficientes de morbidade e de mortalidade da tuberculose infantil. O facto deste processo ser aplicável a todas as idades, independentemente das condições alérgicas prévias, parece abrir novos horizontes à prevenção e aos estudos imunológicos da tuberculose.

#### QUE GRUPOS DE PESSOAS DEVEM SER SUBMETIDAS À VACINAÇÃO LEVANDO EM CONTA OS DIFERENTES GRAUS DE MORTALIDADE PELA TUBERCULOSE?

A evolução da tuberculose sofreu modificações profundas e favoráveis na maior parte dos países: primeiramente, pela redução do contágio determinado pelos doentes com formas abertas que, numa proporção muito elevada, tornam-se abacilares pelos novos tratamentos; pelo número de doentes controlados pela profilaxia; pela proporção cada vez maior das formas inaparentes descobertas pelos exames sistemáticos; finalmente, pelo número de vacinados, nos quais as formas contagiosas da doença

são excepcionais. Em vários países tem-se verificado a redução ou a supressão da tuberculose de origem bovina. Porém, esta protecção real que tem determinado a redução contínua do número de infectados contagiosos e que se exprime pela supressão dos casos de evolução mortal nas idades de 0 a 20 anos em Copenhague, em 1952, 5 a 15 anos nas Ilhas Hawai, e em 1952, também, pela redução enorme da infecção e da doença na juventude e especialmente nas raparigas nos Estados Unidos, na Dinamarca, na Suécia e nas Ilhas Hawai, põe, especialmente, dois problemas.

Persiste e persistirá durante mais de 30-40 anos, nestes mesmos países os «focos de contágio» das gerações que não tiveram o benefício de não contrair durante a infância ou juventude formas severas de primo-infecção ou de reinfeção e que continuarão a ser atingidos pela doença. Os exemplos de epidemias de tuberculose descritas nestes últimos anos na Escandinávia, Inglaterra, Estados Unidos, França, Alemanha e Canadá, têm demonstrado que um só doente pode determinar um número importante de pessoas atingidas de formas contagiosas. As diferenças que se observam em relação com o número de infectados e de doentes nos diferentes estados ou regiões, ou numa mesma cidade e seus bairros, é uma indicação quanto ao perigo que se incorre de contrair a infecção com as consequências já conhecidas.

A evolução histórica da tuberculose mostra a falta de resistência específica suficiente dos diferentes grupos humanos contra esta doença pela intensidade das fases de tuberculização em todos os países, pela lentidão da regressão da tuberculose e suas carências. Apesar do progresso atingido pela Dinamarca em 1914-18, uma crise alimentar desencadeia neste mesmo período um aumento importante da mortalidade pela tuberculose. A mesma causa verifica-se na Holanda em 1939-45, muito mais grave pelo número de vítimas, — em Amsterdam, a morbilidade aumentou de 250 % — e também pelo significado desta observação: num elevado número de pessoas idosas e de velhos, verificaram-se grandes massas ganglionares à volta das cicatrizes de escrófulas «curadas» desde a infância, seguidas de formas de generalização caseosa, a mais maligna. Na Suécia tem-se verificado, recentemente, um número elevado de processos de primo-infecção nos adultos e velhos. Apesar da evolução actual da tuberculose em geral, mais favorável na Europa e na América, acreditamos que em todos os países é necessário aumentar a resistência específica contra a tuberculose pelo B. C. G. em todos os anérgicos desde o nascimento e mantê-la no mais alto grau possível por revacinações sucessivas.

O estudo da evolução dos vacinados nos países como o Japão e a Índia, fortemente tuberculisados, é dum interesse considerável: permite conhecer os limites da acção favorável das vacinas utilizadas nos meios em que uma proporção relativamente importante de indivíduos ter-se-á exposto ao contágio *no decurso do período de vacinação*. Seria útil fazer nestes países experiências de revacinação, especialmente por via oral, e comparar no futuro os revacinados com os primo-vacinados.

As condições tão diferentes da Dinamarca permitirão fazer comparações muito instrutivas entre os resultados obtidos num meio com uma fraca exposição do vacinado na fase da vacinação e nos meios onde esta exposição é muito intensa.

## VALOR IMUNISANTE E EFICÁCIA DA VACINAÇÃO PELO B. C. G.

Desde o começo da aplicação do B. C. G. por via parentérica têm-se conhecido as observações de *Scheel*, *Heimbeck* e *Kristenson* sobre os resultados parciais obtidos nos vacinados por via subcutânea ou intradérmica. Não se tem observado a proporção normal de reacções positivas à tuberculina após 6-8 semanas de vacinação. Nas observações de *Scheel* e *Kristenson* a dose de B. C. G. era insuficiente; tem-se verificado na Noruega, que por causa das dificuldades originadas pela guerra, tem sido empregado um B. C. G. insuficientemente activo. Nos vacinados por via intradérmica, têm-se obtido resultados mais favoráveis; durante 8-10 anos, têm persistido percentagens muito elevadas de reacções à tuberculina (*Anderson e Belfrage*, *Aronson e Hertzberg*).

A eficácia da vacinação pelo B. C. G. tem sido demonstrada nas investigações experimentais de *Calmette* e *Guérin* que são o fundamento do método, e confirmados pelos veterinários que têm utilizado a técnica aconselhada por estes autores. Viram desaparecer a tuberculose do gado nas explorações (*Hautecoeur, Dessouter*, 1948). Nos animais pequenos, há duas experiências particularmente demonstrativas: a de *Duprez*, em 1932, no cobaio. O autor tendo revacinado em cada semana os animais por via subcutânea durante um período muito prolongado constatou a protecção absoluta dos animais à reinfeção virulenta; por outro lado, *Birkhaug* (1937-39), sobre o grau de protecção obtida nos cobaios vacinados por via parentérica tendo reagido à tuberculina e desensibilizados por doses sucessivas de tuberculina.

As publicações de *Calmette*, desde 1924 até à sua morte, foram especialmente dedicadas à divulgação dos resultados da vacinação. Criticou-se o método estatístico adoptado. Depois, utilizaram-se técnicas estatísticas mais rigorosas e as conclusões a que se chegou são essencialmente as mesmas.

*Sayé* confirmou-as em grupos semelhantes, em Barcelona, de 1924 a 1936; em Montevideu, em 1938, nos velhos vacinados de 4 a 11 anos, e ulteriormente, até 1951, com uma média de 14 anos de observações. *Sayé* também tem estudado as características da patologia tuberculosa nos vacinados: não existe senão num meio bacilífero e aparece muitas vezes com tendência abortiva. O facto predominante nas crianças vacinadas em meio que se supõe não está na falta de formas malignas de primo-infecção, de formas de generalização assim como de meningite.

A objecção principal que se faça aos estudos sobre os resultados clínicos da vacinação é que se não têm examinado grupos semelhantes. Com efeito, um grande número de trabalhos baseiam-se em *grupos comparáveis*. Existe um trabalho que se pode admitir que resiste a toda a crítica: são as observações publicadas por *Sayé* em 1929 sobre crianças de famílias sãs ou doentes: tendo sido vacinadas certas crianças em cada família e outras não. A vigilância prolongada destas crianças mostra as diferenças entre os dois grupos; quanto à frequência da doença, mostra também a evolução sempre favorável da doença nos vacinados. Idênticas observações têm sido feitas por *Querangal des Essarts* e por *Carbonnières*, em 1933, por *Heysius van den Berg*, 1933, por *Edmont Sergeant e Rougebief*, em 1944; recentemente por *Dickie*, de Londres, em 1952, sobre famílias de Estocolmo. A publicação de *Hyge*, de Copenhague, sobre a evolução seguida pelos alunos duma Escola Superior, não vacinados e vacinados, no decurso duma epidemia tuberculosa, é também muito demonstrativa.

# S U P L E M E N T O

## O ENSINO MÉDICO NA SUÍÇA

### Impressões duma visita de estudo

#### II

#### A QUÍMICA FISIOLÓGICA

A duração deste ensino é de dois semestres para aulas teóricas e um para trabalhos práticos. Em regra as aulas teóricas dão-se no 3.º e no 4.º semestre e os trabalhos práticos no 4.º ou no 5.º semestre. A regência da disciplina compete a um médico. Tal não sucede, porém, na Faculdade de Zurique. Em Lausana, o professor de Fisiologia é também da Química Fisiológica, trabalho deveras árduo para o Prof. Fleisch que exaustivamente se dedica à investigação científica. Por falta de espaço, tanto nesta Faculdade como na de Genebra, os trabalhos práticos das duas disciplinas efectuam-se na mesma sala, em semestres alternados. Tive o prazer de visitar o Instituto de Química Médica, de Berna, dirigido pelo Prof. Abelin. Dentro da Faculdade, este Instituto tem sem dúvida instalações mais modernas, funcionando num pavilhão com dois andares, construído há 3 anos. As salas destinadas aos trabalhos escolares estão completamente separadas das de investigação. Assim, por exemplo, para o ensino existe um anfiteatro para 60 alunos, uma vasta sala de trabalhos práticos com dois compartimentos anexos, sendo um para a preparação de solutos e outro para a arrecadação do material de vidro, e, finalmente, um compartimento para o estudo de respiração e metabolismo. A maior parte de compartimentos destinam-se a investigação. Cada assistente tem um pequeno quarto para os seus trabalhos. O Prof. Abelin e o seu privat-docent Aebi dedicam-se especialmente ao estudo da *respiração* e têm para isso laboratórios especiais muito bem equipados: *respiração celular na ameba, respiração dos tecidos, respiração de ratos, etc.*

#### O ENSINO DE FARMACOLOGIA

Visitei os Institutos de Basileia (Prof. Bucher), de Berna (Prof. Wilbrandt) e de Genebra (Prof. Frommel). O ensino de Farmacologia, de duração de dois semestres, compreende aulas teóricas e exercícios de prescrições e ministra-se do 6.º ao 9.º semestre do curso. Na Faculdade de Lausana, por exemplo, é no 6.º e 7.º, na da Basileia

no 8.º e 9.º, enquanto na de Genebra no 7.º e 8.º ou 8.º e 9.º, conforme os estudos comecem no semestre de inverno ou de verão.

As aulas teóricas dadas nos anfiteatros são acompanhadas de projecções luminosas e demonstrações práticas. Para este último fim no laboratório de Farmacologia, em Basileia, anexo ao anfiteatro, existe uma pequena sala de operações, disposta de tal modo que os estudantes possam ver no *écran* todos os tempos da demonstração. Eu mesmo tive ensejo de assistir a uma bela demonstração no coração de Starling. Devem ou não ser obrigatórios os trabalhos práticos de Farmacodinamia? Os professores Bucher (Zurique) e Frommel (Genebra) entendem que não. Seria sobrecarregar inútilmente os estudantes com trabalhos que já praticaram em Fisiologia e Química Fisiológica. Melhor é os assistentes fazerem demonstrações de técnicas modernas utilizadas em Farmacologia, para deste modo despertar nos estudantes o interesse pela investigação científica, dissearam-me os mesmos professores. Entende, porém, o Prof. Wilbrandt (Berna) que os trabalhos práticos são absolutamente necessários para a formação do estudante e neste sentido organizou, no corrente ano, um curso facultativo que é frequentado principalmente pelos estudantes americanos.

Merece registo a seguinte opinião que o Prof. Bucher teve a amabilidade de me transmitir.

*«In most pharmacological laboratories the students are required to carry out the so-called «classic» pharmacological experiments, such as testing of spasmolytics on stripe of isolated intestine, investigating the action of cardiac glycosides on isolated frog hearts, etc. That is, the students must carry out those procedures which the pharmaceutical industry now uses as routine screening tests. However more difficult, differential methods can hardly be demanded from students—not conscientiously, at any rate.*

*Now, as concerns the usual ways of teaching practical pharmacology I have certain definite opinions. First of all I think these «classic» methods*

*essentially are merely unnecessary repetition of experiments already carried out in principle — although sometimes with other questions to be answered — in physiological and biochemical laboratory studies. Secondly, and this seems to me most important, such methods give students the false idea that the modern pharmacologists of today still mainly work with such methods. In reality, however, it seems to me that truly valuable new medicaments with selective points of action and wide therapeutic margins can be developed only with methods based upon the very newest knowledge provided by physiology and biochemistry. The so-called «classic» methods are useful today only for pre-testing drugs and for certain questions concerning general pharmacology.*

*I personally would advocate teaching practical pharmacology somewhat along the following lines. Students should be put in groups of 6 to 10 with an instructor as group leader. This instructor then should demonstrate with the help of his own technicians or assistants a modern experiment based on scientific questions upon which he is working at the moment and, therefore, in which he is more or less competent. He thereby can thoroughly explain the whole problems of the experiment, the questions it should answer, their importance, evaluation, etc. The task of the student is therefore merely to observe and to help with small details and then, above all, to participate in a thorough discussion of what has occurred. It is not so important that students carry out by themselves as many experiments as possible. More important is that, on the basis of some example or other, they be taught to think along pharmacological lines and to become schooled in being objectively critical».*

É activa a investigação científica. O Prof. Bucher dedica-se à acção dos fármacos sobre a respiração e circulação; o Prof. Wilbrandt aos isótopos, contratilidade de artérias, hemólise, metabolismo de tecidos, etc. Impressões

nou-me a personalidade deveras interessante do Prof. Frommel, como o ficara com o Prof. Fleisch, de Lausana. As instalações laboratoriais onde ele trabalha são modestíssimas mas sente-se nelas a «*alma de investigador*». E tal é o seu amor pela investigação que mantém uma parte de assistentes pagos com os proventos de sua clínica particular! Prefere para seus colaboradores os especializados em física e química a médicos. Disse-me as razões que o levaram a assim proceder. Seria indiscreto se as divulgasse. Um engenheiro químico dirige o laboratório de química pura, um licenciado em química dirige o laboratório de análise química, o privat-docente é farmacêutico, e finalmente o laboratório de biologia é dirigido por um médico que é também licenciado em física. O Prof. Frommel é autor de vários trabalhos: fisiologia de epilepsia eléctrica experimental, fisiopatologia da acção do cardiazol, grau de toxicidade e o poder de diversas substâncias anti-convulsivantes nos animais submetidos ao choque químico e eléctrico (epilepsia experimental), acção de anestésicos locais em odontologia, etc. No laboratório de Farmacologia da Faculdade de Medicina de Paris, dirigido pelo Prof. Hazard, vi que eram utilizados os aparelhos de Frommel para o estudo de electro choque e dos analgésicos.

## O ENSINO DE BACTERIOLOGIA E HIGIENE

A minha visita de estudo proporcionou-me o ensejo de conhecer pessoalmente dois dos mais notáveis bacteriologistas suíços, o Prof. Mooser (Zurique) e Houduroy (Lausana). É certo que visitei o laboratório da Faculdade de Berna, mas as circunstâncias não me permitiram que conhecesse o Prof. Hallauer, que com superior competência dirige na parte técnica o Instituto Seroterápico, bem conhecido no meio médico.

O ensino de Bacteriologia e de Higiene fica sob a supervisão do mesmo professor e a sua duração é de dois semestres para aulas teóricas e um semestre para os trabalhos práticos de Bacteriologia. Em regra este ensino faz-se no 6.º e no 7.º semestre do curso. A organização dos três Institutos que visitei é quase idêntica, tendo o de Zurique melhores instalações.

O Instituto de Bacteriologia e de Higiene de Zurique tem, além de funções docentes e de investigação, a obrigação de satisfazer todas as análises bacteriológicas e serológicas do Hospital da Universidade e as de doenças infecto-contagiosas do Cantão. Sob este último aspecto funciona como *Laboratório Epidemiológico* do Cantão de Zurique. As análises respeitantes às doenças infecciosas são gratuitas, pois quando se trata de debelar estas moléstias, disse-me o Prof. Mooser, não há ricos nem pobres. Fazem-se anualmente quase 200.000 análises. No que diz respeito ao pessoal, existe perfeita separação entre o pessoal que coadjuva no serviço docente e de investigação do encarregado de análises de rotina. Só para estas últimas existem 30 *laborantínes* bem treinadas.

As aulas práticas de Bacteriologia duram duas horas e são duas vezes por semana. Em regra, o professor faz no início durante quase meia hora uma introdução explicando o interesse e a importância dos trabalhos que vão executar. A média de alunos é de 90, tendo cada grupo de três estudantes um microscópio. Anexa à sala de trabalhos existe um quarto com estufa, com divisões numeradas, onde os estudantes conservam as culturas.

As aulas de Higiene são teóricas. Elas não têm por fim fazer *especialistas*, disse-me o Prof. Mooser, mas dar noções indispensáveis para o futuro *clínico*. De resto, acrescentou o Prof. Mooser, não há em Zurique problemas de higiene de grande magnitude a resolver, pois a mortalidade infantil é fraca, não existem epidemias, e praticamente não há tifoide! O problema de higiene mais importante é o respeitante ao gado.

Os laboratórios de análises e de investigação estão completamente separados dos de trabalhos práticos. O Prof. Mooser vai mais longe ainda; entende, com razão, que estes últimos deveriam ser executados num pavilhão a parte porque estão naturalmente sujeitos a inquinações.

As reacções de Wassermann e de Khan fazem-se duas vezes por semana em número aproximado de 800. Só o número de cobaios inoculados para o diagnóstico precoce de tuberculose era de 500! O sangue destes animais é aproveitado para a R. de W., sendo sacrificados 12 cobaios por semana, 5

ou 6 semanas após a inoculação. O Instituto de Berna tem 3 departamentos de investigação: virulogia, bacteriologia e serologia, este último bastante desenvolvido e trabalhando em íntima ligação com o Instituto Seroterápico de Berna. Em Lausana, além de instalações docentes, de investigação e de análises de rotina, tive o ensejo de ver e apreciar o *Centro Internacional de Collecções de tipos microbianos*. É um trabalho exaustivo, este a que o Prof. Houduroy se dedica com todo o entusiasmo e elevado critério científico. Vi os ficheiros muito bem organizados e uma rica colecção de mil culturas com germes provenientes de vários países. Não me demorei em me referir aos trabalhos de investigação científica destes professores, sendo-me porém grato pôr em destaque as investigações sobre Rickettsioses pelo Prof. Mooser e os estudos cito-químicos do Bacilo de Koch pelo Prof. Houduroy.

(Notas ext. dum relatório).

**J. M. PACHECO DE FIGUEIREDO**

(*Bolseiro da O. M. S.*)

## Reuniões de Curso

Num restaurante da capital, realizou-se no dia 19 de Junho, um jantar de confraternização dos médicos que fizeram parte do curso de 1942-1947, da Faculdade de Medicina de Lisboa.

\*

Para comemorar o 25.º aniversário da sua formatura, também os médicos que frequentaram a Universidade de Lisboa em 1924-1929 assistiram, no dia 26 do mês último, na igreja da Pena, a uma missa por alma dos professores e discípulos falecidos, após o que visitaram o novo Hospital-Faculdade. Seguiu-se um almoço de confraternização e a visita de cumprimentos aos antigos professores, tendo-se realizado, no dia seguinte, uma excursão à cidade de Tomar, onde se efectuou outro almoço.

# IODALOSE GALBRUN

iodo fisiológico, solúvel e assimilável

O PRODUTO CLÁSSICO PARA A IODOTERAPIA, CONSAGRADO  
PELA EXPERIÊNCIA DE LONGOS ANOS

**ESTABELECEMENTOS CANOBBIO**

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

**AFEÇÕES  
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 D<sub>2</sub> 10.000 U. I.  
QUININA BÁSICA 0,06 gr. ESSÊNCIA DE NIAULI 0,05 gr. EUCALIPTOL 0,05 gr.  
HEXAIDROISOPROPILMETILFENOL 0,02 gr. CÂNFORA 0,1 gr. Por ampola.

**PROPULMIL**

**SUPOSITÓRIOS**

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

**PROPULMIL INFANTIL**

**SUPOSITÓRIOS**

PENICILINA G PROCAÍNICA 200.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I.  
VITAMINA A 25.000 U. I. VITAMINA D<sub>2</sub> 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.

# ECOS E COMENTÁRIOS

## ATAQUE AO TERRITÓRIO NACIONAL

Os recentes acontecimentos passados nos nossos territórios fronteiricos com a chamada União Indiana demonstraram a unidade da nação portuguesa, nas rápidas, uníssonas e entusiásticas manifestações de indignação e desagravo que se sucederam, como também a perfídia da conduta dos dirigentes da União Indiana, que apregoam constantemente os seus méritos pacifistas para melhor esconder a pele de urso que há muito vestiam.

O sangue já derramado não é de indianos, é de portugueses. Embora tenham nascido na península indutânica, são há muitos séculos conhecidos como portugueses de Goa, tal como os do continente europeu que, nascidos na península hispânica, não foram nunca espanhóis.

Sabe bem a União Indiana a diferença que há entre um goês e um indiano, e não será demais pensar que essa diferença a incomoda, a tal ponto que não encontrou até agora entre os 100.000 portugueses que hoje vivem — sabe Deus como! — na União Indiana, senão um tal Mascarenhas para se mancomunar com os seus mercenários.

Hoje, como em certo cerco de Chauíl, as fezes da Pátria têm o devido destino!

Na ausência para o estrangeiro do seu Director, a redacção de «O Médico» acompanha com as melhores fibras do seu espírito, os portugueses cáidos, o valor dos vivos que lá estão e as graves preocupações dos nossos governantes, em especial as de Salazar, a quem rende profunda homenagem e testemunha inteira confiança.

## UM CURIOSO LIVRO — «THE BOOK OF THE HEALTH»

A aparição desta obra, claramente definida pelo seu subtítulo — «Enciclopédia médica para toda a gente», editada e compilada por dois Professores da Universidade de Texas (R. L. Clark Jr. e R. W. Cumley), merece ser sublinhada.

É curioso que um grupo notável de mais de 200 médicos e investigadores, alguns de categoria mundial,

como Best, Blalock, Collip, Dameshek, Doisy, Fleming, Katz, Mayo, Page, Wiener, Zondek e muitos outros que figuram na lista dos colaboradores da obra, se tenham desviado das suas preocupações e da execução das suas obras habituais, para colaborar na redacção de um livro de vulgarização médica para leigos! Isto dá ideia de um conceito da profissão e das responsabilidades do professorado e de um sentido do valor social da Medi-

cina, que não é comum entre nós nem, talvez, em outros países europeus. A obra é, pois, até certo ponto um produto do meio americano em que foi executada.

Como dizem os seus editores, «a Medicina já não é uma ciência secreta. Todos os jornais e magazines publicam informações e histórias sobre os progressos daquela ciência. Algumas vezes essas informações são prematuras e não merecem confiança; muitas delas despertam falsas esperanças. Consequentemente, em face de tanta meia-informação que é apresentada ao grande público, esforçaram-se os editores desta obra (Cumley «director de publicações» da Univ. de Texas é Prof. de Jornalismo Médico) por reunir um grupo de peritos especialistas que os assistam na tarefa de dar a esse grande público a mais clara e mais completa informação que seja possível».

Deve notar-se que o livro em alguns dos seus aspectos (história da Medicina; relações desta com outras ciências; certos aspectos especiais, para os que cultivam outras especialidades, etc.) e dada a autoridade e poder de síntese de muitos dos expositores, também interessa aos próprios médicos. Este é mais um motivo pelo qual a sua aparição nos parece de sublinhar no nosso jornal.

Outro, ainda, é o facto de entre os 7 colaboradores não americanos figurar um colaborador de «O Médico», o Dr. Mendes Ferreira.

Entre as «figuras históricas» da Medicina o Prof. Egas Moniz ocupa um lugar destacado, sendo extensamente referida a sua obra em 4 lugares diferentes do livro, honra que partilha com muito poucos dos cientistas citados desde o Renascimento até à actualidade: mais 7 citados 4 vezes, 3 citados 5 vezes, 1 citado 6 vezes (é Pasteur), e 2 citados 7 vezes, num total de perto de 700 clínicos e investigadores. Um outro cientista português, o Dr. Raul Bensaude, figura também entre essas centenas, embora «disfarçado» como de nacionalidade francesa.

E aqui está a nossa colaboração para «The book of the health».

F. R. N.



SULFAMETIL - TIODIAZOL

Tratamento da colibacilose das  
vias urinárias

Sulfametil-tiodiazol . . 0,1 g.

Boião de 20 comprimidos



LABORATÓRIOS  
DO  
INSTITUTO  
PASTEUR DE LISBOA

# 3 Lanatosidos

numa proporção constante



*Terapia segura e eficaz  
na insuficiência cardíaca*

— Efeito rápido semelhante  
à acção da estrofantina  
com 50 % de Lanatosido C.

— Fácil controle da reserva  
digitálica com 40 % de  
Lanatosido A.

●  
GOTAS • COMPRIMIDOS • SUPOSITÓRIOS • AMPOLAS  
●

**P. BFIERSDORF & CO. A. G. — HAMBURGO (ALEMANHA)**

*Representante*

**Pestana & Fernandes, L.<sup>da</sup>**

*Secção de Propaganda — R. Prata, 153-2.º Esq. — Lisboa*

## NO PORTO

## Celebração do DIA DO PATRONO no Hospital de Santo António

Decorreu com o máximo brilho a celebração, no dia 20 de Junho findo, do Dia de Santo António, promovido pela Misericórdia do Porto no seu principal hospital.

O primeiro acto realizou-se de manhã, na grande cerca do hospital. Ali, num altar armado junto dos pavilhões, celebrou missa campal o sr. D. António Ferreira Gomes, venerando prelado da diocese.

Nos jardins estendiam-se camas com doentes internados. Na assistência ao piedoso acto, viam-se, entre outros, o Dr. Domingos Braga da Cruz, Governador Civil do Porto; eng. Mário Borges, em representação da Câmara Municipal; Prof. Dr. Amândio Tavares, reitor da Universidade; Prof. Luís de Pina, provedor da Santa Casa da Misericórdia; major Santos Júnior, comandante da P. S. P.; Dr. Arnaldo Pinheiro Torres, presidente da Comissão Distrital da U. N.; comandante Coutinho Lanhoso, pelo Departamento Marítimo do Norte; rev. Dr. Guimarães Dias, pela Cruz Vermelha; Dr. Amadeu Miranda Mendes, presidente da direcção do hospital, os mesários Dr. Sousa Magalhães, secretário geral; engs. Veiga de Faria e Guedes Cardoso, Castanheira Martins, etc.; Prof. Dr. Fernando Magano e Dr. Jacinto de Andrade, director e sub-director clínicos do hospital; médicos, representantes de várias Ordens, enfermeiros e alunos de enfermagem, etc.

Ao Evangelho o sr. D. António Ferreira Gomes dedicou vibrante homília à vida e obra de Santo António, patrono da casa. O prelado pôs em evidência a acção prodigiosa daquele Santo — diametralmente oposta ao espírito do tempo — desde a saída da casa de seus pais até à sua ida para Itália.

## SOLENE TE-DEUM

À tarde, na capela do hospital, foi cantado solene *Te-Deum* em honra do Santo patrono, presidindo à solenidade mons. Pereira Lopes, Vigário Geral da diocese, em representação do prelado. O pequeno templo encheu-se literalmente, vindo-se a assistência prolongada até ao fundo do salão nobre.

Além do provedor e mesários da Santa Casa da Misericórdia, viam-se ali os representantes das autoridades e das várias ordens religiosas, o director e sub-director do hospital, com os clínicos e enfermeiros. O *Te-Deum* foi cantado pelo Grupo Coral de Pio X, tendo no final mons. Pereira Lopes dado a bênção do Santíssimo.

## A SESSÃO SOLENE

Seguidamente, no amplo salão nobre do Hospital Geral de Santo António, realizou-se uma sessão solene brilhantís-

sim, para celebrar também o Dia do Patrono. Presidiu o Prof. Luís de Pina, provedor da Santa Casa da Misericórdia, tendo a ladeá-lo os representantes do general comandante da I Região Militar e do chefe do Departamento Marítimo, Dr. Amadeu Miranda Mendes, presidente da direcção, Prof. Almeida Garrett, da Junta da Província do Douro Litoral, Prof. Fernando Magano, director clínico do hospital, Prof. Rocha Pereira e representantes das Ordens religiosas. Em cadeira especial sentou-se o Vigário Geral da diocese, mons. Pereira Lopes, em representação do prelado.

## DISCURSO DO PROF. LUÍS DE PINA

O Prof. Luís de Pina, provedor da Misericórdia do Porto, proferiu o seguinte discurso:

Venerando Representante de S. Ex.<sup>a</sup>  
Rev.<sup>ma</sup> o Senhor Bispo do Porto  
Digníssimo Representante de S. Ex.<sup>a</sup> o  
Governador Civil do Porto  
Ilustríssimas autoridades  
Prezadíssimos Mesários e Irmãos da  
Santa Casa da Misericórdia:

Dia de grande gala este em que a Irmandade de Nossa Senhora da Misericórdia do Porto exalta o Santo Padroeiro do seu Hospital-Mor, Santo António de Lisboa, que Pádua também quer seu e todos veneram como Santo de Todo-o-Mundo.

Aos 15 anos, órfão já de pais, o moço Fernando de Bulhões — que assim era antes de ser António e Santo — havia ingressado no convento dos Cónegos Regrantes de Santo Agostinho, em S. Vicente de Fora, na sua terra natal.

Tentado pelo mosteiro de Santa Cruz de Coimbra — da mesma Ordem, centro opulento de saber e religiosidade, o lisboeta Fernando de Bulhões transfere-se para ele, onde encontra a paz de alma e o fervor de vida cristã que anelava.

Ao rememorarmos este pedacinho de história antoniana, é de singular agrado para nós, Médicos, saber-se que nesse mosteiro conimbricense, com raízes fundas para além do ano de 1130, estabeleceram seus monges a primeira Escola de Medicina de Portugal, de par com um Hospital, o primeiro Hospital Escolar português. Certos de seus frades clínicos cumpriram missões de estudo por escolas de França, bolseiros de El-Rei D. Sancho I e por lembrança benemérita e útil do D. Prior do Mosteiro, Gonçalo Dias, cujo sobrinho D. Mendo há-de ser, no regresso dos estudos em Paris, o seu primeiro Mestre de Medicina.

Pois ao tempo do jovem António de Lisboa entrar nesse convento-escola de

Santa Cruz de Coimbra, aí por 1210, era já este luzido viveiro de sábios e justos: um deles o próprio D. Gil Rodrigues ou de Valadares, o S. Frei Gil de Santarém, que foi médico régio, vencidas todas as mágicas tentações do Mundo, que tanto o apoquentaram. A este contemporâneo mais novo de Santo António chamaria *Fausto português* o portuense que ilustremente se chamou Almeida Garrett.

Nesse Colégio de Santa Cruz de Coimbra andou o nosso António como discípulo do celebrado Padre-Mestre D. Frei Pero Pires, eloquente na Teologia, na Filosofia e na arte de Hipócrates e de Galeno, cujas imponentes figuras de pedra escura se erguem nos topos de esquina da fachada deste nosso Hospital.

É de crer que o seu Santo padroeiro, por isso, ali tivesse aprendido, no decurso de quase 10 anos de estudos, uma ou outra lição médica, de que se vislumbram alguns tons em certos passos de seus sermões, como não há muito lembrou Cortez Pinto <sup>(1)</sup> e nos apontará, de certo, o ilustre orador desta tarde, Rev. Padre Evaristo de Vasconcelos, que tanto e bem investigou a vida apologética do Santo, exímio prégador a multidões que sobrepassavam, por vezes, os 30.000 ouvintes, dizem as narrativas!

Confessei, há pouco, que nos aprazeria lembrar Santo António como aluno da velhíssima Escola Conimbricense onde se ensinou a Medicina, pela primeira vez em Portugal, vai para setecentos anos, e onde se aplicavam aos doentes remédios temporais e espirituais, no contar de Frei Nicolau de Santa Maria, cronista da Ordem e mais nos apraz o facto se bem apreciarmos essas íntimas relações do Padroeiro deste Hospital com Mestres e companheiros de estudo da arcaica primeira Faculdade médica católica de Portugal.

Por isso aqui saliento gostosamente tão esquecida nota histórica!

\*

O nosso excelente patrono, de quem um célebre e malgrado médico português, Brás Luís de Abreu, escreveu famoso panegírico em livro raro, há 200 anos <sup>(2)</sup>; o nosso magnífico patrono, a quem o ilustre cirurgião Gomes Lourenço, louvado por Maximiano Lemos, dedica a sua valiosa obra *Cirurgia Clássica*, de 1754; o nosso famoso patrono, que a tradição aponta como Mestre de Teo-

(1) Vd. Maximiano Lemos, *História da Medicina em Portugal*, Lisboa, vol. I, 1899. — Cortez Pinto, *A primeira escola de Medicina em Portugal*, «Actas do III Congresso Internacional dos Médicos Católicos», Lisboa, 1948.

(2) *Sol nascido no Occidente, e posto ao nacer do Sol S. Antonio Portuguez epitome historico, e panegyrico de sua admiravel vida, etc.*, Coimbra, 1725.

logia em vários estudos estrangeiros, como o de Bolonha, tradição que neste ouvi e li, tenaz e viva, quando o frequentei como bolsheiro do Estado, há quase 23 anos (1); o nosso patrono dizia eu, está pois aqui e muito bem, no glorioso título deste Hospital, está aqui sempre renascido, lembrado e aplaudido, Hospital que é a flor mais bela e sedutora da Caridade portuense.

\*

Milagre de Santo, e soberbo, o ter-se construído, não todo o que planeava o arquitecto inglês John Carr (2), mas esta parte apenas, já grandiosa e começada em 15 de Julho de 1770. O projecto, de 1769, era semelhável, em monumentalidade—salvante os estilos e as épocas—ao magnífico Hospital Escolar que ora se levanta ali na Asprela.

O do inglês, no total, contaria quase 160 salões e salas, mais de 20.600 janelas e portas e 142 enfermarias; mais de 3.000 degraus todas as suas 56 escadas principais; colunas 176; etc., revela-nos o velho Padre Rebelo da Costa na sua *Descrição da Cidade do Porto* (3), ao falar deste «Hospital Novo», disposto em quadrado, da Restauração ao Carregal, da Rua da Liberdade a este ponto em que agora estamos (4).

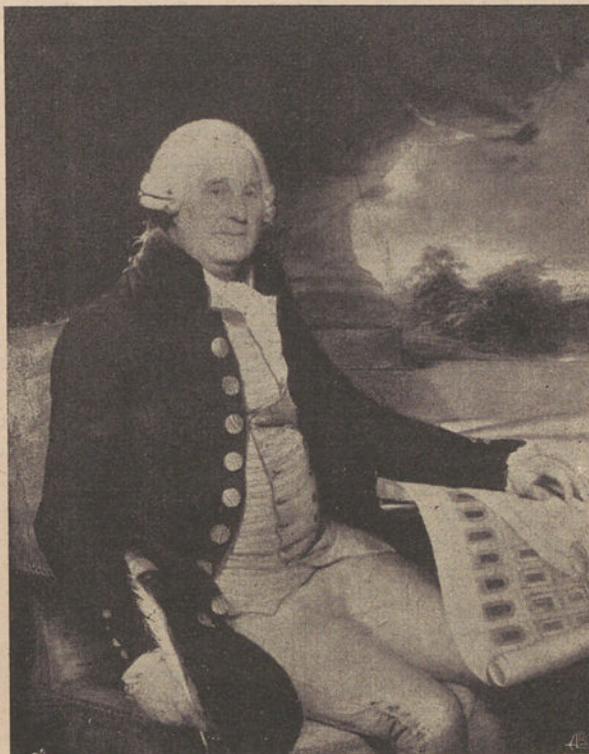
Ora um inglês de 1774, major W. Dalrymple, escrevia em certa obra que se havia começado no Porto este Hospital imenso e magnífico, contando-se gastar nele 4 a 5 milhões. Mais disse o viajante que era tarefa tão prodigiosa que jámais se poderia acabar. E comentava que era absurdo ter destinado tal edifício

a este burgo cujas riquezas, todas juntas, não bastariam para pagá-lo e que ele seria digno de embelezar a primeira cidade da Europa (1).

Sim, o senhor inglês tinha razão: o Hospital não acabou. Todavia se o Porto quisesa — e nisso então se enganaria o súbdito britânico, este nosso Hospital estava hoje concluído. Mas, Santo Deus, a caridade do Porto e seu alfoz terminou-o

tais do Conde de Ferreira e Semide, da Prelada e Menores, Instituto de Cegos, Recolhimento de Órfãs de Nossa Senhora da Esperança, Internatos masculino e feminino do Barão de Nova Sintra:—ei-lo aí, completo, inteiro, grandiosíssimo, o verdadeiro imenso quadrado do Hospital que não se podia acabar, no dizer do inglês de 1744!

Vendo-se isto, vendo-se esta milagro-



O arquitecto inglês JOHN CARR,  
autor do plano do Hospital de Santo António

(1) Luís de Pina, *Portugueses, Mes-tres no estrangeiro*. «Anais da Faculdade de Ciências do Porto», XXII, 1937; Veríssimo Serrão, *Portugueses no estudo de Toulouse*, Coimbra, 1954 (pág. 13 e seg.).

(2) Era conhecido por Carr of York. Nasceu em Horburg (Wakefield), em Maio de 1723. Morreu em 22 de Fevereiro de 1807, na sua residência de Askham Hall, rico e muito considerado. É autor do Tabley (Cheshire) e da Harewood House (Yorkshire). O retrato deste célebre arquitecto e as suas notas biográficas devemo-las ao bom empenho e gentileza da ilustre e veneranda Senhora Dona Ruth Jennings.

(3) Agostinho Rebelo da Costa, *Descrição topográfica e histórica da cidade do Porto*, etc. (1.ª edição, 1788 e 1789); 2.ª ed., 1945, Porto).

(4) Magalhães Basto, *Origens e desenvolvimento de um grande estabelecimento de assistência de Caridade (o Hospital de Santo António da Misericórdia do Porto)*. Porto, 1931.

de outra forma singularíssima, espalhando-o pela cidade em outras casas de piedosa assistência a órfãs, a cegos, a incuráveis, a convalescentes, a tuberculosos, a desamparados, a dementes: Hospi-

(1) *Vouage en Espagne et en Portugal dans l'année 1774*. Trad. do inglês. Paris, 1738 (Ind. in «Archivos de Historia da Medicina Portuguesa», 1888-1889, pág. 148. Porto).

Murphy também dizia, em 1797, que 20 anos após a 1.ª pedra estava apenas construído um dos lados do Hospital e augurava que este não passaria de uma *magnifique ruine moderne, et en même temps un exemple de la folie humaine à ne vouloir jamais proportionner les dépenses d'un peuple avec ses revenus!* In *Voyage en Portugal*, trad. do inglês, Paris, 1797 (Ind. nos mesmos «Archivos», 1894, pág. 94).

sa multiplicação dos inexgotáveis dinheiros do Porto, poderá dizer-se como Santo Anselmo: *não posso compreender para crer, mas creio para compreender!*

Acredita-se em Deus, para acreditar na Caridade; acredita-se no Porto, para acreditar na sua generosidade; assim se compreende o milagre do *incompleto hospital de Santo António já completo!*

Abençoada gente e abençoada crença!

A Caridade é sentimento e acto diferente da Filantropia. Lúcidamente as definiu, há cem anos, o glorioso fundador das Conferências de S. Vicente de Paulo, Professor da Universidade de Paris, Frederico Ozanam, já a caminho dos altares, numa de suas amorosas cartas:

«*Filantropia é uma orgulhosa para quem as boas acções são como*

# DIGITALINA MIALHE

(SOLUÇÃO MILESIMAL DE DIGITALINA CRISTALIZADA)

SUPERIORIDADE INCONTESTÁVEL SOBRE TODAS AS PREPARAÇÕES  
DE DIGITALIS PURPÚREA

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

ornamento ou enfeite, que gosta de ver-se ao espelho; a *Caridade* é a mãe terna que fixa os olhos no filho que tem ao peito, que não pensa em si e esquece por seu amor a sua beleza».

A obra desta *Caridade* aí está, com Santo António a coroá-la. E continua e prossegue, ontem com uns Homens-bons do Porto, hoje com outros, dos quais eu, sem dúvida, o pior.

A obra prossegue, há-de prosseguir, surdos os ouvidos para aplausos entusiásticos de uns (que serão pouquíssimos), mas atenciosos às censuras (que serão infinitas), embora não deixe de os ter sempre bem temperados para escutar as judiciosas palavras de Vieira:

*Eis aqui o que é mandar homens, a quem nem os benefícios obrigam, nem os regalos abrandam, nem as finezas enternecem, nem os milagres sujeitam, nem pode haver quem os contente e satisfaça* (1).

Aguenta-nos e anima-nos aos que somos hoje servidores dos Pobres e seus Procuradores ou Feitores, as não menos claras sentenças do grande D. Francisco de Melo, numa das suas cartas:

*aquele que se oferece para um feito não tem desculpa, se o não consegue; como a tem justíssima quem empreende qualquer acção, obedecendo; porque, quando erra, a injúria da culpa corre por conta de quem o mandou, e a honra da obediência não haverá quem lha negue* (2).

\*

De algumas acções destes homens da governação da Misericórdia do Porto de hoje se dará conta certa agora, de várias maneiras: relembro, entre outras, o seu terceiro *Boletim*, fresco dos prelos; a actualizada posição de contas, já referidas ao dia 15 deste mês; os melhoramentos que se inauguraram; os planos que se bosquejam com prudência e consciência; a ordenação de vida interna, anunciada e largamente começada; e o mais que al-

(1) *Sermões de S. Roque*. In «*Sermões*», ed. de 1908 (Porto), pág. 100.

(2) *Cartas familiares*. Id. de 1937. Lisboa.

guém da Mesa hoje vos explicará em clara exposição, o Senhor Engenheiro Guedes Cardoso, ilustre assistente da Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto.

A «Cruzada do Sangue», por voz de sua distinta, desinteressada e benemérita dirigente, Ex.<sup>ma</sup> Senhora Dona Ana de Figueiredo, Irmã Honorária desta Santa Casa, dirá do que fez, em um ano rápido de esforço exaustivo, cristianissimamente exaustivo.

Razão tivera eu, um dia, ao declarar que Sua Excelência seria o próprio «Sangue da Cruzada» salva-vidas!

Deus lhe pagará, cem por um, tamanha esmola.

\*

Já estou a ser impertinente, sem dúvida, por afastar com tão censurável ousadia o termo desta introdução. Vou terminar, por isso, dizendo que nesta sessão festiva falará de Santo António o reverendo Padre Evaristo de Vascelos, da Companhia de Jesus.

Isto proclamado dispensa quaisquer esclarecimentos sobre as qualidades do ilustríssimo estudioso da obra sermomial do grande Santo. Vai Sua Reverência dar-nos prestigiosa lição. O que não me dispense é de, em nome da Irmandade da Misericórdia do Porto, agradecer-lhe respeitosa e caridosa anuência ao nosso convite.

Com antecipação justificada, muita honra tenho em felicitá-lo: consente-mo amplamente a digníssima altura em que Sua Reverência colocou o seu nome de apóstolo e de estudioso e a gloriosa Companhia de que faz distinta parte.

Disse.

## OUTROS DISCURSOS

A seguir, a sr.<sup>a</sup> D. Ana de Figueiredo, presidente da Cruzada do Sangue, disse o seguinte:

«Há precisamente um ano, em festa semelhante à de hoje, procedeu-se à inauguração das instalações e da actividade da Cruzada do Sangue. Acedi ao convite para presidir a esta bela obra de solidariedade de almas generosas animada pelo alto patrocínio de Sua Excelência Reverendíssima o Sr. Bispo do Porto, pelo incentivo do Ex.<sup>mo</sup> Sr. Governador Ci-

vil e pelo carinho da Ex.<sup>ma</sup> Mesa da mente do seu muito digno e devotado Provedor sr. Prof. Dr. Luís de Pina. A obra sonhada pelo sr. Prof. Dr. Ernesto Morais afigurava-se difícil nesta época em que uma onda de materialismo avassala e domina o Homem. Mas não, a Cruzada do Sangue, nascida de um frémio de zelo, criada na antevisão de um futuro quase sem limites, deixou de ser uma esperança para se tornar uma realidade. A sua actividade é contemporânea da inauguração das suas instalações e foi graduada, em experiência prudente, de modo a permitir a adaptação de empregados e de técnicos a normas de trabalho completamente novas. As numerosas ofertas de colaboração foram aceitas nos momentos oportunos para dar à obra um aumento sempre progressivo de eficiência, sem o perigo das grandes oscilações, que embriagam nos momentos de auge mas logo deprimem e desalentam quando a fé alta de entusiasmo baixou. O resultado previsto conseguiu-se: de mês para mês a Cruzada movimentou-se em ritmo crescente de inscrição de dadores e de ofertas de sangue.

Recorreu-se, em primeiro lugar, aos amigos e familiares dos doentes internados no Hospital Geral de Santo António, sempre com a boa vontade e a compreensão dos srs. Fiscais, ao mesmo tempo que se inscreviam os voluntários provenientes da propaganda efectuada nalgumas igrejas da cidade.

Quando pareceu oportuno, iniciou-se a propaganda nos cinemas por meio de um diapositivo; uma mão em atitude de dar, deixando escorrer por entre os dedos a dádiva preciosa: o sangue do próprio corpo, sangue que salva as vidas, sangue que redime as almas. Ideia do bom amigo da Cruzada, sr. Arquitecto José Simões de Oliveira e Costa, belo desenho da secção artística da «Onda», mais tarde reproduzido em cartazes que a Litografia Nacional teve a gentileza de oferecer e a «Belarte» de afixar.

Ajuda preciosa, traduzida em numerosos dadores conseguidos, devo-a ao «Jornal de Notícias», que tem publicado regularmente apostilhas da Cruzada do Sangue, incitando os seus numerosos leitores a visitar a sede desta obra. Ajuda preciosa, afirmei eu, e repito-o de novo, tão eficaz tem sido, ajuda a que se assemelha a prestada pelo sr. Dr. Paula Santos no seu Folheto Publicitário de «O Primeiro de Janeiro», onde uma boa dúzia de frases constantemente repetidas ao modo de propaganda comercial tem levado muitos candidatos a decidir-se pela oferta de sangue. Foram também frases curtas, mas expressivas, muitas vezes proclamadas nos Emissores do Norte e na Revista da Imprensa do Secretariado Nacional de Informação que contribuíram para a expansão da Cruzada, como contribuiu também um artigo de fundo publicado no «Comércio do Porto» pelo Ex.<sup>mo</sup> Sr. Dr. Pinheiro Torres.

Tantos amigos, tanta dedicação, tantos auxílios, tanta compreensão, tantas ajudas, permitiram os resultados que resumidamente vou referir e refiro-os como homenagem de agradecimento a



**E. TOSSE & C.<sup>a</sup>**  
**HAMBURGO**

# EKZEBROL

Medicamento de grande valor em todas as **dermatoses pruriginosas**, utilizado isoladamente ou associada à medicação local apropriada.

REPRESENTANTE GERAL: **SALGADO LENCART**

Rua de Santo António, 203 — PORTO

SUB AGENTE: **A. G. GALVAN** — R. da Madalena, 66-2.º — LISBOA

quantos deram a sua parcela de esforço, grande ou pequena, mais ou menos eficiente, mas sempre sentida e dedicada.

Durante exactamente um ano inscreveram-se 1.620 individuos, dos quais foram eliminados cerca de 50 % apurando-se como dadores 793. Destes dadores alguns, poucos, aguardam a sua vez de ser sangrados, muitos ofereceram sangue uma só vez e alguns prestaram-se já à 3.<sup>a</sup>, 4.<sup>a</sup> e 5.<sup>a</sup> sangrias. Noutra oportunidade, se Deus quiser e também em sessão solene, será referido com mais pormenor esta parte da actividade da Cruzada, quando for possível concretizar o agradecimento com diplomas de honra e medalhas de mérito. Por agora desejo salientar que durante um ano se conseguiram 231.370 cc. de sangue, a terça parte do que o Hospital de Santo António gastou, mas uma parcela ainda muito pequena daquela que necessita. Embora, nos últimos três meses, a Cruzada só por si tenha agenciado mais de 40 % do sangue requisitado pelos Hospitais da Santa Casa, a verdade é que o esforço até agora dispendido terá de ser aumentado e que a propaganda necessita continuar-se até que o lema da Cruzada seja atingido «Sangue de todos, mas também sangue de graça para todos».

Dada aquela colaboração amiga e a acção da Imprensa e da Rádio, creio bem que já ninguém ignora esta finalidade da Cruzada e, sobretudo, os grandes benefícios da transfusão de sangue. No entanto, e esta é a verdade e a realidade plena, há ainda seres humanos necessitados de sangue e, uma por outra vez, vidas que se perdem por falta dele, como é também realidade que se recorre ainda à compra de sangue para suprir as necessidades actuais.

Se com sangue humano, transfundido de pessoas saudáveis para os doentes graves, se salvam diariamente muitas vidas, não é lícito esperar que seja vencido o egoísmo humano e se abram os corações à generosidade, pondo-se em prática os preceitos salutareis da vida cristã?

Cada um de nós entra na vida com deveres para o seu semelhante e com obrigações que são impostas pela lei da caridade ou, dizendo melhor, pelo dever social, já que a dádiva de sangue é mais um dever que uma caridade.

Se todos compreendessem... até os que são menos sensíveis à desgraça alheia! Qual a razão por que alguns se esquivam a tão grande dádiva, grande pela acção em si, grande pela finalidade e maior ainda pelo seu significado? Será por não sentirem a ânsia de bem fazer? Será por comodismo, indiferença ou ignorância? No Mundo de hoje, em que tanto dependemos uns dos outros, todos temos de dar o nosso tributo, todos temos deveres de solidariedade, que sentimos quando para isso nos chamam a atenção, mas em que espontaneamente não pensamos, mórmente nas ocasiões de felicidade pessoal ou nos momentos de saúde e alegria.

Não se esqueça que todo aquele que contribui para a realização duma obra é também beneficiado, pois a consciência é a primeira a agradecer-lhe e, perante

Deus, o acto não fica sem recompensa. Há um princípio que está dentro de todos os regimes, o princípio da solidariedade humana e que vem de Cristo até nós: «dar com espírito cristão é receber também».

Nenhum prazer pode ser comparado à satisfação íntima de ter ajudado a salvar uma vida, cedendo para isso um pouco de nós próprios, um pouco daquele líquido precioso e preturbante no seu simbolismo. Desde o sangue de Cristo derramado no Calvário ao sangue dos homens vertido em atitude de fraternidade cristã para salvar outros homens, o sangue significa salvação: salvação espiritual, a abranger a Humanidade toda, salvação física limitada a um só ser, mas salvação sempre, e que

é antítese do sangue derramado maldosamente e que significa perdição.

Atente-se naquela maravilha de Arte, que é o «Fons vitae», naquela pintura tão viva, tão sentida, tão simbólica, que preside às reuniões dos «Homens Bons» que regem esta velha Irmandade de Nossa Senhora da Misericórdia, e ver-se-á que a grande taça parece pequena para recolher o preciosíssimo sangue de Cristo crucificado, sangue derramado para nos salvar, e veja-se como à roda dessa taça está simbolicamente representada toda a Humanidade sequiosa de salvação, a querer um pouco desse sangue precioso.

Queria eu que toda a boa gente do Porto deixasse correr também para uma grande taça um pouco do sangue de cada um, sangue que a Cruzada entregaria a

## SULFAMIDOTERAPIA INTESTINAL

TRÊS PRODUTOS «CELSUS»

DE COMPROVADA SUPERIORIDADE

# FTALIL-KAPA

# FTALIL-TIAMIDA

# FTALIL-TIAZOL

LABORATÓRIOS "CELSUS"

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

esta Santa Casa, não para a salvação das almas — o poder humano é muito limitado! — para a salvação da vida dos infelizes que sofrem, pois nesse acto vai bem à alma dos que o oferecem.

Não quero terminar sem aqui repetir um sentido agradecimento a todos os dadores da nossa Cruzada, a todas as Entidades, oficiais e particulares, que me têm auxiliado, aos médicos, às minhas colaboradoras, aos empregados da Cruzada e Banco de Sangue e muito especialmente à Ex.<sup>ma</sup> Mesa da Santa Casa da Misericórdia, que me tem concedido todas as facilidades para me desempenhar com eficiência desta obra de apostolado. A todos, em meu nome e como intérprete do sentimento dos doentes salvos com o sangue da Cruzada, aqui deixo a frase simples e expressiva dum reconhecimento muito sincero: «Bem hajam».

Logo a seguir, o mesário engenheiro José dos Santos Guedes Cardoso proferiu o seguinte discurso:

«Quis a Direcção Administrativa deste Hospital, pela voz do seu mui illustre Presidente, que fosse eu, em seu nome, a proferir algumas palavras, neste dia grande em que comemoramos e glorificamos o Santo Padroeiro deste Estabelecimento. Só razões de disciplina e obediência puderam permitir que aqui venha nesta ocasião dar cumprimento ao mandato simultaneamente honroso e difícil.

Atendendo à transcendência do momento, pois relembramos o virtuoso taururgo nosso padroeiro, à categoria dos nossos convidados, e tendo em conta as gloriosas tradições que pelos séculos os homens bons desta cidade acumularam para a Misericórdia do Porto, alguém, que não eu, estaria mais indicado para apresentar diante de V. Ex.<sup>as</sup> aquilo que a Direcção Administrativa tem para lhes dizer. Apesar de tudo aqui estou.

Quero agradecer, em primeiro lugar a S. Ex.<sup>a</sup> Rev.<sup>a</sup> o Senhor Bispo do Porto o ter enviado um seu representante. A Irmandade da Misericórdia de que fazemos parte, sempre com os olhos nos princípios em que se apoia e que a originaram, rejubila por se sentir acompanhada do seu Bispo.

Não esqueço que na base de toda a sua acção estão os princípios que a inspiram e como tal alegremente recebe o mais directo representante do poder espiritual da Igreja a que se acolhe e a cujos ensinamentos presta a mais submissa e leal vassalagem.

Mais um ano se passou sobre a festa regulamentar de Santo António, o mesmo que é dizer decorreram os meses em que se deveriam corporizar algumas das ideias aqui expostas do que se pretendia fosse a acção da Mesa no governo dos seus estabelecimentos.

Caberia portanto, neste momento, prestar contas do que se fez em seguimento da linha de rumo tão firmemente traçada pelo nosso lúcido e esclarecido Provedor, sempre apoiado pelos Mesários, e do que deveria ter sido efectuado no tempo que decorreu desde então. Nessa altura se disse, e essa é a voz de comando que nos norteia, deseja-se fazer

regressar a Misericórdia do Porto aos tradicionais princípios que a fundaram. Casa de pobres para pobres. Não pretendem, nem devem pretender as Administrações mais do que ser zelosas governadoras e distribuidoras do Património que ao longo dos tempos os bemfeitores dos pobres por caridade cristã, lhes legaram para administrar e dividir.

De caridade cristã se aspira sejam imbuídos os actos de todos os servidores da Misericórdia, intermediários entre os legadores e os pobres usufrutuários. Essa a campanha em que anda empenhada a actual Mesa da Santa Casa. Não se desconhece quão difícil é essa pretensão pois sendo a caridade uma virtude, só as almas bem formadas a podem praticar.

Não esmorecem porém os nossos propósitos e a vincá-los estão as diferentes determinações, procurando fornecer aos nossos funcionários a melhoria de vida, seja ela material, seja ela concretizada pelos melhores elementos de trabalho e de ambiente que se procura proporcionar-lhes.

Um exemplo, já em ampla efectivação, é-nos dado pela nossa Escola de Enfermagem, em tão boa hora denominada pelo nosso inteligente Provedor de Escola D. Ana Guedes da Costa.

Articulado o novo Regulamento, que tem já a sanção superior, garantido ao seu proficiente corpo docente o amparo e meios de acção de que carecia, recrutada uma monitora de quem se espera grande actividade, acompanha-se o mais de perto possível, para a valorizar moral e profissionalmente dando aos enfermeiros que dela saem e a todos os que a podem frequentar aquela garantia de seriedade que não nos envergonhe e a torne respeitada.

A juntar e complementarmente procurou-se fornecer à Escola de Enfermagem as instalações compatíveis com a sua alta função e por enquanto, de acordo com as nossas possibilidades.

Assim se fizeram as obras que dentro de momentos iremos inaugurar. Modestas instalações para aquilo que nós desejaríamos e que a insatisfação do Senhor Provedor, e da Mesa que o acompanha, gostaria fossem mais amplas e eficientes, mas alguma coisa já é na ânsia de proporcional aos nossos estudantes de Enfermagem melhores ambientes de trabalho.

É oportuno registar o que tem sido para a execução desta obra, como aliás das outras que vamos inaugurar, o esforço desenvolvido pela Direcção de Obras da Santa Casa, desde os técnicos que ali trabalham ao mais humilde dos operários, e fundamentalmente, e isto merece relevo especial, o dinâmico labor do seu Mesário-Director Sr. Eng.<sup>o</sup> António Veiga de Faria. Não se pode passar em claro o que tem sido a sua acção, o seu exemplo, a sua inteligente e consciente direcção nos tão variados problemas que o Pelouro que está à sua responsabilidade é chamado a resolver. Em todos põe a sua dedicação e saber para que as Administrações possam realizar obra nova.

Além das salas de aula agora concluídas está empenhada a Direcção

Administrativa em instalar o Lar da Enfermeira onde se dê habitação às alunas de fora do Porto, e onde simultaneamente se forneça o amparo moral e espiritual que se pretende envolva a Escola de Enfermagem. Para isso se alugou já um prédio nas proximidades do Hospital, as obras vão-se fazer durante as férias e, se Deus permitir, entrará em amplo funcionamento no próximo ano lectivo.

Há que falar agora e porque aqui estamos, no nosso Hospital.

Entende a Mesa da Santa Casa olhar para o seu Hospital Geral com especial cuidado e atenção não só porque é tradicionalmente o seu primeiro estabelecimento, mas porque a sua orgânica e instalações urgem se lhe dedique grande parte do nosso esforço.

Postos diante do facto mais ou menos breve da entrada em funcionamento do Hospital Oficial — o Hospital Escolar — tem oportunidade a Mesa de se debruçar mais intensamente sobre o que há-de ser este estabelecimento onde nos encontramos e que durante tantos anos tem sido o mantenedor da assistência hospitalar no Norte do País.

Elaborado que foi um primeiro programa de remodelação das instalações, entendeu a Mesa da Santa Casa instituir uma Comissão de Mesários, com o Provedor à frente para com a colaboração do Corpo Clínico estruturar, primeiro o que vai ser o Hospital e depois com a ajuda dos técnicos apropriados planear as obras de adaptação.

Em todos os passos da sua Administração tem vincado a actual Mesa Administrativa ser preferível planear com segurança e prudência do que realizar arbitrariamente. Naturalmente é mais simples e mais espectacular realizar obras, mas prefere quem actualmente está à frente dos destinos da Irmandade planear primeiro conscienciosamente, pois assim entende ser a melhor maneira de servir a Instituição a que se devotou.

O nosso Hospital de Santo António, será um Hospital Central do mesmo modo que o Hospital Escolar pois assim o definiu S. Ex.<sup>a</sup> o Ministro do Interior, e deste modo continuará a prestar a assistência em todos os seus sectores como até aqui. Melhorado nas suas instalações, reformado na sua orgânica interna, ampliado nos seus ambientes de trabalho e aparelhagem, esperamos que a sua acção seja maior e mais eficiente e, isto fundamentalmente nos interessa, com possibilidade de assistir aos pobres para que foi criado. Para estes reverterão todos os benefícios de que o ornarmos, pois para estes se destinam todos os esforços que desenvolvemos.

Está na mente da Comissão encarregada do estudo do Plano de remodelação que o edifício do Hospital de Santo António, já com justeza considerado monumento da cidade, não deverá sofrer na sua traça arquitectónica modificações de vulto que o desviem do aspecto geral até agora apresentado. A sua estrutura mestra será respeitada ao máximo permitido pelo novo arranjo funcional que se pretende dar-lhe. Definida qual a sua função no plano hospitalar, limitada a

população internada ao mais eficiente, desenvolvidos os sectores que melhor e mais eficazmente produzam assistência, se caminhará para um arranjo dos Serviços a ponto de os tornar, de acordo com a técnica actual, capazes de trabalharem como se necessita.

Está reconhecido que a par do internamento de alguns doentes mais precisados, é de grande conveniência familiar fazer tratar no próprio lar outros, que pela natureza dos seus padecimentos, ali podem receber assistência. Assim se espera que a Consulta Externa tenha uma projecção maior do que actualmente tem, completada e acompanhada por uma Assistência domiciliária para vir de encontro ao pensamento de uma humanização e cristianização assistencial. Médicos, enfermeiras e assistentes, levarão ao lar, aos próprios doentes ou suas famílias o lenitivo para os seus males ou o conforto para os seus desesperos. Como se disse já deseja-se que a Santa Casa da Misericórdia, regresse, no seu conjunto, à prática das virtudes cristãs.

A par do novo arranjo técnico-funcional do Hospital nos seus Serviços, projecta-se ampliar e melhorar tudo o que diga respeito a instalações dos médicos e pessoal de enfermagem.

A continuada permanência de todos eles, dentro do edifício, no seu trabalho diário, justifica perfeitamente a necessidade de se lhes dedicarem instalações próprias onde descansem e se retemperem, estudem ou reúnam. Dos meios e ambientes de trabalho depende, em grande parte, o êxito do empreendimento que projectamos. Está na primeira linha do nosso pensamento que da valorização do Corpo Clínico e de Enfermagem resultarão os melhores frutos.

Neste momento é à custa de muito esforço e dedicação dos nossos médicos e enfermeiros que é possível manter a estrutura hospitalar e assistir os 12.000 doentes anuais que aqui se internam. Se a essa dedicação, que nunca é demais encarecer e agradecer, juntarmos melhores instalações e aparelhagem, daremos cumprimento aos desejos dos numerosos bemfeitores que desde D. Lopo de Almeida, se manifestam a favor dos pobres, por caridade cristã.

Evidentemente que o Plano demorará a desenvolver-se completamente e mais ainda a realizarem-se as obras, mas propõe-se à Mesa, à medida que as condições financeiras e o próprio funcionamento actual o permitam, transformar em realidades o que projecta. Alguns sectores sofrerão, após a aprovação do Plano, rápida transformação ou melhoria.

Independente desse Plano Geral de realizações mas subordinado ao pensamento que o originou vamos inaugurar hoje mais duas obras. As instalações dos médicos que constituirão o Internato Clínico e o Serviço de Electrocardiografia.

Instituído o Internato Clínico, velha aspiração dos médicos que, para sua valorização e deste Hospital, Administrações anteriores entenderam promover, chegou a hora de entrar em funciona-

mento e, assim se fizeram obras na zona do Banco de Urgência onde os Internos ficarão instalados.

Simultaneamente entrará em efectividade uma equipe de Anestésistas para garantir um Serviço de que, no Banco, tanto se fazia sentir a falta.

Acorrendo aos anseios dos nossos médicos, que o Sr. Director-Clinico se não cansa de defender e acompanhar, inaugura-se também o Serviço de Electrocardiografia. As obras estão terminadas nesse sector e dentro em breve entrará em funcionamento com a aparelhagem que se lhe destina e que apenas dificuldades técnicas não permitiram chegasse a tempo.

Para o Serviço Central de Electro-radiologia abriu-se há dias concurso

público para a aquisição de mais aparelhagem, importando em cerca de um milhão de contos, que iremos adquirir com a comparticipação das Construções Hospitalares, generosamente acorrendo ao nosso pedido. Igualmente o novo Bloco de Esterilizações está em via de ser realidade, pois também para a sua montagem se abriu já concurso.

Eis por agora as realizações que a Direcção Administrativa, vos vem apresentar e que a Mesa da Santa Casa tornou possível.

Elas são nada relativamente ao que quereríamos fazer e ao muito que há a efectuar, mas tudo junto às pequenas obras que de momento a momento se torna urgente realizar e aos planos em laboração esperamos modestamente a vossa compreensão para o que tem sido o trabalho de todos os que servem, de qualquer modo, a Instituição.

Não é por imodéstia que aqui se vêm trazer estes factos mas porque consideramos obrigação fazer-vos sabedores, e convosco toda a cidade, do que vale e do muito mais que pode valer a Santa Casa da Misericórdia. Já a Escritura diz que não brilha a luz debaixo do alqueire, e todos nós queremos que a Instituição brilhe cada vez mais para que tornando-se conhecida seja respeitada como merece.

Assim, e neste momento me dirijo à Imprensa, sempre pronta a servir as boas causas; da sua palavra pode resultar muito se assim o quiserem. Agradeço, em nome da Direcção Administrativa, a sua presença a este acto, assim como se agradecem as críticas bem intencionadas e construtivas. Como obra humana, sujeita a erros e incompreensões, ela espera de todos a apreciação que merece, pois isso, pelo menos, mostra que não é votada ao desprezo e ao abandono. Os altos ideais, que tantas vezes a Imprensa defende e acarinha, merecem, não por quem os servem, mas por si mesmo, de serem conhecidos e amparados.

Resta ainda referir, no plano de valorização do nosso Corpo Clínico e reconhecimento do seu esforço, a instituição das Bolsas de Estudo que a Mesa considerou oportuno prover. Já se encontra elaborado e aprovado o seu regulamento. Dessa regalia irão beneficiar ainda este ano alguns dos nossos médicos e irá também aproveitar o nosso Hospital com os frutos daí resultantes.

Embora se diga, e chegue a ser mesmo lugar comum afirmá-lo que os tempos actuais vão maus para as práticas das virtudes morais e que o egoísmo campeia por toda a parte, eu quero fazer aqui referência a uma obra que, com um ano de existência, nos demonstra que nem tudo está perdido e que podemos confiar que a Providência Divina não deixa de tocar os corações humanos, por vezes tão frios em face do seu semelhante.

Na festa de Santo António do ano passado foi inaugurada a Cruzada de Sangue. Esperava-se da experiência e dedicação do Sr. Prof. Dr. Ernesto de Moraes, da Ex.<sup>ma</sup> Sr.<sup>a</sup> D. Ana de Figueiredo e dos seus colaboradores, cada um



## COMPLEXO B

- Tubo de 25 comprimidos 12\$50  
 Série fraca —  
 Caixa de 12 ampolas . 22\$50  
 Boião de 50 comprimidos 28\$00  
 Série forte —  
 Caixa de 6 ampolas de 2cc. 32\$00  
 X a r o p e — Frasco de 170cc. . . . 27\$00  
 Reforçado — Boião de 20 cápsulas . . 35\$00



LABORATÓRIOS

DO

**INSTITUTO  
 PASTEUR DE LISBOA**

na sua esfera de acção, a Cruzada se tornasse em obra frutuosa; mas enganamo-nos, ela foi muito além de tudo o que se previa. A sua benemérita acção tem foros de majestade. Ninguém melhor que a Sr.<sup>a</sup> D. Ana de Figueiredo pode dizer o que ela é, ninguém melhor que os pobres reconhecem os seus frutos, ninguém melhor que os doentes podem apreciá-la e agradecê-la. Vida nova para alguns; e do trabalho incansável dos que se esforçam na Cruzada e dos seus dadores, vida para muitos que a desejam e que até há pouco avaramente a buscavam sem a encontrar, porque tal como no seu lema — Dar o sangue é dar vida.

Não sei que melhor comemoração se poderia fazer de Santo António, nosso protector, do que fazer-lhe a oferta do sacrifício generoso dos que ali trabalham e que por amor do próximo chegam a oferecer o próprio sangue.

Com a citação deste exemplo de dedicação e labor bem encerradas ficam as minhas considerações.

Eis, pois, minhas senhoras e senhores um pouco do que tinha para vos dizer, melhor, que a Direcção Administrativa tinha para vos relatar.

O mérito do que se fez ou do que se pode vir a fazer depende dos bemfeitores da Santa Casa da Misericórdia, sejam eles particulares ou o Estado, dependem dos seus servidores, sejam os médicos ou os enfermeiros, os administrativos ou os operários, e dependem fundamentalmente da Providência Divina que a todos se espera ilumine, esclareça e ampare.

Disse.

Finalmente, o Rev. Evaristo de Vasconcelos, da Companhia de Jesus, falou de Santo António, num brilhantíssimo discurso, que muita pena temos de não reproduzir aqui, na íntegra; e não o fazemos porque ficaria deslocado numa revista de assuntos médicos e paramédicos.

A sessão foi depois encerrada, seguindo a visita aos novos melhoramentos, instalações para o corpo clínico dos Serviços de Urgência, o Serviço de Electrocardiologia, as novas salas de aula e de trabalhos práticos da Escola de Enfermagem, que mons. Pereira Lopes benzeu, além de outros que também vão entrar em funcionamento. Deles se destaca o Instituto Dr. Dias de Almeida, para crianças doentes mentais, no Largo do Priorado.

## Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa

Reuniu no dia 8 de Junho findo, a Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, para tomar conhecimento de duas comunicações, a primeira das quais, intitulada «Sacrococixites», era da autoria do Dr. Neiva Vieira. Nela, o autor pretendeu chamar a atenção para as doenças das articulações sacro-iliacas, que muitas vezes não são diagnosticadas precocemente pelo desconhecimento do síndrome sacroilíaco e do diagnóstico diferencial dessas afecções. O conferencista ocupou-se da semiologia daquelas doenças, do respectivo diagnóstico diferencial e da patologia das três sacrococixites mais frequentes: a tuberculosa, a meliocócica e a reumatóide, documentando a sua exposição com casos clínicos e radiografias dos doentes que estudou.

Seguiu-se o trabalho do Dr. Alfredo Franco, em que o autor apresentava os resultados do estudo da acção da heparina na arteriosclerose. O conferencista, depois de algumas considerações sobre a natureza da doença, que data de há milénios, como o provam as observações feitas em múmias do Egipto, entrou no assunto da sua comunicação, que dividiu em duas partes. Na primeira, referiu as experiências feitas em animais, com a heparina; na segunda, o Dr. Alfredo Franco estudou a aplicação à clínica das conclusões tiradas nas experiências animais, esclarecendo que o tratamento foi feito em casos de angina do peito, de arteriosclerose cerebral e de arteriosclerose dos membros inferiores. Os resultados obtidos — disse — confirmam estar-se em presença dum método de tratamento de grande eficácia. A terminar, o conferencista afirmou que a Medicina se aproxima rapidamente duma fase em que aquelas doenças serão dominadas, desaparecendo algumas das causas que mais têm contribuído para que a vida do homem não seja mais longa.

\*

A Sociedade das Ciências Médicas voltou a reunir no dia 15, para continuação da apreciação do projecto de reforma dos Estatutos e, em nova reunião, efectuada no dia 22, após a aprovação de novos sócios, o Dr. Costa Quinta fez uma comunicação intitulada «Estenoses fibrosas do esófago por ingestão de cáusticos». Assinalou as dificuldades que en-

contram no tratamento daquela situação e expôs as técnicas mais empregadas e terminou afirmando que, apesar dos progressos terapêuticos obtidos nos últimos anos, o prognóstico destas gravíssimas complicações continua a mostrar-se muito sombrio.

## Sociedade Portuguesa de Pediatria

Sob a presidência do Dr. Cordeiro Ferreira, reuniu no dia 22 do mês findo, na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, a Sociedade Portuguesa de Pediatria, para tomar conhecimento de duas comunicações, a primeira delas intitulada «A coagulação sanguínea do recém-nascido normal e suas relações com a doença hemorrágica», apresentada pelo Prof. Carlos Salazar de Sousa, em seu nome e no de vários seus colaboradores.

A segunda comunicação, do Dr. Mário Cordeiro, versava o tema «Um caso de anemia ferripriva em lactante nascido de parto gemelar», a propósito do qual aquele clínico fez várias considerações de diagnóstico, patogenia e tratamento.

\*

No dia 25 do mesmo mês e no mesmo local, a convite daquela Sociedade, o Prof. Wilhelm Goetsch, descobridor do respectivo complexo vitamínico, realizou uma conferência sobre «Complexo T em Biologia, especialmente em Medicina e Pediatria». Em termos muito elogiosos, o Prof. Salazar de Sousa apresentou o conferencista como investigador de grande nomeada, acrescentando que ele ia tomar parte, de 4 a 8 de Julho, em La Toja no 9.º Congresso Espanhol de Pediatria, onde apresentava um trabalho sobre «Desnutrição da criança maior de 1 ano». Seguidamente, deu-se início à conferência, lida em espanhol pela Dr.<sup>a</sup> Hilde Bonne, colaboradora do Prof. Goetsch. Este cientista deu conta, no seu valioso trabalho, dos resultados das experiências mais recentes, efectuadas em Espanha, com o emprego do Complexo T em pediatria, poliomielite, tuberculose óssea e doenças de pele.

No final da conferência, que foi muito apreciada, o Prof. Goetsch respondeu a diversos colegas que puseram as suas permissas.

# BÁLSAMO BIENGUIÉ

O ANALGÉSICO DE EFICIÊNCIA CONSTANTE PARA O TRATAMENTO LOCAL DAS AFECÇÕES REUMÁTICAS E DAS NEURALGIAS

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Montelro, 142

LISBOA

# LACTIL-LAB

## CALDO • COMPRIMIDOS

### Porque prescrever os Fermentos Lácticos na época dos antibióticos?

1.º — Exactamente pelo uso e abuso dos antibióticos, principalmente daqueles que se administram «per os» que destruindo toda a flora bacteriana (a patogénica e a necessária para uma normal digestão e assimilação dos alimentos e síntese de certas vitaminas) deixa o organismo debilitado e fácil presa de novas e graves doenças.

2.º — Porque continuam a ser um medicamento de incontável valor terapêutico sem inconvenientes que limitem o seu uso.

3.º — Porque é sempre útil à flora intestinal normal, aumentando a resistência às infecções e o poder de assimilação dos intestinos.

O **Láctil-Lab (Fermentos lácticos reforçado com o complexo B)** deve prescrever-se:

- a) Durante e após o tratamento pelos antibióticos.
- b) Em todas as perturbações intestinais, mesmo naquelas que não exigem o uso dos antibióticos.

---

LABORATÓRIOS LAB

Avenida do Brasil, 99 — Lisboa-Norte

Direcção Técnica do Prof. COSTA SIMÕES

# LIGA PORTUGUESA DE PROFILAXIA SOCIAL

«ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL — Males, remédios e males que ainda não foram remediados». CONFERÊNCIA pelo prof. COSTA SACADURA

Realizou-se no Clube Fenianos Portuenses, promovida pela Liga Portuguesa de Profilaxia Social, a anunciada conferência pelo eminente cirurgião obstetra e higienista Prof. Costa Sacadura, que magistralmente versou o importante tema: «Assistência Materno-Infantil — males, remédios e males que ainda não foram remediados».

Presidiu o Director da Liga, Dr. Gil da Costa, ladeado pelos Prof. Dr. Amândio Tavares, Reitor da Universidade; rev. Cónego Valente, representando o Sr. Bispo do Porto; Prof. Almeida Garrett, Director da Faculdade de Medicina; Comandante Moreira Pinto, pelo Comandante do Porto; Tenente Eduardo Fernandes, pelo Comandante da Polícia; Dr. Arlindo de Magalhães, pelo Clube Fenianos; Prof. Adriano Rodrigues, da Faculdade de Engenharia; Dr. Frazão Nazaret, Presidente do Conselho Regional do Porto da Ordem dos Médicos, e Prof. Américo Pires de Lima, da Faculdade de Ciências.

O Dr. Gil da Costa, abrindo a sessão, começou por exaltar a data que se celebrava com esta lição, proferida pela mesma eminente personalidade que realizara, há 25 anos, a conferência inaugural da série doutrinária da Liga de Profilaxia. E, depois de fazer adequadas referências à vasta obra levada a cabo pela Liga neste quarto de século, prestando especial homenagem à muito proficiente e dedicada actuação do Dr. António Emílio de Magalhães, o Dr. Gil da Costa passou a render caloroso preito à alta figura do conferencista, ao seu enorme prestígio, à sua elegância moral e à sua largamente conhecida competência profissional, dando em seguida os grandes traços da sua biografia como Homem, e como cientista, sobretudo como obstetra, e recordando a brilhantíssima carreira que o levou a professor da Faculdade de Medicina de Lisboa e a director da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, e a tantos outros postos de destaque. Fala nos seus mais de duzentos preciosos trabalhos, cuja lista sente não poder ali citar, da sua presença em numerosos congressos científicos internacionais como representante de Portugal, e nas suas muitas e bem merecidas condecorações, entre as quais figuram as da Torre e Espada, de S. Tiago, de Cristo, da Cruz Vermelha, da Instrução Pública e de Benemerência e ainda a de Legião de Honra, da Cruz Vermelha Francesa e muitas outras altas veneras da Espanha, Bélgica, etc.

Tomando a palavra, o Prof. Costa Sacadura começou por lembrar que, há 25 anos, em 22 de Maio de 1929,

pronunciou a primeira conferência doutrinária da Liga Portuguesa de Profilaxia Social, na qual versou o tema «Considerações sobre o aborto criminoso em Portugal»: depois do que fez a comparação do que havia entre nós, em matéria de assistência à grávida, há 25 anos, e do que hoje existe nesse mesmo campo.

Falou da sua própria acção, permanente e sem tréguas, desde 1923 a 1926, na qual glosava o tema — «A mortalidade aumenta, a natalidade decresce, a mortalidade cresce e, consequentemente, a Pátria está em perigo», para e a propósito prestar homenagem ao Prof. Oliveira Salazar, a quem se deve a criação de seis Maternidades em substituição de um único serviço de partos na Enfermaria de Santa Bárbara, bem como a fundação do Instituto Maternal, que a Assistência Materno-Infantil tão grande impulso veio dar. Lembra que se deve ao nome do Prof. Alfredo Magalhães, a justiça de o perpetuar em letras de bronze na frontaria do edificio da Maternidade Júlio Dinis, de que foi criador e fundador. Considera o Prof. Alfredo da Costa o pioneiro e precursor da assistência materno-infantil em Portugal, e explicou que, no esboço da história que acabava de fazer, apenas tivera em vista estabelecer, à luz da verdade, o contraste entre o pouco e mau que dantes havia e o bom que nos deu este quarto de século.

Entrando pròpriamente no assunto da conferência, começou por analisar o capítulo «Natalidade», citando uma passagem do Relatório do Sr. Ministro do Interior, no volume «25 anos de Administração Pública», em que aquele membro do Governo diz: «Ainda que esta geração tenha criado condições que permitem poupar alguns milhares de vidas por ano, é necessário prosseguir na defesa e protecção da saúde do povo, procurando, através duma intensa acção preventiva, diminuir o número de doentes, órfãos, inválidos». Comentando esta passagem, o ilustre conferente disse concordar em absoluto com o que nela se contém, mas que era necessário também procurar que mais crianças nasçam, e em boas condições de vitalidade. Apontou, depois, como principais factores da baixa natalidade, as práticas anticoncepcionais e o aborto criminoso, que filiou no enfraquecimento das crenças religiosas, analisando, seguidamente, outras causas da despopulação do país, como a pouca fecundidade das famílias e a morbidade infantil, e o aumento constante do número de divorciados

e separados, o mesmo é dizer, de famílias deficientes.

Criticou o actual sistema económico, que força a mulher a procurar trabalho fora de casa, arrancando-a ao lar, e provocando assim a dissolução da família; e demorou-se na apreciação e estudo dos problemas criados pelos filhos ilegítimos, pelo abandono frequente das primigestas, e pelo abandono das crianças no seu próprio lar, falando dos factores morais e espirituais a considerar quanto à indispensável modificação do povo português, e sobre a função das Maternidades, e afirmando a necessidade de organizar cientificamente o parto ao domicílio e de se espalharem profusamente, por todas as capitais do distrito e sedes de concelho, postos e consultas prenatais; de combater o egoísmo que impera na sociedade, e é definido pelo desejo de ter só um filho; e, por último, de proclamar bem alto que não há para a mulher missão mais nobre do que a de ser Mãe.

E depois de salientar que o Estado tem por dever, em defesa da moralidade e no interesse da Nação, evitar, mais do que punir, as práticas abortivas, e pôr ao alcance de todas as futuras mães, que delas careçam, as condições para que, dignamente, levem a termo a sua gestação, termina dizendo que não é o Estado que nisso tem de intervir. Nesta luta, — decisiva para a saúde e riqueza dum povo e para torná-lo maior e mais forte — tanto os médicos como os moralistas, sociólogos, legisladores, padres, professores e educadores e pais e mães de família — todos, numa palavra, devem agir unidos, porque todos têm o seu papel bem definido neste combate e a todos incumbe o dever de proclamar bem alto os seus preceitos.

No final da sua magnífica conferência, o insigne conferente foi calorosamente aplaudido pela selecta e numerosa assistência sendo muito cumprimentado.

## Hospitais Cívicos de Lisboa

### Concurso para assistente cirurgião de Tisiologia

Para constituírem o Júri do concurso para o provimento de um lugar de assistente cirurgião de tisiologia, recentemente criado, foram nomeados os seguintes facultativos dos H. C. L.: Drs. Luís Quintela, Mário de Alenquer, Filipe da Costa, Fernando Pais de Vasconcelos e Prof. Bello de Moraes.

# A V I D A M É D I C A

## E F E M É R I D E S

### Portugal

(De 22 a 31 de Julho)

**Dia 22** — No Porto, no Hospital Geral de Santo António, realiza-se no Anfiteatro de Clínica Médica, a 11.ª de uma série de conferências que vinham sendo feitas periodicamente, tendo esta versado a segunda parte do colóquio sobre Pediatria, que abordou os seguintes pontos: 1.º — «Situações de urgência em cirurgia infantil» pelo Dr. Armando Tavares, assistente da Faculdade de Medicina do Porto e do H. G. S. A.; 2.º — «Pré e Post-operatório do lactente», pelo Dr. Armando Henrique Tavares, médico voluntário do Serviço de Pediatria.

Com esta reunião terminam as palestras culturais promovidas pelo Serviço de Urgência.

Apreciam o assunto os Drs. Ruela Torres e Alberto Reis.

**23** — A Misericórdia de Guimarães abre concurso público para a execução da empreitada de adaptação da cave do Pavilhão de Infecto-contagiosas a Lavandaria do seu Hospital.

**24** — Visitam o Gerez os componentes das segundas jornadas Médico-Hidrológicas, de que faziam parte muitos médicos. São recebidos pelo corpo clínico da estância, conselho de administração da Empresa das Águas, representante da Empresa Hoteleira e presidente da Câmara de Terras de Bouro.

Os visitantes percorrem o Hospital Termal, as instalações balneares, a oficina de ampolas, e a Estação Meteorológica. Após a visita realiza-se uma sessão científica, presidida pelo Prof. Dr. Mendes Alves da Faculdade de Medicina de Lisboa, durante a qual apresentam trabalhos, os Drs. Albano Ramos, sobre a radiologia do fígado e vesícula biliar, e o Prof. Celestino Maia sobre determinações cateterométricas feitas no Gerez.

E-lhes oferecido um almoço a que preside o presidente do Conselho de Administração da Empresa das Águas.

**25** — Notícia de Setúbal dizendo que foi inaugurado um posto médico em Vendas de Azeitão.

**26** — O Museu da Estância Sanatorial do Caramulo recebe valiosas ofertas. O artista italiano, Pino della Selvo, residente em Paris, ofereceu ao Museu do Caramulo, nada menos de 15 trabalhos da sua autoria — uma sanguínea, um desenho à pena, uma gravura em madeira e doze águas-fortes, que têm a particularidade de evidenciar a evolução artística do seu autor: desde 1945 até 1952.

— Chegam a Vizela os jornalistas da caravana de médicos hidrologistas, que visitam algumas termas do País. Recebe-os o Dr. Alfredo Pinto, que profere uma palestra científica.

— O Ministro da Marinha inaugurou as novas instalações dos Serviços de Assistência aos Tuberculosos da Armada em Lisboa, junto ao antigo Quartel de Marinheiros, em Alcântara.

Os serviços de assistência a oficiais, sargentos e praças da Armada e suas famílias, que funcionavam até aqui em dependências provisórias do referido quartel, dispõem agora de instalações condignas e devidamente apetrechadas, entre as quais dois consultórios, Raios X, salas de tratamento e de espera, quarto para operados e gabinete da presidência e da secretaria e outros.

O capitão de fragata Dr. Marcelo Barbosa, médico e presidente da Comissão de Assistência aos Tuberculosos da Armada, recebe aquele membro do Governo no seu gabinete, onde o saúda e agradece todas as facilidades concedidas para a instalação definitiva do referido dispensário.

**27** — Em Lisboa, realiza-se a sessão

de encerramento de 2.ª Jornada Médico-Hidrológica.

Preside o Prof. Costa Sacadura tendo feito uma comunicação sobre o tema «Coração reumático» o Prof. Mário Moreira.

Também usa da palavra o Dr. Marques da Mata, que se refere ao êxito das jornadas.

Finda a sessão, o Prof. Costa Sacadura, oferece, no «Solar do Velho Porto», um «Porto de Honra» aos membros da Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica.

— Em Lisboa, o Ministro das Obras Públicas visita vários trabalhos em curso, entre eles o Hospital Escolar, onde observa os trabalhos finais e se interessa pelas futuras instalações desportivas para universitários.

**28** — Reune a Assembleia Geral da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, que é presidida pelo Prof. Xavier Mourato, ladeado pelos Dr. Joaquim Martins e Dr. Ivaldo Fonseca.

São reconduzidos para o ano académico de 1954-55 os corpos gerentes em exercício do ano transacto.

Antes da ordem do dia, o Prof. Costa Sacadura, envia para a mesa uma moção, em nome dos médicos portugueses, de protesto contra o ultraje que a Índia Portuguesa sofreu à dias, por bandoleiros vindos da União Indiana, Recorda que a medicina portuguesa tem tido a colaboração de médicos de valor nascidos em Goa, como o Dr. Alfredo da Costa, Celestino da Costa, Froilano de Melo e muitos outros.

Um produto "ANDRÓMACO"

# TALIPECTIN

ANDRÓMACO

Para a quimioterapia das afecções intestinais de origem bacteriana

Ftalilsulfacetamida — Pectina

Caulino coloidal

Em forma de emulsão. Isento de açúcar. De fácil administração em medicina infantil.

### INDICAÇÕES:

Colites ulcerosas. Disenterias bacilares. Enterites disenteriformes infantis. Intoxicações alimentares. Salmoneloses. Fase pre-operatória cirúrgica, etc.

PREPARADO NOS

LABORATÓRIOS



ANDRÓMACO, L.ª

Rua Arco do Cego, 90

Lisboa — Portugal

Sobre a moção falam entre outros o Dr. Fernando Correia e Alberto Mack-Bride, que propõe que ela fosse aprovada por aclamação.

A assistência de pé sanciona o alvitre do Dr. Alberto Mack-Bride.

30 — Pelo Ministério das Obras Públicas é concedido ao Instituto Nacional de Assistência aos Tuberculosos, o subsídio de reforço de 43.610\$00.

A Cruz Vermelha Portuguesa recebe um telegrama da Cruz Vermelha Austríaca agradecendo o donativo enviado para socorrer as vítimas da cheia do Danúbio.

31 — Em Coimbra, para encerramento do ano lectivo, realiza-se a festa anual dos alunos da Escola de Enfermagem «Dr. Angelo da Fonseca, dos Hospitais da Universidade. As 9 horas, na capela daquele estabelecimento, realiza-se missa com comunhão e pelas 17 horas, no salão Nobre, tem lugar uma sessão solene seguida de uma merenda no Lar das Alunas Enfermeiras.

## Estrangeiro

Em Oxford realiza-se o 1.º Simpósio Internacional de Neuroquímica.

Em Londres, o III Congresso Internacional de Gerontologia.

— Em S. Paulo, o Congresso Panamericano de Gastro-enterologia.

— Em Londres reuniu a Sociedade para o Estudo da Fertilidade.

— Em S. Paulo realizou-se o VI Congresso Internacional do Cancro.

## AGENDA

### Portugal

#### Concursos

Estão abertos:

Para provimento do lugar de médico municipal do partido com sede e residência obrigatória na vila de Teixoso (Covilhã).

— Para médico-cirurgião do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da província de Angola.

— Brevemente deverá ficar concluído o novo Hospital de Carrazeda de Anciães, que receberá a sua inauguração oficial.

— Um importante melhoramento, levado a efeito pela Câmara Municipal, inaugurado brevemente na vila do Entroncamento. Trata-se do novo hospital do Entroncamento, cuja construção se encontra já terminada. Edificado em linhas sóbrias e elegantes e em local apropriado já para futuras ampliações, o novo hospital terá de início cerca de 30 camas, distribuídas por duas espaçosas enfermarias; vários quartos particulares, sala de operações, pavilhão para doenças infecciosas, cozinha, instalações sanitárias, etc. Possuirá também Raios X e muita outra aparelhagem, toda ela da mais moderna, a qual já aqui se encontra e aguarda apenas a sua montagem. Os serviços de enfermagem deste novo estabelecimento hospitalar serão desempenhados por religiosas.

— Por motivos ponderosos, não foi possível realizar a «Semana da Tuberculose» de 1954, no mês de Maio ou Junho, como era hábito nos anos anteriores, tendo a mesma sido transferida para o próximo mês de Outubro, conforme despacho do Sub-Secretário de Estado de Assistência Social, e em data oportunamente a anunciar.

Esta forçada decisão foi tomada de comum acordo entre o I. A. N. T. e a comissão de senhoras que, com tão elevado espírito de alturismo, todos os anos oferecem à cruzada de bem fazer a sua valiosa e desinteressada colaboração.

— O Doutor Fernando Alves Rodrigues Nogueira vai prestar provas de habilitação ao título de professor agregado de

patologia geral, pela Faculdade de Medicina de Lisboa.

## Estrangeiro

Em Wiesbaden, de 5 a 8 de Setembro, realiza-se o XXXVI Congresso alemão de Radiologia.

— Em Roma, de 6 a 10 de Setembro, realiza-se a III Conferência Internacional da Poliomielite.

— O Congresso Internacional de Patologia Clínica realiza-se em Washington, de 6 a 10 de Setembro.

— Na mesma cidade, de 6 a 11 de Setembro, realiza-se o V Congresso da Sociedade Internacional de Patologia Geográfica.

— Em Paris, de 6 a 12 de Setembro, realiza-se o V Congresso Internacional de Hematologia.

## NOTICIÁRIO OFICIAL

### Diário do Governo

(De 21/VII a 27/VII/1954)

21/VII

Dr. João Francisco Nogueira Costa — autorizado, por despacho do Conselho de Ministros, a acumular o cargo de médico do Refúgio anexo ao Tribunal Central de Menores de Lisboa com o de interno graduado de clínica médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

22/VII

Dr. António Casanova Ribeiro — nomeado médico municipal do 4.º partido do concelho de Azambuja.

— Dr. Jorge Manuel Consolado Esteves — nomeado por unanimidade para o lugar de médico municipal do partido de Pavia (Mora).

— Dr. Ramiro António Tenreiro Teles Grilo — nomeado médico-cirurgião do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da província de Angola.

23/VII

Dr.ª Odéte Petrony Rodrigues — nomeada interna do internato complementar de obstetria e ginecologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— Dr. Ludgero Eugénio Pinto Basto — nomeado interno do internato complementar dos serviços gerais de clínica médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

24/VII

Dr. Luís Pereira Dias Malheiro — autorizado, por despacho do Conselho de Ministros, a acumular o cargo de médico especialista do Dispensário de Higiene Social de Lisboa, com o de médico contratado do Hospital Militar Principal.

— Capitão médico Dr. Diogo Guilhaume da Silva Alves Furtado, em serviço no Hospital Militar Principal, autorizado a acumular o cargo de director de serviço da especialidade de neurologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— Dr. Joaquim Cardoso Galhardas — autorizado a acumular o cargo de médico municipal do 2.º partido do concelho de Alandroal com os de médico do Hospital da Santa Casa da Misericórdia e da Casa do Povo de Terena, do mesmo concelho.

— Dr. Teófilo Joaquim Salvado, médico municipal do concelho de Arroios — autorizado a acumular o cargo de médico privativo da Casa do Povo de Vimieiro.

— Dr. Bernardino de Jesus Lavrador Ribeiro, médico oftalmologista do quadro complementar de cirurgiões e especialistas

da província de Angola — concedida medalha de ouro de assiduidade ao serviço no ultramar.

27/VII

Dr. José Carlos de Oliveira — nomeado interno do internato complementar de ortopedia e fracturas dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

## Hospital do Ultramar

Reunião do Corpo Clínico realizada em 28 de Junho de 1954

Nesta sessão foram apresentados vários trabalhos.

O Prof. Aires de Sousa e o Dr. Paiva Chaves, depois de terem revisto sumariamente os principais problemas ligados à Patogenia da Tuberculose e, em especial, da Tuberculose Osteo-articular, discutiram com minúcia os aspectos mais importantes do tema: «Lesões Tuberculosas Pseudo-quísticas dos Ossos», que documentaram, apresentando casos clínicos.

Depois o Dr. Freitas de Sousa em seu nome e no dos seus colegas Drs. Marques da Gama e Paiva Chaves a propósito de um caso de «Sífilis óssea do húmero», que provocou uma fractura patológica, apreciou, numa revisão de conjunto, a importância actual da sífilis do aparelho locomotor.

Por último o Dr. Paiva Chaves, apresentou, em nota prévia, o importante progresso terapêutico «Artroplastia na coxalgia».

Referiu-se à moderna orientação na terapêutica da Tuberculose Osteo-articular que, muitas vezes já consiste no ataque directo às lesões estabelecidas.

No caso apresentado, num primeiro tempo operatório, tentou-se remover todos os tecidos articulares doentes, cujo exame histológico confirmou o diagnóstico de Tuberculose Osteo-articular, realizando-se ulteriormente, nove meses depois, a operação artroplástica.

Nesta altura o exame histológico dos fragmentos removidos, revelou a existência de tecido cicatricial.

A doente, mês e meio depois de operada, não só tinha estabilidade na anca, como ainda apresentava apreciável e útil amplitude de movimentos activos.

Estes trabalhos foram discutidos e apreciados por numerosos clínicos que a eles assistiram.

## Prof. Carlos Larroude

A partir do dia 12 de Junho findo e durante um trimestre, a radiodifusão francesa, por intermédio de Rádio Paris e de todos os postos emissores franceses, começou a emitir todos os sábados, uma série de conferências semanais sobre «A audição e as suas doenças», as quais são feitas pelo Prof. Carlos Larroude, da Faculdade de Medicina de Lisboa.

# O MÉDICO

SEMANARIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

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

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Morais, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrombotica do Disp. de Higiene Social), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emídio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.to António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.to António), José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.to António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hospital de Santo António) — PORTO

Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Dir. do Sanat. Sousa Martins da Guarda), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matozinhos), J. Pimenta Presado (Portalegre), Joaquim Pacheco Neves (Vila do Conde), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), M. Santos Silva (Dir. do Hosp.-Col. Rovisco Pais — Tocha), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Vila Real)

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com a «Acta Gynæcologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

Portugal Continental e Insular — 160\$00 Ultramar — 210\$00

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

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

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

# BISMUCILINA

Bial

## BISMUCILINA

### INJECTÁVEL

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

PENICILINA . . . . . 300.000 U. I.  
BISMUTO . . . . . 0,09 g  
Por ampola de 3 c. c.

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

## BISMUCILINA

### SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO  
EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

## BISMUCILINA

### INFANTIL

### SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO  
EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS