

# O MÉDICO

SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 147  
24 de Junho de 1954

DIRECTOR E EDITOR:  
**MÁRIO CARDIA**

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

*Afectações*

**UMA CONCEPÇÃO NOVA NA  
TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA**

## 3 ACCÇÕES

- Antibiótica específica
- Imunizante inespecífica
- Modificadora do terreno

«... Combatendo o síndrome infeccioso por três vias diferentes, encurta o período agudo da doença, modificando o terreno e prevenindo as recaídas...»

### APRESENTAÇÃO

INFANTIL — 0,25 g de Estreptomina +  
+ 150.000 U.O. de Penicilina  
NORMAL — 0,50 g de Estreptomina +  
+ 400.000 U.O. de Penicilina  
FORTE — 0,50 g de Estreptomina +  
+ 400.000 U.O. de Penicilina

# OMNACILINA

## AZEVEDOS

LABORATÓRIOS AZEVEDOS  
MEDICAMENTOS DESDE 1775



# E

## SUMÁRIO

### SUPLEMENTO

	Pág.		Pág.
A. LUAZES MEYER — Radiações .....	517	Médicos que foram grandes escritores — CLÁUDIO CORREIA D'OLIVEIRA GUIMARÃES .....	465
J. M. RODRIGUES PEREIRA — O Médico, o Industrial e o Operário .....	520	Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica .....	466
MOVIMENTO MÉDICO—ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — «Thévétine» cristalizada no tratamento da Insuficiência Cardíaca ...	534	Ecos e Comentários .....	468
Resumos da Imprensa Médica .....	537	Saúde e Assistência Social .....	469
		Noticiário diverso.	

# UM NOVO PRODUTO



*para tratamento da dermatite 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 dermatite seborreica do couro cabeludo: «SELSUN» suspensão de sulfureto de selénio. As suas vantagens são: eficácia quanto ao desaparecimento das peléculas 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 dermatite 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 Selénio (Abbott)*

### REFERÊNCIAS:

1. Slinger, W. N., and Ubbard, D. M.: (1951), Arch. Dermat. & Syph., 64:41, July.
2. Slepyan, 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

# Radiações



A. LUAZES MEYER

(Assistente dos H. C. L.)

A propagação da energia radiante faz-se no espaço, ao contrário dos restantes meios físicos usados em terapêutica. Todas as substâncias e seres à superfície da terra emitem radiações — as radiações infra-vermelhas. Tanto electricamente como quimicamente é possível com suficiente energia produzir as radiações luminosas e outras.

Como é sabido, a energia radiante é constituída pelos raios ultra-violetas, radiações luminosas e raios infra-vermelhos. As radiações luminosas são perceptíveis pela retina enquanto que as radiações ultravioletas e infra-vermelhas só são evidenciadas da luz através de um prisma não só se observa a refrecção (por passagem do feixe luminoso de um meio para o outro) mas a dispersão, isto é, a decomposição da luz branca nas várias cores que a compõem. Este fenómeno é devido à diferença do índice de refração de cada cor. O ângulo de refração é mais acentuado na cor vermelha e menor no azul-violeta.

Um termómetro colocado um pouco além do vermelho mostra apreciável aumento de temperatura. Uma chapa fotográfica colocada próximo da zona violeta é sensibilizada pelos raios ultra-violetas.

As radiações ou energia radiante, utilizada em terapêutica pelos agentes físicos estão compreendidas entre os comprimentos de onda de 50  $\mu$ . e 100  $\mu$ . correspondendo respectivamente, ao infra-vermelho externo e ao ultra-violeta externo.

Entre estes limites situa-se o infra-vermelho interno, as radiações visíveis e os ultra-violetas A, de grande comprimento de onda, e B, de comprimento de onda menor, entre 320 e 280  $m\mu$  com propriedades eritematosas. As ondas maiores que 1.000  $\mu$ . são já consideradas ondas eléctricas e as menores que 13  $m\mu$ . já fazem parte do espectro de Roentgen, embora na prática o espectro tenha muito menor extensão, pois começa no infra-vermelho 5  $\mu$ . e termina nos raios ultra-violetas de 230  $m\mu$ .

Nem o Sol nem tão pouco os aparelhos emitem radiações de comprimento de onda superior a 5  $\mu$ ., estando os ultra-violetas limitados já por exigências fisiológicas, já por razões de ordem técnica.

Pela sua importância terapêutica destacaremos no espectro as seguintes radiações:

**Raios ultra-violetas B** — têm grande importância pela acção eritematosa e estão ligadas à formação de vitaminas D.

**Infra vermelhos A** — São muito abundantes no espectro solar e penetram profundamente na pele.

**Infra vermelhos B** — Escassos na luz solar tendo pequena penetrabilidade através da epiderme.

**Infra Vermelhos C** — Constituídos quase, exclusivamente, por radiações escuras emitidas por todos os corpos e objectos da superfície terrestre, incluindo o corpo humano.

Também é usada como unidade de comprimento de onda o Angstrom ( $\text{\AA}$ ) que é igual a

$$\frac{1}{10.000.000} \text{ de mm. ou } \frac{1}{10} \text{ de } m\mu.$$

## PROPRIEDADES FÍSICAS

Num meio homogêneo, as radiações propagam-se em linha recta, sem sofrerem desvio por acção do campo electro-magnético. Têm a mesma velocidade de propagação no vácuo, reflectem-se e refractam-se segundo as leis de Descartes.

Com as radiações podemos ainda constatar os fenómenos de interferência, difracção e polarização.

Teoricamente, sob o ponto de vista físico, uma radiação transporta certa energia que, por assim dizer, roubada ao emissor, percorre um espaço mais ou menos longo, consoante a transparência do meio, até atingir um corpo ao qual comunica

a sua energia, fenómeno este que se manifesta por efeitos diversos: efeitos químicos, térmicos, luminosos, mecânicos, etc.

Saidman compara as radiações a uma granada lançada por uma peça, a qual descreve determinada trajectória e atinge, finalmente, o solo. A energia inicial determina ao atingir a terra uma maior ou menor penetração, uma maior ou menor transformação em calor e, em virtude da explosão, emissões secundárias (estilhaços).

Como vimos, as radiações emitidas pelo Sol ou por qualquer outra fonte luminosa podem ser decompostas por dispositivos físicos, tal como se apresenta no arco-iris ou na clássica decomposição da luz ao atravessar um prisma. Cada cor resultante, como vimos, corresponde a determinado comprimento de onda. Tanto o Sol como os corpos incandescentes emitem, pois, uma luz composta de múltiplas cores que, reunidas, nos impressionam como luz branca: estamos em presença de um espectro contínuo.

Os gases incandescentes por outro lado, emitem radiações de comprimentos de ondas fixos. Assim, o sódio emite um espectro em que se notam riscas características deste metal; o ferro, emite um espectro com 5.000 riscas fixas.

Esta constância das riscas espectrais assenta, necessariamente, em leis físicas relacionadas com a estrutura dos átomos.

Quando se estudam as radiações electro-ópticas é indispensável referirmo-nos ao efeito foto-eléctrico: quando uma radiação incide sobre a superfície dum metal, determina uma emissão de electrões, sobretudo negativos (efeito de Hertz-Halwachs). Este efeito varia com os seguintes factores:

1.º — Natureza do metal.

2.º — Comprimento de onda da radiação.

A descarga é tanto mais rápida, isto é, a emissão de electrões será tanto mais veloz, ou melhor, a sua energia cinética é tanto maior quanto menor for o comprimento de onda.

A intensidade da fonte luminosa e a distância focal não influem na emissão dos electrões. Ora, se a teoria ondulatória da luz não pode explicar este fenómeno, porquanto a onda perderia intensidade ao afastar-se do foco luminoso e a velocidade dos electrões arrancados ao metal diminuiria de intensidade, teremos de procurar a verdadeira explicação na teoria dos Quanta: o foco luminoso emite pequenas porções de energia chamadas Quanta, isto é, a emissão das radiações é descontínua. Pode, pois, comparar-se esta emissão, não a um fio de água que corre duma torneira, mas à chuva. Bohr descreve esquematicamente, o fenómeno: consideremos na sua forma mais simples, um núcleo positivo central e um outro negativo girando à volta deste.

Enquanto o electrão negativo, se mantém na sua órbita, não há emissão de radiações; se, porém, passa para uma órbita mais central, dá-se a libertação de um Quanta o qual é emitido para o exterior sob a forma de radiação (fotão). Por outras palavras o electrão circula à volta do núcleo central como os astros à volta do Sol. A velocidade do electrão deverá ser tal que, mercê do movimento circular, a força centrífuga seja equilibrada pela força atractiva do núcleo central.

Se qualquer força exterior obrigar o electrão a mudar para uma órbita mais exterior, logo que ela cesse, o electrão regressará à sua primitiva órbita e originará a emissão luminosa.

Wulf compara este processo ao funcionamento de uma espingarda: a energia da pólvora transforma-se em energia cinética e em calor.

Assim, também, para haver emissão luminosa, é necessário levar os electrões a órbitas mais externas, isto é, a níveis energéticos maiores afim de emitirem radiações quando saltam para órbitas quânticas mais próximas, o que se consegue aumentando a temperatura. Então, as moléculas gasosas põem-se em movimento intenso, chocando com frequência, arrancando os electrões às suas órbitas levando-os para outras quanticamente mais

energéticas. As forças eléctricas, o bombardeamento pelos raios catódicos ou a excitação produzida pela luz provocam nos átomos gasosos saltos electrónicos para órbitas de maior energia. Parece que este esquema, embora grosseiro, nos dá uma síntese do processo.

A intensidade de uma radiação é medida pelo número de fotões que chegam a determinada área por segundo.

O tipo da radiação está ligado ao comprimento de onda e ao tamanho do fotão.

Todas as radiações são mais ou menos absorvidas pelas várias substâncias. Como consequência desta absorção dão-se fenómenos químicos e biológicos: — Fluorescência, fosforescência, ionização, efeitos foto-eléctricos, etc.

As leis que regem as emissões de radiações, são:

- 1.º — O Comprimento de onda é inversamente proporcional à frequência.
- 2.º — A energia duma radiação só depende do comprimento de onda, sendo inversamente proporcional.
- 3.º — A acção de uma radiação sobre o organismo não pode depender só do seu comprimento de onda. Teremos de entrar em linha de conta com a quantidade de radiação absorvida, porquanto só esta tem eficácia terapêutica (lei de Grothuss-Draper).

Com mais precisão, diremos que «a totalidade de energia absorvida é igual ao produto do número de moléculas absorventes, pelo Quanta e pela frequência da luz incidente».

Tal é a lei conhecida pelo nome de «Equivalência foto química» de Einstein.

#### PRINCÍPIOS BIOLÓGICOS

A enorme diversidade de origem de radiações de que dispomos, emitindo espectros variadíssimos, determina fenómenos biológicos e terapêuticos diversos.

Durante o trajecto das radiações, desde a origem ao contacto com o doente, a riqueza espectral pode ser afectada. Assim, os ultra violetas ao atravessarem o vidro sofrem uma apreciável diminuição; a maioria das radiações infra-vermelhas ficam retidas ao atravessar meios transparentes espessos; a formação do ozono sobretudo em gabinetes de tratamento com ventilação deficiente, também diminui, apreciavelmente, a acção dos raios ultra-violetas, etc.

Biologicamente devemos considerar em todos os espectros a sua luminosidade, a sua acção calorífica, a sua acção irritante sobre a pele e finalmente as suas acções fotoquímicas.

A intensidade de qualquer radiação é proporcional ao quadrado da distância. Esta lei, só é rigorosa para fontes pontiformes e admitindo a existência duma atmosfera sem poeiras em suspensão ou gases opacos a determinada radiação, nunca deve ser esquecida.

As poeiras em suspensão difundem as radiações e a difusão cresce com a quarta potência da energia radiante: será, pois, 16 vezes maior para as radiações de 300 m $\mu$ . que para uma radiação de 600 m $\mu$ . O papel das poeiras é portanto, muito importante para as radiações de baixo comprimento de onda (raios ultra-violetas).

Normalmente, o corpo receptor de radiações e a pele, variando a reflexão das radiações com a sua pigmentação. Assim, nos morenos está é da ordem de 30 % e na pele branca chega a atingir 45 %.

A quantidade dos raios absorvidos admitindo condições óptimas para a sua absorção (pureza do ar, incidência perpendicular, etc.) está calculada em 30 % do total da superfície do corpo. Ao atravessar a pele o espectro sofre apreciáveis variações, pois as ondas muito curtas são filtradas, totalmente, na camada córnea. Esta absorção selectiva da pele é devida à existência de substâncias albuminoides, particularmente a tirosina. Este poder da pele é ainda acrescido pela vascularização e, friccionando a pele com óleo, favorecemos a absorção de raios infra-vermelhos. Convém, contudo, não confundir poder absorvente com penetração ou acção profunda a qual se consegue provocando anemia pela compressão e fazendo então, a aplicação nesse meio isquemiado (aplicações de raios ultra-violetas).

A pigmentação é a principal protecção da pele humana contra a acção da luz solar, variável de raça para raça. É notória

a facilidade com que indivíduos de pele branca sofrem eritemas solares ao passo que os de tez morena exageram, simplesmente, o moreno da sua pele por deposição de pigmentos. Este pigmento secundário tem um sentido biológico pouco conhecido actuando como elemento de protecção e intervindo ainda nos processos de absorção de radiações por intermédio de certas substâncias químicas.

Vejamos o que se passa na pele humana quando submetida à acção dos raios ultra-violetas suficientemente fortes: após um período latente de 2 a 8 horas, observa-se o eritema, o qual toma uma tonalidade amarelada, mais ou menos acastanhada, após 2 ou 3 dias data em que aparece apreciável pigmentação.

Histologicamente, observa-se leucocitose intra-vascular; os vasos estão fortemente hiperémicos. Há fenómenos de degenerescência, formando-se vesículas pequenas e havendo, mais tarde, migração de leucócitos para fora dos vasos.

São responsáveis por estes fenómenos as radiações entre 280 m $\mu$  a 310 m $\mu$ .

As radiações ultra-violetas de grande comprimento de onda penetram mais profundamente na pele mas praticamente não exercem acção fisiológica.

As ondas muito curtas (menores que 260 m $\mu$ ) também não têm acção evidente por não penetrarem na pele.

Há várias teorias para explicar o eritema; não nos podemos ocupar delas e diremos resumidamente que os fenómenos de vasodilatação observados, histologicamente devem ser provocados pela formação de histamina.

Desaparecido o eritema dá-se uma pigmentação secundária da pele a qual pode manter-se durante meses e até anos. Nas células basais há um fermento (a dopa-oxidase) que actuando sobre a dióxifenilalanina dá lugar à formação de melanina.

Mais tarde, dá-se a descamação da pele.

As irradiações repetidas conduzem-nos ao fenómeno da habituação o qual não é mais do que o aumento de resistência da pele em face de irradiações ulteriores. Aparece, então, uma pigmentação pronunciada e espessamento da camada córnea. Certos autores afirmam, que em peles habituadas a repetidas doses eritematosas, podemos chegar a irradiar mil vezes a dose inicial sem alterações na pele.

Destacaremos ainda a acção das radiações sobre o metabolismo vitamínico.

O efeito surpreendente em casos graves de raquitismo em crianças submetidas à acção das radiações ultra-violetas pela lâmpada de quartzo levou vários investigadores à realização de múltiplas experiências sobre a acção dos raios ultra-violetas neste particular. Pela acção destas radiações as crianças assimilavam o cálcio.

Observou-se, que a alimentação contendo vitamina D<sub>1</sub> previamente irradiada, tinha o mesmo efeito.

Depois de várias experiências chegou-se à conclusão, que o elemento ou factor anti-raquitico era uma gordura não saponificável: a ergosterina. Esta sofre múltiplas transformações ao ser submetida às radiações ultra-violetas que são, resumidamente, a formação das seguintes substâncias: lumisterina, taquisterina, vitamina D<sub>2</sub>, supra-esterina I, supra-esterina II e toxisterina. Esta vitamina D<sub>2</sub> é diferente da vitamina D (natural) e da vitamina D<sub>3</sub> (óleo de fígado de bacalhau).

A toxisterina que se forma com dosificação excessiva de vitamina D é responsável pelos fenómenos clinicamente constatados de hipervitaminoses. A acção fundamental da vitamina D é a mobilização no fósforo inorgânico, mobilização essa que fixa o cálcio depositando-o.

Pelas alterações na fosfatémia e na calcemia podemos chegar a uma situação de tetania em tratamentos intempestivos (terapêutica pelos raios ultra-violetas sem alimentação suficientemente rica em sais de cálcio).

As radiações ultra-violetas têm uma acção destruidora sobre os fermentos, as bactérias e as toxinas. Esta acção bactericida dos ultra-violetas foi demonstrada «in-vitro» pelo que ainda hoje se utilizam estas radiações para a esterilização da água.

Como é do nosso conhecimento, a riqueza em ultra-violetas do Sol é muito mais considerável na altitude. É só pela sua acção, que se pode explicar a resistência das casas em madeira aí construídas, pois esta não é atacada pelos parasitas habituais. Há abrigos e cabanas nos Alpes construídos em madeira com mais de 2 séculos. Devemos também levar em linha de conta que esta riqueza em raios ultra-violetas não é só devida à acção

directa da luz solar, mas também à reflexão pela neve, que aumente a sua acção apreciavelmente.

As irradiações gerais com dose eritomatosa podem fazer baixar apreciavelmente a tensão arterial. Seria responsável por esta hipotensão a formação de histamina.

A acção térmica por aquecimento da pele é mais marcada nas radiações de grande comprimento de onda, (infra-vermelhas) que são mais penetrantes, determinando aumento de temperatura do corpo pelo aquecimento dos vasos da pele.

Com as radiações infra-vermelhas também obtemos um eritema, sem período de latência, constável já no momento da aplicação e sem ter nem a persistência nem a evolução do eritema provocado pelos raios ultra-violetas.

Repetidas exposições aos infra-vermelhos podem-nos levar a fenómenos secundários aparentemente idênticos aos observados com os raios ultra-violetas; dá-se uma pigmentação que no caso das radiações caloríficas tem o aspecto irregular de manchas semelhantes o mármore.

Os infra-vermelhos em aplicações gerais determinam sobretudo uma hipertermia que se repercute em vários sectores fisiológicos: entram em acção as funções termo-reveladoras no sentido de neutralizar o «apport» exagerado de temperatura — transpiração — aumento de ritmo cardíaco, uma baixa de pressão arterial, um aumento do ritmo respiratório e uma diminuição de eliminações através do sistema renal.

O metabolismo dos hidratos de carbono parece não sofrer modificações pelas radiações.

### TÉCNICA

Podemos dividir os aparelhos que fornecem radiações em terapêutica, em radiadores térmicos, e radiadores luminosos. Nos primeiros, aproveitamos as radiações emitidas por substâncias cuja temperatura é elevada. A intensidade destas é tanto maior quanto mais elevada for a temperatura do emissor.

Destacaremos os seguintes aparelhos:

1.º — *Lâmpada de incandescência.* É o tipo mais simples destes aparelhos ainda hoje utilizados como banhos fototerápicos. Nestes casos a emissão corresponde ao espectro visível e invisível (infra-vermelhos).

Estas lâmpadas (de filamento de carvão) dispõem-se em caixas de formas várias que se podem adaptar a várias regiões do corpo. Podem também servir para irradiações gerais estando então as lâmpadas dispostas nas paredes de uma cabine. O tempo de aplicação é variável, geralmente de 15 minutos a 25 minutos.

2.º — *O aparelho Solux.* Neste aparelho a lâmpada é de filamento metálico (menor acção térmica) e é munido de filtros de várias cores que filtram as radiações que não interessem.

3.º — *Os Aparelhos de Infra-vermelho.* Nestes aparelhos não há radiações visíveis, sendo o aquecimento provocado geralmente por transformação de electricidade em radiações (resistências). Dum modo geral, a técnica destas aplicações é simples. É necessário conhecer bem a intensidade do foco e a sensibilidade do doente; devemos tomar precauções especiais ao tratar doentes com zonas de anestesia. Não esquecer também, que só passado algum tempo (variável com o aparelho) a emissão atinge o máximo de intensidade. Há aparelhos de infra-vermelhos que só entram em pleno rendimento passados 20 minutos.

Devemos proteger as zonas, que não devem ser irradiadas, com lençóis ou, como no caso dos olhos, com algodões embebidos em soro fisiológico.

As indicações são variadíssimas. Pela acção sobretudo térmica estas radiações determinam uma diminuição de tensão nos tecidos lesados e uma diminuição de dor em situações, quer traumáticas, quer inflamatórias. A sua eficácia exerce-se a uma certa profundidade, sendo os seus efeitos facilmente controláveis e durante a sua aplicação não há pressão dolorosa como sucede pelos meios de aquecimento por contacto.

Em muitas situações patológicas é preferível a aplicação de infra-vermelhos a outros métodos mais modernos de termoterapia; esta acção é verdadeira sempre que pretendemos actuar

em tecidos superficiais (pele, tecido celular subcutâneo, etc.).

Assim, em traumatologia, nas distensões de músculos superficiais, entorses, fracturas, sinovites traumáticas, estão indicados. Em geral, precedemos a massagem de uma aplicação de infra-vermelhos que facilita muito aquela manobra.

Nos abscessos subcutâneos, periostites e sinusites com sintomatologia, sobretudo dolorosa, obtemos por vezes eficácia terapêutica não conseguida por outros métodos fisioterápicos.

Nas perturbações circulatórias periféricas, nomeadamente na tromboflebite, preferimos iniciar a terapêutica física pelos infra-vermelhos.

A produção de luz pelo arco voltaico é já acompanhada de radiações inteiramente diferentes. O arco voltaico é constituído por dois carvões, que funcionam como eléctrodos de sinais contrários, um ânodo e um cátodo. A luz provocada pelo arco, é a luz artificial que mais se assemelha à luz solar. O seu espectro é extenso sendo constituído por radiações infra-vermelhas, luminosas e ultra-violetas (a luz química dos antigos autores).

Para o tratamento de doenças do foro dermatológico, FINSEN e os seus discípulos construíram aparelhagem que hoje está bastante modificada. O aparelho FINSEN é resumidamente constituído por uma fonte de radiações produzidas pelo arco voltaico. Estas radiações penetram num sistema de lentes construídas em quartzo e que concentram a energia radiante num pequeno foco do tamanho de uma moeda de 10\$00. Se não fosse o sistema de refrigeração pela água ao nível de cada tubo telescópico, da pele do doente em certos casos, ou da circulação de água nos localizadores noutros casos, a emissão da irradiação infra-vermelha seria tão forte que o doente não poderia suportar irradiação eficaz em ultra-violetas pelo calor sentido.

O emprego do localizador é indispensável nos casos em que pretendemos uma maior penetração das radiações, o que se consegue pela isquémia provocada pela compressão.

Os tratamentos pela finsenterápia têm a duração de meia, a uma hora.

Modernamente usa-se a lâmpada de FINSEN-LAMBHOLTZ utilizando-se como líquido de refrigeração uma solução amoniacal de sulfato de cobre que além de absorver os infra-vermelhos absorve todas as radiações luminosas com excepção das radiações azuis.

O arco voltaico é também utilizado para irradiações gerais. Usa-se sobretudo nos países nórdicos tanto com fins terapêuticos como profilacticamente.

Fazendo saltar o arco, em meio de pressão elevada, ou no seio de gases, conseguimos aumentar-lhe a sua intensidade. Também podemos associar aos carvões diferentes substâncias, como óxidos metálicos e fluoretos, aumentando assim o seu poder eritematoso.

Mais frequentemente usamos os arcos em que os electrodos são metálicos. É o caso do banalíssimo aparelho emissor de vapor de mercúrio. Estas lâmpadas têm electrodos metálicos que se tornam incandescentes durante o seu funcionamento. No tubo, construído em quartzo, há mercúrio que se evapora e que fica à pressão de uma atmosfera.

Pode aplicar-se este tratamento, tanto em corrente alterna (tripolar), como em corrente contínua (bipolar).

Com este aparelho podemos fazer tratamentos gerais, ou locais.

Em dermatologia usamos para os tratamentos locais, ou a lâmpada de KROMAYER, em que o sistema de refrigeração é feito pela água, como no clássico FINSEN, ou a lâmpada de DUFESTEL, em que a diminuição de temperatura é feita por uma circulação de ar. Com qualquer destes dois aparelhos o tempo de aplicação é muitíssimo menor, do que o tempo de exposição, quando se utiliza o aparelho FINZEN. Este tempo usando lâmpadas de vapor de mercúrio é 12 vezes menor do que na finsenterápia.

Note-se bem, todas estas fontes de grande poder eritematoso têm um espectro com riscas e não um espectro contínuo como por exemplo o da luz solar.

A imitação artificial da luz solar é possível, associando uma lâmpada de vapor de mercúrio e uma lâmpada de incandescência de tungsténio.

Para fazermos uma aplicação correcta temos de entrar em linha de conta com dois factores: estudo da emissão da radiação e estudo da sensibilidade da pele do doente.

Os variadíssimos aparelhos para medir as radiações são caros e não entram na prática clínica: o Intensímetro de Keller e SADMAN (cujo funcionamento se fundamenta na libertação de iodo num soluto de iodeto de potássio acidulado); o método de enegrecimento de papel fotográfico; actinómetro de Para-fenilenadamina, etc. etc...

Na prática clínica, pretendendo determinar a dose óptima de eritema a conseguir, procede-se à exposição de pequenas zonas de pele em tempos crescentes. Tal é o fundamento do funcionamento do aparelho de Saidman: 24 horas após a irradiação observam-se os vários graus de eritema segundo o tempo de exposição.

Resumidamente podemos empregar as seguintes técnicas:

1.º — *Técnica das doses fracas* — Irradiações de tempo sucessivamente crescente evitando o eritema. É o método aconselhável para tratar crianças (tetania, raquitismos pramatuross, etc.) e nos adultos (debilitados, convalescentes, certas baciloses, etc.).

2.º — *Técnica das doses médias* — Aqui pretendemos o eritema numa primeira sessão. Em seguida novos tratamentos, com tempos progressivos e após 5 ou 6 tratamentos novo eritema e assim por diante. É inconveniente procurar a dose eritematosa por tentativas pois se numa primeira irradiação de 4 minutos por exemplo não conseguirmos o eritema a pele adquire já uma certa resistência e a dose deverá ser maior do que numa primeira exposição; como se disse, um simples test de pequena superfície da pele, dá-nos o tempo exacto que nós devemos irradiar. Por outro lado (sobretudo em aparelhos novos e em superfícies extensas) podemos ultrapassar a dose do eritema e cairmos numa grave situação de queimaduras com as suas flictenas.

3.º — *Técnica das doses fortes* — Pretende-se em geral um eritema máximo ou mesmo queimadura (flictena).

A zona manejável entre eritema e flictena é variável de indivíduo para indivíduo e com o aparelho empregado.

Ao fazer qualquer aplicação de raios ultra-violetas a certa distância do doente, devemos procurar que os raios incidentes actuem o mais perpendicularmente possível sobre a zona a tratar.

Para irradiações gerais costumamos utilizar a distância de 1 metro. Não há vantagem em fazer exposições a maior distância pois o tempo do tratamento aumentaria muito. Em regra diminuimos essa distância depois de atingirmos 15 minutos mas essa diminuição deverá ser feita gradualmente, na ordem dos centímetros mantendo o tempo fixo (lei do quadrado das distâncias). Em tratamentos muito localizados e na falta de aparelhagem própria é possível fazê-lo com a lâmpada vulgar de vapor de mercúrio e a 30 centímetros de distância aproximada-

mente; protege-se bem a pele que não deve ser irradiada procurando a dose eritematosa na pele exposta.

Na maioria dos livros (especialmente nos que tratam exclusivamente de radiações) as indicações são a nosso ver vastíssimas e exageradas.

Em primeiro lugar, citamos como indicação da terapêutica dos raios ultra-violetas todas as doenças ou situações em que o metabolismo do cálcio está deficitário.

Nas crianças raquíticas, nos asténicos, nos debilitados, nos convalescentes, a terapêutica por estes raios está indicada.

Na tetania infantil as alterações de cálcio e de fosfatos é corrigida por esta terapêutica bem como na esteomalácia.

Tanto a luz solar como a irradiação artificial estão indicadas em várias formas da tuberculose; referimo-nos, sobretudo: à chamada tuberculose cirúrgica.

Habitualmente emprega-se a irradiação geral acrescida de terapêutica local como fazemos frequentemente em micropoliadenites mesmo, em via de caseificação ou nas ósteo-artrites. Temos obtido, também, muito bons resultados na peritonite específica. O mesmo diremos das afecções bacilosas do aparelho urinário; em fístulas post-nefrectomia tão rebeldes a qualquer terapêutica conseguimos algumas curas usando a terapêutica local (lâmpada de Dufestel).

Em certas mialgias a dose eritematosa média dá bons resultados. Só utilizamos esta terapêutica quando não obtemos bons resultados pelos ultra-sons, ondas curtas, infra-vermelhos ou por ionização.

Não pensamos, como certos autores, que há apreciável melhoria com as aplicações de raios ultra-violetas em doses eritematosas em nevralgias: do trigémio, intercostais, cérvico-braquiais, ciáticas, etc.

Também nestes casos obtemos melhores resultados utilizando outras terapêuticas.

Uma das primeiras doenças de pele tratadas pelos raios ultra-violetas em doses eritematosas foi o lupus. Pensava-se então que se poderia pela acção bactericida da «luz química» destruir o bacilo de Koch.

Os ultra-violetas resultam bem, no acne juvenil ou vulgar, na alopecia areata, na alopecia difusa e na psoríase.

Para terminar não quero deixar de citar a acção brilhante que os ultra-violetas têm nas feridas átonas como por exemplo nas úlceras varicosas.

(Lição proferida no VI Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário, organizado pelo Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos).

## O Médico, o Industrial e o Operário <sup>(1)</sup>

J. M. RODRIGUES PEREIRA

(Director do Centro de Profilaxia e Diagnóstico do I. A. N. T. — Porto)

Com a minha conferência, quis o sr Presidente da Associação Industrial Portuense inaugurar um ciclo de trabalhos sobre saúde, higiene industrial e segurança.

Desempenhar-se-ão dessa tarefa médicos e engenheiros, numa simbiose feliz e de que por certo resultará muito de proveitoso para a melhoria de condições de vida e de trabalho, com vantagens simultâneas para patrões e servidores.

Da conjugação dos assuntos tratados, resultará uma magnífica obra, classificação esta que estabeleço com toda a segurança, firmado na categoria dos conferentes que não-de seguir-se.

Tenho a certeza que as individualidades com responsabilidades directivas prestarão atento estudo às questões que vão ser versadas com a maior independência, espírito estritamente técnico e um sentido puramente construtivo no aproveitamento da magnífica corrente que hoje se observa.

Grandes conclusões vão pelo mundo da medicina.

Ela vive num mar tumultuoso e à volta do seu núcleo vital

que é o médico, agitam-se elementos os mais heterogéneos, uns, dando-lhe vida com sua cooperação admirável, outros minando os seus alicerces clássicos de independência, de modo de ser, tentando fazer dele soldado ou funcionário público, na ideia de lhe vestir uma farda ou distingui-lo com as significativas mangas de alpaca.

Que todos descansem porém, porque a intangibilidade da maneira de ser do médico, dentro das qualidades que definem o verdadeiro sentido da sua profissão, há-de manter-se, como se há-de manter o exercício desta, fora do espírito inaceitável da socialização.

A fixar bem isso está a repugnância marcada para essa

(1) Conferência do Ciclo organizado pela Associação Industrial Portuense, subordinada ao tema genérico «Saúde, Higiene e Segurança Industrial» (a' 24 de Março de 1954).



Um **NOVO** e Superior

**A**ntibiótico

de amplo espectro



**ACROMICINA**

TETRACICLINA **Lederle**

**Absorção mais rápida. Reações Secundárias mínimas.  
Maior estabilidade.**

A **ACROMICINA**, um novo antibiótico de amplo espectro, produzido pela equipa de investigação Lederle, tem demonstrado uma maior eficácia em experiências clínicas, com as vantagens de uma mais rápida absorção, de uma mais pronta difusão nos tecidos e nos líquidos orgânicos, duma tolerância superior e de uma maior estabilidade, resultando em níveis sanguíneos altos e prolongados.

A **ACROMICINA** pode agora adquirir-se nas seguintes formas farmacêuticas: Cápsulas de 250 mg., 100 mg., e 50 mg.+; Spersoids\*, Pó Dispersível, 50 mg. por cada colher das de chá, cheia (3,0 g.)+; Intravenosa, de 500 mg., 250 mg. e 100 mg.

Outras formas de dosagem serão postas à disposição das Ex.<sup>mas</sup> Classes Médica e Farmacêutica, tão depressa a investigação o permitir.

+ A introduzir brevemente

\* Marca Comercial Registrada



**Um nome que simboliza  
supremacia na investigação  
e na produção farmacêuticas**

Lederle Laboratories Division, AMERICAN Cyanamid COMPANY  
30, Rockefeller Plaza, New York 20, N. Y.

Representantes Exclusivos para Portugal e Ilhas:  
**ABECASSIS (IRMÃOS) & C.<sup>A</sup>**  
RUA CONDE REDONDO, 64-3.º — LISBOA

modalidade de medicina, até daqueles que se deixam mais facilmente atrair por tal sistema doutrinário e a tal ponto que são sempre os da primeira fila dos críticos e descontentes quando dela têm de fazer uso.

A fixar bem isso e acima de tudo está o magnífico pensamento de Salazar:

Exemplos alheios pravam-nos à saciedade que transformar artistas e escritores em funcionários públicos, significa, praticamente, proibi-los de criar.

A arte não é um livro de ponto. Se passa a constituir uma obrigação, um dever, deixa de existir ou finge que existe, isto é, cabula».

Ora a medicina é uma arte.

*Ars longa — Vita Brevis* — é a frase que corre mundo e se não perdeu no decorrer dos séculos.

Reparem V. Ex.<sup>as</sup> no operário.

Como sabem, sempre que vai consultar e à entrada da porta lhe dão o número que o habilita a entrar em contacto com um médico que não tem tempo de olhar para ele e lhe receita dum rol que é uma cinta de ferro posta aos seus conhecimentos, tem a nítida compreensão da diferença que existe entre esse médico e outro que vive perto, que ocorre pressuroso quando está aflito e se interessa a sério, porque faz parte dos que hão-de elevar o seu nome em troca da sua dedicação e saber.

Ora é esta última parte que nunca pode acontecer neste sector a que Hipócrates legou leis que o tempo tem respeitado, se o indivíduo se apaga em nome do colectivo.

O doente e o médico estarão sempre em posição diametralmente oposta, quando este é imposto ou escolhido.

Desde que o médico é imposto, não pode sentir em si o prestígio de que necessita e muito menos acredita na dedicação do doente, condição essencial para o respeito e fé nas suas prescrições.

Em Portugal os serviços da Federação das Caixas de Previdência, apesar dos largos números que possam vir a público, são bem a prova do que acabo de dizer.

Eles têm coberto a sua impotência de natureza médica com as largas facilidades dos elementos de diagnóstico, como sejam as análises, as radiografias e as concessões pecuniárias, muitas delas actualmente em notório declínio.

Foi erro grande esquecer que existe uma ordem de valores inalterável, eterna e no cimo desses valores está pelo direito de sempre o médico.

A luta antituberculosa é um dos marcos bem visíveis a assinalar a verdade destas ideias.

A infeliz organização da medicina no nosso tempo passou-lhe ao lado e não a considerou como merecedora de a ter em conta para defesa dos seus beneficiários.

É uma organização à parte, que não cobra cotas àqueles que protege, que não vai ver se o doente está ou não no uso dos seus direitos ou se já passaram nove meses sobre a sua utilização, que estende pelo país país fora uma notável obra de protecção, sem magoar o modo de ser dos médicos, procurando pelo contrário elevar por todas as formas o seu nível científico.

Trata-se, como V. Ex.<sup>as</sup> sabem, do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

Fico por isso bem satisfeito em falar aqui como membro do I. A. N. T. e na presença dum alto representante do nosso Governo, apresentando este trabalho que desejo ligar intimamente ao nosso sector industrial, ficando com a indicação segura de que a Campanha Antituberculosa no nosso País merece da parte dos poderes públicos o maior interesse o que aliás se documentará no decorrer da minha palestra.

A tuberculose tem sido uma grande mancha negra a ensombrar o Mundo no decorrer dos séculos, mancha essa que conseguiu manter até ao nosso tempo as suas trágicas dimensões a despeito de valiosas descobertas.

A identificação do bacilo de Kock, a preparação da tuberculina, os aturados trabalhos no domínio da Anatomia Patológica e da Clínica e os progressos no campo da Higiene, não conseguiram deter a sua contínua actividade.

Hoje mesmo, apesar dos êxitos verificados e das perspectivas à vista, temos que desenvolver ainda uma complexa organização de defesa, partindo do muito que felizmente se vê já em pleno funcionamento por o todo o País.

Através do que vou ler-vos apreciareis as razões porque posso desde já afirmar que chegamos ao momento de considerar

a tuberculose como um mal de possível eliminação e, o que é melhor, dentro de prazo relativamente limitado.

Consequimos já, com as novas medicações e as seguras intervenções cirúrgicas, deter a morte.

Grande passo esse que tirou à doença aquela marca de condenação irremediável que a assinalava.

Isso trouxe-nos porém como consequência séria o aumento rápido do número de doentes, e portanto maior perigo de contágio, tendo em conta que a vida destes se prolonga e até no maior número de casos se pode dizer assegurada quase, como se fossem pessoas normais.

Isto explica-se porque qualquer desfalecimento no estado físico tem imediatamente ao dispor, para lhe valer, magníficos medicamentos, como a estreptomina, P. A. S., a tio-semicarbazona e a magnífica hidrazida do ácido-iso-nicotínico, que tantas maravilhas tem operado, além das outras medicações, embora secundárias na importância, que continuam à nossa disposição.

É por esta melhoria de situação, pelos inevitáveis inconvenientes dela resultantes, que se tornam ainda mais urgentes e necessárias as medidas profilácticas a cuja propaganda me considero preso por obrigação e, sobretudo, por devoção.

Não mereço portanto palavras de encómio pelo interesse que manifesto, tanto mais que sou igualmente interessado na segurança que para todos desejo.

Isto não impede todavia que exteriorize por V. Ex.<sup>as</sup> o meu maior reconhecimento pelas palavras que acabam de me ser dirigidas, as quais, ainda que as não mereça, não deixam de me dar maior alento para prosseguir.

Venho aqui pela mão protectora do vosso presidente, que conhece já a muita bondade de todos os que me escutam.

É da bondade e da ciência em comunhão íntima que nascem as obras maravilhosas que escondem com o seu esplendor as muitas fraquezas do ser humano.

Foi o crepúsculo da bondade do coração dos homens que fez com que durante a guerra passada a Humanidade se servisse exclusivamente da ciência, aproveitando-se dos seus pacientes sábios, utilizando as energias de denodados obreiros e a obediência de valentes soldados, para cometer os mais hediondos actos, as mais nefandas carnificinas que ficaram a assinalar para todo o sempre e, como diria Clemenceau, as grandezas e misérias duma época.

Nunca nos cansemos de falar ao coração dos homens para que ele seja sempre o moderador das suas ambições e para que na ânsia de conquistar o bem da Humanidade não julgue indispensável destruí-la para o obter.

Em Portugal, terra de Fátima, e no Porto, cidade da Virgem, estaremos todos, dentro das proporções da nossa tarefa, atentos e com o coração aberto para darmos amparo aos que sofrem, protecção ao que a desgraça procurou e sobretudo àqueles que a natureza não dotou para poderem vencer na vida.

Será assim a nossa rocha Tarpeia.

Sempre que alguém nesta cidade ergue a voz pedindo por uma causa justa, sempre essa voz tem o acolhimento que é de esperar de corações bem formados.

Os peditórios que tão repetidas vezes se fazem, encontram sempre boa resposta da gente desta sempre leal e invicta cidade.

A Semana da Tuberculose, trabalho de apostolado do sr. Governador Civil, do Dr. Mário Cardoso, de Cristóvão Cassels, Russel de Sousa e outros, e da dedicação sem limites de devotas senhoras que pedem por essas ruas esquecidas da comodidades a que têm direito, é bem a expressão do quanto vale o excelso coração tripeiro.

O campo da indústria, onde se ouve o rolar da maquinaria, o cravar dos rebites, o bater dos martelos, a contrastar com o silêncio do acertar duma peça minúscula, ou do tracejar duma linha donde sairá um complicado projecto, não é terreno árido onde a bondade não tem ambiente para se desenvolver.

A Associação Industrial Portuense permitiu que eu compulsasse um inquérito feito em 1944 às nossas indústrias e pelo qual se pretendia saber da existência de benefícios oferecidos generosamente pelos industriais portugueses assim repartidos: Escolas privativas, alimentação aos alunos, iniciativas culturais, enfermarias — medicamentos — subsídios, assistência na gravidez — creches, cultura física — colónias de férias, habitações e reforma.

De tudo isto encontrei, mais nuns, menos noutros, mas por toda a parte um sopro de generosidade e em alguns lados

verdadeiros rasgos de benemerência criando para o operário um ambiente de conforto, de higiene que o deve fazer sorrir quando lhe acenam com promessas de *Eldorados* longínquos e mais que problemáticos.

Não cito nomes, não ponho firmas em evidência, porque pelo País fora só não vê quem não tiver vista ou quem sofra daquela cegueira fora do alcance da oftalmologia.

Pela grande largueza desses benefícios, pela enorme projecção que têm na saúde e bem estar de tantos indivíduos, pelo contributo que trazem para a luta contra a tuberculose, são os industriais portugueses bem dignos do nosso maior reconhecimento.

*Meus senhores* — O segredo da vitória em qualquer empreendimento está na convicção da sua possibilidade, no rigoroso cálculo de todas as energias para a atingir ou das que se destinam a gerá-las e na existência de indivíduo ou agrupamento com a capacidade para coordenar e levar a termo este conjunto de forças espirituais e materiais.

No capítulo de luta antituberculosa o mundo de hoje encarou o problema sob este aspecto e fá-lo assentar sólidamente em pilares como os que acabo de citar.

A apreçoada doutrina do descanso e dos ares puros na terapêutica da tuberculose, fortalecida pelo cepticismo na conquista de outras possibilidades, fez com que a Humanidade se resignasse durante longos séculos não encarando com a suficiente persistência o trabalho que devia executar para abolir o flagelo que a dizimava.

Lamentável cristalização a que se deu.

Muitos séculos antes de Cristo, 19 séculos depois do seu advento e a doença em pleno gozo dos longos foros da sua invencibilidade a desenvolver-se nos organismos num conforto admirável.

Os mais velhos ainda se lembram deste quadro respeitável.

Chegavam os médicos com o seu ar imponente, o passo cadenciado e depois de muitos conselhos e alguma criogenina retiravam-se majestosamente, muito grandes por fora, mas intimamente muito poucos confiados no seu poder.

Era a doença dos olhos bonitos.

Pobres raparigas, degraçados rapazes de pele fina e brilhante, o olhar duma tristeza infinita e doçura incomparável.

Lá estavam ao canto da melhor sala, a janela aberta, emagrecendo progressivamente, caminhando de forma inexorável para a morte redentora, numa fé incrível de cura certa, até ao momento final.

A visão contínua destes pobres sacrificados envolvidos em farrapos desprezíveis ou em mantos ricos, irmanados na mesma aflição, embora com mais pena da vida os últimos que os primeiros, criou lentamente no espírito humano o estado psicológico da necessidade de vencer.

Foram os hamens do século XX que criaram e reuniram os elementos da vitória desejada.

Está marcado o grande esquema do ataque: — *Profilaxia* — *Diagnóstico* — *Terapêutica* — *Recuperação*.

**PROFILAXIA** — Existem os homens com a preparação técnica suficiente para levar a cabo a tarefa.

Está em plena actividade o organismo nacional que coordena e lança todas as medidas.

O Governo de Portugal e duma maneira geral os governantes de todos os continentes estão atentos ao grande movimento e a ele concedem a sua valiosa atenção.

Todas as organizações, todos os indivíduos, porão de lado quaisquer considerações que possam embaraçar e prestarão sem rodeios o seu concurso.

É com a ideia de avivar sempre esta chama que aqui estou perante V. Ex.<sup>as</sup>.

De nenhuma outra forma se justificaria minha presença.

Nada mais me recomenda a não ser uma fé inabalável gerada pela gravação no meu espírito das misérias, das desgraças, dos sofrimentos com que deparei neste quase meio século da minha vida.

É essa fé que quero transmitir-vos hoje, porque constitui uma elite de tal importância na vida da Nação que a vossa entrada na campanha é como que o sinal da vitória nos campos da batalha.

Antes da montagem do sistema actual de assistência na

doença, as indústrias, mesmo as mais pequenas, mantinham o seu médico e algumas mais do que um.

Quando adoecia o operário, lá lhe aparecia a fêria em casa ao fim da semana. Médico e remédios também apareciam na hora própria.

Era tradicional esta solidariedade entre patrões e servidores.

A nova montagem, dando em garantia o que tirou em qualidade, trouxe um aspecto novo ao caso e libertou os chefes das casas daquela imposição que sobre eles próprios estabeleciam.

Isto reflecte-se, no caso presente, pela sua relação com este sector da profilaxia, nomeadamente no que diz respeito ao rádio rastreio.

Os senhores industriais chamam a nossa atenção para o facto de que a Federação das Caixas de Previdência devia tomar à sua conta os encargos que dizem respeito ao rastreio torácico.

A Federação, por sua vez, não toma a responsabilidade do pagamento, porque esta actividade não está prevista e não há portanto verbas disponíveis para tal fim.

A palavra «generosidade», nesta como em tantas ocasiões, exerce a sua maravilhosa acção e como as Caixas de Previdência não podem de momento alterar o que está estatuído, os industriais portugueses põem de lado boas razões que podiam aduzir e entram francamente em magnífica colaboração connosco. E, tanto é assim, que só na sua primeira estadia na Zona Norte a Unidade Móvel fez perto de 14.000 micro-radiografias e não atendeu todos os pedidos por ter que se dirigir a Coimbra, onde decorria a Semana da Tuberculose.

Giram os nossos trabalhos essencialmente em torno da foto-radiografia do tórax, em massa e da vacinação antituberculosa.

Esta, fica totalmente à conta do I. A. N. T. a despeito dos encargos importantes que acarreta.

Aquela implica por parte dos senhores industriais o pagamento da importância de 6\$00 por cada exame além do dispêndio de gasolina com a deslocação da Unidade Móvel e consumo exigido pelo gerador de corrente.

Acima de mil exames há um desconto de 20 % que além de dois mil atinge 40 %, o que reduz muito apreciavelmente o gasto.

As famílias dos operários podem ser adstritas a estes trabalhos, sem encargos para as empresas, considerando-as nos escalões dos exames individuais.

E como na sua enorme maioria dizem respeito ao escalão A, que é gratuito, verificam V. Ex.<sup>as</sup> que estes exames, considerados no seu conjunto, representam um gasto insignificante por indivíduo.

A importância destas observações é desnecessário encarecê-la.

Feitas com largueza, podem contribuir eficientemente para uma decisão neste magno combate.

Para melhor elucidar V. Ex.<sup>as</sup>, posso dizer-lhes que faço parte de uma Junta Médica de Inspeção a candidatos funcionários públicos.

Todos esses indivíduos são submetidos a microradiografia e a provas tuberculínicas, sendo vacinados se estas se verificarem negativas.

Procede-se à auscultação e, no caso de dúvida, fazem-se ainda exames complementares: análises, radiografias, tomografias, broncografias, broncoscopias, enfim o que se entender indispensável.

Disto resultou que são já numerosos os indivíduos que adiamos por serem portadores de pequenas lesões cuja actividade não era bastante para os alarmar, permitindo-lhes até uma vida normal.

Pode afirmar-se, que sem o nosso trabalho, esses indivíduos estariam cedo dominados por uma forma activa e, possivelmente grave, de tuberculose pulmonar.

Pois bem: um tratamento adequado que nem sempre atingiu os três meses, eliminou por completo as lesões de que eram portadores e permitiu-nos com segurança considerá-los aptos para o serviço.

É esse magnífico princípio que temos de tornar extensivo a todos os portugueses.

No caso da indústria é fora de dúvida que o operário que toma conhecimento do seu mal em forma tão precoce, está em condições de se tratar e curar quase sem alteração da sua vida normal.

# RECTOVICAL

Supositórios  
de  
Ascorbato de cálcio  
Gluconato de cálcio  
e  
Vitamina D  
para  
**CRIANÇAS E ADULTOS**

**MAIOR EFICÁCIA**

**TOLERÂNCIA ABSOLUTA**

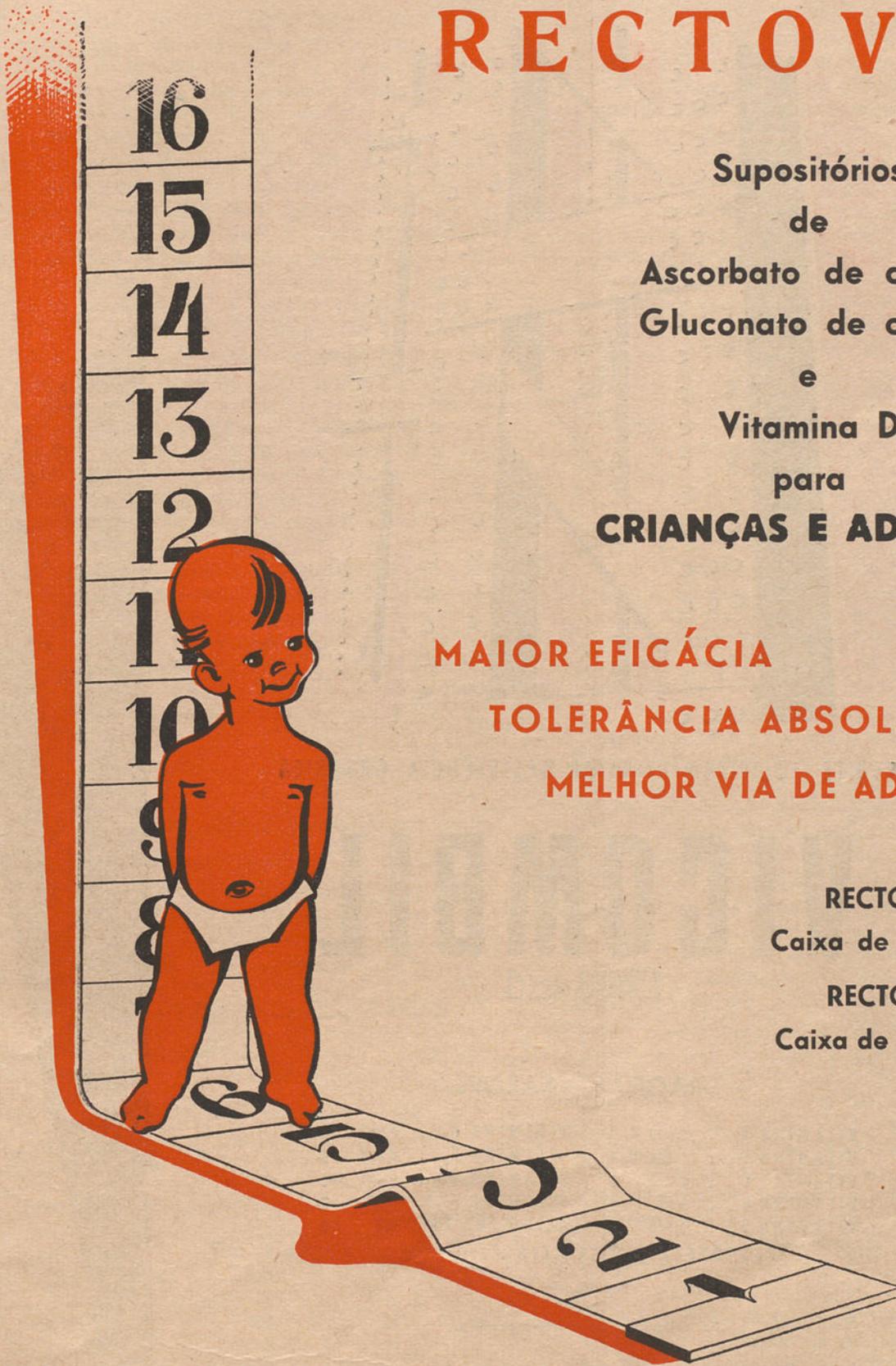
**MELHOR VIA DE ADMINISTRAÇÃO**

**RECTOVICAL INFANTIL**

Caixa de 12 supositórios 23\$00

**RECTOVICAL ADULTOS**

Caixa de 12 supositórios 30\$00



**LABORATÓRIOS**

DO

**INSTITUTO PASTEUR DE 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**

O estabelecimento onde trabalho tem em seu proveito a continuidade do seu labor e o equilíbrio do seu estado físico, que é factor importante da sua capacidade de realização.

Que diferença não deve haver entre um homem que tem o seu sistema muscular, o seu jogo circulatório, a sua máquina cerebral livres de toxinas e outro que toda a noite transpirou, que ao levantar-se tossiu largos minutos e que esconde de todos e enquanto pode, o declinar da sua saúde?

Em Minesota o rastreio torácico, feito a toda a população, permitiu levar a taxa de morbidade praticamente ao zero.

O êxito foi de tal forma retumbante, que levou os técnicos a considerar dispensável a vacinação antituberculosa.

A medida pode na verdade ser encarada desta forma, se tomarmos em conta a sua acção para reduzir as taxas de morbidade e mortalidade, mas o aspecto da questão modifica-se se olharmos ao inconveniente de vermos a percentagem de anérgicos subir com rapidez por limitação das forças de contágio.

E o que no fim de contas representa uma grande vitória sob o aspecto social, encobre inconvenientes graves, pois que, como V. Ex.<sup>as</sup> sabem, os indivíduos anérgicos estão altamente expostos às formas mais graves da doença.

Não existirá o perigo, se eles não saírem do seu meio, que se tornou virgem para os bacilos de Kock, mas com a grande facilidade de transportes que em poucas horas muda os indivíduos de continente, pode dar em resultado que o viajante amal-diço e o progresso.

É por isso que a microradiografia não deve olhar com desdém para a sua companheira fiel — a vacinação — que no fim de contas assegura os seus resultados.

Actualmente, as percentagens de negativos à tuberculina variam segundo as idades com margem bastante apreciável.

Peço a atenção de V. Ex.<sup>as</sup> para os quadros que representam estatísticas de vários autores.

#### ESTATÍSTICA DE KAINE

Percentagem de negativos à tuberculina por idades:

0 a 14	— Negativos 49 %
15 a 29	— Negativos 17 %
30 a 44	— Negativos 7 %
45 a 59	— Negativos 15 %
60 e mais	— Negativos 14 %

#### ESTATÍSTICA DE WELLS-SMITH

Em 5.552 indivíduos.

#### ESTATÍSTICA DE ARONSON

Em 12.028 indivíduos.

Percentagem de negativos à tuberculina:

	Wells-Smith	Aronson
0 a 4	65	84
5 a 9	45	70
10 a 14	28	50
15 a 20	16	30
20 a 29	7	21
30 a 39	4	16
40 a 49	2,3	11,5
50 a 59	3,6	12,5
60 a 69	7,3	12,5
+ 70		22

Em brancos de Jamaica      Em negros dos E. Unidos

Estas taxas, logo que a microradiografia estabeleça a sua acção em larga escala, sofrerão uma alteração profunda pela deslocação rápida em sentidos contrários dos números que exprimem as percentagens de alérgicos e anérgicos

A sua inversão observar-se-á em curto prazo de tempo com a queda na curva dos alérgicos.

A anergia deixaria de ser apanágio das primeiras idades.

Só a vacinação pode obstar ao inconveniente desta modificação.

Teremos que adoptar neste caso critério semelhante ao que se verifica com a varíola.

O facto da sua quase extinção não fez com que fosse levantada a obrigatoriedade da vacinação.

Não se considerou descabido admitir que um descuido na medida podia acarretar o desencadeamento de um surto epidémico de rapidez imprevisível.

Temos pois, meus senhores, como verificam, duas magníficas armas em nosso poder e que terão de actuar conjugadamente.

A microradiografia, na sua perseguição contínua, descobrindo a doença no seu início, interrompendo portanto o seu desenvolvimento insidioso; a vacinação, estendendo mais para além ainda o seu poder, fazendo com que os organismos criem imunidade que torne impossível a aquisição do mal.

Pode formular-se agora esta pergunta: estamos a fazer a devida aplicação destas ideias, pondo-as em prática de forma a colhermos os resultados que aqui prometemos?

A descrição que vou fazer-vos dará resposta a esta interrogação.

Criaram-se em Lisboa, Coimbra e Porto três Centros de Profilaxia e Diagnóstico.

A direcção destes serviços está confiada ao Dr. Casanova Alves que, pelo trabalho já realizado, merece de todos nós a mais franca admiração.

O estudo minucioso de todo o plano de ataque, a complicada e eficiente organização no que diz respeito a recolha de resultados, a escolha de material a utilizar e o dispositivo e inter-relações de todas as entidades que têm de prestar a sua colaboração, dizem-nos tudo da sua incomparável capacidade de organizador.

Em Coimbra está o Dr. José dos Santos Bessa, ilustre deputado da Nação, que a uma inteligência rara alia um dinamismo invejável.

Terão V. Ex.<sup>as</sup> ocasião de o apreciar muito brevemente e chegar à conclusão da insuficiência das minhas palavras.

Inevitavelmente teremos que dizer algumas palavras acerca da pessoa que dirige o Centro do Porto.

Não pecará a sua modéstia se se disser que em tão boa companhia, não tem outro remédio senão fazer da fraqueza poder, da ideia realização e do trabalho o pão de cada dia.

E se em nós se verificar o velho princípio da Física, que regula o movimento nos vasos comunicantes, tudo correrá o melhor possível.

Os Centros de Profilaxia marcam a sua actividade de recente data, mas têm já a seu crédito uma obra que justifica plenamente os gastos que o Estado com eles teve e os bons desejos dos governantes que impulsionaram a sua criação.

Até há pouco a luta antituberculosa tinha o Dispensário como o seu principal elemento.

Admitia-se que a doença podia ser vencida mantendo esta organização em bom funcionamento com o seu sistema de consultas, a sua terapêutica igual em todos, sobretudo na sua pobreza e só ricos no esforço dos médicos e enfermeiros que neles trabalhavam.

Era este agrupamento de soldados do Bem que atendia como podia os pacientes ou caminhava de porta em porta levando conselhos que entravam por um ouvido e saíam por outro, pois que para resultarem eficazes teriam que ser acompanhados de pão para a boca, roupa para o frio e sabão para a higiene.

Esta começava porém por carecer nos próprios dispensários, onde, em alguns, os doentes iam colher o triste exemplo do pó em profusão e do chão esburacado e sórdido.

É por isso que a criação dos três centros e outras ideias no que diz respeito à acção dos dispensários vieram trazer uma nova luz que, podeis estar certos, se acende para uma nova era.

Entendeu-se que as coisas têm de ser levadas a sério e um número — 2.044 — marcando uma lei, assinala ao país o seguinte: — *Res, non verba* —.

Por isso mesmo, esta conferência começa por aquelas palavras: o rigoroso cálculo de todas as energias; a posse dessas energias e o indivíduo ou agrupamento que disporá delas.

Sabemos já quais são as energias a dispender, sabemos onde ir buscá-las e, quanto ao agrupamento, pode dar já algumas contas de si.

### Movimento Geral dos Serviços de Vacinação e Rádio-Rastreio

Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos

Desde o início até Dezembro de 1952

Anos	Serviços	Provas tub.	Vacinação Analérgicos	Ex. Radio-lógicos	Aspecto de actividade prov. e evl.
1950	Lisboa . . . .	6.651	1.604	10.612	1,17
	Porto . . . .	6.187	1.585	—	—
	Coimbra . . . .	6.840	2.818	—	—
	Diversos . . . .	7.780	2.392	1.355	3,69
1951	Lisboa . . . .	4.563	766	7.684	3,94
	Porto . . . .	6.025	1.720	—	—
	Coimbra . . . .	692	357	—	—
	Diversos . . . .	12.654	3.346	2.448	12,82
1952	Lisboa . . . .	1.957	967	10.719	3,91
	Porto . . . .	6.950	2.295	3.948	6,7
	Coimbra . . . .	2.785	408	4.625	2,63
	Diversos . . . .	5.688	6.900	6.250	0,92
Total . . . . .		67.772	25.158	47.641	—

#### Movimento do Centro (1953)

	Provas	Alerg.	Anerg.	Vacin.	V. A. V.		Rev.
					Pos.	Neg.	
Janeiro . . . .	1.074	373	218	214	179	4	3
Fevereiro . . . .	1.052	370	254	254	102	9	9
Março . . . .	980	641	254	247	163	4	3
Abril . . . .	938	428	140	139	131	2	2
Maio . . . .	1.171	528	274	270	285	12	2
Junho . . . .	924	374	279	277	218	13	10
Julho . . . .	1.114	297	375	375	152	19	19
Agosto . . . .	5.972	4.326	1.354	1.350	143	18	18
Setembro . . . .	576	285	87	87	111	7	8
Outubro . . . .	1.102	381	120	120	258	15	15
Novembro . . . .	1.801	849	812	801	88	16	16
Dezembro . . . .	971	518	147	147	129	6	6
Total . . . .	17.675	9.311	4.314	4.281	1.909	125	102

#### Zona Norte (1953)

Estabelecimentos	Provas	Alerg.	Anerg.	Vacin.	V. A. V.		Rev.
					Pos.	Neg.	
Porto—Mat. J. Dinis . . . .	—	—	—	2.355	—	—	—
Porto Inst. Maternal . . . .	236	144	50	50	456	—	—
Porto H. St.º Ant.º . . . .	—	—	—	449	—	—	—
P. Varzim—Dispens.º . . . .	72	24	92	199	72	—	—
V. Real—Dispens.º . . . .	113	10	71	87	65	8	8
V. Castelo—Dispens.º . . . .	9	—	3	3	—	—	—
Amarante—Dispens.º . . . .	57	15	20	24	2	8	—
Alfând. da Fé Hosp. . . .	1.413	227	465	438	3	—	—
Chaves—Liceu (52-53) . . . .	1.058	364	400	303	277	58	34
Soutilho—Hospital . . . .	708	198	143	219	182	5	—
Vinhais . . . .	618	410	74	13	—	—	—
Bragança—Del. Saúde . . . .	859	204	320	320	—	—	—
Total . . . .	5.143	1.596	1.636	4.460	1.057	79	42

#### Zona Norte

MOVIMENTO GERAL (1953)

Zona Norte	Provas	Alerg.	Anerg.	Vacin.	V. A. N.		Rev.
					Pos.	Neg.	
Total geral . . . .	22.818	10.907	5.950	8.741	2.966	204	144

#### Centro

MOVIMENTO GERAL DESDE O INÍCIO DA CAMPANHA

Centro	Provas	Alerg.	Anerg.	Vacin.	V. A. V.		Rev.
					Pos.	Neg.	
Total geral . . . .	36.828	14.668	9.601	9.780	5.083	260	252

#### Zona Norte

Movimento geral desde o início

Provas	Vacinações
49.153	19.820

#### Rádio rastreio—Unidade fixa (1953)

Etiologia	Número de exames . . . . .		Percentagens por mil
	Número de exames	Rev.	
Muito prov. tuberc . . . . .	9.729	—	23,5
	8.069	830,4	
	229	11,3	
Duvidosas . . . . .	110	2,8	11,3
	28	—	
Afeições pleuro-pulmonares	316	32,4	830,4
	71	7,2	
	274	28	
	46	4,7	
	99	10,1	
	8	0,82	
	10	1,02	
	6	0,6	
	9	0,9	
	530	54,4	
	Aspectos residuais . . . . .	—	

Estes números traduzem resultados práticos bem palpáveis.

Mercê da vacinação, há um enorme núcleo de indivíduos no País que, permita-se-me a expressão, dispõe já de magníficas couraças que os protegem da tuberculose.

Esta acção protectora tem uma dupla projecção; primeiro, porque dificilmente, ou melhor, muito raramente se tornarão doentes e dentro desta hipótese distante verifica-se sempre uma benignidade, que está longe de ser frequente, quando não existe acção vacinal; segundo, porque pode dizer-se que praticamente nunca se tornarão em agentes de contágio.

Mercê da micro-radiografia encontramos já um elevado número de indivíduos que ignoravam a presença no seu organismo dum inimigo implacável.

Ao contrário do que poderia supor-se, a organização anti-tuberculosa não estremeceu pelo facto de se fazer luz sobre estes casos.

Parece-me antes que ela vai sentir alívio com o seu conhecimento, porque deu ensejo a que em muitos se desviasse já o curso dos acontecimentos, que é como quem diz, a evolução progressiva.

A riqueza actual dos meios terapêuticos, as facilidades que nos concede o Governo por intermédio do sr. Subsecretário da Assistência Social e o magnífico entendimento entre os srs. Ministros do Interior e das Obras Públicas, fazendo com que em todo o País surjam novos e bem apetrechados dispensários, além do aumento largo do número de camas em sanatórios, fazem com que a microradiografia seja acolhida com um entusiasmo justificado.

Tenta-se afirmar que o método é caro, pois que para descobrir um doente tem que proceder-se à fotografia de centenas de indivíduos que são saudáveis.

Acaso a descoberta desse doente não compensará o gasto feito com algumas centenas dessas pequenas películas?

As radiografias, as tomografias, as análises, a terapêutica, a alimentação, a inactividade, os abalos morais e ainda a transmissão do mal, tudo o que enfim constitui o grande complexo que gira em torno do enfermo, não serão de ter em conta?

E mesmo que houvesse uma certa diferença de valores,

por um princípio de humanidade, não seria justo ir buscar o factor de equilíbrio a outros sectores para compensar este?

Quando se iluminam palcos para grandes espectáculos, quando se queimam fogos de artifício para regalo dos olhos, pensa-se no sentido económico dessas manifestações?

Vejam V. Ex.<sup>as</sup> quão ridículo seria, nós agora, de lunetas acavaladas no extremo do nariz, a alinhar no deve e haver as contas das películas perdidas e o ganho do doente encontrado.

Esta passagem, meus senhores, era necessária e há nela até a necessidade de alguma antecipação sobre possíveis influências em sentido indesejável.

Ela vem a propósito, porque, num país que não é rico, podem sempre muito as objecções de ordem financeira.

Fazem frequentes vezes com que se procure inutilmente o bem, trilhando maus caminhos.

A economia forçada nos serviços, a consequente restrição da sua actividade, o cerceamento dos meios de penetração, são o facto seguro da ruína a distância.

Da pobreza dos que nos antecederam, que não foi só de ordem material, das casas sem médicos, dos médicos sem vencimentos, dos vencimentos sem direito a esse nome, resultou o zero como expressão do trabalho realizado e a que Mac Dougal fez a propaganda.

Foi sobretudo com a entrada do actual Ministro do Interior para o Subsecretariado da Assistência, que se marcou uma nova época.

Está hoje patente uma obra de verdade e de cujos frutos podeis já aquilatar através do que vou expondo.

A micro-radiografia é para a conferência que hoje faço o motivo de real atracção.

Neste Outono dispusemos na Zona Norte duma Unidade Móvel de Micro-radiografia, que pela primeira vez fez a sua aparição por intermédio do nosso Instituto.

Foi uma estreia auspiciosa.

Permitiu-nos um trabalho de grande envergadura junto da Casa dos Pescadores que, mercê dum esforço titânico, permitiu em poucos dias o exame radio-fotográfico, o rastreio tuberculínico e a vacinação dos anérgicos num aglomerado de mais de 5.000 indivíduos.

Resultados	{	Micro-radiografias: 5179	{	N. — 4641
		Provas:		Azuis — 385
		Vacinações:		Amar. — 153

Taxa de mobil. por 100.000 — 2954

Taxa de mortalidade 100.000—295 (?)

É preciso esclarecer que este trabalho prossegue com a colaboração dos distintos colegas Drs. Bertrand das Neves e Sousa Machado, que se têm mostrado incansáveis.

O comandante Joaquim Costa foi a alma-mater deste importante movimento, que só foi possível conceber-se e dar-lhe realidade em tão pouco tempo, graças às suas incomparáveis qualidades de organizador.

O sr. Governador Civil do Porto, que é o nosso distinto colega Dr. Braga da Cruz, e o delegado do I. A. N. T. Dr. Mário Cardoso, visitaram o porto de Leixões na hora febril do nosso trabalho e viveram, com a sua sensibilidade de médicos e homens bons, aqueles momentos de tão elevado significado e de tão vultuosas promessas.

O Dr. Braga da Cruz é pessoa que não rodeia as coisas e essa magnífica qualidade tem sido para nós um precioso elemento.

O Dr. Mário Cardoso tem a haver do Porto justo reconhecimento.

Antes da criação dos Centros e desde o primeiro dia do

nosso trabalho de vacinação, acompanhou sempre o nosso esforço, não só dando todos os elementos de que dispunha na sua qualidade de delegado do I. A. N. T. como a sua própria contribuição pessoal.

Nos tempos mais difíceis, em que a dúvida do êxito tinha que ser posta, ele esteve sempre presente, trabalhando como qualquer de nós, sacrificando todas as suas horas livres e as da sua clínica particular.

Depois da Casa dos Pescadores dirigimo-nos à União Eléctrica Portuguesa.

O espectáculo foi admirável.

Os operários, em número de algumas centenas, quiseram, e nesse desejo foram justamente acompanhados pelos seus chefes, que as famílias fossem submetidas ao rastreio torácico.

Várias centenas de homens e sobretudo mulheres e crianças estiveram pacientemente longas horas aguardando a sua vez.

Fizeram-se num só dia mais de 900 micro-radiografias, o que é muito de apreciar.

O espírito de colaboração dos administradores foi a tal ponto que nos permitiu fazer nas instalações da União Eléctrica Portuguesa a micro-radiografia a 250 crianças das escolas da rua do Meiral.

Os operários do Pejão, da Mabor, da I. T. A., da Companhia União Fabril Portuense, da Fábrica Rio Vizela, dos Estaleiros Navais de Viana do Castelo e outras indústrias daquela cidade foram submetidos ao rastreio torácico e contam-se por milhares os indivíduos vacinados.

Cada estabelecimento não gasta nisto nenhuma fortuna e com a sua valiosa ajuda associa-se a uma obra notável e coloca em melhores condições os seus obreiros.

Fazer incidir todos estes encargos sobre uma única entidade seria como que desejar comprometer o êxito da tarefa.

É por isso que estou aqui neste desfiar de canseiras, sem vos apresentar ciência nova, descobertas retumbantes ou ao menos prosa aceitável que vos fizesse considerar esta hora do tamanho das outras.

Estou, qual modesto trabalhador, nesta grata obrigação de vos desfiar factos e de vos estender planos que, mercê da vossa ajuda, hão-de alargar o seu raio de generosa acção.

Eis em suma até onde quis trazer as minhas considerações sobre profilaxia e diagnóstico.

Quis elucidar-vos acerca das nossas intenções e sobretudo das nossas obrigações.

Não pude ser perfeito, o que não dá perda de maior, pois que a categoria do auditório supre largamente a insuficiência do prelector.

Citei a terapêutica e a recuperação.

A terapêutica reparte-se nos sectores médico e cirúrgico.

O tratamento médico exerce-se por intermédio da clínica particular e das organizações assistenciais.

A solução cirúrgica pode dizer-se praticamente limitada ao sector assistencial, por intermédio dos Centros recentemente criados.

O movimento operatório é tal, que estes, apesar do material moderno que lhes foi fornecido e de magníficas instalações, se vêem a braços com uma tarefa incomportável.

A grande actividade dos directores desses Centros, a contínua acção das equipas que dirigem, não são o bastante, no momento actual, para a execução da enorme tarefa que lhes está confiada.

Está a ser devidamente considerado este caso no I. A. N. T. e em muito boa hora, porque os doentes consignados à cirurgia são sem dúvida os piores por um lado, no que diz respeito à disseminação do mal, e os melhores por outro, porque podem,

mediante intervenção, transformar-se em indivíduos totalmente sãos.

Verifiquem V. Ex.<sup>as</sup> a magnitude deste problema da luta antituberculosa, o complicado material que mobiliza, e comparem, através destes mapas, o que possuíamos e aquilo de que dispomos agora.

Pois apesar disso ainda nos queixamos, ainda achamos pouco.

Em 1926 gastava-se com a saúde pública seiscentos e setenta e seis contos.

Em 1950 gastaram-se trinta mil contos.

Os serviços de assistência, onde estão incluídos os do I. A. N. T., consumiram sessenta e um mil contos em 1930:

Em 1951 dispenderam-se 241.000 contos.

Até 1930 pretendeu-se defender o País da tuberculose, com meia dúzia de dispensários e camas para 600 doentes.

Esses números já ultrapassaram o décuplo e são considerados insuficientes.

Sei que não paramos e dentro em muito pouco tempo nova vaga de dispensários se vai erguer, o número de camas em sanatórios elevar-se-á ainda mais e cada centro de profilaxia e diagnóstico disporá ainda este ano duma unidade móvel para serviço exclusivo da sua área.

Além disso, a aparelhagem dos centros vai ser completada com novas máquinas que permitirão o esclarecimento completo de todos os casos.

A terapêutica tem actualmente o seu lugar bem marcado e os contingentes de estreptomina, ácido para-amino salicílico, hidrazida do ácido izonicotínico, tiocemicarbazona, etc., espalham-se por todo o País de tal forma, que a falta de recursos não pode mais servir de justificação para o não tratamento dum doente pulmonar.

Terá que haver todavia um pouco de cuidado, porque as facilidades já vão tão longe que encontramos indivíduos a tomar estreptomina só por medo da doença e outros a ingerir hidrazida porque adquiriu fama de fabricar gente gorda.

Não devemos esquecer que tudo isto está submetido a regras e todos estes medicamentos têm as suas indicações asseguradas.

Saltar estas normas equivale a confessar uma ignorância inadmissível, se é pessoa que professa a medicina, ou um atrevimento punível, se é amador de artes, que são perigosas, quando em mãos de intrusos.

Evidentemente que todos os contingentes cedidos pelo Estado e distribuídos pelos estabelecimentos do I. A. N. T. são submetidos a rigorosa distribuição, competindo só a indivíduos devidamente estudados e portanto com indicação segura.

Quero ainda dizer-lhes algumas palavras sobre recuperação.

É sem dúvida um ponto fraco da nossa estrutura e só deixará de o ser quando na verdade reduzirmos a tuberculose a limites que permitam atender eficientemente esse ramo.

A recuperação é a segurança de tudo quanto se fez a favor do doente até à hora da cura.

Este sai do sanatório, ou tem alto do dispensário para entrar novamente na vida.

Esta vai oferecer-lhe, quando muito, aquilo que ele lhe devolveu à partida e que em muitos casos se traduzia em trabalho excessivo, preocupações de família, insuficiência alimentar, má higiene e, pior do que isso, vícios que não se extinguiram.

O retorno ao meio, põe de novo em jogo as forças do mal e vai comprometer o conjunto de esforços posto em acção durante muitos meses.

Estamos, meus senhores, a atingir o fim deste pequeno trabalho.

Desvanece-me a atenção com que me têm escutado e, se na verdade isso me não conduz enganoso que me levem a pensar que conduzi muito bem esta exposição, também mo não traz criando em mim a certeza de que os assuntos foram por si suficientes para prender a valiosa atenção de V. Ex.<sup>as</sup>.

Fiz passar perante este distinto auditório o esquema que marca sólidas posições de luta, os diferentes núcleos que terão que ocupar essas posições e os que já as ocupam.

Não sou desacertado em afirmar que se obterá rapidamente uma grande melhoria, melhoria essa que, aliás, já se desenha com nitidez com o alargamento do apetrechamento antituberculoso que V. Ex.<sup>as</sup> puderam apreciar nos mapas que observaram há pouco.

#### Tuberculose — Todas as formas

Mortos por 100.000 hab.

Países	1913	1920	1925	1930	1935	1939	1946
<i>Europa:</i>							
Alemanha . . . . .	152	154	107	78,8	—	50	—
Inglaterra . . . . .	140	118	104	89,8	71,8	62	—
Austria . . . . .	—	282	172	139	109	100	110
Bélgica . . . . .	122	116	101	91,7	74,8	68	78
Dinamarca . . . . .	—	106	91,7	70,6	51,4	34	32
Escócia . . . . .	173	124	111	88,8	73,6	70	—
Espanha . . . . .	152	176	150	123	107	122	112
Estónia . . . . .	—	—	229	185	167	161	—
Finlândia . . . . .	—	—	248	240	—	190	143
França . . . . .	214	185	159	158	—	137	80,5
Grécia . . . . .	—	—	160	162	136	128	—
Hungria . . . . .	347	316	256	199	153	148	120
Itália . . . . .	157	160	153	112	88,8	76	84
Lituânia . . . . .	—	—	154	128	101	86	—
Noruega . . . . .	218	210	189	149	—	86	65
Holanda . . . . .	148	147	98,6	74,6	52,4	41	47
Portugal . . . . .	—	—	—	192	162	148	157
Suécia . . . . .	191	168	146	126	94,2	75	51
Suíça . . . . .	207	180	154	152	97,1	80	67
Checoslováquia . . . . .	—	259	192	161	138	124	—
<i>América:</i>							
Canadá . . . . .	—	—	67,3	79,2	60,3	53	39,2
Estados- Unidos . . . . .	152	114	86,7	71,5	—	47	86,4
Chile . . . . .	260	249	233	262	251	264	237
Uruguai . . . . .	140	158	157	139	—	101	110

Extraído de «Annual Epidemiological Report», Publicado em «Pulmonary Tuberculosis (1953) Oxford Medical Publications».

Foram feitas algumas supressões.

As taxas de morbilidade que apresento resumidamente mostram o declínio franco da doença em vários países, embora mais rápido nuns do que noutros.

Escolhi propositadamente o quadro que observais, porque vem publicado no livro mais recente que conheço sobre tuberculose e cuja edição é de 1953 — *Pulmonary Tuberculosis*, de W. Pagel, F. A. Simmonds e N. Macdonald, da Oxford Medical Publications.

Portugal lá vem marcado com o número 157, correspondente a 1946, número esse que, à semelhança dos referentes aos outros países e que dizem respeito a 1939 e 1946, foram extraídos da estatística de Mac-Dougall.

Felizmente para nós, a posição marcada por Mac-Dougall pode considerar-se errada e fica-nos a certeza de que o técnico da O. M. S. esteve longe de calcular aquilo de que somos capazes quando queremos.

O gráfico que se publica na página 533, e que foi elaborado nos Serviços do B. C. G. de Coimbra, por Santos Bessa e Moura Marques, mostra bem o caminho seguro que estamos a trilhar e uma modificação radical que coincide com a entrada em plena actuação dos Centros de Profilaxia e Diagnóstico.

Julgo também interessante mostrar-vos um quadro de percentagens por cento de indivíduos infectados pelo bacilo de Kock e cálculo de taxas de mortalidade por cem mil, correspondentes a cada uma dessas idades.

# 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, MICROCOCOS  
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

MAIS UM PROGRESSO  
NO TRATAMENTO DA  
ÚLCERA GASTRODUODENAL

**P A M I N A**

**HIGIENE**

METILBROMETO DO TROPATO DE EPOXITROPINA

UM ANTI-COLINÉRGICO  
MUITO ACTIVO  
PRÁTICAMENTE ISENTO  
DE ACCÕES SECUNDÁRIAS

COMPRIMIDOS A 2,5 mg

FRASCO DE 50



LABORATÓRIOS DA COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE

**Percentagens por idades**  
De A. R. Rich (1944)

Idade	Percentagem por 100 de infectados	Mortos por 100.000 Tuberculose
0-1	0,5	4,920
1-4	10	123
5-9	25	18
10-14	35	19
15-19	45	61
20-24	55	90
25-29	65	87
30-34	75	75
35-39	85	67
40-44	90	69
45-49	95	66
50-54	95	73
55-59	95	79
60-64	95	81
65-69	95	82
70-74	95	89
75 e mais	95	82

Os números, cada um tomado por si, são na realidade muito discutíveis, tanto mais que sabemos muito bem a dificuldade que há para os determinar.

O valor comparativo deles é inegável, pelas conclusões que nos permite obter.

Verificamos que até ao primeiro ano de idade a infecção é rara e são portanto largas as possibilidades de vacinação nessa altura.

De um a quatro anos a taxa de mortalidade é elevadíssima.

Em cem mil crianças de um a quatro anos morrem anualmente cento e vinte e três de tuberculose.

Essas taxas, como V. Ex.<sup>as</sup> verificam, descem acentuadamente e têm novo acréscimo nas idades mais avançadas, o que está bem de acordo com a gravidade da tuberculose nos velhos.

Estes dois polos — crianças e velhos — têm de ser considerados por nós com a maior reflexão.

As crianças serão submetidas com a máxima regularidade à vacinação, sem que para isso seja preciso que falemos em obrigatoriedade.

Não haverá obrigatoriedade para vacinação antituberculosa, pela mesma razão que não a há para comer ou dormir.

O que terá que existir é a difusão larga da vacina, o seu aparecimento em toda a parte, no asilo, no quartel, no colégio, no liceu, no trabalho, etc.

Deve fazer-se a contínua pesquisa da sensibilidade tuberculínica nas escolas primárias, a vacinação sistemática dos recém-nascidos nos hospitais e maternidades e conseguir com que todos os particulares acorram, convictos do bem que vão receber.

Esse bem está patente num recente trabalho de Aronson, que seguiu durante mais de nove anos dois grupos de 1.450 indivíduos, um compreendendo vacinados pelo B. C. G. e outro anérgico à tuberculina

Após esse período de tempo e em contróle radiológico e outros exames, verificou que a taxa de morbilidade dos indivíduos vacinados foi acentuadamente menor do que a do outro grupo.

De resto isto já foi verificado por outros autores e está referido na conferência que realizei na Primavera passada, por ocasião da semana da tuberculose.

Não é preciso ir mais longe para constatar que a ciência impõe a sua lei.

Nós, homens, cumprámo-la e, sendo assim, a tuberculose apagar-se-á do Mundo.

Ficará apenas dela a memória dos sofrimentos, dos prejuízos e das misérias que deixou. Schubert, Chopin, Iannec, António Nobre, Júlio Dinis, são nomes que evocam o seu poder aniquilador.

Não podemos restituí-los ao Mundo e com eles obras maravilhosas no domínio da Música e das Letras, que surgiriam se não fosse a fúria demolidora, da peste branca, mas podemos fazer com que outros génios, no futuro, não vejam a sua carreira triunfal interrompida por um micróbio traiçoeiro.

O que os países nórdicos fizeram, e sobretudo a Dinamarca, não é de modo nenhum impossível para nós.

Esta pequena nação traçou para o Mundo uma magnífica lição, que é bem demonstrativa de que não é o tamanho territorial que marca os grandes países.

Estamos no tempo das magnas reuniões internacionais e em toda a parte se dá vulto às reuniões dos grandes.

Estou a convencer-me que a dimensão é sobretudo de ordem física e, algumas vezes, com valor contrário ao de ordem espiritual e intelectual.

Podemos invocar como prova a forma como se arrasta e complica a resolução dos grandes problemas internacionais.

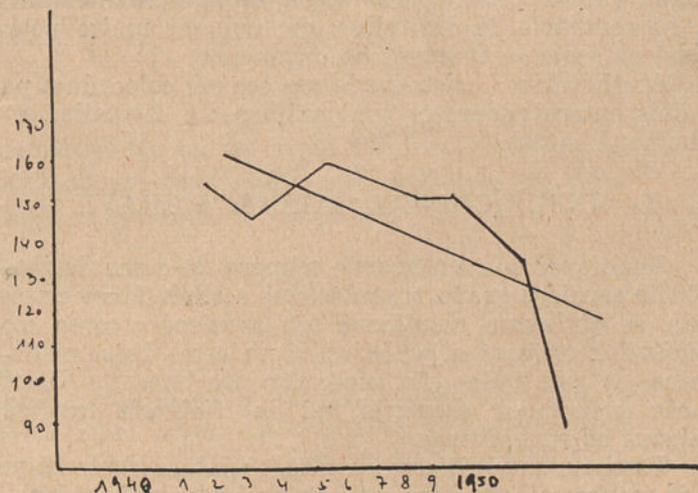
Pois bem: é um pequeno país que dá um enorme exemplo, mostrando ao Mundo como se resolve um dos maiores problemas de todos os tempos.

Venceu dentro das fronteiras de maneira inequívoca e foi mais longe, levando as suas adestradas brigadas a estender os benefícios por outros países menos capazes.

Há-de verificar-se o mesmo connosco.

PORTUGAL

MORTALIDADE — PERCENTAGENS POR 100.000



Quem fala no entendimento entre o médico, o industrial e o operário para a luta contra o terrível flagelo que é a tuberculose, considera esse entendimento como fácil, certo e seguro e acredita inevitável o seu alastramento a todos os sectores da vida portuguesa, a maioria dos quais está já integrada no ambiente da luta profícua que actualmente decorre.

No meio disto aparecem ainda por vezes alguns cépticos, que a clareza das estatísticas, a simplicidade dos processos, a inocuidade da actuação não conseguem convencer.

Por minutos que são, chego a reconhecer-lhe vantagens, porque nos interrompem momentaneamente, obrigando-nos a deitar-lhes um olhar curioso, interrogativo e, facto interessante, resulta da sua existência inexplicável, mas real, um novo impulso para nós, mais vivo e de melhor rendimento.

*Meus senhores* — Vou manifestar-vos um veemente desejo:

Queria que esta conferência corresse Portugal inteiro, numa publicação, sem se conhecer o nome do autor, porque eu sinto que todos vós, todos os portugueses, perfilham absolutamente tudo quanto disse, sentem sinceramente quanto expus e deve portanto sem dúvida considerá-los a todos como se fossem os próprios a preferi-la.

# MOVIMENTO MÉDICO

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

## ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

### «Thévétine» cristalizada no tratamento da Insuficiência Cardíaca

A «thévétine» não é um extracto total complexo, mas sim um glucósido cristalizado, extraído da *Thevetia Nerifolia*, tal como a digitalina cristalizada e a ouabaina cristalizada são extraídas, respectivamente, da *Digitalis purpurea* e do *Strophantus gratus*. Estes três produtos fazem parte da série das substâncias digitálicas e têm uma acção cardíaca muito semelhante. A «thévétine» reúne as principais vantagens dos outros dois produtos: por um lado pode, como a digitalina, ser administrada oralmente, ao contrário da ouabaina que só é activa por via venosa ou rectal; por outro lado é, como a ouabaina, muito solúvel na água e tem portanto uma acção rápida, sem acumulação, ao contrário da digitalina que por ser muito pouco solúvel na água se acumula no organismo.

A «thévétine» cristalizada merece ser colocada a par dos dois outros poderosos tonicardíacos: a digitalina e a ouabaina.

#### I — INSUFICIÊNCIA CARDÍACA GRAVE

Verifiquei que em grande número de casos de insuficiência cardíaca grave, tratados com a «thévétine» cristalizada, se obtinham resultados tão excelentes como com a digitalina ou com a ouabaina. Com estes três medicamentos, os resultados são especialmente bons na *insuficiência ventricular esquerda, na insuficiência cardíaca total* com ou sem edemas.

Também se verificam resultados interessantes, apesar de menos satisfatórios, na *insuficiência ventricular direita devida a uma afecção bronco-pulmonar*, isto é, no que, actualmente, se denomina *cor pulmonale*.

Observamos em todos os doentes, a quem se administrou «thévétine» cristalizada, uma diminuição acentuada da dispneia; este produto tem, além das acções cardíacas e diuréticas, uma real acção eupneica.

Com estes três produtos, os resultados serão melhores se prescrevermos simultaneamente diuréticos mercuriais, uma teofilina solúvel e um regime descloretado.

*Nos casos mais graves em que a estase gástrica, intestinal e hepática é muito acentuada e, portanto, difícil a absorção digestiva do produto, está indicada a via endovenosa.*

O tratamento deve obedecer ao seguinte esquema:

*Primeiro dia:* Diurético mercurial, endovenosamente.

*Segundo, terceiro e quarto dias:* Injecção endovenosa de uma ampola de 1cm.<sup>3</sup> de «thévétine» cristalizada (1 mg.) associada ou não a uma ampola de 5 cm.<sup>3</sup> de teofilina solúvel (por exemplo etafilina).

*Quinto dia:* Segunda injecção do mercurial.

*Sexto, sétimo e oitavo dias:* Injecção igual de «thévétine» e etafilina, endovenosamente; e à tarde, ou uma segunda injecção endovenosa de 0,5 mg. de «thévétine» ou por via oral 0,5 mg. de «thévétine», isto é XV gotas de «thévina».

*Nono dia:* Terceira injecção do mercurial.

*Décimo, décimo-primeiro e décimo-segundo dias:* Ou uma injecção endovenosa de manhã e outra à noite (1 mg.

de «thévétine» com ou sem etafilina) ou uma injecção endovenosa de 1 mg. de «thévétine» de manhã, e 1 mg. de «thévétine» (XXX gotas de thévina) por via oral, à tarde.

Durante este período de doze dias, para que o enfermo passe bem as noites, devemos dar-lhe no princípio de cada noite ou um supositório de teofilina solúvel + gardenal (etafilina, por exemplo) ou uma drácea de Phénergan.

Após este período inicial de doze dias o diurético pode ou ser suprimido ou só ser administrado de oito em oito dias ou de quinze em quinze dias, e a «thévétine» pode ser tomada exclusivamente pela boca.

Nesta altura o receituário deve ser o seguinte:

XV gotas de «thévina» (0,5 mg.) de manhã e à noite, durante dois dias.

XVIII gotas de «thévina» (0,5 mg.) de manhã e à noite, durante dois dias.

XXI gotas de «thévina» (0,5 mg.) de manhã e à noite, durante dois dias.

XXIV gotas de «thévina» (0,5 mg.) de manhã e à noite, durante dois dias.

XXVII gotas de «thévina» (0,5 mg.) de manhã e à noite, durante dois dias.

XXX gotas de «thévina» (1 mg.) de manhã e à noite, durante dois dias.

Depois o doente descansa três dias, e nos seguintes dois a três meses faz tratamento durante doze dias e descansa os três seguintes. Posteriormente, diminui-se a duração de cada série de tratamento e aumenta-se o período em que a «thévina» não é administrada; chega-se, por exemplo, a dar o medicamento só durante oito dias em cada período de quinze dias:

XV gotas de manhã e à noite, durante dois dias.

XX gotas de manhã e à noite, durante dois dias.

XXV gotas de manhã e à noite, durante dois dias.

XXX gotas de manhã e à noite, durante dois dias.

Nos doentes com insuficiência cardíaca grave é conveniente não prolongar, por mais tempo, o intervalo entre as séries de tratamento por via oral, de «thévétine».

No decurso deste longo tratamento pela «thévétine» o valor da sua associação com os diuréticos e os calmantes é cada vez menor; e o regimen descloretado pode ser menos rigoroso. Depois do repouso absoluto do início permite-se que o doente se levante, mais tarde que dê pequenos passeios, enfim que retome, progressivamente, um trabalho pouco pesado.

Depois de expor este plano de tratamento pela «thévétine» na insuficiência cardíaca grave, devemos acrescentar que, por vezes, se pode ser levado a alternar os três poderosos tonicardíacos. Neste caso, não nos podemos esquecer que a digitalina se acumula no organismo e que, portanto, depois de um tratamento enérgico com este produto, não devemos administrar tonicardíacos, ao doente, pelo menos durante cinco dias.

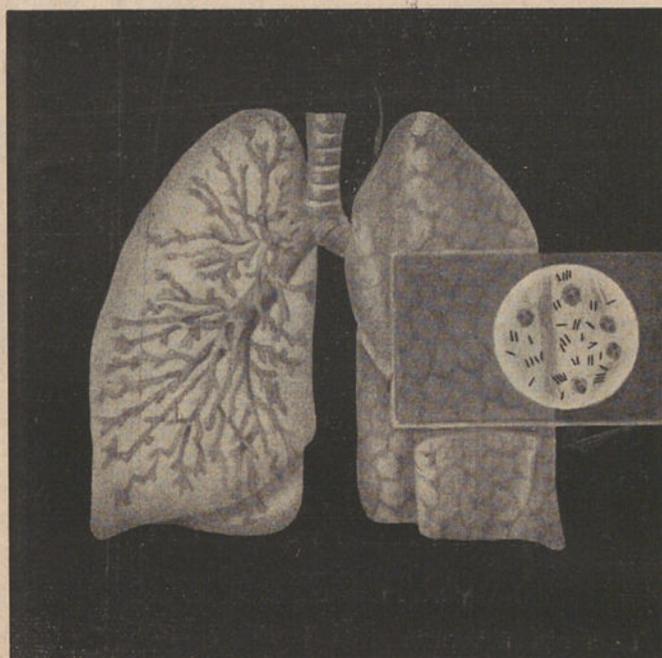
#### II — INSUFICIÊNCIA CARDÍACA MODERADA

No início do tratamento da insuficiência cardíaca moderada pode-se, segundo os casos, utilizar ou não a via

# QUIMIOTERAPIA DA TUBERCULOSE

...«Os bacilos que alberga um mesmo doente, comportam-se como bactérias de espécies diferentes. Bacilos sensíveis a todos os medicamentos, bacilos resistentes a um ou outro destes medicamentos, bacilos livres ou fagocitados, bacilos em via de multiplicação ou bacilos em repouso representando outras tantas entidades diferentes que é preciso combater com armas diferentes. Em verdade a infecção tuberculosa é uma infecção mista,»...

*Méd. et Hyg. de 1 8 | 53*



**CALCIDRAZIDE**

Associação de sal cálcio do P.A.S. com Isoniazida, dois potentes tuberculostáticos, actuando em sinergismo na presença do ião cálcio.

**ESTREPTOMIFON**

Combinação numa só fórmula química, e assim na forma mais activa, os dois mais potentes agentes antituberculosos — estreptomicina e isoniazida.

**NEOESTREPTOMICINA**

Associam-se em partes iguais estreptomicina e dihidroestreptomicina, resultando toda a eficiência do antibiótico com muito menor toxicidade.

**MEDICAMENTOS DE ALTA QUALIDADE  
CONTRA AS ESTIRPES RESISTENTES**



# 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  
●

Representante

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

39, Rua dos Sapateiros — Lisboa

endovenosa; muitas vezes a via oral é suficiente mesmo desde o começo.

### III — INSUFICIÊNCIA CARDÍACA LIGEIRA

É neste caso que o valor da «thévéline» já não só é igual aos dos dois outros medicamentos tonicardíacos como até lhes é superior.

Com efeito, agora, já não se põe a questão de recorrer à via venosa e por conseguinte à ouabaina.

A escolha tem de ser feita somente entre a digitalina e a «thévéline». Nas nossas investigações clínicas, verificamos que a dispneia de esforço, o sintoma principal da insuficiência cardíaca ligeira é acalmada com muito mais frequência pela «thévéline» do que pela digitalina. Chegamos a esta conclusão, após as nossas tentativas terapêuticas, para a dispneia de esforço, no apêrto mitral. Quando usávamos, sucessivamente, a digitalina e a «thévéline» víamos que, em dois terços dos casos, a dispneia de esforço se acalmava muito mais com a «thévéline». Muitas vezes, uma mitral dava-nos esta resposta: «Tomava digitalina desde há muito tempo, o que não me impedia de ter de parar duas vezes em cada lanço de escada. Mas já no terceiro ou quarto dia após o início do tratamento com a «thévéline» pude subir dois lanços sem parar.

A «thévéline» é portanto o medicamento que escolhemos de preferência para a dispneia de esforço no apêrto

mitral, e dum modo geral para todos os casos de insuficiência cardíaca ligeira.

Deve receitar-se desde o início, como já mencionamos acima, em doses progressivas durante doze dias seguidos, num período de quinze dias; mais tarde durante dez dias, enfim durante oito dias em cada período de quinze dias; muitas vezes deve também instituir-se um regimen desclotado, mais tarde hipocloretado, e etafilina-fenobarbital.

### INCIDENTES

Só observamos, e muito raramente, extrasístoles ou um ritmo bigeminado; foram observados também, só excepcionalmente, náuseas e vômitos.

O único incidente que é necessário ter em conta é a diarreia, mas verifica-se cada vez com menos frequência, devido segundo julgamos ao produto estar actualmente muito purificado.

Em todos os casos, a diarreia não foi mais do que um incidente sem gravidade. Quando aparece, acompanhada ou não de cólicas, basta interromper o tratamento com a «thévéline» durante quarenta e oito horas, e ter o cuidado quando se voltar a administrá-la não atingir a dose que provocou a diarreia.

(LIAN, C. — Presse Médicale — 73:1547, Nov. 1952)

## RESUMOS DA IMPRENSA MÉDICA

**Preferência pelo fosfato de alumínio como melhor agente adsorvente ou precipitante de vacinas à base de toxoides, simples ou mistas, in J. A. M. A., 152 (14); 1314; 1953; in refer. de Nrw Engl. Med. J., 243: 442; 1953.**

Já nos últimos anos se vinha dando preferência ao fosfato de alumínio (em estado de gel coloidal) como o melhor dos sais minerais empregados, sob forma coloidal, como agentes precipitantes ou adsorventes (estes dois termos têm sido empregado indiscriminada e indiferentemente, embora significando sempre a mesma coisa, isto é a mesma acção física que, na realidade, é, no caso em questão, mais uma adsorção de toxóides ou de bacilos pelas partículas coloidais do sal metálico, do que uma precipitação) de certas vacinas.

Tais sais metálicos têm sido, sobretudo, empregados para preparação de excelentes vacinas anti-diftéricas e antitetânicas, simples ou duplas (anti-dift. + anti-tetan.) por absorções dos respectivos toxóides (= anatoxinas, termo preferido pelos franceses, enquanto que o de toxóide é mais usado pelos anglo-saxões) e, ainda, de algumas vacinas bacterianas, especialmente a anti-pertussis, particularmente quando em associação tríplice, às outras duas anteriormente referidas.

Inicialmente empregava-se, e ainda se emprega, o *alumen*, substância quimicamente difícil de definir e cuja composição exacta varia um pouco de local para local, pelo que tem sido preconizado o seu abandono, pelos peritos de vacinação da Organização Mundial de Saúde. Além disso, o *alumen* é causa não rara de fortes reacções locais que, quando a vacina não é injectada por via intramuscular profunda, podem levar à formação de abscessos estéreis.

Seguiu-se-lhe o uso do *hidróxido de alumínio* e, depois, o do *fosfato de alumínio*.

Recentemente, Mc Comb e Trafton puderam confirmar, em um número razoável de crianças imunizadas com vacina tríplice (anti-dift., tetan. e tosse convulsa) adsorvida pelo fosfato de alumínio coloidal, as óptimas impressões inicialmente colhidas com o seu emprego, na preparação de tais vacinas. Provaram, ainda, que tal tipo de vacinas é o ideal para a imunização dos lactantes com menos de 1 ano de idade e que são, de todas, as que dão origem a menos reacções locais e gerais, as que permitem

obter melhores respostas imunitárias e as que são eficazes com uma menor dose de toxóides e de bacilos, o que representa óbvias vantagens.

L. C. M.

**Ação hipotensora de alguns compostos de metónio, in Lancet, 2: 1002; 1952.**

F. H. Smirk estudou a acção hipotensora dos três compostos de metónio actualmente mais conhecidos: *brometo de hexametónio*, «*pendiomid*» (dibrometo de N-N'-N'-N'-pentametil-N, N'-dietil-3-azopentileno-1,5-diamónio) e «*gaplegin*» (brometo de hexametileno-bis-etildimetilamónio).

Trata-se de substâncias ganglioplégicas, actuando como hipotensores vasculares através do bloqueio dos gânglios simpáticos. A sua acção é, para os três, qualitativamente igual, no sentido de reduzirem a pressão sanguínea, causaram hipotensão postural e serem capazes de permitir o desenvolvimento de tolerância e resistência do organismo humano, à sua acção. Esta tolerância é cruzada; adquirida, por exemplo, com o uso continuado do «*pendiomid*», também se faz sentir logo à primeira dose do «*gaplegin*».

Antes do desenvolvimento da tolerância, conseguem-se, praticamente, os mesmos resultados, no sentido de um dado grau de hipotensão, com as seguintes doses respectivas, por via subcutânea: «*pendiomid*» 17 mg., *brometo de hexametónio* 15 mg. e «*gaplegin*» 7 mg.

As doses por via bucal, para ser eficazes, devem ser cerca de 10 vezes superiores às respectivas doses por via parentérica.

Desenvolvida a tolerância a estas drogas, o «*pendiomid*» mostra-se como a menos eficaz das três.

Quanto a reacções secundárias desagradáveis, Smirk constatou que, em igualdade de doses, sempre foi melhor tolerado e por um maior número de doentes, o «*gaplegin*», que, além disso, parece ser o que menos efeitos secundários tem causado.

Todas aquelas observações levaram Smirk a preferir o «*gaplegin*» aos restantes compostos de metónio com acção ganglioplégica, na terapêutica hipotensora dos casos em que tais drogas estejam indicadas.

L. C. M.

**Novas dosagens do Cloranfenicol na Febre tifoide e em outras Salmoneloses, in The Lancet, May, 9, 1953: p. 927; e in Bull, of Hyg., 28 (10): 793; 1953,**

A. H. El Ramli afirma que a administração do cloranfenicol cada 12 horas, *per os*, é tão eficaz (cl clinicamente) como quando administrado classicamente, cada 3 ou 4 horas. Tendo experimentado no Egipto este novo esquema de administração, afirma ter obtido muito bons resultados. Ele dá, aos doentes de febres tifoide ou paratifoide, 25 mg. por quilo de peso e por dia, em duas tomas diárias *per os* (cada 12 horas) até a temperatura vir ao normal e, depois por mais: a) 0 a 3 dias (26,3 % de recidivas), ou b) 1 semana (13,8 % de recidivas), ou c) 12 dias (só 3,9 % de recidivas). A temperatura veio ao normal em 3,7 dias, em média.

São óbvias as vantagens para os doentes, da adopção deste novo esquema de tratamento.

Nos doentes que não suportam o medicamento pela boca e nas crianças a administração rectal, em supositórios, parece dar igualmente bons resultados. Embora, por esta via, a dose de 25 mg./k./d., seja, habitualmente, suficiente, é mais seguro, na opinião do A., recorrer-se à dose diária de 50 mg./k./d., em 2 ou 3 doses parciais (cada 12 h., ou cada 8 h.), até à apirexia e por mais uma a duas semanas.

L. C. M.

**Uso e abuso de transfusões de sangue, in J. A. M. A., 151 (9): 699; 1953.**

Os AA. insurgem-se contra o abuso e emprego indiscriminado de transfusões de sangue nos E. U. A.. Insistem em que as transfusões de sangue têm indicações hoje bem delimitadas, assim como referem as suas contra-indicações e os seus perigos.

Afirmam que, mesmo com os melhores serviços de transfusões do mundo, se correm alguns riscos, não desprezíveis, em qualquer transfusão de sangue, já sem se falar nos devidos a enganos de classificação, rótulos, etc..

Dizem ser sobretudo de recear, nos E. U. A. pelo menos, as icterícias (ou hepatites anictéricas) por soro homólogo e as insuficiências cardíacas por superdosagem, em cardíacos ou velhos.

Foi calculado, nos E. U. A., que cerca de 6 % de população deve ser portadora do virus da hepatite por soro homólogo.

Em um inquérito efectuado, no serviço dos AA., em 399 requisições (de 500 c.c. cada uma), para 136 doentes, durante um período de 3 semanas, escolhido absolutamente ao acaso, pôde provar-se, de forma indubitável, que: 1.º) dos 399 frascos de 500 c.c. requisitados, 27,3 % foram devolvidos ao «banco de sangue», pouco após o seu pedido, o que mostra que o pedido foi feito sem se «pensar duas vezes», visto que a devolução nunca foi por morte do doente, como se provou; 2.º) em cerca de 13 % dos doentes que receberam sangue, um critério objectivo, de diversos médicos, mostrou que a transfusão de sangue não estava indicada; 3.º) em tão pequena série de 136 doentes, escolhidos ao acaso, verificaram-se 10 casos de acidentes post-transfusionais; 4.º) destes acidentes, 5 foram muito graves: 3 casos de icterícia por soro homólogo (em que os doentes quase morreram e em que ficaram, para sempre, com o seu parenquima hepático gravemente comprometido, evoluicionando, quem sabe?, para a cirrose) e 2 casos de edema pulmonar, por sobrecarga respiratória (tendo falecido um destes últimos doentes, em acesso de edema pulmonar agudo).

Por tudo isto os AA. recomendam a maior cautela ao ordenar-se uma transfusão de sangue e preconizam que se insista, cada vez mais, no ensino, aos estudantes de Medicina e aos clínicos, nas indicações, contra-indicações, acidentes, complicações e riscos daquela terapêutica.

L. C. M.

**Terapêutica e profilaxia das infecções pelo estreptococo  $\beta$ -hemolítico, in J. A. M. A., 152 (1): 10; 1953.**

O A. deste trabalho afirma que, de todos os fármacos empregados na terapêutica e na profilaxia das infecções por estreptococos  $\beta$ -hemolíticos, os mais eficazes foram, por ordem da sua sucessiva descoberta: 1) as sulfamidas (especialmente activas são a sulfadiazina, a sulfamerazina, as sulfa-combinações, a sulfadimetina ou «elkosina» e o sufisoxarol ou «gantrisin»); 2) a penicilina, em diversas formas (solúvel, penicilina-procaína sem ou com monoestearato de alumínio, D. B. D. E.-dipenicilina G, etc., em injeção ou *per os*); 3) a aureomicina; 4) a oxite-tracicilina (=«terramicina»); 5) a eritromicina (=«iloticina») e a carbomicina (=«magnamicina»).

De todas estas drogas aquela que, presentemente (Maio de 1953) é, ao mesmo tempo, segundo o A., mais eficaz como terapêutica e como profilaxia daquelas infecções e mais simples, mais económica, mais cómoda, mais prática e, pois, mais largamente aceitável, especialmente para tratamentos em massa, é a N, N'-dibenzil-etilena-diamina dipenicilina G (abreviadamente D. B. D. E.-dipenicilina G), nova forma de penicilina de acção retardada, muito prolongada, introduzida recentemente nos mercados europeus e norte-americanos, mas que já há algum tempo vinha sendo ensaiada pelo A., nas infecções estreptocócicas.

Embora ainda seja conveniente aguardar mais alguns anos a fim de melhor se precisarem as doses mínimas eficazes, o A. diz que, pelo menos, para crianças sofrendo de qualquer infecção por estreptococos  $\beta$ -hemolíticos (os seus estudos só incidiram sobre crianças doentes, ou em que interessava fazer a profilaxia daquelas infecções, geralmente por «doença reumática evolutiva»), as doses ideais são as seguintes: 1) *como tratamento*: uma a três (conforme os casos) injeções intramusculares de 600.000 unidades de D. B. D. E.-dipenicilina G, dadas com intervalo de uma semana, se, por ventura, for conveniente fazer mais do que uma injeção; 2) *como profilaxia*: uma injeção de 600.000 unidades cada 7-14 dias.

L. C. M.

**N-alil-nor-morfina nas intoxicações por «Dromoran» ou outros derivados da morfina, in J. A. M. A., 151 (11): 908; 1953.**

Esta substância (N-alil-nor-morfina), sintetizada em 1941, como um dos muitos derivados da morfina, foi inicialmente investigada por Unna, que demonstrou a sua marcada acção antagónica em relação à morfina.

Desde então, têm-se multiplicado as referências em que se citam casos de intoxicação pela morfina e seus derivados («dionina», «dilaudid», «heroína», apomorfina, etc.) em que a N-alil-nor-morfina (comercialmente conhecida nos E. U. A. sob o nome registado de «nalline») conseguiu uma boa e rápida recuperação dos doentes de profundos comas, contra os quais, anteriormente, outros fármacos clássicos (exemplo: coramina, cardiazol, metrazol, anfetamina e, até, picrotoxina) se tinham mostrado impotentes.

Hoje, a N-alil-nor-morfina é mesmo considerada o antagonista específico da morfina.

No artigo que aqui se resume, são citados dois casos de grave intoxicação pelo «dromoran» (metorfinan), recente derivado da morfina, ultimamente muito empregado, sobretudo na Europa, em que só o emprego de N-alil-nor-morfina permitiu, aparentemente, salvar a vida dos doentes.

L. C. M.

**Acidentes por transfusões de sangue, in Brit. Med. J., 2: 390 (Aug. 15, 1953) e in J. A. M. A., 153 (n.º 9): 875; 1953.**

O «Comité dos Patologistas Consultores», responsável pelo extenso artigo publicado, no ano passado, no *Brit. Med. J.* e que é referido e comentado, em pormenor, pelo *J. of the Amer. Med. Ass.*, começa por lamentar que os assuntos da hemoterapia e, nomeadamente, os das indicações e os dos acidentes das transfusões de sangue e derivados, sejam discutidos, com grande relevo nos jornais diários para o grande público.

Tem-se, assim, exagerado, por um lado, as indicações das transfusões de sangue e, por outro, os seus riscos, acidentes e complicações.

Os AA. do artigo que resumimos tratam especialmente dos riscos e dos acidentes transfusionais que crêem terem sido, nos últimos anos, um pouco exagerados, mesmo pela profissão médica.

Na sua opinião o risco que, de uma maneira geral, se corre em qualquer transfusão é, apenas, o mesmo do que o de uma apendicectomia não complicada.

Importa entretanto—friza o Comité de Patologistas (que, no Reino Unido, são os especialistas geralmente incumbidos da chefia dos serviços de colheita e conservação de sangue e derivados)—que todos os passos indispensáveis a uma transfusão sejam planeados com o maior rigor, a fim de deminuir, tanto quanto possível, aqueles riscos.

O primeiro ponto da profilaxia destes riscos é, na opinião do Comité de peritos, a luta contra o excesso de pedidos de sangue e o excesso de transfusões. Na realidade, pede-se bastante mais sangue do que o que é realmente necessário, em relação com as possibilidades de *stock*, na verdade pequenas; sempre que o sangue possa ser substituído por qualquer «expansor do plasma», deve-se dispensar o seu emprego. Cada pedido de sangue deverá ser bem reconsiderado, antes de ser formalmente apresentado.

Os «bancos de sangue», em qualquer hospital, devem estar sempre a cargo e sob a direcção de médicos competentes (o patologista do hospital, como é de uso no Reino Unido) que deverão assegurar: 1.º) que as determinações de grupo dos doentes e todas as provas de compatibilidade sejam executadas por técnicos competentes, já suficientemente treinados (e nunca por pessoal inferior ou de enfermagem, nem por médicos não especialmente treinados); e 2.º) que se providencie para que haja sempre pessoal competente de serviço em tais «bancos» (noites, domingos, feriados, fins de semana).

São essenciais, para que haja um máximo de segurança nas provas de determinação e de compatibilidade: 1) tempo suficiente para que se possa proceder a todas as provas segundo as melhores e mais seguras técnicas; e 2) o conhecimento de uma breve história clínica dos doentes a quem se destinam as transfusões.

Descrevem-se as técnicas das provas de determinação (A<sub>1</sub>, A<sub>2</sub>, B, O e D, especialmente) e de compatibilidade, em tubo, as quais, quando correctamente executadas, levam 2 a 4 horas. Elas deverão incluir provas de compatibilidade em sol. de albumina bovina a 20 %, por 2 h. a 37°, e a pesquisa de iso-aglutininas anómalas, bem como esfregaços corados do sangue a utilizar, a fim de se pesquisar qualquer contaminação bacteriana maciça, do tipo das que se podem desenvolver a cerca de 4° C., sem alterar, macroscopicamente, o aspecto do sangue conservado.

Embora a efectivação correcta de todas aquelas provas leve 4 horas, tal espaço de tempo pode ser reduzido a 2 horas, utilizando métodos um pouco mais rápidos (incubação a 37° C., centrifugação rápida, etc.).

O Comité insiste na importância fundamental de todas estas provas prévias de grupagem e de compatibilidade, efectuadas pelo processo lento, em tubos, porque, embora lentas e massadoras, só elas podem permitir que se descubram, a tempo, algumas causas de graves acidentes trans e post-transfusionais.

Embora os métodos que apontam não estejam ainda completamente adoptados por todos os serviços de hemoterapia, nem por todos os «bancos de sangue», deviam sê-lo, porque só através do seu emprego sistemático se poderá assegurar toda a protecção possível contra os acidentes derivados de erros de determinação de grupo, de provas de compatibilidade, etc.

Nenhuma tarefa é demasiada, quando empreendida com este fim. Todos os passos devem ser dados, no sentido de minimizar o risco de causar a morte, ao tentar salvar uma vida.

Nos casos urgentes, em que não seja possível conceder 2 a 4 horas de intervalo para a efectivação daquelas provas, segundo os *únicos* métodos absolutamente seguros, é, então, legítima a utilização de métodos mais rápidos, desde que se empreguem soros-diagnósticos de títulos elevados e marcada avidéz. Pelos métodos rápidos de grupagem e compatibilidade, em lâmina, só são requeridos cerca de 15 minutos para a sua execução correcta.

Note-se, entretanto, que, embora seguros na maioria dos casos da prática corrente, estes métodos rápidos encerram, ainda, uma apreciável margem de erro e, pois, de risco.

Mas, em casos urgentes, é evidente que só estes métodos rápidos se podem empregar. Os peritos recomendam, contudo, que, enquanto se realiza a transfusão de urgência, se poderão ir efectuando as provas mais seguras, em tubo, com o sangue a administrar e o do doente.

O Comité de peritos trata, em seguida, do manuseamento, etiquetagem, armazenagem e transporte dos frascos de sangue conservado e da administração dos «bancos de sangue».

A respeito destas questões dá indicações precisas e minuciosas, que têm, todas, por fim diminuir os riscos de quaisquer acidentes.

Entre diversas indicações a propósito, destacam-se, por exemplo, a manutenção rigorosa das geleiras a 4°-6° C. (devem ser regeitados os frascos que estiveram algumas horas acima ou abaixo daqueles limites), as rigorosas e repetidas anotações dos números de frascos, grupos sanguíneos, doentes a quem se destinam, indicação das provas efectuadas e nome do médico que as praticou, etc., e, ainda, o facto de — na opinião do Comité de peritos — só devem ser médicos as únicas pessoas que podem e devem ir buscar os frascos já com todas as provas efectuadas, aos depósitos, controlá-los, levá-los aos doentes a quem se destinam, confirmar a identidade dos doentes e administrar o sangue, ou derivados.

Para os casos de extrema urgência e para os serviços de urgência («bancos de urgência»), os peritos advogam a criação de pequenos «bancos de sangue», com frascos de sangues O αβ Rh negativo (para todas as mulheres e para os homens que já receberam, previamente, mais do que uma transfusão de sangue) e O αβ Rh positivo (para os homens que recebem sangue pela primeira vez).

Mesmo em tais casos, é conveniente a colheita de sangue do doente para efectivação subsequente de todas as provas de grupagem e de compatibilidade, tendo em vista transfusões ulteriores.



PARA APLICAÇÃO  
NASAL

# Antistina-Privina\*

em jacto de neblina  
graças ao *novo nebulizador*  
de funcionamento perfeito

RINITE ALÉRGICA  
CORIZA DOS FENOS  
RINITE VASOMOTORA

**PREVENTIVO EFICAZ DAS CONSTIPAÇÕES**

Descongiona as mucosas  
Atenua a irritabilidade  
Reduz a secreção  
Facilita a respiração nasal

\* Marca registada

Nebulizador com 12 cc de soluto  
Frasco conta-gotas com 10 cc de soluto

Produtos CIBA, Limitada — Lisboa

# S U P L E M E N T O

## MÉDICOS QUE FORAM GRANDES ESCRITORES

### II

### O Dr. Sousa Martins

Fez, há pouco, cinquenta e seis anos que cerrou para sempre os seus olhos possessivos, perscrutantes e inquietos, ardendo em chamas de recôndita beleza espiritual, o Dr. Sousa Martins. Ele foi não só um assombroso médico mas, ainda, um notável cientista, um fulgurante orador, um homem de letras de inusitado brilho, um nobre, generoso e puríssimo coração.

A comprovar o alto e poderoso engenho de médico-letrado de Sousa Martins ficaram, para a posteridade, as páginas magistrais que escreveu para o *Neurastênicos* e, ainda, o seu formidável estudo psíquico-patológico sobre Antero de Quental, explicando e justificando por uma ancestralidade escandinava, o sonhante misticismo, a desordenada indisciplina, o grande poder analítico, os alôres voejantes pelos céus do Pensamento, que caracterizaram o éthos literário, por vezes genial, do extraordinário poeta do *Sonetos*.

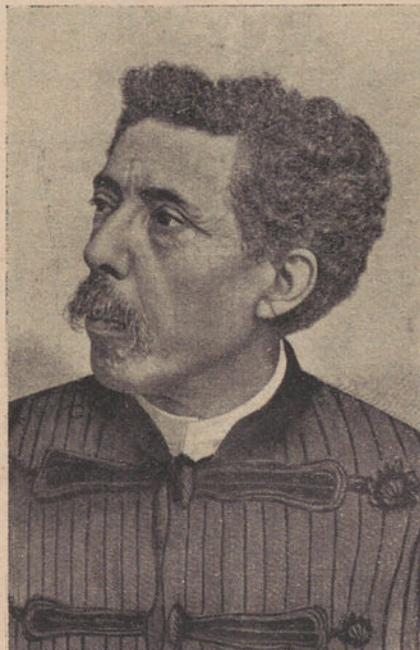
A atestar a grandeza da individualidade de Sousa Martins como prosador de raça, restam-nos ainda essas páginas magistrais, de redemoinhante e alada imaginação, de plástica e voluptuosa fantasia, pois muitos outros dos seus estudos, magnificamente pensados e magnificamente vertidos em prosa terça e viril, redolente e colorida, perderam-se infelizmente para sempre, nas mil folhas volantes da imprensa onde o notável Clínico as fez publicar, para nelas terem o rápido brilho dos meteoros, instantâneos e fugazes.

Tal como aconteceu com esses trabalhos literário-científicos, também a oratória do autor do *Nasografia de Antero* se exalou e morreu com ele, em cada um dos monumentais discursos que proferiu.

Como plumitivo, Sousa Martins afirmou-se por forma singular. Possuía uma riquíssima, polimórfica cultura; soube como poucos traduzir em palavras, um vasto e incomensurável mundo de ideias originais. Com elas, arrastou-nos a altitudes surpreendentes, revelou-nos os mais vastos, deslumbradores e inesperados panoramas estéticos. Na traça arquitecturalmente bem delineada dos seus períodos há, de onde a onde, verdadeiras escapadas líricas do mais puro timbre. Sousa Martins tinha uma alma de poeta.

Na trama da sua prosa, pitoresca, viva, nervosa, incisiva e rápida, vasada em imprevistos e bruscas sacudidas de

eloqução, erriçada de termos técnicos e científicos, máscula e vigorosa (em flagrante contraste com a debilidade física da sua figura de ético, esbrugada e seca) gorgulha um sangue rubro, desenha-se um rico e complexo sistema arterial de ideias. Na natureza literária de Sousa



DR. SOUSA MARTINS

Martins, marcando um homem de acção ardente e impulsiva, havia muito de um panfletário, de um polemista ousado e vigoroso.

Como orador, de eloquência verdadeiramente torrencial, o notável cientista afirmou, ainda, a sua poderosa individualidade. Como muito bem escreveu, a propósito do seu verbo privilegiado, meu Pai o escritor Domingos Guimarães, o seu génio aquecia até ao esbraseamento o colorido irradiante e intenso, da ideia. *Os seus lábios palpitavam como se um misterioso preamar de inspiração deles se desencadeasse e, em torrentes, às ondas, a sua eloquência despenhava-se num tropel de imagens fortes e vivas que tudo sugeriam. A sua voz era de tufão, corria, voava, galgava sobre os escarpados assuntos, sobre as gargantas vivas dos problemas mais difíceis, sobre despenhadeiros. Grande, lembrava as grandes coisas, e era, pelo divino ímpeto que o precipitava, como a voz rude e alta do Adamastor — em que marulhavam ventos.*

Como Professor, Sousa Martins foi,

também, uma figura de rara proeminência. As suas magníficas lições de Patologia (vasadas em estilo duma fluência caudalosa, verdadeiramente extraordinária); cheias de profundidade, mas inteligíveis a gregos e troianos, claras como uma luminosa madrugada de Maio, arrastavam às suas aulas muitos ouvintes inteiramente leigos em matéria de Medicina, ansiosos de ouvir a palavra culta do ilustre Catedrático, refrangente e prismática, duma insinuância muito lúcida.

Sousa Martins, cativava toda a sorte e condições de gentes várias. Não havia na sua oratória-docente, qualquer dogmatismo. Era infinita, incalculável a força de penetração das suas exposições clínicas. A sua palavra tecia-se da eloquência que nasce do talento e da bondade que sai do coração, parafraseando certo ilustre literato lusíada.

Como Clínico, Sousa Martins foi, incontestavelmente um dos maiores do Portugal de todos os tempos. Diagnosticador fulminante (um desses *diagnostadores de tiro*, em gira profissional), muitos o tomaram por vidente ou feiticeiro. A reflexão e a meditação em si e consigo, trouxeram-lhe aquela *acuidade interna*, a que se referiu Stuart Mill e que, nos médicos mais do que nos outros mortais, obra prodígios e causa espanto. O grande facultativo possuía um agudo golpe de vista que penetrava até ao mais recôndito das almas. Para ele não havia, na patologia ou na terapêutica nenhum segredo. Estava de posse de todos os problemas da Medicina, em todos os seus quase inoportáveis departamentos. Andava sempre ao corrente de todas as inovações clínico-cirúrgicas do mundo inteiro, isto numa época de profunda e intensa actividade científica, em que eram velozes as transformações operadas nesse ramo do saber humano.

Batia já em retirada o período empírico e romântico da ciência pela ciência. Começavam a adaptar-se as formas novas e reagentes da análise. Os métodos dedutivos de Claude Bernard e de Bichat iam obtendo, dia a dia, inegável prestígio. Além disso, Sousa Martins foi essencialmente um grande e piedoso médico. Como escreveu meu Pai em 1897, após a sua morte, ele *abandonara todos os egoístas confortos, todas as honrarias e pompas de espectáculo. Estudou, falou, escreveu, lutou, sacrificou-se. Os doentes, os seres fracos e sofredores, quer ricos quer miseráveis, foram durante trinta anos de*

# Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica

- *Litíase biliar e tratamento geresiano*
- *História clínica da água do Tedo*
- *Crenoterapia na clínica geral*

Realizou-se no passado dia 29 do corrente mês a 6.<sup>a</sup> sessão científica do actual ano académico, da Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica, no anfiteatro de fisiologia da Faculdade de Medicina do Porto.

Abriu a sessão o vice-presidente da Sociedade, em exercício, Dr. Cid de Oliveira, que traçou rapidamente o «curriculum vitae» dos médicos que iam apresentar comunicações: Prof. Celestino Maia, Dr. João de Araújo Correia e Dr. Santos Parreira da Conceição.

Seguidamente foi constituída a mesa, ficando na presidência o Prof. Alfredo Magalhães, ladeado pelos Profs. Rocha Pereira e Costa Sacadura e pelos Drs. Cid de Oliveira e Marques da Mata.

A primeira comunicação apresentada foi a do Prof. Celestino Maia, intitulada «Litíase biliar e tratamento geresiano», assunto que desenvolveu durante mais de uma hora e que vamos procurar resumir.

Médicos há que, por insuficiente conhecimento dos benefícios que podem

---

*clínica a sua preocupação constante, como o eram também os famintos e os párias, que calada e generosamente socorria, as criancinhas das enfermarias do hospital, a quem ia visitar e ameigava, para quem levava os bolsos atoados de guloseimas, e os seus alunos de quem era o ídolo e a devoção, e aos quais na sua aula permitia a mais ampla liberdade de discussão e de crítica.*

Ante o sofrimento alheio, que se sentia impotente para remediar (se era pobre como Job!), quantas vezes não teria Sousa Martins exclamado, tal como Roberto Koch, quando simples médico de província:

— *Meu Deus, porque não me fizeste milionário?*

De perfeito acordo com a sua natureza de homem superior, intelectual e moralmente, havia na figura física de Sousa Martins os sinais evidentes dessa superioridade. Assim a sua cabeçorra leonina, à Balzac, de onde rompia a selva duma cabeleira intensa, crespa e rude; a sua fronte lisa e alta, de cunho socrático; os seus olhos fundos, telepáticos, de onde se despediam os mais ígneos clarões, afirmavam bem a sua alta, forte, dominadora intelectualidade, muitas vezes esbrazante de génio. A sua face macilenta e triste, cavada de rugas, de expressão serena e bondosa, essa espelhava bem a beleza da sua alma cristã, nascida para a ventura e a felicidade dos outros.

A vida do Dr. Sousa Martins foi, mais que tudo, uma alta lição moral, um grande exemplo de honestidade clínica, instrutivo e edificante.

**CLÁUDIO CORRÊA D'OLIVEIRA  
GUIMARÃES**

colher os colelitiáticos com os tratamentos hidrominerais, não mandam sistematicamente os seus doentes para as termas, e há também aqueles que têm, particularmente, medo do Gerês, por ignorarem que a água mineral destas termas, convenientemente doseada, pode dar-se aos colelitiáticos como qualquer outra água mineral de posologia menos delicada.

Os tratamentos hidrominerais são classicamente prescritos aos litíáticos biliares, como o demonstra vastíssima literatura, — e a litíase biliar constitui a 1.<sup>a</sup> indicação do Gerês, como se vê pelos importantes trabalhos sobre esta estância de Ricardo Jorge, de Augusto dos Santos Júnior, dos Profs. Pulido Valente e Fernando Fonseca.

Todos os anos frequentam o Gerês centos de doentes com colecistites calculosas, muitos colhendo benefícios apreciáveis. A água do Gerês, não dissolve os cálculos, expulsa-os apenas uma ou outra vez, mas consegue muitas vezes torná-los silenciosos, isto é, fazer entrar a doença em latência clínica mais ou menos longa e até definitiva.

As contra-indicações da crenoterapia geresiana na colelitiase são poucas. Afastar-se-ão do Gerês (e de todas as termas) as vias biliares cancerizadas, obstruídas ou muito infectadas.

Quanto à infecção, depois de conseguida a apirexia pelos meios habituais, já pode fazer-se o tratamento geresiano.

Os doentes não devem fazer uso da água nos períodos dolorosos e quase todos os autores contraindicam o tratamento hidromineral antes de passado um mês sobre as cólicas intensas. Todavia, no Gerês têm-se iniciado estes tratamentos muitas vezes mais precocemente e com perfeita tolerância, mesmo em doentes cujas cólicas são acompanhadas de febre, desde que a febre desapareça com as cólicas febre hepática de Charcot).

O tratamento geresiano, no capítulo de litíase biliar, tem como principais indicações:

- prelitíase,
- casos não operáveis e de doentes que recusam operar-se,
- preparação pré-operatória,
- prevenção post-operatória,
- tratamento da hepatite satélite,
- casos de doentes obesos, sedentários e glutões,
- casos de excitados e fatigados.

\*

O Dr. João de Araújo Correia apresentou outra comunicação, intitulada «História clínica da água do Tedo».

O autor narrou, cronologicamente, neste seu trabalho, uma série de factos relacionados com o uso clínico da água do Tedo, riqueza natural da sua região, água que o falecido Prof. Lepierre considerou sem similar em Portugal e rara na Europa. Com a maior concisão, descreveu o autor o exíguo vale do Tedo.

Exíguo, mas repleto de variada verdura, de monumentos arqueológicos e tradições poéticas. Neste pequeno vale, brotam, pelo menos, duas fontes medicinais, mas só a do Tedo, propriamente dita, importa ao autor nesta exposição.

Do relatório de Lepierre, consta que a água do Tedo é *bicarbonatada sulfatada sódica, bastante radioactiva, notavelmente rica em rádio dissolvido, bacteriológicamente, puríssima, inalterável com o tempo, etc. Pode ser transportada sem perda das suas qualidades.*

No dia 25 de Junho de 1945, inspecionou a água, uma comissão de peritos oficiais. A Empresa não obteve a concessão, porque o caudal e a alcalinidade da água tinham diminuído.

Os peritos que conheciam o Tedo, ficaram tristes. A Empresa ficou desolada, perdeu a vontade de trabalhar. O autor, como clínico, tem verificado que a água do Tedo, seja qual for a sua composição, mantém as propriedades terapêuticas manifestadas até 1945. Competirá à Ciência dizer por quê. Em 1948, publicou um trabalho demonstrativo da eficácia da água antes e depois de 1945. Podia em 1954, publicar trabalho semelhante.

Pensa o autor que a Direcção Geral de Minas, se atender à verdade terapêutica do Tedo, lhe dará a concessão. A Empresa se a obtiver, deve aceitá-la confiadamente. Sabe que mil doentes curados querem que o seu remédio receba esse prémio.

\*

Pelo Dr. Santos Parreira da Conceição foi apresentada ainda outra comunicação sobre a «Crenoterapia na clínica geral».

O autor, no seu trabalho, acentua os seguintes pontos:

- Necessidade da união dos médicos hidrologistas portugueses para auxiliar a confirmação do valor da hidroterapia,
- Necessidade de ser o médico a indicar as termas e não o doente a fazer essa escolha,
- Actuação da crenoterapia em função da constituição do doente, suas diáteses e padecimentos,
- Fundamentos científicos da crenoterapia desde a teoria da mineralização de Plínio até à oligodinâmica,
- Acção de tipo geral das águas com exemplificação na acção física do banho,
- Conhecimento da composição de uma água mineral, acções e indicações.

Diz, ainda, que, apesar da nossa época ser caracterizada de antibiótica, a crenoterapia mantém as suas virtudes desde a pediatria às afecções do fígado e vias biliares, escolhendo este último tema para descrição da terapêutica de absorção e tratamento hidrológico das hepatopatias.

**SUSPENSÃO ORAL - XAROPE**

**PALMITATO**

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

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

**TOSSE CONVULSA**

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

*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**

# ECOS E COMENTÁRIOS

## JUSTIÇA SOCIAL E MÉDICOS DAS CASAS DO POVO

Quando, há cerca de 20 anos, foi promulgado o Estatuto do Trabalho Nacional, todos os de boa vontade, como nós, se congratularam com o facto por verem nele a ordenação jurídica dos princípios da justiça social.

À sua sombra se criaram Sindicatos e Casas do Povo para defesa dos trabalhadores. E se, nos primeiros, se enquadraram os obreiros das profissões liberais dentro de um geometrismo legal que não quis abrir excepções, não chegara ainda a hora da deturpação socializante, que temos vivido, para negar aquelas hierarquias profissionais que já na Divini Redemptoris o Papa Pio XI acentuava, em Março de 1937. E os Sindicatos das profissões liberais se distinguiram com o título de Ordens.

Apertadas estas, embora, como a nossa, num condicionalismo que as estiola por inadequado, apenas lhes tem sido possível realizar aquilo que só delas dependia: ordenação interior, disciplina da profissão, codificação da ética, extensão e divulgação cultural, cursos de aperfeiçoamento.

Sem querer agora aprofundar a orgânica destes Cursos, nem indagar das suas deficiências nem benefícios, apontemos somente que após o último, efectuado em Lisboa, o inquérito levado a cabo entre aqueles que o haviam frequentado pôs em destaque as dificuldades que alguns Colegas encontram, por terem de se fazer substituir de sua conta nos lugares oficiais que ocupam para poder frequentar os Cursos de Aperfeiçoamento.

E se este primeiro paradoxo nos espanta, de organismos que a pesar de serem os primeiros e directos beneficiários do acréscimo de cultura e dos apuros de actualização dos seus médicos, longe de facultar-lhes a frequência, lha dificultam e entram, que dizer do facto, através do mesmo inquérito revelado, de os contratos dos médicos das Casas do Povo não concederem direito a férias?

Onde a equidade de organismos e legislações que, nascidos para assegurar direitos aos trabalhadores, mais parecem instituídos para a luta de classes que no esmagar de uns pressupõe o benefício de outros?

Onde a justiça social que o Estatuto do Trabalho assegura?

Onde a simples justiça comutativa que, mais que todas, por igual obriga?

Ou estes paradoxos terminam e estas incongruências se remedeiam, ou teremos de concluir, como já muitos sentem no íntimo, que a assistência que tantos dizem fazer e os encargos que, por serem sociais, a toda a sociedade respeitam, se devem e atribuem, respectiva e exclusivamente, ao sacrifício de uma só classe

M. M.

## ABUSO DOS ANTIBIÓTICOS

Parece-nos de grande oportunidade a transcrição da seguinte «Carta ao Editor», publicada no n.º de 27 de Março da grande revista inglesa «The Lancet», sob o título que encima este eco:

Ex.<sup>mo</sup> Senhor — Houve tempo em que havia apenas um antibiótico e em pequena quantidade. Reservava-se para os casos bem seleccionados e administrava-se com um respeito e circunspecção que contribuía para que gradualmente nos tornássemos peritos na determinação do seu valor e das suas limitações.



COLIBACILOSES  
das vias urinárias

## Sulfametil-tiodiazol

TUBO DE 20 COMPRIMIDOS

- Acção especial sobre o colibacilo
- Alta concentração no aparelho urinário
- Doses muitas baixas
- Perfeita tolerância

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

Bem depressa a investigação e a síntese, neste novo campo, inventaram outros produtos com tal rapidez que o atormentado médico prático não mais pode estar em paz com eles. Além disso, actualmente cada droga básica é conhecida por mais de uma dúzia de nomes comerciais, e outros novos são apresentados, pode-se dizer que com o correio de todas as manhãs.

As consequências destes progressos tornaram-se ainda mais sérias desde que veio a moda dos antibióticos para administração oral. Cápsulas potencialmente perigosas são distribuídas tão livremente como as pilulas laxativas, e com fins menos específicos em vista. As constipações ou dores de garganta, os ligeiros ataques de enterite ou de influenza, raras vezes passam sem que um ou outro antibiótico tenha sido empíricamente prescrito. Reacções cutâneas e outras complicações de maior ou menor duração são cada vez mais frequentes e o valor destas novas e importantes drogas é reduzido ou destruído pela produção de estirpes de bactérias resistentes aos antibióticos.

Não será altura de constituir um comité de médicos, cirurgiões, patologistas e clínicos práticos que investigue todo este assunto dos antibióticos?

a).....

Embora este ECO estivesse também indicado para um dos nossos diários «informativos», não fica mal, infelizmente (porque os médicos também são responsáveis desses abusos...), num jornal de Medicina!

## OS DIPLOMAS UNIVERSITARIOS ESTRANGEIROS NOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA DO NORTE

O «Council on Medical Education and Hospitals» e o «Executive Council of the Association of American Medical Colleges» publicaram a primeira lista das Escolas de Medicina estrangeiras cujos diplomas podiam ser considerados como estando no mesmo pé de igualdade, quanto a preparação científica e prática, com as Escolas de Medicina reconhecidas nos Estados Unidos. Assentou-se que esta lista poderia ser mais tarde completada quando se reunissem os elementos necessários para estabelecer o valor do diploma dado pelas diversas escolas. Não conhecemos a lista referida, pois respigamos esta notícia da revista «Bruxelles Médical», que lamenta não se ter reconhecido como idóneos os diplomas das quatro Faculdades de Medicina belgas, que gozam de prestígio internacional e que, entre os seus professores, contam dois prémios Nobel. Depois, foram reconhecidos como válidos os diplomas concedidos pelas cinco escolas de medicina da Suíça e por uma do Líbano.

# SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

## Referências a este sector da administração pública no «Parecer da comissão encarregada de apreciar as contas públicas»

*Como de costume, foi presente à Assembleia Nacional o parecer relativo às contas públicas, do qual tem sido relator o Eng.º Araújo Correia. Trata-se, como nos anos anteriores, dum notável documento, que merece a leitura de todas as pessoas que se interessam por estes assuntos. Destacamos alguns capítulos, de entre os que mais interessam aos médicos, que transcrevemos do «Diário das Sessões».*

### SAÚDE E ASSISTÊNCIA PÚBLICA

56. Parece terem melhorado apreciavelmente em 1952 os índices da saúde. Os nascimentos subiram e a taxa de mortalidade desceu. Assim, os saldos fisiológicos melhoraram.

A natalidade, relativamente à população calculada para o meio do ano, subiu a 24,71, com a nado-mortalidade de 1,05.

A mortalidade desceu para 11,75, e, se não fora a elevada taxa em certos distritos — contudo bastante inferior à que era há uns anos — a taxa para o conjunto do País ainda seria menor.

Há um distrito, o de Setúbal, onde a taxa da mortalidade já é inferior a 8,50, o que é notável, mas, em contraposição, a cidade do Porto ainda mantém a de 14,91, e não são satisfatórias as condições de Vila Real (14,46), Porto (14,35) e Angra do Heroísmo (14,09), os únicos distritos em que a taxa é superior a 14. Tem havido progresso nestes distritos, mas é lento, e no caso de Vila Real a taxa de 1952 é superior à de 1951, embora seja pequena a diferença.

Talvez não houvesse razão para mencionar estas diferenças, porquanto às vezes circunstâncias transitórias podem ocasionar desvios.

A natalidade não melhorou na maioria dos distritos, mas nalguns houve aumento, como nos de Braga, Aveiro, Bragança e outros. Mas as zonas do Sul continuam a decair. Faro, Évora, Portalegre e Setúbal são os distritos de mais baixa natalidade, tirando o de Lisboa — todos com taxa inferior a 20.

No quadro n.º 1 dão-se as taxas da natalidade e mortalidade referentes ao ano de 1952:

QUADRO I

Distritos	Taxas	
	Natalidade	Mortalidade
Aveiro . . . . .	28,18	11,23
Beja . . . . .	21,42	10,31
Braga . . . . .	35,10	13,91
Bragança . . . . .	30,27	12,44
Castelo Branco . . . . .	23,30	10,10
Coimbra . . . . .	20,75	11,06
Évora . . . . .	19,41	9,78
Faro . . . . .	18,80	10,76
Guarda . . . . .	26,18	12,58
Leiria . . . . .	24,25	10
Lisboa . . . . .	15,55	11,14
Lisboa (cidade) . . . . .	(15,03)	(12,32)
Portalegre . . . . .	19,01	9,98
Porto . . . . .	30,54	14,35
Porto (cidade) . . . . .	(24,24)	(14,91)
Santarém . . . . .	20,67	9,31
Setúbal . . . . .	18,23	8,50
Viana do Castelo . . . . .	26,28	12,06
Vila Real . . . . .	32,32	14,46
Viseu . . . . .	28,12	12,51
Angra do Heroísmo . . . . .	28,91	14,09
Horta . . . . .	20,71	10,81
Ponta Delgada . . . . .	32,81	13,42
Funchal . . . . .	30,15	12,47
<i>Taxa geral.</i> . . . .	24,71	11,75

Se forem comparados estes números com os publicados em pareceres anteriores, incluindo o de 1951, mostram-se facilmente as diferenças. O problema tem grande interesse, dadas as circunstâncias que ultimamente se desenvolveram e que levaram à emigração de grande quantidade de pessoas, numa idade em que, com o tempo, há-de exercer influência apreciável na natalidade.

A mortalidade infantil em certas regiões ou cidades ainda é uma das causas de taxas elevadas no índice total.

Na mortalidade infantil pesam muito os óbitos com menos de 1 ano. O progresso realizado desde 1930 foi grande, visto a taxa ter passado de 4,26 para 2,33 (já em 1951 havia sido de 2,18), mas o número de óbitos de crianças de menos de 1 ano em 1952 alcançou perto de 20.000.

O saldo fisiológico melhorou apreciavelmente em 1952, pois atingiu 110.727, visto os nascimentos arredondarem-se em 211.213 e os óbitos em 100.486, com a cifra de 8.980 para nado-mortos.

Mas, apesar de alto saldo fisiológico, o saldo líquido continuou a diminuir.

Foi o mais baixo até hoje.

É que a emigração atingiu um movimento que precisa de ser encarado, sob pena de graves consequências para o futuro.

### A EMIGRAÇÃO E O SALDO FISIOLÓGICO

57. Emigraram 47.018 pessoas em 1952. A progressão é contínua. Tomou ímpeto em 1946, logo a seguir à guerra, com 8.275 pessoas. E deste ano em diante assumiu a forma que se indica no quadro n.º 2:

QUADRO II

Anos	Emigração e ultramar	Emigrantes	Saldos fisiológicos	Retornados	Saldos líquidos
1946 . . . . .	—	8.275	85.025	5.367	82.117
1947 . . . . .	—	12.838	90.051	7.963	85.176
1948 . . . . .	—	12.343	113.405	10.235	111.297
1949 . . . . .	—	17.296	94.761	8.508	85.973
1950 . . . . .	31.874	21.892	102.365	3.784	84.257
1951 . . . . .	47.797	33.664	102.397	1.423	70.156
1952 . . . . .	60.786	47.018	110.727	1.017	64.756

O quadro é elucidativo e mostra a gravidade do problema. Tornar-se-ia ainda mais elucidativo se se juntassem as idades dos emigrantes, que, na sua grande maioria, são homens com idade superior a 14 anos e inferior a 50. Por exemplo: no ano de 1952 os emigrantes menores de 14 anos somaram 8.509, dos quais mais de metade do sexo masculino; os maiores de 14 anos atingiram 38.509, dos quais aproximadamente 27.000 eram homens.

A emigração dirige-se quase toda para o Brasil. Foram para lá mais de 41.000 pessoas em 1952.

Este problema da emigração tem grande importância. É de notar que o Sul — bastante ermo, visto ter densidades da ordem dos 30 por quilómetro quadrado, com excepção do Algarve — fornece relativamente

poucos emigrantes: Beja 54, Évora 35, Portalegre 53, Setúbal 133.

Mas nos restantes distritos aumenta logo muito o número.

O Funchal, com 6.968, vem à frente, logo seguido por Viseu, 5.791; Porto, 5.600; Aveiro, 5.052; Bragança, 3.562; Guarda, 3.101.

Em contrário do que se julga, emigrou-se pouco dos Açores em 1952 — 131 de Angra do Heroísmo, 12 da Horta e 401 de Ponta Delgada, quase todos para o Brasil.

Além da emigração para o estrangeiro, tem de ser considerado o ultramar. Assim, a juntar aos números acima indicados há o saldo entre os embarcados para o ultramar e os que de lá regressaram. Em 1950, 1951 e 1952 esses saldos são, respectivamente, de 9.982, 14.133 e 13.768.

Perante tais números não é possível fazer cálculos aproximados relativos à evolução demográfica.

Se continuarem a cair os saldos líquidos, que é o mesmo que dizer se continuarem a aumentar os emigrantes, e se se mantiverem as idades de emigração, o futuro não será risonho.

Haverá um gradual envelhecimento da população, com as graves consequências que resultam do fenómeno.

As causas fundamentais da emigração são conhecidas, e bastas vezes se assinalaram nestes pareceres.

O País está dividido em zonas perfeitamente delimitadas, e parece não haver força construtiva que tenda a nivelá-las, ou pelo menos, a aproximar as suas densidades demográficas.

O remédio é naturalmente a emigração, que se dirige essencialmente para o Brasil. Este facto tem pelo menos a vantagem de manter ou auxiliar influências ancestrais naquele país.

É a única consolação que podem dar os números que acabam de citar-se: o lento envelhecimento do País compensado pelo renovamento da influência portuguesa no país irmão.

Contudo o problema podia ser resolvido com a melhoria das condições de produção no Sul e a transferência dos excessos demográficos ou, pelo menos, de parte dos excessos populacionais do Norte, além de melhor esforço no sentido industrial.

Mas este é um problema económico e social que não cabe na apreciação das contas deste Ministério, embora diversas vezes haja sido tratado nos pareceres.

### DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE

58. Os serviços de saúde despenderam 28.072 contos em 1952 — menos 1.168 do que em 1951 — e já se mencionou o principal motivo desta diminuição: a transferência da despesa do Hospital Joaquim Urbano para a Direcção-Geral da Assistência.

Além disso, também houve decréscimo na verba destinada à profilaxia de doenças infecciosas e ao combate a epidemias. A sanidade marítima e terrestre melhorou as suas verbas.

Tudo se verifica no quadro n.º 3, em contos:

QUADRO III

Designação	1941	1948	1949	1950	1951	1952	Mais (+) ou menos (-) em relação a 1951
Profilaxia de doenças infecciosas e combate de epidemias . . . . .	600	1.857	1.482	2 511	1.739	769	- 970
Junta Sanitária de Águas . . . . .	199	145	150	(a)	-	-	-
Sanidade terrestre (delegações e sub-delegações de saúde) . . . . .	1.784	6.185	8.357	8.745	8.614	9.150	+ 586
Sanidade marítima e aérea . . . . .	650	980	1.291	1.346	1.805	1.554	+ 249
Subsídios ao Hospital Joaquim Urbano, Instituto Superior de Higiene, serviços anti-sazonáticos, Instituto de Malariologia, Parque Sanitário, centros de saúde, dispensários e outros organismos de sanidade e assistência . . . . .	3.006	9.031	8 799	10.222	10.284	9.321	(b) - 963
Organização Nacional Defeza da Família . . . . .	650	-	-	-	-	-	-
Vacinas, soros e material sanitário . . . . .	-	1.799	2.248	2.247	2.249	2.250	+ 1
Despesas privadas da Direcção-Geral . . . . .	846	4.897	4.739	5.146	5.049	5.028	- 21
<b>Total . . . . .</b>	<b>7.715</b>	<b>24.844</b>	<b>27.066</b>	<b>30.217</b>	<b>29.240</b>	<b>28.072</b>	<b>- 1.168</b>

(a) Os serviços que competiam à Junta Sanitária de Águas foram integrados nos serviços técnicos da Direcção Geral de Saúde a partir de 1950.

(b) A diferença para menos é resultante da passagem do Hospital Joaquim Urbano para a Direcção-Geral da Assistência (estabelecimentos hospitalares).

59. Pode dar-se a discriminação do gasto de alguns serviços desta Direcção-Geral. A verba mais importante do quadro acima transcrito diz respeito a subsídios, que se distribuem por diversas instituições da Direcção-Geral. Os mais salientes apresentam-se do modo discriminado no quadro n.º 4:

O primeiro facto a apontar é a continuação do aumento de médicos em Lisboa. Ainda subiram em 1952. Eram no ano anterior 2.282, num total de 6.017. Em 1952 somavam-se 2.352, num total de 6.249. O aumento de um ano para outro foi de 232 médicos no conjunto dos distritos. Em Lisboa o aumento foi de 69.

QUADRO IV

Designação	1949	1950	1951	1952	Mais (+) ou menos (-) em relação a 1951
Hospital Joaquim Urbano . . . . .	900	900	900	(a)	- 900
Instituto Superior de Higiene . . . . .	1.500	1500	1.600	1 648	+ 48
Serviços anti-sazonáticos . . . . .	2.800	3 250	3.006	3.122	+ 116
Instituto de Malariologia . . . . .	500	500	500	510	+ 10
Parque Sanitário e serviços de desinfecção de Lisboa e Porto . . . . .	-	-	-	-	-
Centro de Saúde de Lisboa . . . . .	500	500	500	173	(b) - 327
Dispensário de Higiene Social de Lisboa . . . . .	500	618	600	620	+ 20
Dispensário de Higiene Social do Porto . . . . .	500	700	1 270	1.092	- 178
Outros centros de saúde, dispensários e outros organismos de saúde . . . . .	1.599	2.188	1.908	2 096	(c) + 188
<b>Total . . . . .</b>	<b>8.799</b>	<b>10.156</b>	<b>10.284</b>	<b>9.261</b>	<b>- 1.023</b>

(a) Passou a figurar na Direcção Geral da Assistência (estabelecimentos hospitalares).

(b) As atribuições do Centro de Saúde de Lisboa passaram a ser desempenhadas pelo Instituto Superior de Higiene e Dispensário de Higiene Social de Lisboa.

(c) Inclui as despesas com os serviços anti-rábico e vacínico de Coimbra, que figuravam na Direcção Geral da Assistência.

As modificações de maior relevo, além do caso do hospital mencionado dizem respeito às atribuições do Centro de Saúde de Lisboa, que passaram para o Instituto Superior de Higiene e Dispensário de Higiene Social de Lisboa.

Nas verbas contabilizadas em centros de saúde, dispensários e outros organismos de saúde há os serviços anti-rábico e vacínico de Coimbra, que figuravam ainda na assistência.

60. Elementos de interesse para o estudo dos serviços de saúde são os que dizem respeito à distribuição dos oficiais de saúde pelo País. Haveria vantagem em relacioná-los por áreas e por habitantes.

Na impossibilidade de estudar o problema neste aspecto, convém ao menos dar os números, por distritos, relativos a médicos, enfermeiros e ajudantes de enfermeiros. São os do mapa n.º 5:

Há mais médicos em Aveiro (5), Braga (3), Coimbra (82), Évora (8), Lisboa (69), Portalegre (7), Porto (61), Viana do Castelo (3), Vila Real (6), Viseu (9) e Horta (1).

E há menos médicos em Beja (4), Castelo Branco (5), Faro (2), Leiria (3), Santarém (1), Setúbal (4) e Funchal (3).

Manteve-se o número em Bragança, Guarda, Angra do Heroísmo e Ponta Delgada.

O que na verdade surpreende é a continuação do acréscimo de médicos em Coimbra, Lisboa e Porto. Num total de 6.046 no continente, trabalham nestas cidades 4.033. Para o resto do País apenas existem 2.013, ou seja cerca de um terço.

Apesar de ser nestas cidades que existem os hospitais centrais e especialmente em Lisboa os diversos serviços de saúde, parece ser demasiadamente pequena a percentagem que exerce funções clínicas no

QUADRO V

Distritos	Médicos	Enfermeiros	Auxiliares de enfermagem
Aveiro . . . . .	270	50	5
Beja . . . . .	110	7	2
Braga . . . . .	204	109	39
Bragança . . . . .	78	6	-
Castelo Branco . . . . .	110	88	5
Coimbra . . . . .	532	208	11
Évora . . . . .	109	41	6
Faro . . . . .	109	31	7
Guarda . . . . .	112	19	3
Leiria . . . . .	118	44	5
Lisboa . . . . .	2.352	1.480	297
Portalegre . . . . .	108	28	5
Porto . . . . .	1.149	525	48
Santarém . . . . .	192	52	2
Setúbal . . . . .	109	108	28
Viana do Castelo . . . . .	85	18	4
Vila Real . . . . .	109	19	-
Viseu . . . . .	190	43	3
<b>Soma . . . . .</b>	<b>6.046</b>	<b>2.826</b>	<b>470</b>
Angra do Heroísmo . . . . .	28	7	-
Horta . . . . .	19	3	-
Ponta Delgada . . . . .	57	15	-
Funchal . . . . .	99	72	44
<b>Soma . . . . .</b>	<b>203</b>	<b>97</b>	<b>44</b>
<b>Total . . . . .</b>	<b>6 249</b>	<b>2.923</b>	<b>514</b>

resto do País, onde há grande número de hospitais, alguns providos de aparelhagem moderna.

Como se notou acima, o aumento do número de médicos em dois anos foi de 232, e destes vieram para os três distritos mencionados 212, deixando pouco mais de 100 para o resto do País.

Este assunto necessita de ser encarado de modo a melhorar a assistência médica na provincia.

## ASSISTÊNCIA PÚBLICA

61. Em 1952 a despesa da assistência pública atingiu 262.300 contos — números redondos. Partira-se, em 1938, de 80.574 contos. Os números mostram pois uma subida superior ao coeficiente de desvalorização da moeda.

Eram tão precárias as condições de assistência e de saúde no País que, apesar do grande esforço feito, ainda há necessidade de o melhorar. Não é apenas o problema da saúde, ou, antes, da assistência hospitalar, que constitui tarefa ou função desta Direcção-Geral. Incluem-se nela instituições de assistência importantes, que necessitam de maiores verbas, de modo a prestarem maiores auxílios.

Os números da despesa foram os do mapa n.º 6:

A verba principal é a dos serviços hospitalares, com mais de 100.000 contos. Não são estes apenas, e felizmente, os recursos dos hospitais, mas são os mais importantes. E quando estiverem em funcionamento os hospitais escolares não-de aumentar bastante as verbas quer pelo Ministério do Interior, quer pelo da Educação Nacional, se for resolvido financiar alguns serviços por este departamento.

## ASSISTÊNCIA A FAMÍLIA

62. As dotações também cresceram nos outros estabelecimentos e organismos dependentes desta Direcção-Geral. O maior acréscimo deu-se na assistência à família. Na verdade as verbas elevaram-se a 25.847 — uns 6.000 contos a mais desde 1948.

Os problemas de assistência social, que estavam na infância ainda há poucos anos, começaram a ter certo relevo, e nalgumas cidades, além de Lisboa e Porto, já é bastante sensível a sua acção.

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

**PROPULMIL**  
Bial

**PROPULMIL**

INJECTÁVEL

PENICILINA G PROCAÍNICA 400.000 U. I. VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA 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.

Mas a existência de famílias numerosas sem meios de subsistência, a viver muitas vezes em espaços acanhados, promiscuamente, é um problema que, cada vez mais, requer cuidados, de modo a reduzir-se tanto quanto possível a sua miserável situação.

É evidente que não é possível fazer tudo através dos órgãos do Estado, e parece que a iniciativa privada poderia ainda auxiliar muito mais a cruzada do Instituto de Assistência à Família, concorrendo com maiores verbas e utilizando para a sua repartição os serviços especializados do Instituto, de modo a aproveitar melhor as quantias disponíveis.

Dá-se este ano uma pequena resenha, necessariamente incompleta, das actividades deste Instituto.

Em primeiro lugar, é necessário conhecer a origem das receitas. Elas somaram 38.504 contos, assim divididos:

	Contos
Direcção-Geral da Assistência .....	25.848
Socorro social .....	2.412
Subsídios diversos .....	3.066
Misericórdia de Lisboa .....	5.622
Reembolsos, reposições e diversos	1.556
	<hr/>
	38.504

A maior verba provém da assistência e tem compensação, nas receitas consignadas, pelo quantitativo de 23.261 contos, como se verificou no respectivo capítulo.

Esta receita provém do Fundo de Desemprego.

Nos subsídios diversos incluem-se importâncias entregues pelas comissões de assistência de distritos autónomos, comissões, municipais, governos civis e outras entidades que utilizam o pessoal do Instituto.

A Misericórdia de Lisboa incumbiu o Instituto de pagar cerca de 5.500 contos de subsídios por ela concedidos, aproveitando os seus serviços especializados. Deste modo parece ter sido evitado o pagamento de alguns subsídios a quem deles não precisava.

Em reembolsos, reposições e diversos há várias verbas, na sua maior parte relativas a serviços prestados ou a reembolsos de auxílios concedidos.

As despesas do Instituto podem esquematisar-se do modo que segue:

	Contos
Pessoal .....	4.508
Material .....	729
Encargos .....	24.515
Operações de tesouraria (Misericórdia de Lisboa) .....	5.622
Depósito na assistência .....	731
Saldo para o ano seguinte .....	2.398
	<hr/>
	38.503

Nas despesas avultam, com 21.284 contos, vários encargos. Compreendem quase todas as modalidades de auxílios pecuniários ou em géneros, incluindo auxílios a famílias com chefe desempregado, roupas, móveis, medicamentos, refeições, socorros urgentes de variada natureza.

Em «Encargos» também se inclui vestuário e calçado, no total aproximado de 2.500 contos.

As outras rubricas falam por si. A de

5.622 contos refere-se à Misericórdia de Lisboa, de que se falou acima.

A do saldo para o ano seguinte provém de atrasos nas autorizações de pagamentos, que necessitam de ser abreviadas, de modo a permitir o gasto dos fundos.

Como se nota nos números, as verbas que constituem a receita do Instituto de Assistência à Família têm três origens importantes: o Fundo de Desemprego, as comissões de assistência, para serviços prestados, e a Misericórdia de Lisboa, para seus próprios beneficiados. Há, além disso, uma verba menor do socorro social.

A obra a realizar pelo Instituto é muito vasta, tanto nas grandes cidades como nos meios rurais. É daquelas que não se vêem, é silenciosa, e por natureza própria tem de ser discreta.



## 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
- Xarope — Frasco de 170cc. . . . 27\$00
- Reforçado — Boião de 20 cápsulas . . 35\$00



LABORATÓRIOS  
DO  
INSTITUTO  
PASTEUR DE LISBOA

Uma das mais angustiosas situações no momento presente é a dos tuberculosos em tratamento domiciliário ou saídos de sanatórios e em período de adaptação. O não cuidar deles torna improficuo ou até inútil o seu internamento em sanatórios, ainda que haja camas para todos.

Chama-se a atenção para este aspecto da assistência, que ainda não foi devidamente considerado. Para atender à cobertura dos tuberculosos — dos contaminados e das famílias, às vezes crianças, que vivem em espaços acanhados, no contacto com os pais — é indispensável reforçar as dotações do Instituto, tão urgentemente quanto possível.

Hoje os subsídios pagos com carácter mensal temporário somam perto de 7.000 contos e os mensais permanentes elevam-se a 3.720 — números redondos.

Já existem processos familiares no total de 266.425. A obra está, pois, em marcha. Torna-se por isso necessário completá-la.

### CONCLUSÕES

63. Os progressos na saúde e assistência são inegáveis e demonstrados pelos índices. Mas há ainda um longo caminho a andar, tanto nos meios rurais como citadinos.

Diversas instituições públicas e privadas procuram, na medida do possível, atalhar males que, embora inerentes à própria organização das sociedades humanas, podem e devem ser atenuados.

Estes pareceres já há muitos anos sugeriram a formação do Ministério da Saúde. Depois, periodicamente, insistiram pela sua criação. Outras entidades, algumas especializadas, como a Ordem dos Médicos, já deram a sua opinião, que coincide com a expressa nestes pareceres.

O Ministério da Saúde teria, entre outras, duas grandes vantagens. Uma bem importante, no aspecto assistencial, que é a de coordenação de esforços. Aparentou-se há bastante tempo a formação de pequenos compartimentos estanques, até em pequenas cidades, para tratar de problemas afins. O que isso representa de desperdício de aparelhagem médica já foi exposto na própria tribuna da Assembleia — além dos atritos próprios em meios pequenos.

A outra é o aspecto dos meios financeiros. O País não tem receitas que possam ser desperdiçadas, e quem ler a introdução deste parecer concluirá facilmente que é assim.

É preciso concentrar as verbas e aplicá-las com economia. Torna-se necessário fazer um esforço no sentido de aproveitar convenientemente os instrumentos da saúde — e no fundo tudo isso significa aproveitar ao máximo todos os meritórios esforços e dedicações.

Neste aspecto há um ponto importante ainda não resolvido e para o qual diversas vezes o parecer chamou a atenção.

Trata-se de zonas de protecção a centenas ou milhares de fontenários construídos nos últimos tempos. Não faz sentido que se não estabeleça uma zona de protecção em redor dos fontenários e nascentes, de modo a evitar a contaminação da água por uma infinidade de moscas, mosquitos e outros agentes prejudiciais à saúde. De contrário a obra já realizada perde muito do seu valor.

QUADRO VI

Designação	1941	1948	1949	1950	1951	1952
Estabelecimentos hospitalares. Lisboa, Coimbra e Caldas da Rainha. Porto (Misericórdia). Outros subsídios.	49.485	89.495	91.349	91.385	96.224	100.133
Maternidades: Lisboa e Porto . . . . .	4.080	—	—	—	—	—
Instituto Maternal e instituições desta modalidade de assistência . . . . .	—	11.494	13.000	13.400	13.650	15.890
Assistência a estudantes . . . . . Casa Pia e asilos. Subsídios a estudantes. Instituições de educação.	8.000	16.920	18.200	18.000	18.248	22.530
Assistência a crianças débeis . . . . . Diversas instituições Crianças anormais. . . . .	325	700	900	1.494	1.124	—
Assistência na invalidez. . . . . Luta contra a tuberculose . . . . .	3.343	7.100	7.355	7.355	7.355	7.760
Alienados . . . . . Luta anti-rábica. . . . .	13.500	26.850	36.000	39.000	39.945	43.910
Assistência a família . . . . . Assistência a leprosos . . . . .	3.000	17.200	19.000	18.700	19.676	20.150
Subsídios para a construção de novos hospitais . . . . .	54	60	80	80	80	(a)
Outras modalidades de assistência e encargos com o internamento em estabelecimentos adequados de tuberculosos e alienados pobres e indigentes . . . . .	—	19.957	20.299	18.300	16.933	25.847
Despesas gerais. . . . .	—	5.000	6.000	6.500	6.750	6.610
	—	1.800	1.800	2.136	2.300	2.800
	—	11.894	11.849	11.711	14.134	13.922
	490	1.938	2.315	2.455	2.446	2.741
<b>Total. . . . .</b>	<b>82.277</b>	<b>212.508</b>	<b>280.847</b>	<b>233.616</b>	<b>241.715</b>	<b>262.293</b>

(a) Passou a constituir encargo da Direcção-Geral de Saúde (outros organismos especiais de sanidade).

## ORGANISMOS CORPORATIVOS E DE PREVIDÊNCIA

225. Continua a desenvolver-se a receita dos organismos corporativos e de previdência. Incluem-se nesta designação os sindicatos nacionais, Casas do Povo, Casas dos Pescadores, Junta Central das Casas do Povo, Junta Central das Casas dos Pescadores, caixas sindicais de previdência e caixas de reforma ou de previdência.

Não incluindo as juntas centrais, as receitas elevaram-se, em 1952, a 1.344.000 contos, números redondos. As caixas de reforma ou previdência e as caixas sindicais de previdência são os organismos de maiores receitas — cerca de 1.244.000 contos naquele ano.

Os restantes 100.000 contos distribuem-se pelas outras instituições.

No quadro n.º 7 inscrevem-se as receitas e despesas de todos os organismos, e nota-se nele que, à parte as caixas, as Casas do Povo e os sindicatos nacionais são os que têm maiores receitas.

Verifica-se que as despesas são muito inferiores às receitas. Os saldos destinam-se, na sua quase totalidade, à constituição de reservas, sobretudo nas caixas sindicais e de previdência, e a diversos outros fins, como se notará adiante.

Quanto ao número de organismos que o quadro também indica, nota-se haver mais cinco sindicatos em actividade. O número de Casas do Povo manteve-se, por ter sido extinta uma durante o ano. Há igual número de Casas dos Pescadores e mais uma caixa de reforma ou previdência.

O distrito com mais Casas do Povo é o de Braga: 97 em actividade, num total de 100. Vêm a seguir Beja e Portalegre. Existem ao todo, em actividade, 579 Casas do Povo, com 248.880 sócios efectivos, 144.710 contribuintes, 1.652 protectores e 52 benfeitores.

### RECEITAS

226. As receitas dos diversos órgãos corporativos e de previdência, discriminadas com certa minúcia por origens, foram Quadro n.º 8:

QUADRO VII

Organismos	Receitas	Despesas	Número
Sindicatos nacionais . . . . .	38.024	35.226	313
Casas do Povo. . . . .	40.669	28.700	579
Junta Central das Casas do Povo (fundo) . . . . .	—	—	—
Casas dos Pescadores . . . . .	21.375	19.578	27
Junta Central das Casas dos Pescadores . . . . .	—	—	—
Caixas sindicais de previdência . . . . .	614.266	341.083	23
Caixas de reforma ou de previdência. . . . .	630.130	323.441	57
<b>Total . . . . .</b>	<b>1.344.464</b>	<b>748.028</b>	
Serviços Médico-Sociais — Federação de Caixas de Previdéncia. . . . .	85.016	78.663	

Nas caixas sindicais e de reforma as receitas foram essencialmente de sócios beneficiários, quotizações e constituintes. Começam, porém, já a tomar vulto importante os rendimentos próprios. O aumento de receita nesta rubrica há-de ser muito grande, dado o volume de capitais desviados anualmente para a inversão em diversos fins de rendimento, como prédios, títulos do Estado e de várias empresas, casas económicas e outros.

### DESPESAS

227. As despesas mais importantes referem-se à assistência médica, subsídios e pensões, mas as respeitantes a pessoal e administração, inscritas abaixo na primeira coluna, têm também volume grande.

No quadro n.º 9 enumeram-se, em síntese, as despesas dos diversos organismos:

Nas caixas sindicais o abono de família é a despesa mais avultada — 167.129 contos — seguida pela participação dos organismos nos serviços médico-sociais — 48.230 contos.

Vêm depois os subsídios e a administração, atingindo esta última 39.275 contos.

Nas caixas de reforma ou de previdência, com despesas totais de 323.441 contos, as pensões de invalidez, reforma por velhice e de sobrevivência somam 77.432 contos. Os subsídios, que incluem o abono de família, com 108.606 contos, elevaram-se a 134.778 contos.

A simples enunciação das receitas e despesas indica a importância financeira das caixas de reforma e a sua possível influência nos investimentos nacionais.

As receitas das caixas constituem, em grande parte, poupança forçada. Pode ser um meio eficaz de desenvolvimento económico para fins sociais.

### FUNDOS E SUA APLICAÇÃO

228. Um dos grandes problemas financeiros nos próximos anos há-de ser o que diz respeito à gradual acumulação dos fundos das caixas de previdência — as sindicais e as de reforma e previdência.

Uma e outras já possuem uma carteira de fundos considerável, que cresce todos os anos e que já exerce acção no mercado dos capitais.

O total destes e de outras receitas suavia, em 31 de Dezembro de 1952, a 3.669.000 contos — soma respeitável para o acanhado meio de disponibilidades nacionais.

Os fundos constituem reservas matemáticas, provisório de reservas matemáticas, reserva e outros.

Nos números que seguem indicam-se os diversos fundos Quadro n.º 10:

Desta massa de fundos encontrava-se investida parte importante.

229. Nas caixas sindicais de previ-

QUADRO VIII

Organismos	Sócios beneficiários ou quotizações	Contribuintes	Rendimentos próprios, juros, rendas, etc.	Legados ou subsídios	Diversos Bens patrimoniais ou actividades	Outras	Total
Sindicatos nacionais	26.510	6.574	470	—	—	4.470	38.024
Casas do Povo . . . . .	20.474	—	—	6.448	1.152	12.595	40.669
Casas dos Pescadores . . . . .	3.870	8.526	—	843	7.501	635	21.375
Caixas sindicais de previdência . . . . .	142.560	397.263	48.785	—	—	25.658	614.266
Caixas de reforma ou de previdência. . . . .	145.902	337.114	55.045	—	—	92.069	630.130

QUADRO IX

Designação	Pessoal e administração	Material e serviços	Educação e cultura	Previdência e assistência	Assistência médica	Subsídios	Pensões	Outras	Total
Sindicatos nacionais. . .	15.891	5.413	3.106	5.219	—	—	—	5.597	35.226
Casas do Povo . . .	4.404	4.670	1.055	15.794	—	—	—	2.777	28.700
Casas dos Pescadores.	2.801	5.678	676	9.062	—	1.059	—	302	19.578
Caixas sindicais de previdência. . . .	39.275	—	—	17.951	74.308	203.225	472	5.852	341.083
Caixas de reforma ou de previdência . .	26.840	—	—	10.982	55.993	134.778	77.432	17.416	323.441

QUADRO X

Designação	Reservas matemáticas	Provisório de reservas matemáticas	Reserva	Outros	Total
Caixas sindicais de previdência . . . .	491.443	1.229.935	16.109	61.456	1.798.943
Caixas de previdência ou de reforma. . . . .	914.421	555.920	219.082	181.329	1.870.752
	1.405.864	1.785.855	235.191	242.785	3.669.695

dência os valores tinham em 1952 a aplicação seguinte:

	Contos
Imóveis . . . . .	381.843
Títulos . . . . .	914.515
Depositados . . . . .	346.155
Outros . . . . .	147.696

1.790.209

A maior parte dos fundos — mais de metade — encontrava-se investida em títulos do Estado e de empresas particulares. As caixas de previdência têm hoje uma posição importante no capital accionista e obrigacionista das empresas hidroeléctricas e doutras.

230. Nas caixas de reforma ou de previdência os valores dos fundos aplicados em diversos objectivos ou fins já atingiram em 31 de Dezembro de 1952 perto de 2 milhões de contos, discriminados como se mostra no Quadro n.º 11:

QUADRO XI

Designação	1951 Contos	1952 Contos
Imóveis . . . .	360.157	380.521
Títulos . . . .	707.809	899.082
Valores depositados . . . .	515.610	605.733
Outros . . . .	55.437	89.231
<b>Total . . . .</b>	<b>1.639.013</b>	<b>1.974.567</b>

Neste caso, como acima se nota, o maior valor no emprego de fundos concentra-se em títulos, com cerca de 900.000 contos. Os valores depositados atingiam mais

de 600.000 contos. O problema dos fundos das caixas de previdência é bastante delicado, pela sua acção no mercado monetário. Os anos não-de continuar a avolumá-los e a sua influência continuará a ser cada vez maior.

Conviria talvez fazer um estudo minucioso do assunto.

## SERVIÇOS MÉDICO - SOCIAIS

231. As receitas destes serviços foram de 85.000 contos — números redondos. Quase tudo representa adiantamentos das caixas federadas, como se nota a seguir:

	Contos
Adiantamentos das caixas federa- das . . . . .	82.482
Outras receitas . . . . .	2.534
	85.016

A despesa tem decrescido nos últimos anos, arredondando-se em 78.763 contos. A maior parte da despesa, como aliás era de esperar, serve para custear a acção médico-social. O resto constitui despesa de administração, como se verifica nos números seguintes:

Acção médico-social:	Contos
Pessoal médico . . . . .	20.757
Pessoal de enfermagem e auxiliar . . . . .	11.211
Pessoal administrativo e outro . . . . .	6.845
Material e encargos . . . . .	4.647
Medicamentos . . . . .	15.894
Análises clínicas . . . . .	2.702
Exames radiológicos . . . . .	5.375
Agentes físicos . . . . .	1.773
Material de penso . . . . .	1.389
<b>Total . . . . .</b>	<b>70.593</b>

## Administração:

Pessoal . . . . .	6.699
Material . . . . .	298
Encargos . . . . .	720
Outras . . . . .	453
<b>Total . . . . .</b>	<b>8.170</b>
<b>Total geral . . . . .</b>	<b>78.763</b>

## Instituto de Medicina Tropical

A convite da direcção do Instituto de Medicina Tropical, o Dr. Arnold Galdon, assistente da secção de Malariologia do Ministério da Saúde e Assistência Social da Venezuela, proferiu, no dia 26 de Abril do corrente ano, no referido estabelecimento de ensino superior, uma conferência sobre a extinção da malária no Nordeste daquele país.

No dia 27, no mesmo local, o Prof. Louis van der Berghe, director do Instituto Científico da África Central, realizou também uma conferência, na qual tratou da «Concepção actual sobre Kwashiorkor no Congo Belga». O conferencista, falando da sintomatologia daquela enfermidade, insistiu nos elementos que considera indispensáveis para o seu diagnóstico, e afirmou que a mesma chega, em algumas regiões, a atingir mais de 50 por cento das crianças com menos de três anos de idade. Por último, o Prof. van der Berghe pôs em evidência a situação actual da doença no conceito geral das afecções carenciais.

\*

No dia 10 de Maio findo, no mesmo Instituto, o Prof. Enrico Greppi, da Universidade de Florença, proferiu uma conferência, na qual versou o tema «Síndrome de Banti», tratando das últimas concepções da etiologia e fisiopatologia daquela doença e referindo as novas ideias sobre a terapêutica médica e alguns aspectos da sua evolução.

O Prof. Greppi voltou a falar, no mesmo local, no dia 12, desta vez sobre «As Plétoras Poliglobulicas Hipertónicas». O conferencista iniciou o seu trabalho pela classificação das poliglobulias, falando depois, largamente, sobre a sua etiologia e fisiopatologia e restantes progressos do seu tratamento.

## Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa

Reuniu no dia 25 do pretérito mês, sob a presidência do Prof. Xavier Morato, a Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, que aprovou os novos estatutos, merecendo especial atenção o artigo referente ao agrupamento de sócios em secções especializadas, cuja orgânica é estabelecida.



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

HAMBURGO

# VALODIGAN

“TOSSE”

Tonificação do coração em doses de digitalis extremamente pequenas e sossego simultâneo do doente.

Eficácia óptima e de compatibilidade excelente.

REPRESENTANTE GERAL: SALGADO LENCART

Rua de Santo António, 203 — PORTO

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

## DOCTORAMENTOS EM MEDICINA

No dia 9 de Abril último, terminaram as provas de doutoramento em Medicina os Drs. Cortês Pimentel e Félix Machado.

O primeiro doutorando a prestar provas, na véspera, fora o Dr. Félix Machado, cuja dissertação, intitulada «Eclampsismo — Alguns aspectos sobre a sua patogenia e terapêutica», foi argumentada pelos Profs. Novais e Sousa e Morais Frias, que elogiaram o trabalho apresentado, sem se dispensarem de o criticar e de lhe notarem lacunas, que o candidato esclareceu completamente.

Em seguida, começou a prestar provas o Dr. Cortês Pimentel, que defendeu a sua dissertação sobre «Tumores das bainhas dos nervos periféricos», respondendo perfeitamente à vontade à argumentação dos Profs. Ernesto de Morais e Correia de Oliveira, que iniciaram as suas críticas com franco elogio do trabalho do candidato.

No último dia de provas, estas iniciaram-se pela mesma ordem, tendo o Dr. Félix Machado feito a defesa da sua tese. Fizeram a sua argumentação os Profs. Freitas Simões e Lopes de Andrade, que puseram algumas permissas, prontamente esclarecidas pelo candidato.

Chamado, por sua vez, o Dr. Cortês Pimentel, a sua tese foi discutida pelos Profs. Castro Freire e Jorge Horta, aos quais o candidato respondeu por forma a desfazer as dúvidas postas.

O júri, presidido pelo Prof. José Gabriel Pinto Coelho e do qual faziam parte quase todos os catedráticos da Faculdade de Medicina de Lisboa, Profs. Toscano Rico, Lopes de Andrade, Celestino da Costa, Virgílio de Morais, Joaquim Fontes, Jorge Horta, Vítor Fontes, Cândido de Oliveira, Castro Freire, Adelino Padesca, Barahona Fernandes e Freitas Simões, bem como os catedráticos de Coimbra e do Porto, respectivamente, Profs. Novais e Sousa e Morais Frias, quanto ao doutorando Félix Machado e Correia de Oliveira, de Coimbra, e Ernesto de Morais, do Porto, para o Dr. Cortês Pimentel, reuniu-se a seguir a cada uma das provas, resolvendo aprovar os candidatos, o Dr. Cortês Pimentel com 19 valores e o Dr. Félix Machado com 17.

\*

No dia 26, na «Aula Máxima» do Hospital-Faculdade, como as anteriores, terminaram as provas de doutoramento, também em Medicina, do Dr. Sérgio de Carvalho, que, na véspera, dia da primeira prova, apresentara uma dissertação intitulada «Estudos sobre a Hemoglobínogénese no Eritroblasto», trabalho que foi argumentado pelos Profs. Tavares de Sousa e Celestino da Costa, aos quais o candidato respondeu com perfeito à-vontade.

O último dia de provas foi dedicado à discussão das teses postas pelo doutorando na sua dissertação, que foi feita

pelos Profs. Cândido de Oliveira e Mário Moreira, aos quais o Dr. Sérgio de Carvalho respondeu, esclarecendo as permissas postas pelos arguentes.

O júri, a que presidiu o Prof. José Gabriel Pinto Coelho, e de que faziam parte os Profs. Tavares de Sousa, Hernâni Monteiro, Sousa Pereira, Toscano Rico, Barahona Fernandes, Cândido de Oliveira, Mário Moreira, Jorge Horta, Joaquim Fontes, Freitas Simões, Celestino da Costa, Castro Freire, Lopes de Andrade, Adelino Padesca e Virgílio de Morais, o primeiro de Coimbra, o segundo e o terceiro do Porto e os restantes de Lisboa, reunido após o encerra-

mento das provas, resolveu aprovar o candidato com 16 valores.

### OS NOVOS DOUTORES

O Dr. José Manuel de Vasconcelos Pequito Cortês Pimentel, concluiu a formatura em Lisboa, em 1947, e concorreu, depois, ao internato dos H. C. L. que completou com boas informações. Desde 1949 que é assistente da Cadeira de Anatomia Patológica e Patologia Geral, e, em Outubro do ano passado, foi encarregado de reger o curso de Anatomia Patológica Especial, funções que desempenha juntamente com as de assis-

**NA ARTERIOSCLEROSE, HIPERTENSÃO ARTERIAL,  
REUMATISMO ARTICULAR, ETC.**

**I O D O P<sub>2</sub>**  
 AMPOLAS—GOTAS

ASSOCIAÇÃO DE IODO ORGÂNICO  
 COM SOLU P<sub>2</sub>

**PREVENÇÃO DOS ACIDENTES  
 HEMORRÁGICOS. MELHOR  
 TOLERÂNCIA DO IODO**

**LABORATÓRIOS "CELSUS"**

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

# A V I D A M É D I C A

## EFEMÉRIDES

### Portugal

(De 13 a 20 de Junho)

**Dia 13** — Os terceiranistas de Medicina do Porto visitam o Instituto Vacino Portuense, onde assistem à preparação da vacina antivariólica. Acompanha-os o Dr. Amândio Sampaio Tavares, assistente de Patologia Geral, sendo recebidos pelo director, Dr. Jaime Rodrigues.

**14** — O Ministro das Obras Públicas concorda que a Misericórdia de Guimarães abra concurso para a construção de uma lavanderia para o seu Hospital.

— O Dr. Lúcio Pais de Abranches, ofereceu à Biblioteca da Universidade de Coimbra elementos históricos relativos ao I Congresso da Tuberculose, realizado naquela cidade em 1895.

— O Subsecretário da Educação Nacional, Dr. Veiga de Macedo, recebe, em Lisboa, a VI Missão do Cinema de Educação Sanitária. O Dr. Sousa Pedro, chefe da missão, informa aquele membro do Governo da forma como decorreu a viagem e dos resultados alcançados. Em pouco mais de um mês, a missão percorreu os distritos de Castelo Branco e Guarda, tendo realizado 33 sessões de cinema em aldeias onde se verificou ser mais necessário fazer uma intensa acção.

**15** — Os Drs. Abel Tavares e Mendonça e Moura proferem palestras integradas, na rubrica «Tutela médica da família», que tem sido motivo de várias reuniões científicas promovidas pelo sector médico da Acção Católica do Porto.

**18** — Em Lisboa, no Hospital de S. José, funciona o júri de exames de Gastroenterologia, para habilitação ao título de especialista. São aprovados os dois candidatos, Dr. Castro Amaro e Oliveira Dessa. Preside o Dr. Amândio Pinto e examinaram o Prof. Xavier Mourato, Drs. Waldemar Pacheco e Baptista de Sousa.

— No Porto, no Hospital de Santo António, realiza-se a sexta de uma série de reuniões científicas promovidas pelo Serviço de Urgência do mesmo Hospital.

Nesta reunião é versado o tema «Ostitomielite aguda», pelo Dr. Azevedo de Oli-

tente livre do Prosectorado do Hospital de Santa Marta e do serviço de Anatomia Patológica do Hospital do Ultramar.

O Dr. Francisco Ervedosa Félix Machado formou-se na Faculdade de Medicina de Lisboa, em 1936. Fez todo o internato dos H. C. L., com boas informações, e, desde 1945, que é 2.º assistente da Cadeira de Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Lisboa, tendo exercido, também, as funções de professor da Escola de Enfermagem Artur Ravara e do antigo Curso de Parteiras. Possui os cursos de Medicina sanitária e de perito orientador do Instituto de Orientação Profissional.

O Dr. Sérgio Marques de Carvalho, tem 30 anos. Formado pelo Faculdade de Medicina de Lisboa, com 19 valores, tem-se dedicado à investigação, trabalhando no Instituto Rocha Cabral e como assistente do Prof. Celestino da Costa, médico analista dos H. C. L., grande parte dos seus trabalhos respeitam ao estudo das doenças do sangue, tendo estagiado, por convite, em laboratórios do Rio de Janeiro e de Estocolmo.

veira, 2.º assistente de Cirurgia do referido estabelecimento.

**19** — Parte para Londres o Prof. João Cid dos Santos, onde vai reger um curso sobre cirurgia vascular, sob os auspícios da Sociedade Real dos Cirurgiões Britânicos, de que foi nomeado membro.

— Regressa a Coimbra o Prof. Tavares de Sousa, que esteve em missão de estudo no estrangeiro, com o fim de apetrechar os Hospitais da Universidade de Coimbra.

— O Ministro das Obras Públicas, concede, pelo Fundo do Desemprego, à Câmara Municipal do Porto, a comparticipação de trezentos contos para construção da via de acesso ao Hospital Escolar daquela cidade.

— Em Braga, realiza-se na Sala dos Benfeitores do Hospital de S. Marcos uma sessão de cinema com filmes médico-cirúrgicos, promovida pelo Instituto Pasteur de Lisboa, de grande interesse para a classe médica.

**20** — Em Coimbra, realiza-se a II Reunião Nacional da Enfermagem Portuguesa, que reúne algumas centenas de enfermeiros de todo o País. São várias as comemorações, havendo uma sessão de boas-vindas a que preside o Governador Civil, coronel Nogueira Pestana, e com a presença das autoridades civis e militares.

A noite o Prof. João Porto, director dos Hospitais da Universidade e director da Escola de Enfermagem Dr. Angelo da Fonseca, profere uma conferência com o tema de «A enfermeira militante da saúde e colaboradora do médico», que é muito aplaudida. Falam depois outros oradores.

— No Porto, comemora-se o «Dia do Patrono», no Hospital de Santo António. Celebra missa na Cerca do Hospital o Prelado, D. António Ferreira Gomes e assistem as principais autoridades do distrito, mesários, médicos e principalmente doentes.

Na sessão solene que se realiza depois, discursam o Provedor, Prof. Luís de Pina, e o mesário eng.º Guedes Cardoso. Também discursam a sr.ª D. Ana de Figueiredo, sobre a Cruzada do Sangue e o Rev. Evaristo de Vasconcelos, sobre Santo António.

Visitam-se depois os melhoramentos introduzidos no hospital: instalações para o corpo clínico dos Serviços de Urgência, o Serviço de Electrocardiografia, salas da Escola de Enfermagem, etc.

— O Ministro do Interior, visita o Hospital de Crianças de D. Maria Pia. Ai o Dr. Trigo de Negreiros é alvo de uma carinhosa homenagem, tendo sido descerrado o seu retrato. O Prof. Almeida Garrett, director clínico, elogia a actividade assistencial tutelada pelo Ministro e por ele impulsionada notavelmente. Inaugura-se depois a sala de Operações «Dr. Trigo de Negreiros» e os departamentos anexos, da mais cuidada organização.

## AGENDA

### Portugal

#### Concursos

Estão abertos:

Para um lugar de médico-cirurgião do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da província de S. Tomé e Príncipe.

— Para provimento do cargo de médico municipal do 2.º partido com sede na freguesia de Couço (Coruche).

O curso de férias da Faculdade de Medicina de Coimbra, inaugura-se no próximo dia 25, pelas 10 horas, no Salão Nobre dos Hospitais da Universidade.

Presidirá o reitor da Universidade, Prof.

Maximino Correia e a oração inaugural será proferida pelo Prof. Rocha Brito, que falará sobre «A tragédia do cancro gástrico. Problema médico-social».

### Estrangeiro

Em Dublin, Irlanda, de 30 de Junho a 4 de Julho, realiza-se o Congresso Internacional dos Médicos Católicos.

— Em Santiago de Compostela realiza-se, de 4 a 8 de Julho, o IX Congresso Espanhol de Pediatria.

— Em Edinburgo, reúne a Sociedade Europeia de Cirurgia Cardio-vascular, em 9 e 10 de Julho.

— Na Suíça, em Basileia, de 20 a 24 de Julho, realizam-se os Dias internacionais sobre trombose e embolia; em Zurique, o Congresso internacional de Psicoterapia, de 21 a 24 de Julho; em Genebra, o Congresso internacional de Ginecologia e Obstetrícia, dias 26 a 31 de Julho.

— Em Toronto, de 12 a 14 de Agosto, reúne o Congresso Internacional de Psicoterapia de Grupo. Na mesma cidade e ocasião reúne o Congresso Internacional de Psiquiatria da Infância.

## NOTICIARIO OFICIAL

### Diário do Governo

(De 8 a 15/VI/1954)

8/VI

Dr. Carlos Filipe de Aguiar Manso, interno do internato complementar dos serviços gerais de clínica médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa — exonerado a seu pedido.

— Dr. Luciano José de Carvalho foi classificado em mérito relativo no concurso para interno graduado da especialidade de pediatria cirúrgica dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

12/VI

Dr. António Roque, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Angola — nomeado definitivamente.

15/VI

Dr. Joaquim Luís Malfeito Monteiro, licenciado em medicina e cirurgia — contratado para o lugar de médico do Comando Distrital da Polícia de Segurança Pública de Santarém.

— Dr. Mário Martins de Castro, interno do internato intermédio dos Hospitais Cívicos de Lisboa — exonerado, a seu pedido.

— Foram classificados os seguintes candidatos no concurso para internos graduados de radiologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa: 1.º Dr. Max Figueira Schreck; 2.º Dr. Eugénio Costa Fernandes Cruz; 3.º Dr. Francisco de Oliveira Mendes da Silva.

## PEQUENOS ANÚNCIOS

**Consultório Médico no Porto.**  
Oferece-se sala em local central.  
Falar telefone 52.537.

# O MÉDICO

SEMANARIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.ª assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bossa (chefe da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA  
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroudé, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Morais, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Brigadeiro Pinto da Rocha (Dir. Geral de Saúde do Exército), Alexandre 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 Antituberculosa do Dispen. 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

## INJECTÁVEL

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

EQUIVALENTE A

PENICILINA . . . . . 300 000 U. I.  
BISMUTO . . . . . 0,09 gr.

Por ampola de 3 c. c.

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

## SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

# BISMUCILINA INFANTIL

## SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

