

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 143
27 de Maio de 1954

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

NOVO!

COBENAL

AZEVEDOS

FOSFATO DE ADENINA + ANEURINA ACTIVADA* + VITAMINA B₁₂

* Aneurina activada pelo ião-pirofosfórico, em meio adenosino-fosfórico glicosado

INDICAÇÕES

Adinamia neuro-muscular e cardíaca • Convalescenças • Astenia consecutiva ao uso de antibióticos • Neurastenia, nervosidade, instabilidade psíquica • Estados de desnutrição • Deficiências de crescimento e desenvolvimento das crianças e lactentes • Anorexia e astenia dos velhos e crianças • Dermatoses seborreicas • Neurodermites e certos eczemas • Dermatites de contacto • Urticária crónica • Lupus • Zona • Esclerose em placas • Nevrites • Nevralgias do trigémio • Polinevrites diversas • Osteoartrite e osteoporose • Hemicrania • Hepatopatias • Perturbações da gravidez: vómitos, hiperestésias, etc.

APRESENTAÇÃO

Injectável:

- NORMAL 5x2,2
- FORTE 3x3,3
- FORTÍSSIMO 3x3,3

Oral:

- XAROPE — Frascos de 100 cm³ para uso oral.

LITERATURA DETALHADA E AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DOS EX.MOS CLÍNICOS

LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

SUMÁRIO

	Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
AIRES DUARTE — <i>Um novo sistema cromosómico: a «sensibilidade gustativa» para a F. T. C.</i>	433	<i>A defesa mundial da saúde e a sua repercussão sobre a economia</i> — MÁRIO LAGE	377
FAUSTO CRUZ DE CAMPOS — <i>Estigmas da Insuficiência Alimentar</i> ...	436	<i>Ecoss e Comentários</i>	384
MOVIMENTO MÉDICO — <i>RESUMOS DA IMPRENSA MÊ-</i> <i>DICA</i>	450	<i>Os poetas e a tuberculose</i> — JOSÉ CRESPO	386
		<i>Ainda o Hospital Escolar de Lisboa</i> — <i>Novos discursos dos Drs.</i> <i>Santos Bessa e Cid dos Santos</i>	390
		<i>X Congresso da Sociedade Latina de Otorrinolaringologia</i>	393
		<i>Noticiário diverso</i>	

PARA A ANEMIA PROVOCADA POR CARÊNCIA DE FERRO, O

COFRON ELIXIR

(MARCA REGISTRADA)

*Foi recentemente aperfeiçoado
pela adição de mais ferro e de Vitamina B₁₂*

Para os doentes que sofram de anemia provocada por carência de ferro, está especialmente indicado o COFRON Elixir — a recente alteração feita à fórmula deste produto, torna-o consideravelmente superior pelo fornecimento de uma dose mais elevada de ferro e pela adição de Vitamina B₁₂.

É especialmente eficaz nos casos em que a carência de ferro é o factor principal da anemia idiopática, anemia nutricional infantil, certas anemias da gravidez e também por anemias causadas por hemorragias agudas provocadas por ferimentos.

Para a recuperação eficaz da hemoglobina, a dose diária para adultos da nova fórmula do COFRON Elixir, fornece uma quantidade terapêutica de 200 mg. de ferro. A recente adição da Vitamina B₁₂ é um factor potente para o melhoramento deste produto ABBOTT.

O COFRON Elixir, é um tónico eficaz e estimulante do apetite, de paladar agradável tanto para as crianças como para os adultos. A dose diária, em média, indicada para as crianças é de duas colheres das de chá, ou mais; para os adultos, duas colheres das de sopa.

Cada duas colheres das de sopa contêm:

Extracto de fígado (Fracção solúvel em álcool)	2 g.
Sulfato de cobre (Cu. 2,66 mg.) 10,8 mg.
Citrato de ferro amoniacal (Fe. 200 mg.) 1,15 g.
Vitamina B ₁₂ 6 mcg.

A venda em frascos de 120 c.c.



Cofron
REG.
Elixir

ABBOTT LABORATÓRIOS, LDA.

RUA JOAQUIM ANTÓNIO DE AGUIAR, 43-r/c

PORTUGAL

LISBOA



Um novo sistema cromosómico: A “sensibilidade gustativa” para a F.T.C.

AIRES DUARTE

Sob este título, Almerindo Lessa, Mortó Dessai e Vasconcelos Frazão publicaram recentemente (1) os resultados da sua investigação sobre a sensibilidade gustativa dos portugueses à fenil-tio-carbamida (FTC), suas eventuais relações com os grupos e tipos sanguíneos e com determinados estados patológicos e, finalmente, as possíveis consequências terapêuticas a aproveitar em certas doenças, como as leucemias.

Nessa monografia, sucinta mas muito completa, merecem especial atenção as páginas consagradas à anatómico-fisiologia da sensibilidade gustativa, as quais, já de si ricas de noções, se tornam ainda mais atraentes mercê duma bela iconografia.

Confessam os AA. a sua surpresa perante a baixa percentagem de indivíduos negativos (10%), baixa manifesta em relação aos valores encontrados no estrangeiro (30% em americanos e ingleses), e ainda mais de notar porque, no sexo feminino, não vai além de metade da do masculino. E consideram este um problema que tem de ser estudado.

Trazendo a público os resultados da nossa própria investigação no mesmo campo, não temos a veleidade de vir esclarecer as dúvidas daqueles AA. Bem ao contrário, só podemos aumentar a sua perplexidade, pois os números a que chegámos discordam simultaneamente dos averiguados no estrangeiro e em Lisboa. Julgamos, porém, que na fase actual dos estudos sobre a FTC a nossa modesta contribuição pode ser útil como subsídio casuístico para trabalhos ulteriores e, nessa convicção, aqui a deixamos.

OBJECTIVOS E PLANO DESTE TRABALHO

A FTC é um derivado da ureia, hidrossolúvel a frio na proporção aproximada de 1:400, que se apresenta sob a forma dum pó cristalino, branco, e cujo paladar é francamente amargo para uns ao passo que destituído de sabor para outros. A sensação gustativa que ela provoca nas diferentes pessoas parece ser um carácter individual transmitido hereditariamente segundo as leis de Mendel, mediante dois genes, um dominante, determinando o carácter positivo, e outro recessivo, responsável da negatividade. O fenótipo só seria negativo quando homozigoto.

Aceitando estas asserções (que, aliás, não explicam inteiramente todos os casos encontrados) importa averiguar a distribuição dos respectivos fenótipos na população portuguesa, já nos indivíduos, já nas famílias.

Dada a facilidade de evidenciar outros caracteres individuais como sejam os grupos e tipos sanguíneos (sistemas ABO e Rh) é-se tentado a buscar uma relação possível entre uns e outros.

Para este efeito estudaram-se 270 habitantes do concelho de Barcelos, sendo 175 homens e 95 mulheres. Na determinação do grupo sanguíneo utilizaram-se os soros A, B e O. A tipificação fez-se por meio do soro anti-D. Finalmente, a sensibilidade gustativa à FTC foi pesquisada depondo alguns cristais da droga na ponta da língua

do paciente e recomendando-lhe a boa ensalivação dos mesmos.

A valorização das sensações assim provocadas fez-se mediante uma escala de cinco graus a saber:

<i>Positivos</i>	++++	sensação amarga muito intensa e precoce ou duradoira, chegando por vezes à náusea ou vômito;
	+++	sensação de amargo forte, mas suportável, a que poderia chamar-se normal por ser a mais frequente;
	++	sensação nítida de amargo, pouco persistente;
	+	sensação mínima, «liminar», de amargo ou de ácido, mesmo quando tardia (até 15 minutos depois);
<i>Negativos</i>	—	ausência absoluta de sensação sávida de qualquer espécie (com repetição da prova em todos estes casos).

É evidente que este critério envolve diversas causas de erro. Umas de ordem subjectiva (percepção sensorial e sua descrição pelo doente primeiro e, depois, a interpretação que lhe dá o experimentador ao anotar os resultados), e outras objectivas, como o facto paradoxal apontado por Blakeslee de alguns indivíduos negativos aos cristais serem sensíveis a diluições concentradas de FTC.

À primeira vista, a classificação da sensibilidade gustativa em graus liminares correspondentes a diluições diferentes, é mais exacta. Mas nela subsiste ainda o factor subjectivo do paciente, não falando já da possibilidade de mistificação. Por outro lado, a experimentação sucessiva de solutos de concentração decrescente não pode merecer muita confiança porque o limiar de sensação varia (em regra sobe) com excitações repetidas, o que falseia os resultados. E se se empregam os solutos por ordem crescente, as sensações tardias devidas a um podem surgir só após a aplicação do seguinte, o que igualmente induz em erro. Seria então necessário ensaiar os diferentes solutos com intervalos de horas, e isso complicaria muito a prova.

Assim, pois, o critério por nós adoptado, sem ser rigoroso, parece-nos suficiente para a primeira fase da investigação. Apenas tivemos o cuidado suplementar de repetir todas as provas negativas e, em dias diferentes, as de resposta duvidosa.

RESULTADOS OBTIDOS

Sexos	FTC +	FTC —	Total
♂	153 (87,4 %)	23 (12,5 %)	175
	71 (74,7 %)	24 (25,6 %)	95
	224 (82,9 %)	46 (17,0 %)	270

As percentagens globais deste quadro afastam-se manifestamente das de Lisboa (90,4% de FTC + 9,6% de FTC —). E o desvio acentua-se ainda mais se atender-

(1) Boletim Clínico dos Hospitais Cívicos de Lisboa, Vol. 17,

mos à distribuição por sexos. Assim, enquanto em Lisboa se encontram 3,9-5,3 % no sexo feminino, a nossa experiência revela uma percentagem em mulheres dupla da de homens.

Que a desigual distribuição do carácter negativo nos dois sexos não é exclusiva de Barcelos, prova-o uma estatística de W. e L. Boyd publicada no referido trabalho. Por ela se vê que há, na maioria das raças examinadas, predominio do carácter negativo no sexo masculino. Entre os povos em que se verifica o contrário, contam-se os bascos, de passado antropológico idêntico ao do Minho.

Já as diferenças porcentuais entre Barcelos e Lisboa, descontadas as causas de erro mencionadas, poderão ser aceites como factos, cuja explicação deve ser pedida à história e à antropologia.

Mesmo sem recorrer a essas ciências, não será exagero afirmar que as duas populações que serviram de base aos dois estudos apresentam características muito diversas: enquanto à capital afloram constantemente pessoas de todo o país e do estrangeiro, que ali se fixam e geram descendência, a população de Barcelos é bastante estável sob o ponto de vista dos elementos étnicos que a compõem. Muito mais propensa a emigrações do que a imigrações volumosas, sofre, quando muito, cruzamentos com núcleos populacionais vizinhos os quais, por sua vez, se conservam bastante fechados sobre si próprios. Isso é especialmente verdade no que respeita às gentes do litoral do norte, a que se atribui origem fenícia. Nestas condições, o «intercâmbio cromosómico» será muito limitado, mas não esqueçamos que data de há muitos séculos.

Por outro lado, *si vera est fama*, ter-se-iam acolhido a Barcelos centenas ou milhares de judeus sob a égide da Casa de Bragança. Perseguidos noutras partes do reino, aqui se fixaram e incorporaram à cepa da *gens barcelense*.

Estas duas seriam as mais importantes influências na modificação de tipos étnicos, que Barcelos sofreu nos últimos dez séculos. Ao passo que em Lisboa, durante o mesmo período, os «enxertos» de elementos estranhos ao tipo pre-existente devem ter sido mais variados e mais volumosos.

Admitidas a relativa fixidez do tipo étnico de Barcelos durante a nossa existência como nação, e as causas poderosas e constantes de adulteração, pela mistura dos mais variados tipos, próprias das grandes cidades como Lisboa, fica ainda uma pergunta: que semelhanças ou diferenças entre as populações dessas duas zonas anteriormente à nacionalidade?

Compete à história, à sociologia, à antropologia, dar a resposta exacta e elucidativa. Por isso, o esclarecimento da questão não está ao nosso alcance. Todavia não deixaremos de lembrar que, como é do conhecimento geral, os diferentes povos que ocuparam a península nos séculos mais chegados à fundação de Portugal se fixaram predominantemente uns ao norte e outros ao sul. O único caso de ocupação total da península com duração apreciável foi o do Império Romano. Mas a sua unidade era política e administrativa, isto é: de organização; no mais, mantiveram-se todas as diferenças étnicas que distinguiram as diversas raças de que provinham os habitantes destas regiões.

Como antecessores mais próximos, tivemos ao norte os suevos e os alanos ao sul. Possível que já entre eles houvesse diferenças biológicas da ordem das que nos ocupam. Em qualquer caso, mesmo partindo dum património cromosómico-comum, a evolução ulterior das duas zonas, proporcionando a uma condições de fixidez e a outra factores de cruzamento e variabilidade, pode muito provavelmente ter aberto o caminho à divergência de caracteres que agora se regista.

Esperemos que estas e outras determinações se façam em diversos pontos do país, e então se verá se a explicação agora proposta pode justificar as primeiras variações anotadas.

RELAÇÕES ENTRE O CARÁCTER FTC E OS SISTEMAS ABO E Rh

Os 270 indivíduos examinados distribuem-se, quanto a esses três caracteres, e ao sexo, da forma seguinte:

Sangue e FTC	♂	♀	Total	Sangue e FTC	♂	♀	Total
AD +	63	27	90	ABD +	4	4	8
AD -	9	8	17	ABD -	1	0	1
Ad +	5	7	12	ABd +	0	0	0
Ad -	4	3	7	ABd -	0	1	1
BD +	9	5	14	OD +	66	26	92
BD -	1	2	3	OD -	5	7	12
Bd +	2	1	3	Od +	4	1	5
Bd -	0	0	0	Od -	2	3	5

Deste quadro geral podem extrair-se dois outros em que melhor se apreciam as relações entre FTC e sistema ABO, e entre FTC e sistema Rh. Antes, porém, vejamos as frequências achadas para os dois sistemas de factores sanguíneos:

SISTEMA ABO

Grupos	♂	♀	Total
A	81 (46,3 %)	45 (47,3 %)	126 (46,6 %)
B	12 (6,8 %)	8 (8,4 %)	20 (7,4 %)
AB	5 (2,8 %)	5 (5,2 %)	10 (3,7 %)
O	77 (44,0 %)	37 (38,9 %)	114 (42,2 %)
	175	95	270

SISTEMA Rh

Tipos	♂	♀	Total
D	158 (90,3 %)	79 (83,1 %)	237 (87,7 %)
d	17 (9,7 %)	16 (16,8 %)	33 (12,2 %)
	175	95	270

RELAÇÕES ENTRE FTC E ABO

Grupo	FTC +	FTC -	Total
A	102 (80,9 %)	24 (19,1 %)	126
B	17 (85,0 %)	3 (15,0 %)	20
AB	8 (80,0 %)	2 (20,0 %)	10
O	97 (85,0 %)	17 (15,0 %)	114
	224	46	270

RELAÇÕES ENTRE FTC E Rh

Tipo	FTC +	FTC -	Total
D	204 (86,0 %)	33 (13,9 %)	237
d	20 (60,6 %)	13 (39,3 %)	33
	224	46	270

Do exame destes quadros ressalta que a percentagem de FTC — é um pouco maior nos grupos que têm o factor A, embora o número de casos examinado seja demasiadamente pequeno para valorizar essa ligeira diferença. E ressalta principalmente a elevada percentagem (cerca de 40%) de indivíduos simultaneamente FTC — e Rh—. Esta concomitância revela-se também de forma destacada no sexo feminino, pois enquanto o número de homens que a apresentam é de 6 em 175, ou seja 3,4%, o de mulheres é de 9 em 95, o que dá 9,4%.

Parecem-nos estas diferenças bastante assinaladas para serem apenas devidas a erros de determinação ou ao reduzido número de experiências feitas. Mas quando tenhamos de estabelecer entre estes dois caracteres uma relação indiscutível de maior frequência, resta explicar a causa do fenómeno. Possível que mortinatilidade e mortalidade infantil incidam preferentemente nos indivíduos com os caracteres opostos, mas esta é uma suposição sem base lógica ou operacional.

HEREDITARIEDADE DO FACTOR FTC

Dos 270 indivíduos examinados 68 agupavam-se em 10 famílias assim constituídas:

Famílias	Membros	FTC	ABO	Rh
I	Marido	—	A	D
	Mulher	—	A	d
	Filho	—	O	D
	,	—	A	D
	,	—	A	d
	,	—	O	d
	Filha	—	A	d
	,	—	O	d
	,	—	A	d
II	Marido	+++	O	D
	Mulher	+	A	D
	Filho	+++	O	D
	Filha	++++	O	D
III	Marido	+++	A	D
	Mulher	+++	A	D
	Filho	+++	A	D
	,	+	O	D
IV	Marido	+++	A	D
	Mulher	—	O	D
	Filha	+++	A	D
V	Marido	—	A	D
	Mulher	+	O	D
	Filho	++	A	d
	Filha	—	O	D
	,	+++	O	D
	,	+	O	d
VI	Marido	—	A	d
	Mulher	+	O	D
	Filho	+	A	D
	Filha	+	A	D

VII	Marido	+++	B	D
	Mulher	—	A	D
	Filho	++++	A	D
	,	++++	AB	D
	,	+++	A	D
VIII	Marido	+	A	D
	Mulher	+++	AB	D
	Filha	—	A	D
	,	+++	AB	D
	,	+++	A	D
IX	Marido (falecido)	++	O	D
	Mulher	—	O	D
	Filho	+	O	D
	,	++++	O	D
	Filha	+++	B	D
	,	—	O	D
X	Marido	—	A	D
	Mulher	—	A	D
	Filho	+	A	D

A família I exhibe caracteres em perfeito acordo com as regras aceites quanto à hereditariedade. Outrotanto pode dizer-se das famílias IV, VI e VIII.

Já é mais difícil explicar os casos das famílias II, III, V e VII. Realmente, se se admite, com alguns autores, a transmissibilidade do carácter pelo processo de «tudo ou nada», custa a compreender que os filhos positivos o sejam em grau maior ou menor que os pais. E, a não fazer intervir o factor subjectivo, que pode realmente atenuar nuns a sensação e exacerbá-la noutros, é forçoso rejeitar a teoria do «tudo ou nada» com dois genes alelomorfos.

Nem mesmo o esquema de três genes (positivo forte, positivo moderado e negativo) poderá explicar o caso de filhos positivos em grau mais acentuado que qualquer dos progenitores. Novamente teremos de optar entre a influência do factor subjectivo ou a recusa do mecanismo proposto.

A família IX apresenta uma incógnita: o carácter FTC do pai. Mas tem o mesmo interesse pela desigualdade das sensações observadas nos filhos. E qualquer que seja o carácter FTC que imaginemos ao pai, surgem sempre as mesmas dúvidas expostas nos parágrafos anteriores.

Finalmente temos o caso inexplicável da família X. Antes de o comentar queremos reafirmar que a prova foi repetida três vezes, em datas diferentes. Das três vezes deu invariavelmente o mesmo resultado. O filho, que aparece com um +, descreve a sensação como ténue, fugaz (um a dois minutos), de aparecimento um pouco tardio (cerca de 10 minutos), e, convidado a identificar o paladar por comparação, diz que lhe parece vinagre. Amarga ou ácida, forte ou fraca, célere ou duradoura, tardia ou imediata, não há dúvida de que este indivíduo acusa uma sensação gustativa que a família não experimenta quer com cristais quer com solutos a 1:10.000.

As interrogações que este caso suscita são de vária ordem e a primeira é naturalmente acerca da legitimidade deste filho. É irrisório basear afirmações científicas sobre convicções pessoais. Preferimos estabelecer, em hipótese, que o referido indivíduo é filho do casal. Como explicar então um facto que se levanta contra todas as regras e leis da hereditariedade? Reconhecemos que o problema

excede as nossas possibilidades. Entretanto, aceitamos que outros casos idênticos venham dar a este a força probatória do número; ou que novos esquemas e concepções genéticas possam solucionar a dificuldade. Finalmente, aceitamos ainda que o ensaio seja repetido por outros experimentadores que desejem certificar-se por si próprios ou possam demonstrar o erro que agora tenha sido praticado.

CONCLUSÕES

Os valores encontrados nesta investigação, sem serem iguais aos apontados para outras populações brancas

(ingleses e americanos) situam-se entre estes e os de Lisboa.

Encontra-se uma associação dos caracteres FTC — e Rh — bastante elevada para sugerir uma relação entre eles.

A nossa investigação não permite concluir pela transmissão «tudo ou nada» do carácter FTC.

Encontrou-se um caso em que, até prova em contrário, dois indivíduos negativos à FTC têm um filho fracamente positivo, situação impossível ante as regras clássicas da genética e da hereditariedade, e que, por sua vez, põe aquelas em dúvida.

Estigmas da Insuficiência Alimentar

FAUSTO CRUZ DE CAMPOS

(Médico-adjunto da Direcção Geral de Saúde)

I — INTRODUÇÃO

É a primeira vez que recebo o honroso convite para vos fazer uma palestra.

Pertenço ao Serviço Técnico de Higiene da Alimentação e Bromatologia, da Direcção Geral de Saúde, desde 1948 e nessa qualidade, e porque é o campo da minha actividade, intitulei a palestra de «Estigmas da insuficiência alimentar».

Porque sou médico e falo para médicos procurarei dar a esta palestra o aspecto puramente da nossa profissão. Faço esta advertência porquanto a ciência da «Nutrição», relativamente nova, tem interessado economistas, antropologistas, agrónomos, veterinários, sociologistas, etc. É compreensível, pois nutrir significa incorporar nas células e tecidos do organismo, os materiais fornecidos pela alimentação, depois de trabalhados por uma série de processos metabólicos de anabolismo e catabolismo. Nutrir pode corresponder somente à renovação de materiais tecidulares velhos, por outros novos, ou também à acumulação de substâncias de reserva e de crescimento.

Há portanto no acto de nutrir três aspectos diferentes:

- A quantidade e natureza do alimento fornecido;
- Os processos de digestão e absorção gastro-intestinal;
- Os processos de metabolismo que se passam na intimidade dos tecidos e células do organismo humano.

É ao primeiro aspecto que nos referimos, isto é, aos estados da subalimentação em indivíduos que sem isso seriam sãos.

Os sintomas que daí resultam são uma consequência e constituem como tal «estigmas da insuficiência alimentar».

Sob este ponto de vista podemos considerar o assunto como puramente médico, se bem que na produção, procura o fornecimento dos alimentos, bem como do comportamento do indivíduo em relação ao meio social, interesse também aos cientistas atrás referidos.

Tenho consciência da dificuldade que há na definição do título da palestra. Com efeito os «estigmas» da insuficiência alimentar tardam em aparecer e podem resultar também de perturbações da absorção e do metabolismo intermediário. Por outro lado é muito vaga a expressão de insuficiência alimentar, porquanto há uma necessidade de alimento para cada organismo, dependente do sexo, idade, peso, altura, estado fisiológico, intensidade de trabalho, etc., etc. E ainda também porque o alimento, longe de ser um princípio definido, é um complexo muito heterogénio de princípios energéticos, de minerais e de vitaminas, bastando a carência de um deles para produzir estigmas de insuficiência alimentar. Isto é, não se pode avaliar a suficiência da ração pelo seu peso ou valor calórico. Suficiente sob este aspecto não está isenta de produzir estigmas orgânicos, de maior ou menor gravidade, ligados à alimentação.

Estigmas da insuficiência alimentar são pois, aqueles sintomas que resultam de um defeito quantitativo e qualitativo das rações.

Para prever, rigorosamente, uma ração suficiente para cada indivíduo seria necessário fazer uma série de determinações bioquímicas, fisiológicas, etc., assaz complicadas e irrealizáveis na prática.

Podemo-nos aproximar desse rigor, recorrendo à determinação do metabolismo basal de cada indivíduo, para obter o conhecimento das suas necessidades energéticas. A esse valor ter-se-á de juntar um certo número de calorías de acordo com a sua actividade corporal, para o trabalho digestivo, para a transpiração, crescimento, desperdícios alimentares não absorvíveis, etc.

II — NOÇÕES SOBRE FISIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA DA NUTRIÇÃO

Distribuindo depois esse valor energético total pelos alimentos hidrocarbonados, lípidicos e proteicos, atinge-se quase seguramente o objectivo de uma alimentação suficiente e perfeita.

Daremos de passagem algumas noções sobre o metabolismo basal, processos de o determinar e suas conclusões, pois isso pode interessar na prática clínica, não só em certos estados mórbidos (e não são estes que pretendemos focar nesta palestra) mas também no estudo e tratamento de estigmas puramente subnutricionais e até mesmo para estudar as rações suficientes a determinados grupos populacionais.

O organismo vivo é um maquinismo em actividade permanente, contínuo reabastecimento e incessante produção de energia. Esta é o somatório resultante das microenergias, microquímica e microfisiológica das células em conjugação harmoniosa, de tal maneira que a energia total é a reprodução das energias parciais celulares.

A fonte dessa energia provém dos alimentos que, decompostos em princípios muito simples susceptíveis de se integrarem nas células e desencadearem em presença do oxigénio, absorvido nos pulmões e veiculados pelo sangue, as múltiplas e complexas combustões fornecedoras de energia. Naquelas intervêm microelementos, independentes da sua massa e meramente por uma acção de presença denominados enzimas, hormonas, vitaminas e minerais.

A coordenação de todas estas microenergias de maneira que a sua manifestação no todo seja sempre harmónica, idêntica e adaptada ao meio, obtém-se por mecanismos de regulação física e química. São estas formas de regulação que permitem ainda ao organismo adaptar-se ao meio ambiente e aos vários esforços que exigem consumo de energia (digestão, trabalho, etc.).

O contróle e sincronização de todas as actividades térmicas celulares obtém-se basilamente pelos sistemas vascular e nervoso.

ENTEROBIÓTICO

Sulfamido - antibióticoterapia associada

COMPOSIÇÃO

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de sulfato)	0,015 Grs.
Bacitracina	600 U. I.
Sulfato de Neomicina	0,0075 Grs.
Ftalilsulfacetimida	0,500 Grs.
Excipiente apropriado q. b. p.	1 comp.

APRESENTAÇÃO

Tubo de 20 comprimidos

HIDROBIÓTICO SOLUÇÃO

COMPOSIÇÃO

DIHIDROESTREPTOMICINA BASE (SOB A FORMA DE SULFATO)	0,5 GR.
ESTREPTOMICINA BASE (SOB A FORMA DE SULFATO)	0,5 GR.
MEIO APROPRIADO Q. B. PARA	2 C. C.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

AS DA ESTREPTOMICINA.

VANTAGENS

MAIS PRÁTICO MELHOR TOLERADO
MAIS ECONÓMICO MENOS DOLOROSO
MENOS TÓXICO

APRESENTAÇÃO

Em embalagens de 1, 3, 5 e 10 doses.



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
Biológicos

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

IODARSOLO

IODO + ARSÊNIO

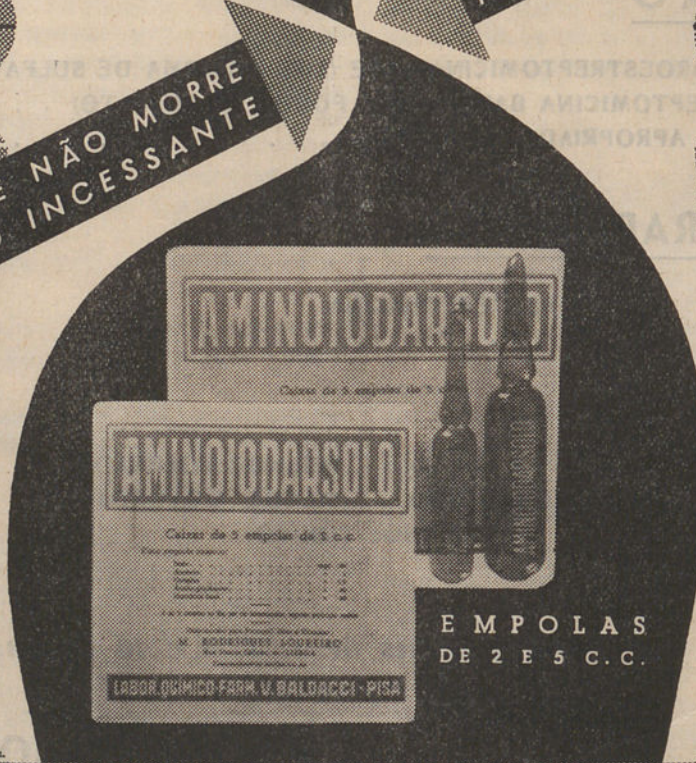


E L I X I R

EMPOLAS DO 1.º E 2.º GRAUS

DUAS DAS CARACTERÍSTICAS SIGNIFICATIVAS DOS NOSSOS PRODUTOS

TRADIÇÃO QUE NÃO MORRE E EVOLUÇÃO INCESSANTE



EMPOLAS DE 2 E 5 C.C.

AMINOIODARSOLO

IODO + ARSÊNIO + COBALTO + ÁCIDO GLUTÂMICO + HISTIDINA

M. RODRIGUES LOUREIRO
RUA DUARTE GALVÃO, 44 - LISBOA
CONCESSIONÁRIO EXCLUSIVO DO



LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÉUTICO
V. BALDACCÍ-PISA

O primeiro leva a todos os tecidos material energético, os agentes catalizadores das reacções e o oxigénio. Adapta a cada momento, o fornecimento de material energético ao órgão que mais necessidade tem de trabalhar: o fígado durante a digestão; os músculos durante o esforço; o tecido subcutâneo, na adaptação às condições climáticas.

O sistema nervoso, centralizado no cortex (vida de relação) e no diencéfalo (vida vegetativa) comanda os estímulos de maneira a estabelecer uma harmonia de funcionamento entre todos os tecidos quer por intervenção directa sobre o equilíbrio bioquímico das células e sua permeabilidade; quer regulando a adaptação da circulação sanguínea aos órgãos que mais trabalham. Os estímulos de partida para este jogo de adaptação pode partir das excitações físicas do meio ambiente, da composição dos humores orgânicos, das emoções, etc.

O organismo humano é então um foco calorífico cuja produção oscila de acordo com o maior ou menor consumo de alimentos e a maior ou menor necessidade de energia térmica.

Essa energia é uma condição essencial à vida que não se processa sem o equilíbrio do calor corporal e a aceitação, pelo indivíduo, das condições de temperatura do meio em que vive.

Embora variando a cada momento as quantidades de energia produzida no organismo, a temperatura corporal mantém-se constante, porquanto o excesso calórico proveniente da alimentação ou das suas reservas nutritivas se escoam sob várias formas de energia: trabalho de digestão (com as secreções digestivas, motilidade intestinal, etc.); trabalho muscular, compensação da temperatura perdida à superfície corporal e com as secreções.

Quando se rompe o equilíbrio entre a produção do calor e os vários mecanismos encarregados da sua eliminação, a temperatura baixa ou eleva-se, consoante a natureza do desequilíbrio. Estas são situações anormais pois embora a temperatura possa sofrer ligeiras flutuações no mesmo indivíduo, conserva porém uma notável constância.

Embora o foco calorífico que é o organismo produza quantidades muito variáveis de energia é possível, em determinadas circunstâncias, encontrar um valor constante para cada indivíduo e para os indivíduos idênticos de cada espécie. Porém, como tantas outras constantes fisiológicas é-o de um modo não totalmente rígido.

Compreende-se que, para achar o valor constante próprio do indivíduo normal, é necessário colocá-los a todos em condições fisiológicas idênticas e a maneira mais natural é fazer a sua medição em indivíduos em jejum, em repouso corporal completo, acordados, e devidamente cobertos a fim de serem mantidos a uma temperatura de 20° centígrados.

Pretende-se com estas medidas evitar a intervenção do trabalho da digestão, do esforço muscular, da adaptação às diferenças de temperatura exterior. Quanto ao estar acordado, é compreensível a dificuldade em obter sempre a medição do metabolismo durante o sono. Na verdade, neste caso o relaxamento muscular é ainda mais completo e consequentemente mais baixo o metabolismo.

Obtido nestas condições, o metabolismo diz-se basal, por corresponder às condições de mínimo dispêndio de energia do indivíduo acordado. A expressão não é perfeita por não corresponder inteiramente às condições de mínimo dispêndio de energia. Porém a expressão pegou e é usual.

O dispêndio de energia, no chamado *metabolismo basal*, é referido à unidade de superfície corporal. Com efeito a superfície corporal é diferente nos diferentes indivíduos, consoante o seu peso e altura. Utilizou-se para referência a superfície corporal, e não o peso, ou volume, por se ter verificado ser a que mais convinha, pois é a que permite guardar maior correspondência com os valores de eliminação de energia.

Os valores normais variam não só em função do sexo, peso e altura, mas também de acordo com a idade.

Construíram-se então tabelas para saber quais os valores normais em cada grupo de idades, no sexo masculino e feminino. Neste os valores são aproximadamente 10% inferiores aos do sexo masculino.

É comparando os valores obtidos de momento com os que seriam normais para indivíduo idêntico, que se obtém o conhecimento do seu estado metabólico.

Como diversas outras constantes fisiológicas, a temperatura, por ex., não guarda um valor fixo, isto é, pode sofrer

várias oscilações quer em outros quer no mesmo indivíduo. Isto não infirma o seu valor e aconselha apenas ao estabelecimento dos limites da normalidade. Os próprios valores indicados como normais são médias obtidas pela determinação em muitos indivíduos normais, sendo os limites indicados correspondentes aos máximos e mínimos valores utilizados para constituir os valores médios. Considera-se classicamente, como limites superior e inferior $\pm 10\%$ do afastamento normal. Porém Harris e Benedict indicam como limite superior $+15\%$, devendo considerar-se, ainda, como suspeitos, os casos de valores compreendidos entre $+10\%$ e $+15\%$. Noyons aconselha, para o limite inferior, a considerar igualmente como suspeitos os valores compreendidos entre -5% e -10% .

Há várias tabelas de valores normais mas a mais usada é a de Aub-Dubois, sendo também bem conhecidas as de Harris e Benedict, a de Boothby e Sandiford, a de Krogh, para adultos; e as de Krogh, Talbot, Boothby, Benedict, etc., para crianças.

Há várias maneiras de determinar o metabolismo basal, todos estes baseados em aparelhos mais ou menos complicados. As caixas calorimétricas são curiosidades científicas sem interesse prático, mas únicas capazes de dar valores rigorosos por calorimetria directa.

Como método prático contamos com aparelhos destinados a medir os gases da respiração. Podem ser de circuito aberto, não práticos e raramente usados. Ou de circuito fechado, para medição do anidrido carbónico eliminado ou do oxigénio consumido. Os do primeiro tipo estão sujeitos a maior erro porquanto as variações do valor calórico em relação com o anidrido carbónico são mais amplas. Em resumo, os aparelhos mais difundidos para a determinação do metabolismo basal fundamentam-se no oxigénio consumido em aparelhos de circuito fechado.

Há-os de diversas marcas: Benedict, Krogh, Kowarski, Sanborn, Mc Kesson, Collins, Jones Motor Basal, etc., etc.

Às necessidades básicas indicadas pelo metabolismo basal é necessário juntar os valores energéticos correspondentes à *acção dinâmico-específica*, consumo de trabalho e ainda uma parcela correspondente aos desperdícios alimentares não absorvíveis. «A acção dinâmico-específica», descoberta por Rubner significa o poder que têm os alimentos de provocar no organismo perdas calóricas, diferentes para cada classe de alimentos. Isto é, se ajustarmos o valor calórico de uma ração estritamente ao valor do metabolismo basal, não seria de prever qualquer elevação deste, visto que os fornecimentos seriam iguais ao que se perde.

Porém há uma elevação do metabolismo basal que pode chegar a $+30\%$.

A explicação do fenómeno não é bem conhecida, mas talvez esteja relacionada com a aceleração dos fenómenos da oxidação por uma acção de catálise diferente, portanto, e mais elevada para as proteínas porque envolvem a desaminação, síntese da ureia, trabalho de secreção e excreção e talvez a sua transformação em glucose (substância directamente assimilável)? Que deve estar em relação com os produtos simples, resultantes da desintegração do alimento, sugerem-no as experiências de Forbes e Swift (1944), que fizeram variar a acção dinâmico-específica pela junção de vários tipos de alimentos (diets mistas) conseguindo valores mais elevados do que cada um deles em separado, mas sempre inferiores à soma dos efeitos dinâmico-específicos, quando isolados.

Quanto à fracção de energia a atribuir ao trabalho corporal, dependendo evidentemente da sua intensidade, variam os números propostos.

A Comissão Técnica de Alimentação da Secção de Higiene da Sociedade das Nações simplificou o cálculo e estipulou os valores que devem atribuir-se, em geral a uma hora de trabalho leve, moderado, pesado e intenso, aos quais correspondem respectivamente 50 a 75; 75 a 150; 150 a 300; mais de 300 grandes calorias.

O valor energético deveria ser então distribuído na razão de 10 a 15% pelas proteínas (sendo metade a dois terços, de origem animal); 25 a 35% pelos lípidos; e 55 a 65% pelos hidrocarbonados.

Assim constituídas, as rações têm muitas probabilidades de fornecerem os valores necessários de minerais e vitaminas para a conservação de um estado de boa saúde, ou, por outras palavras, para a prevenção dos *estigmas da insuficiência alimentar*.

Mas é bem de ver quantas dificuldades envolve esta forma de encontrar as rações perfeitas.

Teremos então de lançar mão de outra solução.

Elaboraram-se várias tabelas dando conta das necessidades em princípios energéticos, minerais e vitamínicos para as diversas idades, para os dois sexos, de acordo com a vida sedentária, trabalho moderado e trabalho muito activo.

Indicamos, como mais vulgarizada, a tabela do «Food and Nutrition Board, National Research Council»? Nesta tabela atribui-se 3.000 calorias ao homem que exerce trabalho moderado, valor relativamente elevado, pelo menos para a nossa população, mas que põe indiscutivelmente o indivíduo ao abrigo de deficiências. Não esqueçamos que estes valores têm de preencher as necessidades basais, de trabalho, da acção dinâmico-específica, dos desperdícios não absorvíveis.

Porém não os consideremos excessivos, porquanto são conhecidos os efeitos das rações de 1.700 calorias por unidade de consumo sobre os internados no campo de concentração de Buchenwald, em 1944, na última guerra. Num inquérito que efectuamos na província do Minho, encontrámos o valor de 2.700 calorias por unidade de consumo. Pois já assim encontramos com certa frequência estigmas de insuficiência alimentar. É certo que o trabalho dispensado era intenso, pois tratava-se de camponeses, o que distanciava mais as rações de que dispunham das suas verdadeiras necessidades.

A ração necessária ao indivíduo depende sobretudo da estatura corporal e da intensidade de trabalho mas há outros factores que a condicionam tais como:

- clima;
- altitude;
- raça;
- subnutrição histórica.

O metabolismo do indivíduo visa a conferir ao organismo a possibilidade de conservar a sua temperatura corporal, compensando todas as quebras concernentes à sua actividade, e à sua adaptação ao meio ambiente. Isto é, a alimentação condiciona a actividade do indivíduo em relação ao meio, mas este regula reciprocamente as suas necessidades alimentares e a sua actividade.

O homem estabelece um elo entre a terra que o alimenta e o meio em que vive. É como um centro polarizador de energias limitado pelo ambiente.

É muito discutida a influência do «clima» sobre o nível do metabolismo da generalidade dos indivíduos.

Porém parece muito provável que as regiões de temperaturas elevadas e grande humidade, como sejam as regiões tropicais, o diminuam apreciavelmente.

As elevadas temperaturas, sobretudo quando acompanhadas de elevado grau higrométrico, dificultam a eliminação de calor à superfície corporal.

Na verdade são pequenas ou nulas as diferenças de temperatura corporal em relação ao ambiente, e isso não permite ao corpo que se liberte do excesso de calor por irradiações e condução. Também a transpiração encontra muita dificuldade em efectuar-se devido há humidade ambiente e com isto se impede a enorme perda de calor na água evaporada.

O corpo defende-se diminuindo as combustões e parece que com o tempo o organismo fixa o metabolismo basal em níveis mais baixos. Nas regiões subtropicais parece que esse nível pode fixar-se em — 15 % em relação às tabelas de Dubois, e as pessoas são mais indolentes.

Em contra-partida nas regiões frias e secas o organismo activa consideravelmente as combustões para compensar as perdas de calor, procurando o indivíduo no movimento corporal essa activação. Naturalmente por isso as pessoas são mais diligentes.

A «altitude» exerce influência relativamente pequena. É duvidoso que a «raça» tenha influência nos valores normais do metabolismo basal. Citam-se valores baixos em determinadas raças: malaios, chineses, japoneses, australianos.

Porém não foi utilizado um bom juízo crítico para eliminar a influência do clima e a subnutrição histórica.

As restrições alimentares diminuem seguramente o meta-

bolismo basal. A experiência foi mesmo feita por cientistas como Zuntz e Loewy que, após severas restrições alimentares durante a fase final da guerra de 1914-1918 verificaram que as suas cifras do metabolismo basal estavam bastante diminuídas.

Se isto ocorre no indivíduo, transposto o indivíduo para o plano da comunidade social o fenómeno acompanhá-lo-á, adquirindo assim o carácter sociológico.

A «subalimentação histórica» a que estão submetidas grandes massas populares (devido a pouco poder económico; ausência local de bons alimentos; incapacidade por deseducação, de realizar boa escolha de alimentos, predominância secular de dietas de baixo valor calórico ou predominância hidrocarbonada, ou hipoproteica, etc.), pode ser tida como uma causa capaz de influir também sobre o metabolismo basal, dos indivíduos a ela sujeitos. Aquele pode então baixar até — 30 % dos valores normais das populações bem nutridas.

Na prática as influências do meio sobre o metabolismo e reacções do indivíduo cingir-se-ão ao clima e à subalimentação histórica.

Esta, como acima se indicou, não está forçosamente ligada, inicialmente, à pobreza alimentar. A própria natureza do solo pode conferir às águas e sobretudo aos alimentos composição capaz de determinar a diminuição do metabolismo basal. Estão nestes casos os solos pobres em iodo e capazes de enriquecer os alimentos em substâncias de propriedades bociógenas que, determinando o bócio endémico diminuem correlativamente a actividade corporal, psíquica e as necessidades alimentares.

Na avaliação dos estigmas da insuficiência alimentar ter-se-á em conta que a forma do corpo é uma dádiva da herança biológica e das forças actuantes da vida comunitária.

Antes da individualização biológica agem como factores da herança as seguintes forças:

- evolução genética da espécie;
- sinais físicos das raças originárias;
- características do grupo social;
- perfil familiar;
- desenvolvimento embrionário.

Só após esta individualização biológica será de considerar a influência da alimentação como força actuante dos estigmas da insuficiência alimentar.

O organismo humano é formado por cerca de 66 % de água na qual se encontram dissolvidos sob a forma simples ou de compostos mais ou menos complexos, o carbono, hidrogénio, oxigénio, azoto, enxofre, fósforo, cálcio, sódio, potássio, cloro e em quantidades muito pequenas o ferro, iodo, cobre, cobalto, etc., etc., que são também essenciais à vida.

As reacções químicas que levam ao fenómeno da nutrição realizam-se não em água pura, mas na água em que estão misturados os sais, isto é, em soluções salinas circulantes.

O carbono ligado ao oxigénio em proporções determinadas forma os hidrocarbonados e gorduras. Aqueles elementos associados com o azoto e por vezes com o fósforo e o enxofre, formam as proteínas. Estes três grupos de substâncias orgânicas encontram-se ainda associados entre si e com os sais, para formar os enzimas, hormonas, e vitaminas, princípios essenciais que intervêm na destruição e renovação contínua da matéria orgânica. Dos elementos simples formam as moléculas mais complexas, as quais se desagregam em seguida até à forma mais simples dos elementos que a integram.

O homem é então um reservatório de elementos simples, devidamente agrupados em moléculas complexas, formando as células, tecidos e órgãos, devidamente mergulhados em água rica em sais. As relações entre todos estes elementos são fixas na espécie mas com particularidades de raça e até de indivíduo.

O homem, como as plantas, capta à terra e ao ambiente os elementos simples de que necessita para tomar forma. Sob este aspecto as plantas formam um escalão inferior, na escala de exigências nutricionais, porquanto o homem, tem necessidade das suas moléculas já formadas, quer para se nutrir directamente delas, quer dos animais que as consomem.

Se o homem é um produto do ambiente é-o sobretudo da composição do solo, da sua produtividade, da sua riqueza em águas. Daí derivam os elementos simples que o integram, as peculiaridades dos seus fenómenos bioquímicos. E como estes



Rufol

Sulfametil-tiodiazol

TUBO DE 20 COMPRIMIDOS

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

COLIBACILOSES
das vias urinárias

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

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

PROPULMIL
Bial

PROPULMIL INJECTÁVEL

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

PROPULMIL SUPOSITÓRIOS

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

PROPULMIL INFANTIL SUPOSITÓRIOS

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

estão na base da sua robustez física e mental, o solo influencia, indirectamente a sua personalidade.

Hoje com a facilidade de transportes a alimentação tende a harmonizar-se nos vários pontos do globo. Mas isso não impede que ainda hoje, e sobretudo em tempos passados como o indica a história, o solo tenha influído seriamente na robustez e na mentalidade dos povos ao ponto mesmo de ditar o seu destino histórico.

Para não citar mais que os casos frisantes, comparem-se as populações das regiões do globo historicamente subnutridas, com as dos países da Norte América e escandinavos de há muito usufruindo alimentação abundante.

A água distribui-se no organismo por três sectores intimamente em contacto:

- a água intracelular, constituindo cerca de 40 % do peso corporal e aí retida devido às forças oncótica, osmótica, por fazer parte integrante das moléculas orgânicas, e também pela semipermeabilidade das membranas celulares;
- a água intersticial forma 25 % do peso corporal e corresponde à parcela que se infiltra por todos os espaços que separam as células e os tecidos, deixando-as mergulhadas. É nesta água que o sangue lança os materiais fornecidos pela alimentação e destinados à nutrição das células. É também nesta água que as células lançam os seus catabólitos, para os transportar ao sangue e por este, aos excretórios;
- a água circulante é a que entra sobretudo no sangue e também na linfa. Constitui apenas 5 % do peso corporal mas tem em suspensão os glóbulos vermelhos, que devido à hemoglobina, veiculam o oxigénio necessário às combustões de todas as células. Veicula também as hormonas e vitaminas, destinadas ao mesmo fim.

A água age assim como solvente e como entidade química essencial à regularidade dos processos de hidratação e hidrólise.

Ainda pode ser vista como elemento de regularização física, pela sua actuação nos fenómenos de termoregulação e no equilíbrio circulatório.

A água é retida no organismo devido ao seu conteúdo em sais, em substâncias proteicas no estado coloidal (dotados de forte poder oncótico), em hormonas, entre as quais avultam as da hipófise; e ao contróle exercido pelo diencéfalo através do sistema nervoso vegetativo.

Estes mecanismos actuando sincrónicamente mantêm não só constante o total aquoso mas também o equilíbrio entre as suas várias fracções.

A subnutrição diminuindo o suprimento de matéria orgânica, mineral e vitamínica, implica um consumo das reservas orgânicas, que pode entrar mesmo pelo consumo do material integrante das células. Com efeito no indivíduo subnutrido diminui o volume das massas muscular e hepática.

A par disto há libertação para os líquidos intersticiais e circulante de um conjunto de metabolitos e sais que alteram a permeabilidade das membranas vasculares e celulares. Isto permite a passagem da água de um a outro compartimento do organismo, de uma forma anómala. Este facto junto à baixa das proteínas plasmáticas, fortes retentoras da água na árvore vascular, fomenta o desenvolvimento dos edemas da fome.

A diminuição das proteínas plasmáticas é uma consequência da diminuição das proteínas totais. Os órgãos encarregados especialmente de formar albumina (fígado, baço, medula óssea, sistema reticulo-endotelial), reduzem ao mínimo a sua produção. É natural, pois para suprirem as necessidades do organismo, chegam, como acima dissemos, a fundir mesmo uma importante parte da sua massa.

Numa primeira fase da desnutrição a perda de peso deve-se paralelamente à perda de matéria orgânica, sais e água. Há diminuição no valor absoluto desta, se bem que possa conservar-se o seu valor relativo.

Nas fases avançadas, devido à alteração da permeabilidade vascular e celular, e à retenção de metabolitos de valor osmótico, o corpo retém a água e edemacia-se. Há uma inundação prejudicial à vida das células.

O homem não tem, como as plantas, a possibilidade de for-

mar com os elementos simples da natureza as moléculas orgânicas complexas. Por isso precisa das plantas e das carnes dos animais para se nutrir.

As plantas fornecem sobretudo os hidrocarbonados; e os animais vegetarianos, a carne e as gorduras.

Não é indiferente às necessidades do homem a natureza das proteínas e também um pouco, a dos lípidos.

Há princípios da sua estrutura, fundamentais, que o homem não é capaz de sintetizar e esses encontra-os já formados na carne e nas gorduras.

No primeiro caso estão os aminoácidos, entre os quais se contam dez, chamados essenciais porque o organismo precisa deles e não os pode fabricar: triptofano, fenilalanina, cistina, histidina, leucina, isoleucina, metionina, treonina, arginina e valina.

As proteínas de origem vegetal podem também fornecer estes aminoácidos, mas são necessárias quantidades muito maiores para garantir aquele fornecimento em quantidade conveniente.

Numa ração perfeita deveria entrar o mínimo de cada um dos aminoácidos essenciais.

Embora não estejam estabelecidas definitivamente as quantidades essenciais podemos recorrer à tabela de Macy, que dá as quantidades de aminoácidos essenciais por cada 10 gramas de proteínas.

Na verdade se metade das proteínas da ração são preenchidas por tecidos animais há muita probabilidade de se satisfazer a razão perfeita.

O «triptofano» é considerado indispensável ao desenvolvimento normal da criança e à manutenção do peso. Uma carência de triptofano, em animais de laboratório, ou em dietas habituais, significa queda de peso, quer na criança, quer no adulto. Desempenha um papel de grande valor no enriquecimento proteico do sangue e activa a produção de hemoglobina. É-lhe também atribuído um papel específico, de mecanismo ainda não revelado, sobre o curva ponderal, sobre a qual agiria à maneira de um verdadeiro hormónio.

Aumentar o peso não é função específica do triptofano, pois cabe-lhe apenas manter o peso.

Encontra-se facilmente em proteínas animais e vegetais, (caseína, fígado, soja, farelo de trigo, levedura).

A «metionina» intervém no crescimento mas não tem poder impeditivo da queda de peso.

A «histidina» tem função paralela à da triptofano, mas porém tem um mecanismo de acção diferente pois corrige a reserva dos nucleoproteidos e intervém na hematopoese.

A «valina» impede como a triptofano e a histidina a perda de peso. Tem também uma acentuada influência sobre o sistema nervoso, com manifestações periféricas e centrais e previne a perda de apetite.

A «treonina» intervém no crescimento e na prevenção da quebra de peso.

Estas acções dos aminoácidos, muito resumidas e incompletas, estão longe de dar uma visão da totalidade da sua influência, ainda em estudo.

Pela parte da subalimentação proteica verificamos que deixa como estigmas somáticos a limitação do crescimento, o emagrecimento, diminuição da massa muscular e visceral, o edema da fome.

As proteínas entram na constituição dos anticorpos dos agentes infecciosos, sobretudo pela parte da Y-globulina e naturalmente por isso há uma maior receptividade por tais doenças e um curso mais grave nos subnutridos.

Estas manifestações fazem-se sentir sobretudo na infância e transportadas para o plano social podem explicar a menor estatura e robustez de populações das quais os filhos nascidos em outras regiões de condições climáticas e alimentares, mais favoráveis, podem revelar o seu verdadeiro e mais elevado desenvolvimento.

Quer integrados nas moléculas proteicas quer sob a forma simples ou de qualquer outra associação, os aminoácidos têm funções plásticas, energéticas, de equilíbrio osmótico, entram na estrutura de muitos enzimas, de várias hormonas e dos anticorpos.

No campo dos «lípidos» os conhecimentos são mais incompletos e discutida a sua imprescindibilidade na alimentação.

Parece que o organismo é incapaz de sintetizar alguns ácidos gordos, como sejam os ácidos linoleico e linolénico.

No mais o organismo dispõe de possibilidades vastas de sintetizar os lípidos a partir dos hidrocarbonados e das proteínas.

Os lípidos entram na estrutura de todas as células do organismo, na forma simples, ou associada sob a forma de complexos orgânicos, às proteínas e hidrocarbonados.

Há uma parcela constitutiva da estrutura celular e que jamais deixa a célula enquanto viva. São os lípidos de constituição celular.

Mas a mais importante parcela mobiliza-se constantemente entre o fígado e os órgãos de depósito (tecido celular subcutâneo, loca perirenal, peritoneu, etc.).

O fígado é o grande laboratório de intertransformação das proteínas e hidrocarbonados, em gorduras e ainda da adaptação desta à estrutura molecular peculiar à espécie. Possivelmente existem modificações estruturais próprias à disposição e à combustão, consoante as necessidades do organismo.

A natureza dessas modificações estruturais desconhece-se na essência e apenas se revela por fenómenos bioquímicos relativamente grosseiros, sobretudo após a aplicação dos rádio-isótopos ao estudo do metabolismo intermediário.

À semelhança do que se passa com os hidrocarbonados seria necessária a fosforilização dos lípidos, fenómenos que começariam já na parede do intestino, como uma das fases essenciais na absorção intestinal.

Estes lípidos seguem quase exclusivamente os linfáticos intestinais e canal torácico, para se depositarem nos tecidos de reserva, conservando ainda estrutura muito semelhante à que tinham nos alimentos.

Daí passam progressivamente ao fígado onde sofrem as mutações adaptativas à estrutura das células da espécie. Só então são utilizadas por estas onde se depositam atendendo às necessidades orgânicas.

Assim encontram-se nos órgãos de depósito, acumulados, os lípidos absorvidos e os já transformados.

Os fosfolípidos parecem ser os agentes intermediários da mobilização das gorduras.

O fígado normal não se deixa infiltrar excessivamente de gordura a não ser em nutrições muito exageradas, pois dispõe de mecanismos metabólicos susceptíveis de adaptar as gorduras à estrutura orgânica e mobilizá-las logo em seguida para os depósitos.

Só actualmente se começa a levantar o véu que encobre estes mecanismos enzimáticos, verificando-se a intervenção das hormonas hipofisárias, suprarrenais, sobretudo, e provavelmente também as hormonas pancreáticas e tiroideas. Na gama complexa deste metabolismo hepático revelou-se a intervenção da colina, metionina e cistina, como inibidoras da esteatose hepática; e da cistina como favorecedora da mesma.

Dão-se continuamente fenómenos de transmetilação nos quais desempenham importante papel os aminoácidos sulfurados fornecedoras dos radicais — CH₃ e — SH.

Em síntese: na complexidade do metabolismo hepático ligado à formação e adaptação dos lípidos, intervêm:

- aminoácidos sulfurados ricos em CH₃ e SH₂;
- enzimas hepáticos: transmetilase, colesterase, etc.;
- hormonas hipofisárias e suprarrenais;
- formação de fosfolípidos.

Todos estes mecanismos se conjugam para impedir a infiltração gorda e se esta se dá, há imensas probabilidades de que a célula hepática esteja lesada ou haja carência de princípios essenciais sobretudo aminoácidos,

Veremos que no estado de subnutrição há quase sempre infiltração gorda do fígado.

O que convém fixar é que a gordura é a substância que mais se deposita e forma a maior reserva energética. Mas não se deposita como material inerte, que aguarda o momento de ser retirado para compensar os gastos energéticos do indivíduo. É uma reserva especial pois se renova a cada momento, recebendo novas gorduras e cedendo as que já estão modificadas e adaptadas aos mecanismos metabolizadores da espécie.

Não se podem indicar especificamente estigmas atribuíveis à carência de lípidos, salvo a fusão do panículo adiposo e os sintomas ligados à carência das vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K), e que mais adiante referiremos. Os ácidos linoleico, linolénico e araquidónico parecem essenciais para o crescimento, vitalidade da pele, aumento da resistência ao frio e à fadiga. Mas são apenas afirmações prováveis, sem base experimental sólida.

Os lípidos formam um grupo complexo e heterogénio de compostos tendo de comum o serem integrados de ácidos gordos, compostos de hidrogénio e pequena quantidade de oxigénio.

Embora haja várias classificações citamos a de Bloor porque é relativamente fácil. Os lípidos classificam-se em simples (gorduras e ceras); compostos (fosfolípidos, glucolípidos, aminolípidos e sulfolípidos); lípidos derivados (colesterol).

Os lípidos que fazem parte da constituição das células são sobretudo fosfolípidos, colesterol e ainda os glicolípidos, aminolípidos e sulfolípidos.

A parcela que circula no sangue em jejum regula por 3 gr. por litro, sob a forma de uma emulsão de gotículas microscópicas designadas «quilomicrons». Mas a taxa sanguínea sobe muito após as refeições, sobretudo ricas em gordura, e também durante os jejuns prolongados, devido à mobilização das gorduras em reserva.

Os hidrocarbonados acabam sempre por ser transformados após a ingestão e reduzidos à forma de glucose, forma de monossacaridos circulante que fornece o combustível de urgência a todas as células e susceptível de se polimerizar até à forma de polissacaridos (glicogénio). Este deposita-se fundamentalmente no fígado, seguido pelos músculos. Porém existe glicogénio em quase todos os tecidos do organismo, mesmo no tecido celular subcutâneo, a par da gordura, na qual parece poder-se transformar-se in loco.

Os outros monossacaridos, a levulose ou frutose, a lactose e a galactose, são transformados em glucose, no fígado, antes de poderem ser utilizados.

A glucose pode ainda derivar das proteínas pelo chamado processo da neoglucogenia hepática, processo não reversível.

Por outro mecanismo, a glucose transforma-se em gordura, processo que também parece não ser reversível.

Assim temos esta sequência de intertransformações que parece não serem reversíveis:

— proteínas — glucose — gorduras.

Na primeira fase da desnutrição consome-se a glucose proveniente do desdobramento do glicogénio, reserva bastante reduzida pois o seu valor energético forneceria apenas as calorías necessárias para 13 horas de actividade de um homem normal.

O fígado e os músculos, com o tempo, perdem o treino enzimático que preside à síntese da glucose em glicogénio e aquela passa pelo órgão em maior quantidade que a habitual, sem ser transformada.

Isto é, no desnutrido a administração da glucose determina elevação da glicémia superior à normal, podendo mesmo ultrapassar 180 miligramas por cento. É uma curva semelhante, em

BEDOZE MIL

TRATAMENTO
DE
ESCOLHA
DAS
AFECÇÕES
NEUROLÓGICAS

VITAMINA B₁₂

MIL MICROGRAMAS
AMPOLAS

PRONTO ALÍVIO
DAS
NEVRITES DO TRIGÊMIO
CIÁTICAS
POLINEVRITES
NEURALGIAS CÉRVICO-BRAQUIAES
CEFALEIAS REBELDES

•
ALÍVIO SINTOMÁTICO NAS
ÓSTEO-ARTRITES

BEDOZE GOTAS

FACTOR
PRINCIPAL
DO
DESENVOLVIMENTO
SOMÁTICO

•
FACTOR
LIPOTRÓPICO

INDICAÇÕES DO BÊDOZE-GOTAS

Estados de desnutrição em todas as idades (por carência alimentar, por doenças consumptivas, etc.).
Crianças nascidas prematuramente.
Crianças distróficas (por desvios alimentares, por debilidade congénita, etc.).
Nanismo.
Muitos casos de astenia e anorexia.
Hepatopatias (cirroses, hepatites agudas, etc.).
Dermatoses seborreicas e várias outras afecções cutâneas.
Lactentes alimentados artificialmente. (A vitamina B₁₂ aumenta a tolerância para o leite completo e dum maneira geral para as gorduras).

•
FRASCO CONTA - GOTAS DE 10 C. C.
15 MICROGRAMAS POR C. C.

Um **NOVO** e Superior

Antibiótico

de amplo espectro



ACROMICINA

TETRACICLINA **Lederle**

**Absorção mais rápida. Reacções 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.^{mas} 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.^A

RUA CONDE REDONDO, 64-3.º — LISBOA

altura, à da diabetes mellitus, mas da qual se diferencia pela rapidez de retorno ao normal (dentro da primeira hora).

Para compensar o déficit alimentar o organismo passa em seguida ao consumo compensador das suas reservas de gordura. Entre os corpos intermediários da combustão dos lípidos figuram os corpos cetónicos, que se formam sempre mas em quantidade que o organismo pode metabolizar em condições de alimentação normal. Porém na subnutrição, porque serão queimadas gorduras em excesso, a quantidade de corpos cetónicos formados ultrapassa o nível da sua neutralização e surge a cetonémia e cetonúria.

É conhecida a sua existência nos jejuns prolongados, e na diabetes mellitus, nos vômitos incoercíveis, etc. Numa terceira fase o organismo entra pela utilização das proteínas que fazem parte integrante da estrutura tecidual, especialmente as dos músculos e parênquimas. Aquelas transformam-se em parte, directamente em produtos simples finais do metabolismo (amónio, ácidos aminados, ácido úrico, anidrido de carbono, água, etc.), e em parte, pelos processos de neoglucogenia, em glucose.

Nesta descrição sumária está indicada a fisiopatologia do metabolismo energético nos estados de desnutrição e que resumimos:

- desaparecimento das reservas de glicogénio;
- fusão das reservas de gorduras;
- diminuição da massa muscular e dos parênquimas;
- hipoglicémia, cetonémia e cetonúria;
- aumento da taxa de azoto não proteico sanguíneo e urinário.

Estas são permissas que permitem explicar muitos estigmas somáticos e psíquicos resultantes da insuficiência alimentar, como adiante se dirá.

Integrados nos alimentos vegetais e animais são ministrados também os minerais. Possivelmente intervêm também nisto as águas de consumo.

Há cinco ou seis minerais que interessam especialmente: o cálcio e o fósforo que intervêm na formação do esqueleto e dentes, sobretudo, mas que também entram na estrutura de todas as células do organismo associados intimamente à matéria orgânica. O ferro entra na formação da hemoglobina e de vários fermentos respiratórios.

O cloro e o sódio entram na estrutura de todas as células e regulam poderosamente o equilíbrio das trocas hidricas na intimidade dos tecidos.

Finalmente o iodo, que existe em quantidade mínima mas que desempenha um papel importantíssimo no metabolismo da tiroídea.

Mas há muitos outros minerais com maior ou menor importância já conhecida, tais como o potássio, cobre, enxofre, cobalto, manganésio, magnésio, fluor, zinco, etc.

Ainda com os alimentos são fornecidos certos princípios essenciais à vida, sem função energética, sem função plástica e que actuam em quantidades mínimas: são as «vitaminas». À semelhança do que se passa com as hormonas, com os enzimas, e até com alguns minerais, actuam apenas por uma acção de presença, desencadeando ou acelerando as reacções. A maneira porque o fazem está muito incompletamente conhecida, mas parece determinarem ligeiras variações estruturais nas moléculas, suficientes para lhes conferir capacidade de reagirem entre si e produzir outras substâncias mais simples ou mais complexas.

Só as plantas e os tecidos animais podem fornecer ao homem as vitaminas, pelo menos as conhecidas, embora se discuta a possibilidade, para algumas, de serem sintetizadas no organismo humano.

Devem existir muito mais vitaminas do que as já hoje conhecidas, mas estas permitem explicar muitos syndromas clínicos, preveni-los e curá-los.

Há um grupo fornecido com os lípidos, designados por isso vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K). E outro engloba as vitaminas hidrosolúveis (B₁, B₂, B₆, PP, B₁₂, ácido pantoténico).

Não vamos alongar esta palestra com a descrição das actividades de cada uma destas vitaminas, tanto mais que são de todos nós conhecidas.

Demais na sequência da descrição clínica, que passaremos a fazer, serão indicados os syndromas ou syndromas nos quais estão em causa as vitaminas.

III — QUADRO CLÍNICO DA INSUFICIÊNCIA ALIMENTAR

Peso, altura — As crianças submetidas a rações insuficientes desde a infância, têm menos altura e menos peso, sofrendo este, proporcionalmente, maior atraso pelo que a relação peso/altura diminui também.

De uma forma geral pode dizer-se que a intensidade do crescimento é em cada momento proporcional simultaneamente à massa dos tecidos susceptíveis de crescer e à quantidade total dos alimentos disponíveis.

São sobretudo as substâncias proteicas de origem animal (ricas em aminoácidos essenciais) facilmente assimiláveis e ricas em vitaminas do complexo B), bem como as gorduras (ricas em vitaminas lipossolúveis), as que mais contribuem para o crescimento. E são precisamente estas substâncias as mais dispendiosas e que faltam mais nas épocas de crise e às famílias pobres.

A altura e peso normais do adulto só podem considerar-se como representativas quando efectuadas numa população em bom estado de saúde e submetida desde a infância a uma alimentação adequada.

Assim os índices usuais de uma população podem ser inferiores aos normais e estes podem revelar-se apenas quando se restabelecem durante anos uma boa alimentação.

O organismo tolera habitualmente perdas de 5 a 10 % no peso, com pequena ou nula alteração funcional. Porém não tolera habitualmente perdas superiores a 35 ou 40 por cento.

Nas desnutrições severas as perdas variam entre 15 a 35 por cento do peso normal.

A questão do peso normal não é fácil de resolver. Na realidade seria a média obtida numa população bem alimentada e seria uma resultante da individualização biológica na qual intervêm a evolução genética da espécie; os sinais físicos das raças originárias; as características do grupo social; o perfil familiar; e o desenvolvimento embrionário. Após a individualização biológica há ainda a considerar a alimentação; a higiene individual e o desporto; e as condições sócio-económicas.

Mas adentro de todas estas condições têm-se proposto vários índices para estabelecer o peso normal.

Citaremos apenas a fórmula de Broca e Quetelet que relaciona o peso com a altura.

É uma das mais simples mas nem por isso se podem considerar as outras de maior valor.

A fórmula é válida só para homens de idade superior a 25 anos e mesmo assim com limitações.

Segundo aqueles autores o peso em quilogramas é igual à altura em centímetros diminuída de 100 (1,655 a 1,665), 105 (1,665 a 1,675) ou 110 (1,675 a 1,685).

Musculatura e aparelho osteoarticular — A musculatura atrofia-se e se bem que a pessoa desnutrida possa continuar esforço idêntico ao que fazia antes, verifica-se que intercala

maior quantidade de pausas, fatiga-se mais facilmente, perde capacidade para fazer esforços violentos e sobretudo, mesmo numa fase ainda precoce, há maior imperfeição na utilização da forma mais útil do seu esforço.

A pessoa desnutrida é precocemente asténica. Mesmo que a alimentação melhore mais tarde, na vida adulta ficam sempre alguns estigmas a atestar a insuficiência alimentar da infância.

Estão neste caso a soldadura insuficiente e retardada das sínfises ósseas, deformações nas zonas metafisárias, desenvolvimento insuficiente dos mandibulares, má implantação dentária, dentes cariados, etc.

Na insuficiência alimentar há tendência para a osteoporose generalizada, mas sobretudo dos ossos chatos (costelas, vértebras, ossos do crânio, do punho, etc.). Há maior facilidade para as fracturas e a consolidação é mais difícil.

Durante a última guerra descreveu-se o «síndrome de Looser-Debray-Milkman». Caracteriza-se pela dificuldade de passar da posição assentada ou ajoelhada à posição vertical e por vezes também, numa fase mais avançada, pela marcha de pato.

Os doentes experimentam uma sensação de fragilidade óssea e justificam assim as precauções que tomam quando se deslocam.

A palpação sistemática dos ossos acessíveis permite, por vezes, descobrir uma saliência na sede de uma das pseudo-fracturas. A pressão local não é, em regra, dolorosa e se a dor é intensa não se localiza forçosamente a esse nível. Não há mobilidade anormal nem crepitação. Radiològicamente há nesses pontos rarefacção óssea intensa e por vezes deformação e traços de pseudo-fractura. Pode, na verdade, haver fractura, mas nesses casos é uma fractura em «talo verde» (mas em pessoas adultas), pouco dolorosa e não limitando consideravelmente a capacidade funcional.

Certas osteopatias da fome podem simular uma distrofia óssea sistematizada, semelhante a osteose fibroquística de Recklinghausen ou à osteopatia de Paget.

Nas crianças a desnutrição determina sobretudo um crescimento ósseo defeituoso, a partir das zonas justametáfisárias, sobretudo do punho, do joelho, do artelho e também da coluna vertebral.

Mesmo corrigida mais tarde a alimentação, subsistem quase sempre no adulto, estigmas como referimos atrás.

Metabolismo — O organismo defende-se da insuficiência alimentar, restringindo não só a intensidade de trabalho mas também o nível das suas combustões orgânicas.

Dissemos no princípio desta exposição que em média o metabolismo basal desce de menos quinze por cento, podendo mesmo chegar a menos trinta por cento.

A par disto há menor resistência ao frio, porque não há reserva energética suficiente que compense o desperdício de calor. A temperatura corporal resiste muito mais, como é compreensível, mas há tendência para temperaturas baixas.

O cociente respiratório, ou seja o cociente do volume do anidrido carbónico eliminado pela respiração, pelo volume de oxigénio inalado, baixa a cerca de 0,7, isto é, ao nível correspondente à combustão das gorduras. Isto na fase inicial, pois em fase mais adiantada eleva-se um pouco. Com efeito, à fase inicial da combustão das gorduras de reserva, segue-se a fase de metabolização dos proteicos integrantes dos tecidos.

Aparelho respiratório — A respiração torna-se superficial e taquipneica aos menores esforços. Isto está em relação com a debilidade muscular (músculos intercostais, escapulares, diafragma, etc.) e com a reduzida capacidade vital.

A capacidade vital é, como sabemos, o somatório do ar complementar, ar circulante e ar de reserva (ou suplementar).

O coeficiente de renovação respiratória resulta da diluição

do ar circulante na totalidade do ar contido na árvore respiratória.

Ora no desnutrido, devido à debilidade da musculatura, diminui a capacidade vital e portanto o coeficiente de renovação respiratória.

A hematose já se faz deficientemente num desnutrido em repouso e este tem dificuldade em efectuar esforços pela dificuldade de aumentar o consumo de oxigénio e da sua renovação.

Para avaliar das necessidades do organismo em oxigénio, em relação com o seu esforço e clima, basta citar estes números:

- a) — Um homem em repouso em jejum, submetido à temperatura ambiente de 26° centígrados, consome 24 litros de oxigénio.
- b) — Diminuindo a temperatura, o consumo de oxigénio eleva-se. À temperatura de 12° centígrados a quantidade de oxigénio consumido é de 27 litros.
- c) — Em experiências análogas, mas com ingestão de alimentos, a cifra de oxigénio consumido é ainda maior: 38 litros.
- d) — A intervenção do trabalho corporal aumenta consideravelmente o consumo do oxigénio que ascende a uma quantidade considerável: 66 a 91 litros.

Tão grandes diferenças de consumo de oxigénio, em relação com a intensificação das combustões orgânicas, revela quão difícil é ao desnutrido adaptar-se aos grandes esforços e às variações climáticas ambientes.

A capacidade vital está diminuída, a força muscular reduzida e portanto incapaz de melhorar aquela; não há materiais de reserva para responder ao acréscimo de combustões.

Aparelho cardio-vascular — Nas primeiras fases da desnutrição o pulso é lento, (38 a 55 pulsações por minuto), mas pouco a pouco instala-se a taquicardia e o ritmo do pulso é muito lábil.

A tensão arterial diminui, chegando a valores de 9 centímetros para a máxima em aparelhos de mola metálica e há tendência para o colapso circulatório.

O coração mantém-se por muito tempo normal, mas por vezes há acentuada dilatação das suas cavidades e aumento do volume, como no coração do béri-béri. Nesta fase os tons cardíacos são muito apagados e aparece um sopro sistólico da ponta que pode ser mal interpretado.

O electrocardiograma é quase sempre normal salvo a bradicardia de origem nodal e às vezes algumas extrasístoles também nodais. Numa ou noutra pessoa desnutrida tem-se encontrado depressão do segmento ST e um alongamento dos intervalos PR e QRS. É curioso notar que todas as alterações electrocardiográficas desaparecem pouco a pouco, em cerca de 2 a 3 semanas, com a realimentação e tratamento da desnutrição, empregando somente dietas apropriadas, salvo quando se radiou um mal de substracto orgânico.

A velocidade circulatória também diminui no desnutrido. Quando medida com o hidrocolato de sódio passa de 10 a 16 segundos (normal), para 18 a 25 segundos.

Sangue e outros fluídos — As medições efectuadas têm revelado diminuição da totalidade do sangue circulante e em reserva, e também dos líquidos intra e extra-celulares.

Porém numa fase adiantada aparecem edemas subcutâneos muito acentuados, de etiologia complexa, atribuídos sobretudo à falta de proteínas, mas também em relação com as alterações da permeabilidade capilar e tecidulares, devido à expoliação salina, carência de vitaminas (C, B₁), alterações da carga electrostática das membranas, etc.

A quantidade de elementos figurados do sangue mostra

tendência a diminuir ligeiramente mas sobretudo os leucócitos e a hemoglobina. A medula óssea atrofia-se muito o que associado à carência de elementos sangüiformadores (aminoácidos, vitaminas, minerais) explica a dificuldade em melhorar as anemias e as leucopénias.

O plasma sangüíneo também se altera. Aumenta a coagulabilidade e tendência às trombozes, aumenta o número de plaquetas, diminuem as proteínas plasmáticas (sobretudo a albumina). O espectro electroforético revela diminuição da Y — globulina — que, como se sabe, está relacionada com a formação de anticorpos contra as infecções.

Aparelho digestivo — A princípio há sensação de fome insuportável acompanhada algumas vezes de muita sede. Porém nos casos mais adiantados, quando o organismo entrou já na fase de reutilização dos materiais de reserva, o apetite diminui, ou pelo menos torna-se suportável. Paralelamente atenuam-se consideravelmente a sensação de constrição gastro-intestinal, ardor gástrico, crises diarreicas aquosas e muita sede.

Glândulas endócrinas e outras — Há atrofia generalizada de todos os tecidos parenquimatosos glandulares.

Os sinais de involução encontrados na tiroideia e também na hipófise seriam grandemente responsáveis pelo abaixamento do metabolismo basal e diminuição das actividades bioquímicas tecidulares.

Os sinais de involução celular encontrados nas outras glândulas não são acompanhados de sintomatologia típica, pelo menos como a das glândulas citadas atrás.

A involução glandular teria um importante papel no aumento de excreção do ácido úrico.

Pele e mucosas — Torna-se seca, áspera, com tendência aos eritemas, eczemas, descamações e oferece pouca resistência às agressões bacterianas, sendo particularmente sensível às piodermites, furunculoses, etc. As mucosas sofrem alterações equivalentes mais graves ainda. São atacadas as mucosas labiais (queiloses, ragadas, fissuras), bocais (estomatites, glossite, uveíte), faríngea (dificuldade de deglutição e sensação de queimadura); gástrica (aquilia, atrofia da mucosa); intestinais (úlceras do cólon).

As conjuntivites e úlceras da córnea são particularmente graves.

São ainda atacadas os epitélios das vias biliares, pancreáticos, pelo-ureterais.

Sistema nervoso e psiquismo — A influência da alimentação sobre este aspecto é das mais importantes, podendo mesmo ter repercussões sob o ponto de vista social.

Pouco a pouco a pessoa subalimentada perde a alegria e não sente vontade de cantar ou conversar, torna-se irritável e os únicos assuntos que lhe interessam são os referentes à alimentação.

As refeições em comum tornam-se desagradáveis.

É curiosa a influência do tempo, sendo curioso observar como durante esta fase da desnutrição retorna o bom humor com os belos dias de sol, para se recair no humor sombrio e agravado nos dias sombrios e tristes.

Pouco a pouco entra-se numa fase de apatia, de desinteresse por tudo, diminuindo apreciavelmente a capacidade de atenção e de fixação.

O temperamento, mesmo o dos homens mais viris, apresenta um carácter infantil em certos pormenores e um reconhecimento de criança em relação ao pessoal hospitalar ou médico que o trata, ou pessoas mais bem colocadas na escala social quando mostram por estes uma certa atenção.

À fase inicial de irritabilidade e insubmissão pode seguir-se, na fase de apatia, a ausência completa de ódio.

Os tests psicofísicos são imperfeitos e incompletos e os reflexos osteotendinosos, muito vivos e de tendência clónica.

A alteração dos reflexos associada à diminuição da massa muscular torna o trabalho destas pessoas mais imperfeito, menos activo, sujeito a distrações frequentes e mostram pouco interesse por ele.

Queixam-se frequentemente de dores vagas pelo corpo que por vezes, têm o carácter nevralgico e bem localizado.

Alguns queixam-se de sensação de queimadura nas mãos, pés, lingua, etc., sobretudo durante a noite, ou ainda de adormecimento de porções de membros.

Há também importantes sintomas da parte do sistema ner-

voso vegetativo: crises de diaforese ou de secura, labilidade do ritmo cardíaco, hipermotilidade ou paresia intestinal, alterações da vascularização da córnea, má tolerância ao frio e ao calor, etc.

Orgãos dos sentidos — As mais graves são certamente as dos órgãos visuais, que podem chegar à destruição ocular nas carências graves de vitamina A. Diminui o poder de acomodação visual, sobretudo na fraca luminosidade. Há perturbações gustativas e olfactivas, também intensas (ardor lingual, confusão de gostos e de cheiros).

As alterações tácteis consistem num embotamento da sensibilidade, erros na percepção das temperaturas.

São menos nítidas as alterações no domínio auditivo e vestibular.

Alterações apreciáveis pelo laboratório — Não aumentam a precisão dum bom exame clínico e fisiológico.

As alterações do teor vitamínico e mineral apenas dão repercussões sangüíneas nítidas quando as alterações clínicas são já visíveis.

Demais não estão bem estabelecidos os valores sangüíneos normais para as diferentes vitaminas. Quanto a estas rendem maior serviço as provas laboratoriais de sobrecarga, em especial para as vitaminas B₂ e C.

As curvas de glicémia, o doseamento das várias fracções proteicas do plasma, o diagrama electroforético, a lipémia, a cetonémia, podem dar um contributo apreciável ao exame clínico.

Extensão dos estados de subalimentação — Os estados mais graves, e que serviram para estudo mais detalhado, surgiram durante a última guerra, sobretudo nos campos de concentração.

Há, porém, regiões do Universo cronicamente subalimentadas. Estão neste caso algumas regiões do Brasil, da Índia, da China, da África, etc.

O síndrome toma algumas particularidades consoante a região, decerto em relação com o tipo alimentar, composição dos alimentos, clima, higiene, raça, etc., etc.

Recentemente (a partir de 1949) tem merecido muita atenção aos nutricionistas um síndrome de «subalimentação maligna tropical», conhecido por Kwarshiorcor que se tem encontrado em várias regiões tropicais.

É um síndrome de subalimentação muito complexo, onde é possível encontrar quase todos, ou todos os estigmas da insuficiência alimentar».

Atinge as crianças e caracteriza-se sobretudo por atraso de crescimento, no fim da alimentação ao seio, durante e após o desmame; por alteração da pigmentação da pele e cabelos; edema sobretudo dos membros inferiores; infiltração gorda, necrose celular ou fibrose do fígado; associação frequente com diferentes dermatoses, apatia mental, anemia; mortalidade elevada na ausência de tratamento dietético apropriado.

Há afinal um síndrome no qual se encontram todos os sintomas próprios da subnutrição e que são explicáveis pelo mecanismo fisiopatológico que passamos em revista na primeira parte desta palestra. Apresenta particularidades próprias da infância e do ambiente climático, geográfico e etnográfico, em que vivem.

No continente português, tanto quanto nos foi já dado observar, não se encontram os grandes estigmas da insuficiência alimentar. Mas conhecendo-os em detalhe, e tendo-os bem presentes, não será difícil encontrar alguns quer nas consultas externas, quer no exame clínico de populações consideradas hípidas.

Num inquérito por nós levado a efeito numa população rural tivemos ensejo de verificar esta asserção.

São estes os elementos que me foi dado coligir para vos referir nesta palestra e julgo serem suficientes não já para julgarmos da importância da nutrição no aspecto somático e psíquico do indivíduo, porque isso já é sobejamente conhecido de vós. Mas para vos dar resumidas e já adaptadas à prática clínica, as noções essenciais devidamente fundamentadas numa interpretação fisiopatológica, como é próprio da medicina da nossa época.

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

MOVIMENTO MÉDICO

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

RESUMOS DA IMPRENSA MÉDICA

Eritromicina, ref. in *J. A. M. A.*, 151, n.º 6, 519; 1953 e in *Proc. Soc. Biol. e Med.*, 81, 175-183; 1952.

Este novo antibiótico, obtido do *Streptomyces erythreus*, é comercialmente conhecido sob o nome de «Iloticina» ou «Eritrocina». É absolutamente activo por via bucal contra os germens sensíveis. O seu espectro de acção pode ser definido como «médio espectro de acção» e é, em grande parte, sobreponível aos do da penicilina, tirotricina e bacitracina; é, entretanto, eficaz contra um certo número de bactérias gram-negativas contra as quais aqueles últimos antibióticos têm pouca ou nenhuma acção.

É especialmente activa contra os *cocos gram-positivos* (muito particularmente contra os estafilococos e os pneumococos), as *Neisseriae*, os *bacilos diftéricos* e os *Haemophilus*; e mais fracamente activa contra as *Brucellae* e o grande grupo dos *bacilos entéricos*. Não é aconselhado o seu emprego em infecções por brucelas, nem por colibacilos, salmonelas, shigelas ou outros bacilos gram-negativos, visto ser fraca a sua actividade *in vivo* contra estas bacterias, embora, como acima se disse, se possa comprovar, às vezes, certa acção *in vitro* contra algumas delas.

Presentemente está especialmente indicada em infecções por *cocos gram-positivos*, *Neisserias* e *Haemophilus*

que se mostram resistentes à penicilina ou à estreptomina. Tem-se revelado particularmente útil em pneumonias e outras infecções por estafilococos, pneumococos e estreptococos penicilino-resistentes.

Parece também prometedora a sua acção na difetéria, especialmente na esterilização dos portadores de germens.

Conforme a sua concentração e o grau de sensibilidade dos diversos micro-organismos que ataca, a eritromicina pode ser bacteriostática ou bactericida.

Está demonstrado que só parece exercer acção razoável sobre as bactérias que se reproduzem muito activamente.

É nitidamente mais eficaz nos meios alcalinos do que nos ácidos ou neutros.

Tomada *per os* a máxima concentração no sangue atinge-se em 1 ou 2 horas; ao fim de 6 horas já não existe eritromicina no sangue, excepto após a tomada de grandes doses, hoje não recomendadas (ex.: 1 grama).

As doses presentemente mais preconizadas para a grande maioria dos casos em que ela é activa são de 250 a 300 mg. cada 3-4 horas.

Não é eliminada abundantemente pela urina, ao contrário de terramicina e da estreptomina, o que as indica como drogas ideais no combate a infecções urinárias. Só cerca de 15 % da dose diária tomada se elimina, sob forma activa, pela urina.

Não estão ainda descritas quaisquer reacções secundárias desagradáveis ou marcadas intolerâncias imputáveis a este novo antibiótico.

L. C. M.

EPILEPSIA E SINDROMAS
NEUROPSIQUIÁTRICOS
E CARDIO-VASCULARES

ALEPSAL

Sinergia medicamentosa da Feniletilmalonilureia com a Cofeína e a Atropina

FÓRMULA DOS LABORATÓRIOS
GÉNÉVRIER - PARIS

APRESENTAÇÃO:

Tubos de 20 comprimidos a 0,10 Grs.

Tubos de 30 comprimidos a 0,05 Grs.

Tubos de 80 comprimidos a 0,015 Grs.

REPRESENTANTE:

PESTANA & FERNANDES

39, Rua dos Sapateiros — LISBOA

Aureomicina nos síndromas de Steve-Johnson e de Reiter e doença de Behcet, agrupados agora no Síndroma das membranas óculo-mucosas, ref. in *J. A. M. A.*, 151, n.º 7:589, 1953.

Dada a semelhança manifesta do conhecido síndrome de Reiter (conjuntivite e uretrite), com o síndrome de Steve-Johnson (febre, exantema, estomatite e oftalmia) e, até, com a doença de Behcet, G. J. Harnston propõe agrupá-los sob a denominação da *síndroma das membranas óculo-mucosas* e afirma que a causa de qualquer daqueles casos é sempre o mesmo vírus, ou vírus muito semelhantes, diferindo apenas os diversos síndromas conforme a respostas individuais de cada doente.

Julga que a mais importante prova da sua identidade etiológica é o facto de qualquer daquelas três afecções ceder muito bem ao emprego de aureomicina.

Afirma que a aureomicina (que aconselha na dose de 2 a 3 g. por dia, por via bucal ou, se esta for impossível, em injeção endovenosa, até desaparecimento dos sintomas e, depois, redução das doses a metade e por mais 2-3 dias) é o tratamento etiológico específico de todos aqueles casos.

L. C. M.

Estudos sobre a imunização contra a rubéola,
in *J. A. M. A.*, 151, n.º 4, 285; 1953.

Nos últimos anos tem-se reconhecido bem a importância da rubéola como frequente causa de abortos e, sobretudo, de malformações congénitas, devido à acção do vírus causal sobre as grávidas e respectivos embriões ou fetos.

Por causa da importância óbvia de tais casos os AA. tentaram e tentam ainda, presentemente, estabelecer um bom processo de imunização contra aquela doença. O trabalho que agora se publica diz respeito aos estudos prévios acerca da escolha de um eficaz processo de imunização.

Assim, foi-lhe, por ex., possível transmitir a doença a voluntários humanos, através da inoculação, quer de secreções (ou lavados) da nasofaringe, quer de sangue total, ou de soro, de doentes, mas apenas quando aquelas colheitas eram efectuadas no primeiro dia do exantema, o que parece demonstrar que é só até esse dia que o vírus causal se pode encontrar e isolar do sangue e de nasofaringe e que só até essa ocasião serão os doentes possíveis contagiantes.

Foi-lhes mais difícil estabelecer desde quanto tempo antes do aparecimento do exantema são, os doentes, contagiantes. Entretanto, conseguiram transmitir a doença a um voluntário, injectando-lhe sangue colhido, a um doente, dois dias antes do aparecimento do exantema.

As vias de inoculação que provaram poder servir à introdução do vírus, nos voluntários, foram a endo-nasal (pulverização de lavados nasofaríngeos de doentes) ou a parentérica (inj. intramuscular de sangue, ou de soro, de doentes).

A rubéola surgida em voluntários foi semelhante, em geral, à forma adquirida naturalmente e o período de incubação oscilou entre 9 e 16 dias (13 dias em média e como «moda»). Os voluntários assim infectados puderam transmitir a doença, naturalmente (por contágio natural) a outros susceptíveis.

Foi possível comprovar, de forma indubitável, a existência de rubéolas sem qualquer exantema e as secreções nasais e o sangue de tais doentes mostraram-se igualmente infectante. É óbvia a importância epidemiológica de tais casos.

Não foi possível transmitir a doença a macacos cynomolgus, por qualquer via.

Falharam também todas as tentativas para desenvolver uma reacção de hemaglutinação específica.

O vírus causal pode ser conservado vivo e virulento, no soro ou nos lavados nasofaríngeos, com antibióticos, em geleiras, no meio de gelo seco, a 70° C., durante, pelo menos, 9 meses.

L. C. M.

Polimixina B nas diarreias infantis por «Proteus» e Pseudomonas», ref. in *J. A. M. A.*, 151, n.º 5 de *Antib. Neusl.*, Nov. 5, 1952.

Refere-se a cura de três crianças (entre os 6 e os 16 meses de idade), que sofriam persistente diarreia, que não cedera a todas as anteriores medidas dietéticas e terapêuticas, pelo emprego de polimixina B.

Foi resolvida a administração daquele antibiótico, depois de outros terem falhado, quando cuidadosos exames bacteriológicos revelaram que os únicos microorganismos isolados das fezes eram *proteus*, em um caso, e *pseudomonas*, nos dois restantes.

A polimixina B foi administrada, ou por via intramuscular na dose de 4 a 10 mg. cada 4 horas (dose diária total: 2,5 mg. por cada quilo de peso), ou pela boca na dose de 50 mg. cada 4 horas.

Em nenhum dos três casos citados foi possível comprovar qualquer toxicidade ou qualquer reacção secundária desagradável atribuível à polimixina B.

L. C. M.



Em dores intensas

POLAMIDON»C«

»HOECHST«

Bem tolerado devido
a um componente de acção vagolítica

Especialmente apropriado
á clínica quotidiana

Embalagens:

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

Soluto injectavel a ½% : 10 ampolas de 1 cc

Soluto injectavel a ½% : 5 ampolas de 2 cc

Caixas com 5 supositorios

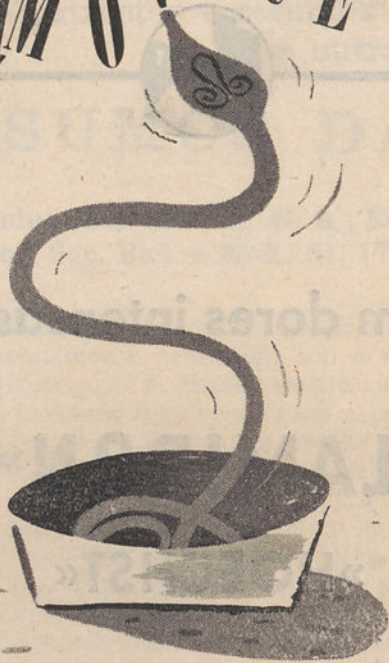
FARBWERKE HOECHST AG.

vormalis Meister Lucius & Brüning

FRANKFURT (M)-HOECHST · ALEMANHA

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:
MECIUS LDA.
RUA DO TELHAL, 8-1.º
LISBOA

MOVIRENE



na doença reumatisma

MOVIRENE

Ácido diacetil pirocatecol 3 carboxílico

- Três vezes mais activo
- Nitidamente melhor tolerado que o salicilato de sódio

ANTI-REUMATISMAL

ANTIPIRÉTICO

ANALGÉSICO



UNION CHIMIQUE BELGE, S. A.

Divisão Farmacêutica

BRUXELAS

BÉLGICA

Representantes:

COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE

Rossio 59-2.º Esq.º

LISBOA

Fucsina no choque traumático, in Minerva Med., 43:442; 1952.

E. Boschi e A. Gaspari referem os excelentes resultados obtidos no combate ao choque traumático de diversos doentes, pela administração de fucsina, após a terem experimentado em animais (coelhos), em condições semelhantes.

Afirmam que a acção tanto se faz sentir no choque traumático geral como no local, e que tem não só uma acção terapêutica anti-choque, como até uma acção profiláctica.

Ilustram estas acções com numerosos exemplos, realmente sugestivos.

Dada com intuitos profilácticos parece ter prevenido sistematicamente o choque secundário a doentes traumatizados, submetidos a dolorosos e chocantes tratamentos.

Além da sua acção anti-choque, os AA. afirmam que a droga tem uma acção favorável local (deminuição do edema, maior rapidez e melhor cicatrização de feridas e formação de calos de fractura, deminuição das necroses, acção anti-infecciosa, etc.) e geral (em todos os doentes tratados pela fucsina, desapareceram muito rapidamente, ou nem sequer se apresentaram, a fragilidade e a hiperpermeabilidade capilar, os edemas, a cianose, a anóxia, etc.)

Doses recomendadas: 60 a 200 mg., por via intramuscular ou endovenosa, ou, às vezes, até pela boca, em veículo apropriado.

L. C. M.

Agranulocitoses, ou outras perturbações do sistema hemopoiético, atribuíveis ao emprego de um novo antiflogístico e anti reumatisma, a «fenilbutazona», diversos artigos in J. A. M. A., 151, n.º 7; 1953.

Referem-se alguns casos de agranulocitose grave, outros de leucopénias simples, outras de anemias comuns, etc. e, até, alguns outros quadros clínicos mais raros e estranhos (como, por ex., síndromas anafilácticos semelhante a doença do soro, outros em que surgiu, súbitamente, um exantema vesicular, depois ulcerado dos lábios e língua, acompanhado de febre e leucopénia passageira, etc.), atribuíveis ao uso terapêutico da fenilbutazona.

Trata-se de uma nova droga, comercialmente popularizada nos E. U. A. sob o nome de «Butazolidin» e, entre nós, entrando na composição da conhecida «Irgapyrina» Geggy e de outros similares nacionais.

Como se sabe, tal droga tem sido especialmente empregada em afeições reumatismas (artrite reumatóide, febre reumática ou doença reumática evolutiva, etc.) na gota, no lumbago, etc. e sempre que se pretenda, ao mesmo tempo uma acção anti-flogística e analgésica, especialmente em relação às estruturas mesenquimatosas.

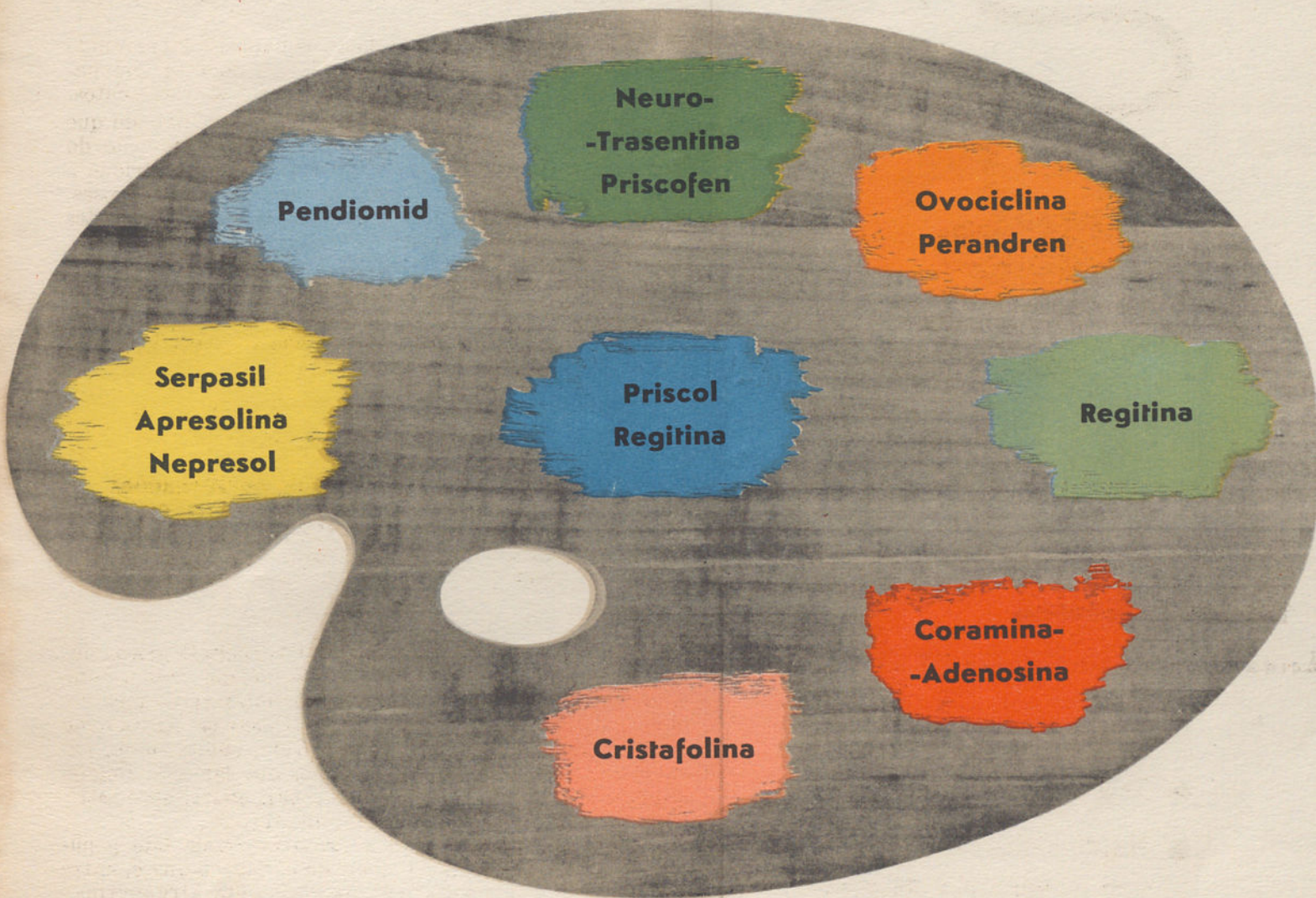
Dado o largo emprego, daquele novo medicamento, emprego esse que parece mostrar clara tendência para aumentar, em vista dos bons resultados terapêuticos que lhe podem ser, com justiça, imputados, chama-se a atenção de todos os clínicos para as possibilidades daquelas reacções tóxicas, que podem ser muito graves. Alguns dos casos citados só não morreram porque o diagnóstico de agranulocitose foi rápida e precocemente estabelecido e porque se instituiu um arsenal terapêutico muito completo e eficiente que, estamos certos, nem todos poderão conseguir, para os seus doentes, entre nós.

É preciso não dar aquela droga a doentes sofrendo de anemia, leucopenias ou neutropénias, bem como àqueles em que se suspeita qualquer labilidade hematopoiética.

Finalmente, em todos aqueles em que tiverem que tomar aquele medicamento durante mais de uma semana, aconselha-se a que sejam submetidos a uma análise de sangue (fórmula e contagem) semanal.

L. C. M.

Possibilidades de tratamento medicamentoso oferecidas pelas especialidades Ciba



- Hipotensores, para o tratamento prolongado; administram-se também em associação com a Pendiomid (por via bucal)
- Quando de aumento brusco da pressão, de pseudo-uremia e de pré-eclâmpsia
- Para o tratamento sedativo
- Contra a hipertensão do climatério
- Para o "test" diagnóstico do feocromocitoma e, quando o diagnóstico está feito antes e durante a operação
- Contra os transtornos anginosos dos hipertensos
- No caso de hipertensão descompensada (sendo necessário, como diurético: Esidron)
- Transtornos circulatórios periféricos em correlação com a hipertensão

Marcas registadas

Produtos CIBA, Limitada — Lisboa

S U P L E M E N T O

A defesa mundial da saúde e a sua repercussão sobre a economia

MÁRIO LAGE

(Director da Circunscrição do Defeso Sanitário dos Portos da Zona Norte)

Com os testemunhos das mais antigas civilizações encontram-se indícios da humanidade se ter preocupado com o tratamento das doenças. Podemos dizer que a prática da Medicina é tão antiga como a civilização.

Os progressos desta também foram acompanhados pelos da Medicina e na antiguidade greco-romana os conhecimentos médicos atingiram alto grau, tendo ainda actualidade certos conceitos dos médicos desse tempo, principalmente de Hipócrates.

Há um século os progressos da ciência e da técnica atingiram proporções que não se suspeitavam e, se o avanço da Medicina se não pode medir pela distância que vai do transporte em diligência ao avião, não podemos deixar de constatar que a Medicina tem agora possibilidades que não se comparam com o que sucedia há um século.

Ultimamente, sobretudo com a descoberta dos antibióticos, mais se acentua a eficiência da Medicina, curando-se doenças que eram de difícil cura e reduzindo muito o tratamento de outras.

O público tem seguido isto com interesse, o qual é mantido pelas notícias dos jornais e agências noticiosas, dando muitas vezes notícias exageradas que causam falsas esperanças seguidas de desilusão e originando atitudes dos doentes e famílias, criando dificuldades aos médicos, como todos os clínicos têm verificado.

Há outra actividade médica, a medicina preventiva, que tendo salvo mais vidas e prestado grandes serviços à humanidade, tem passado quase despercebido do grande público. Esta especialização médica exerce a sua actividade sem atitudes brilhantes mas, como diz a sabedoria das nações, mais vale prevenir que remediar e, se é muito bom poder-se curar uma doença, melhor é não se ficar doente.

A Medicina preventiva também tem feito grandes progressos devido aos estudos que levaram ao conhecimento da forma como se transmitem as doenças.

Não só é mais eficiente, como na execução das medidas necessárias se causam menos incómodos e perturbações às populações. Podemos dizer que antes dos conhecimentos actuais os serviços públicos procuravam defender-se da entrada das doenças com barreiras causando grandes estorvos e onde por vezes existiam

fendas que as deixavam passar. Presentemente, sabendo-se por onde ela pode entrar, limitámo-nos a fechar a porta respectiva. Pode exemplificar-se com o que sucedia nos cordões sanitários, constituídos por soldados cercando um país ou região.

Em Portugal o último teve lugar no século passado para defender o país da cólera, que grassava em Espanha.

Num cordão desta ordem a proteger da peste, por exemplo, as pessoas não passavam mas atravessavam os ratos seus transmissores. No fim da última guerra houve muitos casos de peste no norte de África e os serviços de saúde internacionais evitaram a sua passagem para a Europa sem incómodos para as pessoas e comércio.

A Medicina preventiva está a cargo dos organismos oficiais que são pagos, mas a despesa feita é generosamente compensada, pois a doença é um peso económico, grande, para as colectividades.

Na Suécia calcula-se que a doença custa a cada habitante cerca de 50 dólares por ano e a Suécia é um país com bom estado sanitário, onde as doenças infecciosas evitáveis são em número reduzido.

Nos E. U. da América as perdas de dias de trabalho devido à doença avaliam-se em 3 a 4 biliões de dólares. No Egipto, somente a bilharziose, é causa de uma diminuição de 33 % da produtividade do país. Na Inglaterra existe um serviço de saúde que fornece a assistência a quase toda a população custando 6 vezes mais que os seus organismos de profilaxia. Calcula-se que em nações com bom nível de civilização, o financiamento dum eficiente programa preventivo custará 0,5 % dos rendimentos nacionais.

Tem-se dito e já o vi escrito, que a baixa da mortalidade actualmente verificada por toda a parte é devida principalmente aos antibióticos, pela sua acção sobre as doenças infecciosas. Os factos mostram que isto não é assim. As taxas de mortalidade por 1.000 habitantes foram as seguintes em 4 países da Europa:

	1901	1930-32	1947-48
Dinamarca ...	16,8	11,1	9,1
Noruega	15,8	10,7	9,4
Holanda	17,6	9,3	8,3
Suécia	16,4	12	10,7

Vê-se pois que se registam muito maior baixa entre 1901 e 1930 do que entre este ano e 1947. Ora no primeiro período ainda não se conheciam os antibióticos que foram já usados no 2.º período. Depois de 1948 a queda da mortalidade continua a verificar-se mas nos países onde ela era já baixa, em pequena escala. Podemos pois afirmar que a queda da mortalidade, representando vidas que se salvaram, foi devida aos métodos profiláticos adoptados.

Há muito que se reconheceu a necessidade da colaboração internacional dos serviços sanitários.

No século passado a cólera flagelou a Europa com vários assaltos e os países europeus resolveram estabelecer medidas tendente à defesa contra essa pestilência. Criaram-se lazaretas no próximo Oriente para, durante as peregrinações a Meca, evitar que os peregrinos vindos do Oriente trouxessem a doença e com ela contaminassem os que aí acorriam idos do Norte de África e mesmo da Europa.

Fundou-se depois o Office International de Higiene, primeiro com sede em Paris passando depois a funcionar junto da Sociedade das Nações substituído pela Organização Mundial de Saúde junto das Nações Unidas.

A colaboração internacional na defesa da doença e o auxílio que os povos ricos e evoluídos dão aos deficientes em apetrechamento sanitário, não é um puro acto de filantropia mas procedendo assim defendem-se a eles próprios, pois há uma interdependência económica e social entre todos os povos. Há 100 ou 150 anos a notícia da existência de uma guerra em paragens longínquas da terra se chegava à Europa despertava simples curiosidade. Presentemente, guerra, perturbação social ou mesmo mudança de governo em qualquer ponto do globo chama a atenção das chancelarias que seguem o acontecimento com atenção.

No relatório preliminar sobre a situação social e níveis de vida em particular, apresentado ao conselho económico e social das Nações Unidas diz-se:

«Reconhece-se cada vez mais e em proporções que não se podiam imaginar há cinquenta anos, que os 2.400 milhões de habitantes da terra devem encontrar meio de viver lado a lado e de partilhar

os recursos do mundo; que o empobrecimento geral de qualquer região do Mundo não pode deixar indiferentes os povos de outras regiões e que a experiência e conhecimentos técnicos adquiridos pelos países industrializados cuja evolução é rápida devem ser postos à disposição dos países menos desenvolvidos e pior apetrechados.

A carta orgânica da O. M. S. aprovada por 83 países define a saúde como «um estado completo de bem estar físico, mental e social não consistindo somente na ausência de doença ou enfermidade».

Desta definição conclue-se que para aquele organismo a saúde pública e progresso económico estão estreitamente ligados.

Nesta ordem de ideias a Comissão de peritos da Administração da Saúde Pública, definiu-a assim: «A saúde pública é a ciência e arte de prevenir as doenças, de prolongar a vida e melhorar a saúde e a vitalidade mental e física dos indivíduos por meio duma acção colectiva concertada, visando a sanear o meio, a lutar contra as doenças que representam uma importância social, a ensinar ao indivíduo as regras de higiene pessoal, a organizar os serviços médicos e de enfermagem tendo em vista do diagnóstico precoce e do tratamento preventivo das doenças».

Está provado que a doença conduz à miséria e inversamente, mesmo nos países mais prósperos, o pauperismo é uma causa importante de morbilidade.

Sabe-se que o rendimento agrícola de certas regiões é entravado por doenças que debilitam os habitantes e impedem a fixação da população. A província de Djezine na Síria, compreendida na região que na antiguidade oriental se chamava a

fértil meia-lua, citada várias vezes nas inscrições egípcias é presentemente escassamente povoada e pouco produzindo. O governo sírio pretende cultivar esses terrenos apresentando sinais de fertilidade, mas para isso é necessário fazer desaparecer a bilharziose que aí grassa. Um programa de assistência técnica está em curso para se sanear o território. Mais a oriente, nas regiões entre o Tigre e o Eufrates floresceu a civilização caldaica, um dos celeiros da humanidade. Presentemente as pessoas que visitam a região, dizem custar a acreditar terem as terras, actualmente tão desoladas, sido a sede duma civilização. Segundo se supõe teria acontecido que, devido às guerras e outras perturbações, os canais de irrigação foram descuidados, dando origem à estagnação da água e daí a mosquitos transmissores do sezonismo. Julga-se ser desta doença que Alexandre Magno morreu em Babilónia no ano 323-A. C.

Pois, pouco mais de um século após a sua morte, tinha desaparecido toda a civilização da região e a cidade de Babilónia que era das maiores da antiguidade estava abandonada e coberta de areia.

A maioria dos países e sobretudo as das regiões menos desenvolvidas sofrem de *doença de massas*, assim se chamando as doenças muito espalhadas, atingindo uma grande parte da população, de forma a perturbar a economia do país. Entre estas merece especial menção o sezonismo que é endémico nas regiões tropicais, subtropicais e ainda nas temperadas, de clima mais quente.

Desde que se soube que esta doença era transmitida por um mosquito do género anofeles, iniciou-se a sua profilaxia procurando destruir os insectos transmissores. A campanha anti-sezoná-

tica consistia no saneamento dos terrenos tendo em vista fazer desaparecer as águas paradas, onde as larvas do mosquito se desenvolvem. Esta operação era difícil e cara, encontrando por vezes grandes dificuldades técnicas e económicas. Por exemplo em Portugal a maioria dos casos de sezonismo é dependente da cultura do arroz, sendo bastante difícil pôr de acordo a necessidade económica do cultivo desta gramínea com os métodos tendentes à destruição das larvas dos mosquitos.

Com a descoberta do D. D. T. a situação mudou e o problema pode considerar-se resolvido. Direi que este insecticida usado na profilaxia das doenças transmitidas por insectos, tem salvo mais vidas que os antibióticos.

Com o D. D. T. modificou-se a tática de combate aos mosquitos. Em vez de com processos caros e laboriosos atacar as larvas, passou-se a destruir directamente os insectos adultos dentro das habitações. É certo que já havia insecticidas matando os mosquitos ainda mais rapidamente que o D. D. T., como sucedia com o piretro, mas este tinha uma acção momentânea, e se num compartimento com ele pulverizado os mosquitos desapareciam, no dia seguinte podiam entrar outros sem nada sofrerem.

A vantagem do D. D. T. é a sua acção duradoura, pois, pulverizando um compartimento na dose adequada, 200 miligramas por metro quadrado, a acção insecticida prolonga-se mais de 2 meses, bastando em regra, no nosso clima duas pulverizações por ano.

Os resultados obtidos confirmaram o que se esperava. A Grécia era um país intensamente atacado pelo sezonismo. Os casos desta doença aí, além de serem muito numerosos, apresentavam por vezes formas tão graves como as verificadas nas regiões tropicais.

Os exércitos franco-ingleses que na primeira guerra mundial desembarcaram em Salónica, sofreram fortemente da epidemia, necessitando tomar medidas idênticas aos que operavam em regiões tropicais.

Depois da última guerra existiam na Grécia cerca de dois milhões de pessoas sofrendo de sezonismo.

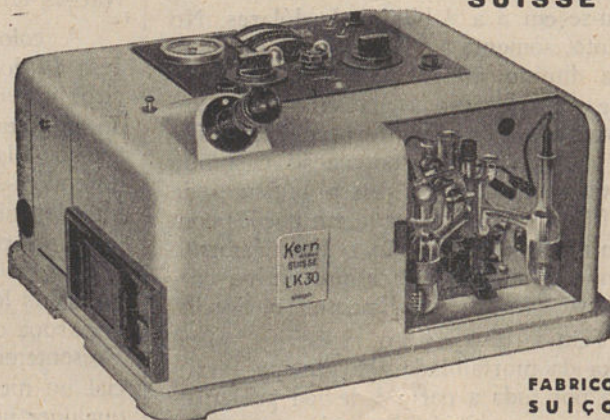
Em 1945 iniciou-se a campanha por pulverizações nas casas e três anos depois em 1948 o médico responsável pela saúde pública no país podia dizer: o sezonismo deixou de ser um problema para a Grécia. Na verdade encontraram-se em todo o país só 50.000 pessoas com sezonismo, sendo raros os casos recentes. Gastou-se anualmente um milhão de dólares com a operação. A Grécia consumia por ano um quinto da produção mundial de quinina, o que lhe custava 1.300.000 dólares. Estas medidas trouxeram um aumento de mão de obra calculado em 150.000 pessoas por dia.

Mas o caso da Grécia não é isolado. A Sardenha é a região da Itália mais atrasada económica e socialmente, sendo este facto atribuído ao sezonismo que aí tem grassado com intensidade. Foi iniciada a campanha em 1946 sendo em 1949 dado a ilha como limpa de anofeles, não se registando casos novos de sezo-

Aparelho para MICRO-ELECTROFORESE

Kern
AARAU
SUISSE

O aparelho **KERN LK 30** para micro-electroforese foi especialmente concebido para permitir análises quantitativas sobre volumes muito reduzidos de soluções. De apresentação compacta e extremamente fácil de manejar, este instrumento assegura um trabalho



FABRICO
SUIÇO

rápido e preciso. Assim prestará os melhores e mais variados serviços tanto à pesquisa pura como aos trabalhos correntes.

Para entrega imediata nos Representantes

EMÍLIO DE AZEVEDO CAMPOS & C.A., L.DA

Rua de Santo António, 137-145 - PORTO

Filial em Lisboa: Rua Antero de Quental, 17-1.º

Preços e catálogos ao dispor dos nossos Clientes



Extracto hepático altamente purificado
e
indolor

PERNAEMON

Com um teor constante de Vitamina B₁₂ proveniente do próprio fígado

PERNAEMON FORTE

(ACTIVIDADE CLÍNICA EQUIVALENTE A 30 U. S. P. POR AMPOLA
COM BASE NO AUMENTO DO NÚMERO DE ERITRÓCITOS)

20 microgramas de Vitamina B₁₂ por ampola

Caixa de 3 ampolas de 2 c. c.

PERNAEMON SIMPLES

(ACTIVIDADE CLÍNICA EQUIVALENTE A 6 U. S. P. POR AMPOLA
COM BASE NO AUMENTO DO NÚMERO DE ERITRÓCITOS)

4 microgramas de Vitamina B₁₂ por ampola

Caixa de 3 ampolas de 2 c. c.

**Contém todos os elementos antianémicos
e tónicos do fígado incluindo a Vitamina B₁₂**

NOTA — Ainda que o Pernaemon possa ser injectado por via endovenosa, a prática tem demonstrado que, esta via não apresenta qualquer vantagem clínica sobre a intramuscular.

REPRESENTANTES:

UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA

Rua da Prata, 250-2.º — Lisboa / R. Alexandre Braga, 138 — Porto

nismo. Foi tal a mudança das condições da ilha, que o governo da Itália projectou instalar aí 1.000.000 de habitantes das regiões superpovoadas do continente.

Medidas idênticas têm sido tomadas nos países das regiões tropicais. No Brasil leva-se de vencida a endemia. No Egipto, Tailândia e noutros países estão em curso as mesmas medidas.

É curioso ver o que sucedeu numa região no norte da Índia onde o ataque ao sezonismo fez aumentar de 25 % a produção dos cereais.

A bilharziose é outra doença invalidante, encontrando-se entre o paralelo 38° norte e 35° sul. Alguns casos foram registados no Algarve e outras regiões do sul da Europa. No Egipto está a doença muito espalhada aí grassando desde a mais alta antiguidade. Em múmias de faraós que viveram 1.400 anos antes de Cristo, foram encontrados ovos calcificados do parasita. Em 1933 receberam ali tratamento nos hospitais 2.249.696 pessoas sofrendo de bilharziose.

Na China, 100 milhões de pessoas vivem em regiões infestadas e, destas, grande parte sofrem da doença. Estão em curso medidas para o ataque aos moluscos transmissores da enfermidade.

A anquilostomiase, conhecida por anemia dos mineiros, desapareceu praticamente das minas da Europa onde causava muitas vítimas. Presentemente é doença das regiões quentes por aí encontrarem os ovos do parasita condições de humidade e temperatura no solo propício ao seu desenvolvimento. Na África e Ásia ela está muito difundida. Na Índia havia 45.000.000 de indivíduos infestados que traziam um prejuízo à economia de um bilião de dólares. Medidas em curso já reduziram esse número em 25 % o que representa um ganho de 250 milhões de dólares.

Passando a doenças que se encontram em todo o mundo, referir-nos-emos à brucelose. Esta doença não tem ainda importância comparada às anteriores mas mostra uma grande tendência a difundir-se. Começando por ser descrita em Malta com a denominação de febre de Malta proveniente de leite de cabras sofrendo da doença, apareceu em outros países da orla do Mediterrâneo, registando-se presentemente em todos os climas.

Esta doença prejudica a economia não só pelos dias de invalidez que provoca nas pessoas, mas ainda porque causa nos gados o aborto epizootico. Medidas em curso nalguns países têm dado bons resultados. Na América do Norte a redução do número de casos nos gados trouxe um ganho de 50 milhões de dólares. A Noruega conseguiu extinguir a doença gastando para isso menos que os prejuízos causados num ano. Os problemas postos para o ataque à doença são múltiplos e para os resolver a O. M. S. a Organização Internacional de Epizootias (O. I. E.) e a F. A. O. que se ocupa dos problemas alimentares estabeleceu em conjunto 12 centros espalhados pelo mundo que trabalham sob direcção única, cada um encarregado de estudar um assunto. Estes centros são 2 na Inglaterra, 2 nos Estados Unidos, 2 na Fran-

ça, havendo 1 nos seguintes países: Grécia, Itália, México, Turquia, União Sul Africana e Jugoslávia. O nosso País está particularmente interessado no combate à doença, pois é das Nações da Europa mais atingidas por ela.

Não podemos deixar de fazer referência ao carbúnculo por essa doença ainda grassar em Portugal. O carbúnculo foi das primeiras doenças microbianas estudadas por Pasteur que preparou uma vacina eficaz contra ela libertando a França da epizootia e consequentemente dos casos humanos. A doença ataca vários animais, principalmente os ovídeos e depois infesta o homem. Em França registam-se em média 20 casos de carbúnculo por ano e todos em pessoas que manipulam peles de animais vindos de

países onde a epizootia ainda existe, geralmente da Turquia.

Em Portugal, segundo o inquérito feito pela Direcção Geral de Saúde em 1907, o número médio anual seria de 5.500 casos. Numa aldeia do distrito da Guarda que frequente, é raro encontrar alguém que não apresente a cicatriz pústula maligna. Ultimamente parece estar em curso uma campanha de vacinação de gados, único processo de acabar com esta doença cuja existência não nos honra.

É bem conhecida a gravidade da tuberculose, doença que se encontra em todos os climas e causa um número considerável de vítimas. É doença demorada terminando muitas vezes pela morte e mantendo o seu portador inválido ou pelo menos com diminuição das suas possibilidades de trabalho. O século XIX marcou o apogeu da doença o que está agora a declinar. Nos países do norte da Europa e Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia tem diminuído muito, figurando já em 4.º ou 5.º lugar do obituário, sendo de esperar que até ao fim do século ela deixe, pelo menos naqueles países, de ser considerada um flagelo social. Entre 1937 e 1949 registam-se as seguintes baixas na mortalidade por tuberculose:

Mortalidade por 100.000 habitantes

	1937	1949
Estados Unidos	54	20
Bélgica	71	55
França	119	68
Holanda	48	24
Dinamarca	44	19
Finlândia	200	156
Espanha	120	114
Portugal	151	149

Em Portugal não houve diminuição da mortalidade. De 1949 para cá nota-se tendência à queda do número a óbitos por tuberculose.

Com a vacinação sistemática pelo B. C. G. é de esperar que a baixa se accentue. Esta vacina está sendo largamente aplicada em vários países tendo-se já iniciado a sua aplicação em Portugal, onde contudo o número de vacinações é ainda relativamente pequeno. É de desejar e assim se espera, a intensificação desta prática.

A sífilis é doença grave que faz danos em 2 gerações sucessivas quando não tratada. Está também a caminho de ser dominada nos países da Europa e América, mas apresenta-se sob aspecto diferente noutras regiões. Por exemplo na Bósnia, Afagnistão e certas regiões da Índia, manifesta-se sob a forma de endemia não venérea, fazendo-se o contágio indirecto e directo principalmente pelas crianças. Tem-se combatido por exames a toda a população, com tratamento pela penicilina. Na Bósnia, depois de uma campanha de 2 anos, a endemia está em franca regressão e a caminho de desaparecer.

De aspecto semelhante à sífilis apresenta-se outra treponemose, o pian-

VITAMINA

AQUOSA

- MAIOR FACILIDADE DE ADMINISTRAÇÃO
- MAIOR RAPIDEZ DE ABSORÇÃO
- MAIOR TOLERÂNCIA

1 CC DE SOLUTO 35 GOTAS = 50.000 U. I. DE VIT. A
 CADA AMPOLA DE 1 CC (INJECT.) = 50.000 U. I. (FRACA)
 CADA AMPOLA DE 1 CC (INJECT.) = 300.000 U. I. (FORTE)

FRASCO DE 10 CC COM CONTA-GOTAS
 CAIXA DE 6 AMPOLAS (SÉRIE FRACA)
 CAIXA DE 3 AMPOLAS (SÉRIE FORTE)

LABORATÓRIOS
 DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

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, MICROCOCCOS
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.P.A. - CAIXA POSTAL, 710 - LUANDA

que se encontra em vários territórios tropicais e cuja profilaxia é a mesma da sífilis endémica. No Haiti, em 1950, iniciou-se exame à população com tratamento dos doentes, tendo retomado a actividade 100.000 pessoas que estavam impossibilitadas de trabalhar devido a sofrerem de pian.

Na Indonésia uma campanha idêntica permitiu examinar cerca de dois milhões de indivíduos e tratar centenas de milhares.

Mas não é só nas doenças infecciosas que a Medicina preventiva exerce a sua actividade. Outras doenças têm sido combatidas por medidas gerais. Entre elas citarei o bócio. Inquéritos recentes mostram que esta doença está mais difundida do que se julgava. O bócio aparece sobretudo, na população das regiões montanhosas tendo-se reconhecido que é devido à falta de iodo na atmosfera e águas desses locais.

A Suíça era o país da Europa mais atingido pelo bócio e foi aí que se iniciaram as medidas profiláticas, consistindo na adição de pequenas quantidades de iodeto de potássio ao sal, o qual por lei só pode ser vendido nessas condições. Os resultados foram os melhores.

Em 1900 todos os cantões registavam um certo número de mancebos regeitados para o serviço militar por bócio, havendo alguns onde a percentagem dos regeitados ultrapassava 20%. Em 1952, na maioria dos cantões não havia rejeição por esse motivo e nos mais atingidos a percentagem não ultrapassava 0,2%. Na Jugoslávia também o uso do iodeto de potássio reduziu o número de casos de bócio nas regiões montanhosas.

Fora da Europa há várias zonas onde as populações estão sujeitas a ele. No México vivem 11 milhões de pessoas em regiões de bócio e, destas, 2 milhões sofrem da enfermidade. Foi aí encarada a profilaxia pelo iodeto de potássio no sal, mas encontraram-se dificuldades por a população consumir o sal cristalizado em bruto saído das salinas, como sucede em Portugal, ao contrário da Suíça. Neste país foi relativamente fácil incorporar o iodeto de potássio na preparação do sal refinado usado pela população. A Comissão encarregada do estudo das medidas a tomar contra o bócio na O. M. S. forneceu-lhe modelos de aparelhos que pulverizando o sal lhe podiam juntar o iodeto de potássio, os quais eram susceptíveis de ser montados em veículos automóveis. Motivado por estas dificuldades, a legislação mexicana apenas tornou obrigatório o uso do sal com iodeto de potássio nos distritos onde se encontram mais de 20% de indivíduos com bócio.

Uma das regiões mais conhecidas de bócio, não só pela difusão da doença mas ainda pela frequência de cretinos idiotas e surdos-mudos aí existentes, é o norte da Índia, nas vertentes do Himalaia.

Existem aí 4.500.000 indivíduos com bócio, havendo aldeias em que o número de enfermos atinge 60% da população.

As medidas em curso para melhorar o estado sanitário das populações, trazendo baixa da mortalidade, não deixam de chamar a atenção de alguns sociólogos que admitem a possibilidade do aumento excessivo da população nas regiões onde a mortalidade elevada impede que isso se dê, não obstante as taxas da mortalidade altas. No Egipto, por exemplo a taxa da natalidade é de 54 nascimentos por mil habitantes enquanto na Europa antes da guerra só no sul ultrapassava 20.

Basta que a taxa de mortalidade do Egipto baixe para 14 por mil, número alto comparado com o que sucede na Europa, para que o índice de aumento de população seja de 40 por mil enquanto na Europa, na maioria dos países não chegava a 10 antes da última guerra, atingindo pouco mais de 20 nos de índice mais alto.

Há cerca de 150 anos Maltus chamou a atenção para o perigo que havia no aumento das populações não tendo paralelo com o aumento da produção. A sua teoria não se adoptou inteiramente às circunstâncias como os factos provaram. A população da terra excede o duplo da existente no seu tempo e a humanidade tem agora um nível de vida muito superior ao que ele conheceu. As guerras e epidemias que, no seu entender, serviam de correctivo ao acréscimo populacional, não tem presentemente acção sobre esse aumento. A última guerra teve uma intensidade e extensão que ainda não tinha sido igualada e a população de 13 países da Europa: Noruega, Suécia, Finlândia, Dinamarca, Inglaterra, Irlanda, Holanda, Bélgica, França, Suíça, Áustria, Itália e Portugal era em 1930 de 181.700.000 habitantes e em 1939 de 188.450.000, passando em 1947 a 195.586.000. O aumento no período antes da guerra foi de 6.678.000 e durante a guerra de 7.087.000.

É interessante ver as consequências do aumento da população na Dinamarca. Este país tinha em 1880 um pouco menos de 2.000.000 de habitantes contando agora mais do dobro.

Em 1880 o solo não sustentava a população que emigrava para a América do Norte. Actualmente a população não necessita de emigrar e o país é exportador de produtos alimentares.

O melhor aproveitamento das terras pelo aperfeiçoamento dos métodos de

cultura e pela possibilidade de cultivar terras onde presentemente há dificuldades de fixação de populações, o melhor aproveitamento do mar e outros progressos técnicos compensarão por muito tempo o aumento da população.

Tendo falado no decrescimento progressivo da doença parecerá que quero prometer a sua possível desapareção. Isso não me parece provável. Nos países que vão levando de vencida as doenças evitáveis, diminuindo a mortalidade infantil e as doenças infecciosas, a duração média da vida aumentou muito.

Esta foi para a América do Norte em 1952 de 68 anos, e de mais de 60 anos, em muitos outros países que gozam de boas condições sanitárias enquanto é de menos de 30 anos em dois terços da população do mundo. Como consequência, nos primeiros aumentam os óbitos por doença degenerativa como sejam as doenças de coração, doenças nervosas e mentais, diabetes e cancro.

Nos Estados Unidos da América o número de óbitos por doenças do coração atinge 35% do total dos óbitos e por cancro 14%.

Na Guatemala onde a duração média da vida é muito mais baixa, os números são, respectivamente 4 e 3%.

Em Portugal foram em 1948 14% e 4%.

As populações dos países onde se conseguiu aumentar a duração da vida, envelhecem e passam a ter uma maior percentagem de velhos e de pessoas improdutivas o que virá a sobrecarregar as instituições de previdência e fazer com que um maior número de pessoas trabalhe para os alimentar. Nos Estados Unidos da América, em 1940 23% da população tinha mais de 45 anos e consumia 50% dos cuidados médicos do país. Mantendo-se o actual ritmo, em 1980 metade da população americana terá mais de 55 anos e absorverá 80% dos cuidados médicos.

Por outro lado aumentará a proporção entre consumidores e produtores e isto poderá ajudar a luta contra o desemprego que tantas preocupações dá presentemente, tendendo sempre a agravar-se com os progressos técnicos.

Terminarei citando novamente o relatório preliminar sobre a situação social no mundo e níveis de vida em particular. «A luta contra a doença é uma condição prévia de progresso económico e social. O futuro de toda a colectividade depende da forma como se desembaraçar do fardo constituído pela má saúde, que traz uma delapidação dos recursos humanos e um gasto de alimentos empregados a sustentar micróbios e parasitas o que origina a letargia social e impede as populações e os países de atingir o seu pleno desenvolvimento».

Os números citados que não têm indicação de origem, foram colhidos nas publicações da estatística da O. M. S.

(Extracto da conferência proferida em 27 de Março na Biblioteca Municipal de Matosinhos).

Cada linha
10\$00

**PEQUENOS
ANÚNCIOS**

Grátis para
os assinantes

Ofertas e procuras de consultórios, de empregos, casas, substituições

ECOS E COMENTÁRIOS



REBITE POLIVITAMÍNICO DA RESISTÊNCIA ORGÂNICA

VICOMBIL

Bial

DRAGEIAS — XAROPE

VITAMINA A . . . 5.000 U. I.	VITAMINA B ₂ . . . 0,002 g.
VITAMINA D ₂ . . . 500 U. I.	VITAMINA B ₆ . . . 0,003 g.
VITAMINA C . . . 0,075 g.	VITAMINA B ₁₂ . . . 0,001 mg.
VITAMINA E . . . 0,01 g.	VITAMINA P. P. . . 0,02 g.
VITAMINA B ₁ . . . 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 CRÓNICAS, CONVALESCENÇAS

ECOS E COMENTÁRIOS

ESTATÍSTICA E ASSISTÊNCIA

Organizações assistenciais diversas medem, e fazem medir, o vulto e o valor da sua obra, através de secas estatísticas. E o mal, que poderia ter sido inicialmente o traduzir da deformação profissional de dirigentes e técnicos contabilistas e actuários, esprou-se a ponto de atingir alguns médicos, que não cuidam do ridículo de avaliar a eficiência ou da categoria dos serviços que orientam através das toneladas de pomadas que se gastaram, dos volumes de algodão utilizados, das medidas de álcool que consumiram...

Mais habitualmente são os números globais de consultas, visitas, injeções, tratamentos diversos, que servem para aquilatar a obra realizada, mais propriamente, talvez, para ofuscar o passante desprevenido e ignaro.

Não que desprezemos a estatística, que lhe ignoremos a indispensável vantagem, que esqueçamos a demografia, que é estatística da vida, a contabilidade de um povo.

Mas nisto reside, precisamente, a diferença. Nisto se marca a necessária des-trinça. Em temas de assistência, em problemas de saúde, pelo menos, a estatística não deve ser um fim de si mesma, mas um meio de atingir mais humanos fins.

Nós próprios dela usamos, talvez dela tivéssemos abusado, há anos já, em assuntos de epidemiologia de uma grande cidade, em aspectos mórbidos de uma grande indústria. Mas quer nos quadros sanitários, quer no ambiente de medicina colectiva em que servimos, foi sempre com sentido médico que usamos da estatística, da pobre estatística que pudemos levantar. Sentido médico que consente extrair-lhe as lições de vida que comporta e se não circunscreve ao seriar de factos de que não sabe, não quer ou não pode, tirar as devidas ilacções. Sentido médico que se não contenta com os primeiros números obtidos, antes os compara, os refere a idênticas unidades, os pondera e medita. Sentido médico que não mede o valor de uma assistência só pelo número de consultas, antes pergunta quantas primeiras e quantas consecutivas, quantas justificadas e injustificadas, quantas por motivos burocráticos e de razão clínica, quantas por minuto... ou quantos minutos para cada uma...

E aqui se roça por um ponto capital: a assistência, aqui ou ali, não importa onde, consente, tal como existe e como no-la dão as tais estatísticas, a demora, o cuidado, a atenção, o contacto humano

entre médico e enfermo dispensável por vezes para o diagnóstico do mal, por certo insuficiente para apreender a doença, seguramente indispensável para cuidar o doente?

Não estaremos vivendo, sob a preocupação da estatística, que para valer implica as grandes séries e a lei dos grandes números, uma hora dolorosa de enganos e desilusões? Uma hora de desconexão com as próprias exigências do momento?

Há cerca de 3 anos, em relatório ao

Congresso francês de oto-rino-laringologia, tratando da alergia alguns punham desta forma a angústia que acima deixamos transparecer:

«Il est d'une profonde ironie et a la fois d'un profond réconfort, de constater qu'à l'âge ou tout se mesure et tout se pèse, la grand maladie du siècle, la «maladie à la mode» ne se laisse découvrir qu'au prix de finesse de langage, c'est-à-dire au prix d'un contact humain direct».

E o que se diz para alergia não valerá para quase tudo o mais?

A repercussão psíquica e emocional da doença, o que já foi designado pelos problemas específicos da pessoa, poderão admitir outra solução que não seja o contacto humano directo? Quando menos se queremos fazer assistência e ser, na verdade, plenamente médicos?


M. M.

NOVA MODALIDADE DE SEGUROS PARA A DOENÇA

O Parlamento sueco aprovou, recentemente, um novo sistema obrigatório de seguros para a doença, que entrará em vigor no dia 1 de Janeiro de 1954 e que tem a característica de não fornecer serviços gratuitos. Os benefícios de que gozam os segurados são os seguintes: redução no preço dos medicamentos; indemnização de 3 a 150 corôas diárias, segundo os vencimentos, para pagamento das despesas com exames médicos e tratamentos; abono do vencimento normal durante 90 dias; assistência hospitalar com tarifa mínima.

O novo seguro será obrigatório não somente para os operários e suas famílias, mas também para todos os cidadãos maiores de 16 anos que tenham rendimentos anuais superiores a 120 corôas. A cota anual, proporcional ao vencimento, oscilará entre 23 e 150 corôas.


Este sistema de seguros custará 738 milhões de corôas, que se distribuirão assim: 44 % a cargo do empregado, 27 % a cargo do patrão e 29 % a cargo do Estado. Quando uma pessoa não seja empregada por outra, que trabalhe por sua conta ou viva de rendas, contribuirá com a parte que lhe corresponde como empregado, mais o que deveria dar o patrão.



SEPTICARBONE
ANTISSÉPTICO E ADSORVENTE
INTESTINAL

**GASTRENERITE AGUDA. ENTERITES
AGUDAS E CRÓNICAS. COLITES.
DIARREIAS. INTOXICAÇÕES ALIMEN-
TARES. FERMENTAÇÕES INTESTINAIS,
ETC.**

Tubo de 20 comprimidos



**LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

OS PÓETAS E A TUBERCULOSE

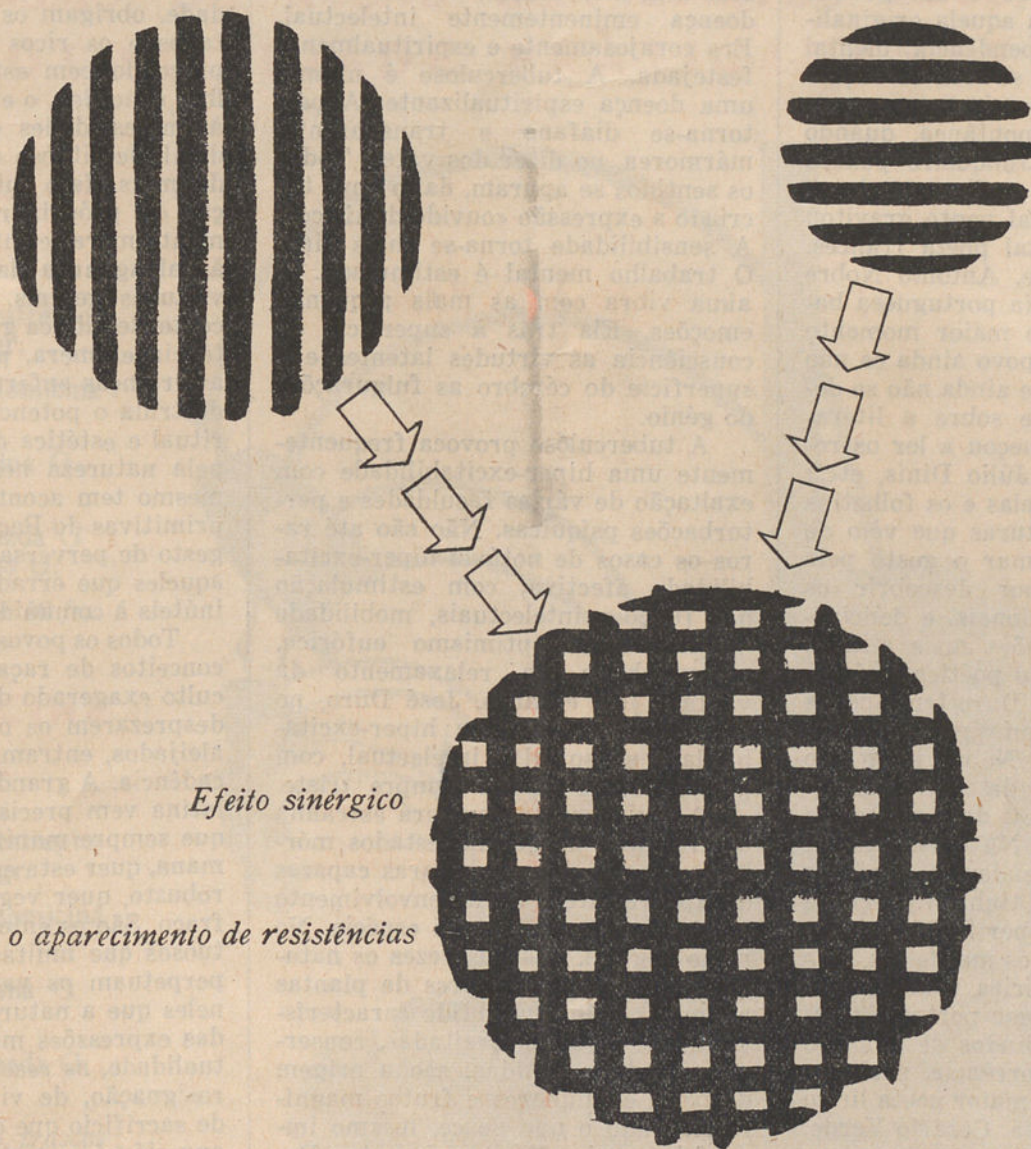


ESTREPTOHIDRAZIDA

Sulfato de Estreptomicilidena Isonicotinil Hidrazida

Associação num composto único de

ESTREPTOMICINA e ISONIAZIDA



Efeito sinérgico

Retarda o aparecimento de resistências

APRESENTAÇÃO: Frasco com 1,4 g de Estreptohidrazida

PFIZER INTERNATIONAL
Service Co., Inc.
25 Broad Street, New York 4, N. Y., U.S.A.

Unicos Distribuidores:

NÉO-FARMACÊUTICA, LIMITADA
AVENIDA 5 DE OUTUBRO, 21, R/C. — TEL. 51830
LISBOA

Representantes de:



FUNDADA EM 1849

* Marca registada da CHAS PFIZER & Co., Inc.

O maior Produtor de Antibióticos do Mundo

OS POETAS E A TUBERCULOSE

Apareceu um novo livro do nosso distinto colaborador Dr. José Crespo: «Medicina e Literatura», do qual transcrevemos o capítulo intitulado «Os Poetas e a Tuberculose». Como sempre sucede com os trabalhos do ilustre escritor e médico, este também foi recebido com grande interesse.

Depois de Camões, Portugal teve em Bocage, Antero de Quental, Gonçalves Crespo, Cesário Verde, António Nobre e José Duro, seis dos seus maiores líricos, de verdadeiro e inconfundível génio poético.

Guerra Junqueiro é um grande poeta, mas não tem aquela originalidade, aquela independência mental que caracterizam o artista de raça e de nascimento. A poesia torna-se sublime quando é espontânea, quando vem da alma. De Junqueiro poderá dizer-se que foi o melhor tradutor de Vítor Hugo, a tal ponto gravitou na órbita do imortal poeta francês. Com Cesário Verde, António Nobre e José Duro a poesia portuguesa bateu as asas para o maior momento lírico da língua. O povo ainda os não conhece bem, porque ainda não se debruçou atentamente sobre a literatura pátria. Já começou a ler os românticos (Camilo, Júlio Dinis, etc.) e a apreciar as novelas e os folhetins policiais e de aventuras que vêm de fora. Depois de tomar o gosto pela leitura, acabará por descobrir os grandes poetas nacionais, e deliciar-se com as expressões mais altas e comoventes do génio poético lusitano.

O «Fel» de José Duro tem apenas duas ou três parquíssimas edições. O «Só» de António Nobre julgo não ter passado ainda da sexta-edição. Com os exemplares das primeiras fazem-se fortunas. Na cidade de S. Paulo, em 1925, vendeu-se a edição de 1914, que então tinha o preço de capa de 3.500 réis, por 80.000 réis.

No «Só» há versos mal feitos, mas de uma ascensão lírica inimitável e de um sentimento bem português. Os versos correctos e lindos de António Nobre fazem concorrência perigosa aos de Camões — o maior poeta lírico da língua portuguesa. Cesário Verde, em 100 páginas, deixou versos dum encanto e duma naturalidade inexcedíveis. É tolice dizer que lembra Baudelaire.

Gonçalves Crespo, Cesário Verde, António Nobre e José Duro pagaram pesado tributo à tuberculose, que tem dizimado a ala dos namorados das últimas gerações de poetas nacionais. Em Nobre e José Duro este tributo foi bastante precoce. Mal experimentaram o sabor da vida. É na juventude, idade dos arroubos e dos devaneios poéticos, que a tuberculose pulmonar é mais grave e mais impressionante. Na época romântica, um adolescente tísico comovia até às lágrimas e inspirava aos poetas sentimentos de ternura, de simpatia e mórbida exaltação. A literatura do romantismo veio dar à tísica um papel de relevo na poesia, na novela, no

romance e mesmo nas peças de teatro em que era preciso fazer sofrer ou morrer algum personagem. Foi moda adoecer de tuberculose. Os poetas, então, suspiravam porque fosse esta doença que viesse pôr fim aos seus dias atribulados. Tornou-se uma doença eminentemente intelectual. Era corajosamente e espiritualmente festejada. A tuberculose é mesmo uma doença espiritualizante. A pele torna-se diáfana e transparente, mármorea, no dizer dos vates. Todos os sentidos se apuram, daí o povo ter criado a expressão «ouvido de tísico». A sensibilidade torna-se mais fina. O trabalho mental é estimulado. A alma vibra com as mais pequenas emoções. Ela trás à superfície da consciência as virtudes latentes e à superfície do cérebro as fulgurações do génio.

A tuberculose provoca frequentemente uma hiper-excitabilidade com exaltação de várias faculdades e perturbações psíquicas. Não são até raros os casos de notável hiper-excitabilidade afectiva, com estimulação das funções intelectuais, mobilidade do humor e optimismo eufórico, acompanhada de relaxamento da vontade. No entanto, José Duro, no campo literário, acusa hiper-excitabilidade sensorial e intelectual, com pessimismo e humor sempre triste.

A muita gente parecerá estranha a afirmação de que há estados mórbidos, anormalidades e taras capazes de aproveitarem ao desenvolvimento e ao aperfeiçoamento da espécie. No reino vegetal, quantas vezes os naturalistas e os agricultores de plantas anómalas, não têm obtido características que, bem aproveitadas, conservadas e transmitidas, são a origem de belos exemplares e frutos magníficos. Tudo o que nasce, mesmo imperfeito, cria direitos à vida. Devemos conservá-lo, não só por razões meramente humanitárias, mas também por interesse da própria espécie. É mister amparar e respeitar as crianças anormais, pois para elas a vida também é cheia de esperanças e de promessas. Temos conhecido grandes homens, no físico e na inteligência, com ascendentes débeis, e crianças disformes, enfezadas e anormais, que, com o tempo, se vão modificando a ponto de adquirirem habilidades, talentos, virtudes e qualidades prestimosas. Não devemos desesperar de certas anomalias que aparentemente parecem invalidar o indivíduo para uma função útil. Se o fizéssemos, a humanidade e a civilização não possuiriam o «D. Quixote», de Cervantes, as «Fábulas», de Esopo, as «Sátiras», de Scarron, as «Co-

médias», de Alarcon, os «Contos e os Poemas», de Edgar Poe, os romances de Dostoiévsky, as epopeias, de Milton e de Homero, os «Sonetos», de Petrarca, etc. Um alto sentido humanitário da vida e a verdadeira noção da solidariedade e da fraternidade, obrigam os fortes, os bem dotados e os ricos a aceitarem, como preço do bem estar que a natureza lhes concedeu, o encargo de proverem às necessidades do seu semelhante débil, defeituoso ou doente. Mas ainda mais. Isso interessa à conservação da própria raça, ao aperfeiçoamento moral e intelectual da espécie, à salvaguarda das qualidades e das virtudes geniais. Esparta, a florescente República grega, teve uma existência efémera, porque, sacrificando as crianças enfermiças e defeituosas, destruía o potencial de energia espiritual e estética da nação acumulado pela natureza nesses organismos. O mesmo tem acontecido com as raças primitivas do Pacífico, as quais, num gesto de perversa ignorância, matam aqueles que erradamente consideram inúteis à comunidade.

Todos os povos que alimentem preconceitos de raça e se imponham o culto exagerado da força, a ponto de desprezarem os organismos débeis e aleijados, entram no caminho da decadência. A grandeza imortal da raça latina vem precisamente do respeito que sempre manifestou pela vida humana, quer esta estue num organismo robusto, quer vegete num organismo fraco. São os entes fisicamente defeituosos que muitas vezes defendem e perpetuam os valores espirituais. É neles que a natureza armazena, além das expressões mais altas da intelectualidade, as reservas de bondade, de resignação, de virtude e de espírito de sacrifício que dulcificam e tornam apreciável a existência. Em que grau não teriam contribuído, para o aperfeiçoamento da humanidade, a gaguez de Demóstenes, a corcunda de Steinmetz, a surdez de Beethoven, a cegueira de Milton e de Castilho, a paralisia de Pasteur e de Handel e, no caso especial deste artigo, a tuberculose de Stevenson? Aos dois extraordinários artistas portugueses, António Nobre e José Duro, dedicamos um estudo especial. Neles, a tuberculose matou o homem e immortalizou o poeta.

A energia vital que herdamos, quando se empenha a fundo na modelação de uma grande alma, de uma inteligência privilegiada ou de uma virtude excepcional, pode não chegar para concluir a formação do corpo, ou para combater a influência nociva das doenças sobre o seu desenvolvi-

ATOXIMICINA

associação de antibióticos

Sulfato de Dihidroestreptomicina — Sulfato de Estreptomicina
Procaína - penicilina G — Penicilina G potássica

SINERGISMO DE ACÇÃO SEM EFEITOS SECUNDÁRIOS
NEUROTOXICIDADE PRÁTICAMENTE NULA

ATOXIMICINA **NORMAL**

Sulfato de Dihidroestreptomicina 0,25 gr.

Sulfato de Estreptomicina 0,25 gr.

Procaína - penicilina G 300.000 U.

Penicilina cristalizada G potássica 100.000 U.

Caixas de 1, 3, 5 e 10 frs.

ATOXIMICINA **INFANTIL**

Sulfato de Dihidroestreptomicina 0,125 gr.

Sulfato de Estreptomicina 0,125 gr.

Procaína - penicilina G 150.000 U.

Penicilina cristalizada G potássica

Caixas com 1 e 3 frascos

ATOXIMICINA **FORTE**

Sulfato de Dihidroestreptomicina 0,5 gr.

Sulfato de Estreptomicina 0,5 gr.

Procaína - penicilina G 300.000 U.

Penicilina cristalizada G potássica 100.000 U.

Caixa com 1 frasco



INSTITUTO LUSO-FARMACO-LISBOA

mento ou aperfeiçoamento. Devemos ir em auxílio da natureza, cuidando fisicamente destes organismos deficitários, para que adquiram a força necessária à aplicação e transmissão do extraordinário potencial de energia espiritual que possuem. Isto consegue-se com uma boa assistência médica, uma boa higiene e uma boa educação.

A tuberculose pagaram tributo os maiores espíritos de todos os tempos e de todas as raças, nas Ciências, nas Artes e na Literatura: Laenec, Chopin, Wateau, Mozart, Musset, Balzac, Molière. Entre nós, a galeria dos mortos ilustres pela tuberculose é vastíssima, incluindo a própria classe médica: Sousa Martins, Júlio de Mattos, Carlos França, Higino de Sousa, Pinto de Magalhães, António Pádua.

Quando a poesia e a Medicina se associam no mesmo indivíduo, e este faz do exercício da clínica um verdadeiro sacerdócio, a sua alma conhece e irradia todas aquelas emoções primitivas e universais que conduzem naturalmente à beleza, à verdade e ao sacrifício. Felizmente que, para a conservação dos valores espirituais, esta associação ainda é frequente, tal qual como nos tempos pré-históricos e nos primeiros séculos da nossa era a Medicina andava associada à religião. Se então, a arte de curar foi da predileção de sacerdotes e de teólogos, depois, muitos médicos, por necessidade espiritual, passaram a ter propensão para a poesia. O povo tem a errada crença de que um bom poeta é sempre um mau médico e um bom médico nunca pode ser um bom intelectual. Pelo contrário, um poeta médico está habilitado a ser, se o quiser, melhor clínico do que qualquer outro, porque, no campo da inteligência e do engenho, faculdade poética e intuição clínica assemelham-se muito. Servien vai mais longe, quando afirma que «o encontro da poesia e da ciência é mesmo uma das necessidades mais altas do espírito humano».

Em todas as nações, a classe médica envaidece-se de possuir bons poetas. Em Portugal tivemo-los sempre. Mesmo agora, nesta época eivada de egoísmo e malvadez, se podem apontar alguns. Dos que pertencem

à História da Medicina e da Literatura, recorda-nos, por exemplo, o seiscentista Miguel da Silveira, diplomado pela Universidade de Coimbra, que tem mais aura como poeta do que como médico, mas que não deixou de ser um afamado clínico. Escreveu o apreciadíssimo poema heróico «El Macabeu», que alguns críticos colocaram ao lado das cinco grandes epopeias do mundo. Entre os anglo-saxões, a galeria dos poetas-médicos é particularmente brilhante. Goldsmith, por exemplo, génio da literatura inglesa, é uma figura de imortal e universal renome.

A tuberculose tocou os melhores bardos do romantismo: Soares de Passos, Guilherme Braga, Hamilton de Araújo, António Fogaça, Manuel Laranjeira, Manuel Penteado, etc. Não lhe escaparam muitos dos nossos melhores prosadores: Silva Gaio, Rodrigo Paganino, Júlio Dinis, Oliveira Martins, Eça de Queirós, Arnaldo Gama, etc. A lista é impressionante, de uma estranha e trágica revelação.

É caso para perguntar se a poesia é um estado emocional favorável ou desfavorável à eclosão da doença e à sua evolução, isto é, se faz bem ou mal. Não pretendemos esboçar um capítulo sobre os usos terapêuticos da poesia. Cingimo-nos ao caso especial do poeta que se tuberculiza e em que medida o esforço de imaginação, inspiração e composição influenciam o seu estado mórbido.

Nas condições normais, a poesia nenhum mal pode causar, criando até um estado de satisfação espiritual, de euforia, que explica e justifica certos desequilíbrios e atitudes emocionais que a *entourage*, sobretudo a família, não vê com bons olhos. A poesia, como a música, como a pintura, como todas as expressões da arte, exerce sobre os espíritos uma influência poderosa e salutar. Acalma o sistema nervoso. Alivia certas preocupações deprimentes. Mas isto raramente se aplica à actividade poética, porquanto o esforço de conceber e compor versos nunca poderá actuar como um meio de aliviar o espírito acabrunhado ou saturado. A poesia nasce sempre numa crise emocional

que abala o espírito do artista. Se desta crise, com o esforço intelectual que ela exige e o desarranjo nervoso que acarreta, um espírito não pode sair incólume, já o mesmo não acontece com um organismo doente. Este é profundamente perturbado. Se a poesia tem influência favorável sobre quem a lê, esgota quem a faz. Eis a razão porque um grande contingente de poetas adoece de tuberculose e um poeta tuberculoso dificilmente se cura. Mais do que os excessos físicos, o organismo sente o desgaste dos nervos.

Só aqueles que se dedicam à literatura de ficção (verso ou prosa) podem fazer uma ideia do dispêndio de substância nervosa que ela exige, dispêndio que, a maior parte das vezes, só é possível manter com estímulos permanentes do sistema nervoso: o álcool para uns (Verlaine, Musset), o café para outros (Balzac) e o tabaco para quase todos. O excitante, por um lado, e o esforço, pelo outro, colocam os artistas num estado de tensão e excitação nervosa, propício à execução da obra. Ficam como que isolados do meio ambiente. Só reagem às solicitações do meio interior. Deitam cá para fora tudo quanto lhes vem à ideia, pois as faculdades críticas estão submergidas pela febre criadora. Se não surge qualquer solicitação exterior que intempestivamente os desperte desta crise emotiva e sentimental, isto só acontece quando o sistema nervoso não tem mais que dar, como um cavalo que caiu estafado na corrida. E assim se explica que todo o artista, logo que o fogo da composição se extingue, obrigando-o a poisar a pena, verifica surpreendido ter feito um trabalho de que nunca se julgaria capaz.

Morrer tísico, na época romântica, foi o sonho mórbido do poeta lírico. Era como que uma distinção literária, uma auréola, a «coroa de louros» do bardo sentimental. As melhores grinaldas poéticas teciam-se com o bacilo de Koch. A Medicina, pela voz de profissionais autorizados, alimentava, consagrava mesmo, este anelo sentimental e intelectual (Schelegel, Paul Bodros, Ricardo Jorge, etc.). Schelegel deixou dito que «a doença encerra uma vida mais rica e mais misteriosa do que a saúde». Ricardo Jorge chegou a escrever que a bacilose é capaz de estimular o trabalho mental. Por isso mesmo, aos sonhos de glória, em que queimavam as inteligências privilegiadas, os poetas associavam o mórbido desejo de verem o bacilo de Koch consumir-lhes o *substratum* desprezível do espírito, a «vil matéria», assim transformada numa estranha fonte de inspiração e de beleza.



E. TOSSE & C.^ª
HAMBURGO

ESTADOS DE NEVROSE ACOMPANHADOS
DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

VALODIGAN
(GOTAS)

Digitalis-Valeriana 30 gotas=0.05 gr. de folhas tituladas de Digital

REPRESENTANTE GERAL: SALGADO LENCART

Rua de Santo António, 203 — PORTO

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

JOSÉ CRESPO

Para conseguir vantagens fisiológicas e terapêuticas... considere

Hydro Cortone*

(HYDROCORTISONE, MERCK & CO., INC.)

Esta hormona foi, pela primeira vez, posta à disposição do mundo, pelos Serviços de Investigação e Produção da Merck & Co., Inc.

- 1. HYDROCORTONE** é um esteroide suprarenal natural, talvez o mais importante.
- 2. HYDROCORTONE**, em comprimidos, produz com doses inferiores, os mesmos efeitos terapêuticos da cortisona.
- 3. HYDROCORTONE**, em comprimidos, pode ser administrado em doses equivalentes a dois terços das da cortisona
- 4. HYDROCORTONE**, em comprimidos, sofreu recentemente uma considerável baixa de preços. O custo do tratamento é praticamente semelhante ao obtido pela cortisona.
- 5. HYDROCORTONE**, possui uma alta eficácia aplicado localmente.
- 6. HYDROCORTONE** é altamente benéfico quando injectado nas articulações e sinoviais.

ORAL:
HYDROCORTONE em comprimidos de 20 mg.
Frascos de 25 comprimidos



INTRA-ARTICULAR:
Suspensão salina de Acetato de HYDROCORTONE
Cada cc. = 25 mg.
Ampolas de 5 cc.



LOCAL:
Pomada Tópica de Acetato de HYDROCORTONE a 1% em bisnagas de 5 gms.

Todos os comprimidos de HYDROCORTONE são ovais e trazem esta marca...

*HYDROCORTONE é a marca registrada de Merck & Co., Suc. para a sua hydrocortisona.

MERCK-SHARP & DOHME INTERNATIONAL

DIVISION OF MERCK & CO., INC.

161 AVENUE OF THE AMERICAS, NEW YORK 18, N. Y., U. S. A.

Distribuidor:

SOC. COM. CROCKER, DELAFORCE & CO. S.A.R.L.

Rua D. João V, 2, Lisboa

A MEDICINA EM S. BENTO

Ainda o Hospital Escolar de Lisboa — Novos discursos dos Drs. SANTOS BESSA e CID DOS SANTOS

Na sessão de 24 de Março da Assembleia Nacional voltou a tratar-se do Hospital Escolar de Lisboa. São os discursos dos Drs. Santos Bessa e Cid dos Santos que adiante arquivamos, aproveitando, como de costume, o «Diário das Sessões»:

O Sr. Santos Bessa: — Sr. Presidente: como Deputado e como médico tenho acompanhado com o maior interesse a actividade do Governo e da comissão instaladora do Hospital Escolar de Lisboa nas coisas que a este dizem respeito, mormente depois da discussão do aviso prévio do meu amigo Deputado Cid dos Santos e da votação da moção que com ele tive a honra de assinar e propor a esta Assembleia.

Esta atitude e este interesse não se limitam ao Hospital Escolar de Lisboa, pois desde 1946 venho acompanhando cuidadosamente o desenvolvimento do plano hospitalar do País — desde que tive de intervir na discussão da respectiva proposta aqui enviada pelo Governo.

Foi este mesmo interesse que me levou a estar a par de muitas das propostas da comissão instaladora e dos despachos de S. Ex.^a o Ministro do Interior acerca de tais assuntos e que me obriga agora a fazer algumas considerações sobre a matéria dos discursos do Sr. Deputado Cid dos Santos de 24 de Fevereiro e de 20 de Março.

Disse o Sr. Deputado Cid dos Santos: «Constitui para mim uma obrigação explicar melhor o que eu sei aos que forçosamente não podem conhecer a questão como eu a conheço nem vê-la nas suas consequências como eu a vejo».

Aqui lhe manifesto o meu reconhecimento pelos esclarecimentos que procurou fornecer-me, mas sinceramente lhe digo que nada adiantou ao seu aviso prévio, nem à discussão que à volta dele se desenrolou. Limitou-se a insistir sobre alguns pontos já focados e até a insistir sobre alguns assuntos do seu aviso prévio que a discussão aqui travada demonstrou não serem aceitáveis por esta Câmara.

Se o digo e se volto a este assunto é porque entendo que para mim também constitui obrigação dizer à Câmara o que sinto a tal respeito, embora saiba que todos conhecem estes assuntos tão bem ou melhor do que eu.

No discurso de encerramento do aviso prévio o seu ilustre autor declarou que no Hospital Escolar de Lisboa não estavam ainda resolvidos os seguintes problemas: laboratórios, arquivos, banco, consultas externas, bibliotecas, fotografia e desenho, administração, quadro do pessoal não médico, quadro do pessoal de enfermagem, recrutamento do pessoal não docente e regulamentos.

Na moção com que se encerrou a discussão, e que esta Câmara aprovou por unanimidade admitia-se, a possibilidade de existirem erros de pormenor ou lacunas a preencher e nela exprimia a Câmara o desejo de que o Governo prestasse atenção ao debate, ao mesmo tempo que o convidava a buscar os meios para dar satisfação a tudo o que parecer razoável.

No seu discurso no dia 24 de Fevereiro, porém, o Sr. Prof. Cid dos Santos, parecendo fazer tábua rasa do debate aqui travado, da orientação geral da Câmara acerca dos assuntos que aqui apresentou e da própria moção, estranha que o Governo nada tenha resolvido sobre «a direcção e a orientação conjuntas que constituíram o ponto fundamental do aviso» e que nada tivesse decidido sobre a «volta do Hospital para o Ministério da Educação Nacional».

Estranho também que o ilustre autor do aviso prévio tenha estranhado isto, pois no seu discurso de encerramento da discussão ele reconheceu que, «por unanimidade daqueles que aqui falaram, se notou uma nítida oposição à incorporação do Hospital

no Ministério da Educação Nacional». Esta declaração, que corresponde inteiramente à verdade, bem como os termos da moção aqui aprovada, parecem-me dispensar o Governo de qualquer diligência nesse sentido. De acordo com essa unanimidade de vistas revelada pelo debate — pelo debate da Câmara, claro está! — o Governo entendeu que essa atitude era como que uma aprovação do que já tinha resolvido e não viu razões para perflhar os argumentos de um Deputado em prejuízo da orientação geral dos que aqui falaram. Ao contrário do que pensa o Sr. Deputado Cid dos Santos, direi que muito mal andaria o Governo se, desatendendo o que aqui se disse, fosse alterar o que estava estabelecido.

Pois se, como reconhece o Sr. Deputado, se notou, por parte dos que aqui falaram, aquela unanimidade de oposição a tal doutrina, como é que no seu discurso de 24 de Fevereiro, e agora no de 20 de Março, estranha a atitude do Governo? *Nos quoque gens sumus!*

No seu discurso do dia 20 do corrente, o Sr. Prof. Cid dos Santos, fingindo ignorar novamente todo o debate, para só recordar o que aqui disse, como se as opiniões dos demais Deputados não fossem de considerar, reedita, em vinte e cinco artigos, as deficiências e os erros que apontou na sua primeira exposição, considerando como inexistentes as declarações aqui feitas pelos demais! Suponho que só para não avolumar a exposição é que se não repetiram os «benefícios indiscutíveis» contidos no aviso.

Insiste aquele ilustre Deputado em chamar ao Hospital Escolar de Lisboa aquilo que não é — Hospital-Faculdade. Não refiro isto porque sinto qualquer dificuldade na identificação daquilo a que se refere, mas porque receio que grande parte das suas deduições promane da sua concepção de Hospital-Faculdade. Nesse discurso, e com grande estranheza minha, disse o ilustre Deputado que, «uma vez posta a questão do Hospital-Faculdade isoladamente, logo ela foi por alguns diminuída na sua importância, sob o pretexto de que o Hospital-Faculdade constitui apenas um pormenor no quadro geral dos hospitais do País».

Devo declarar, muito sinceramente, que não tive esse propósito, e também posso afirmar, pelo que ouvi aos outros colegas que discutiram o aviso prévio, que não é lícito concluir que qualquer deles tenha procurado negar ou diminuir a sua importância — nem a do aviso prévio, nem a do próprio Hospital.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Recordo-me de ter declarado que ouvira com o maior prazer o discurso do autor do aviso prévio e de dizer que a maneira como o desenvolveu estava à altura da sua reputação como homem e como professor. Devem também recordar-se quantos me ouviram de que considere os Hospitais Escolares de Lisboa e Porto como formidáveis construções e «duas afirmações indestrutíveis da nova era que estamos vivendo». Quem assim falou não quis apoucar uma nem outra coisa!

Não me recordo de ter ouvido a quem quer que seja a afirmação de que esse grande hospital é apenas um pormenor no quadro geral dos hospitais do País.

Ouvi, sim, por exemplo, dizer o Prof. Cerqueira Gomes:

Ora os hospitais escolares têm um sentido marcado na organização hos-

pitalar que o Governo concebeu por 1946; além das funções pedagógicas que, como formações sanitárias de centros universitários, lhes pertencem, têm a de assegurar a assistência hospitalar da respectiva região e a de atender aos casos clínicos de toda a zona que os hospitais distritais não possam tratar. Ou antes: o Governo, por essa altura, planejou a assistência hospitalar do País; dividiu-o em três zonas e cada zona em regiões e sub-regiões; marcou para cada parcela um tipo de assistência, e estabeleceu que em Lisboa, Porto e Coimbra se criassem hospitais capazes de servir para o ensino da Medicina, mas também aptos para a assistência hospitalar da região e para o tratamento dos casos clínicos de toda a zona fora das possibilidades dos hospitais distritais.

Isto é: os hospitais escolares ganhavam atribuições pedagógicas sem se desprenderem do plano geral da assistência. Ficavam dentro dele como um escalão valioso, de especiais recursos, remate bem marcado da assistência hospitalar de uma zona.

O Dr. Moura Relvas disse que, tendo visitado os hospitais de Londres, Paris, Madrid, Estocolmo, Oslo, Berlim, Genebra, etc., podia afirmar que, «com todas as suas falhas, o grande Hospital Escolar de Lisboa é um dos melhores entre os melhores da Europa».

E o Dr. Melo e Castro afirmou que os hospitais escolares «passaram a constituir uma das peças fundamentais da organização hospitalar».

Portanto, o tom geral foi o de reconhecimento do exaustivo e apaixonado estudo que constituiu o aviso prévio e o da afirmação do alto valor dos hospitais escolares na organização hospitalar do País, e nanja o desejo de lhes diminuir a importância sob qualquer pretexto.

O próprio autor do aviso prévio, na sua resposta, agradeceu aos Deputados que falaram «a forma tão correcta e tão nobre» como encararam a sua pessoa.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Estranhou o Sr. Prof. Cid dos Santos, na sessão de encerramento, certos rumos da discussão, certa «orientação das críticas», ou «desvios das questões», e declarou não saber «até que ponto a política nela interveio». E, no seu último discurso, foi mais além, dizendo que «a política explica muita coisa, mas mesmo em política existem limites para o valor e a utilidade do absurdo». Claro está que ninguém se convence de que o Sr. Prof. Cid dos Santos esperasse que esta Câmara tivesse para com o seu discurso a mesma atitude que teria uma Academia de Medicina ou a Academia das Ciências. Esta é, de facto, uma Câmara política e é natural que a política nobre e elevada oriente sempre a discussão das questões aqui postas. Suponho que não é senão a esta política que se quis referir o Sr. Deputado Cid dos Santos — nobre, elevada e generosa.

Entendo não dever deixar passar sem reparo, por me parecer injusta, a sua afirmação de que só o Hospital Escolar «existe neste momento, quando os outros hospitais estão ainda quase todos no papel!»

O Sr. Alberto Cruz: — E é pena que assim seja!

O Orador: — Afigura-se-me que o Sr. Deputado não quis prestar a devida atenção às afirmações aqui feitas pelo Sr. Deputado Melo e Castro a tal respeito, quando informou a Câmara de que da execução do plano hospitalar havia já resultado um aumento de 2.158 camas pela construção de edifícios novos e de 191 pelas remodelações e ampliações de antigos edifícios e ainda de que, pelas obras em curso, dentro em breve lhes poderemos juntar mais 2.193.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Nos vinte e cinco pontos do seu discurso, em que aponta «as deficiências e os erros» do Hospital, volta a falar da «impossibilidade de aceitar a criação pelo Governo de serviços novos não previstos sem a consulta, discussão e aquiescência prévia de qualquer entidade competente, e particularmente do conselho da Faculdade de Medicina».

Esforcei-me por demonstrar, a respeito da cardiologia e de outros serviços, que a nós nos interessava sobretudo «saber se o Governo fez bem ou fez mal em lhes destinar lugar no novo Hospital — com o parecer, contra o parecer ou contra o silêncio da Faculdade». O Sr. Deputado Cerqueira Gomes, com a sua autoridade de bastonário e de professor, reforçou esse meu ponto de vista com as considerações aqui aduzidas a tal respeito.

Se a Faculdade, dentro da sua torre de marfim, entendesse não dever responder a consulta do Governo ou se adiasse indefinidamente a questão, entende o Sr. Deputado Cid dos Santos que o Governo não devia criar esses e outros serviços? Em nosso entender andou bem o Governo ao criá-lo, tal como o fez o Governo Francês, em 1937, ao criar uma cadeira de Cardiologia da Universidade de Paris, sem a intervenção da Faculdade e por proposta da assistência pública.

Por toda a parte estão criadas cadeiras e serviços de cardiologia: Londres, Milão, Bruxelas, Buenos Aires, Barcelona, Cidade do México, etc. Paris nos últimos anos criou serviços de cardiologia no Hospital Broussais, no Boucicaut, no Laboratoire e na Pitié. Nas grandes cidades da América e em Londres julgo não haver nenhum grande hospital que não tenha o seu serviço de cardiologia. Suponho que este assunto está suficientemente esclarecido e que a nós só nos cabe lamentar que a Faculdade se não tenha pronunciado abertamente pela criação do serviço, sobrepondo o interesse do ensino e da assistência a quaisquer outras razões, e louvar o Governo pela sua decisão a este respeito.

Outro tanto poderíamos dizer do serviço de fracturas, acerca de cuja consulta a Faculdade respondeu, em 7 de Novembro do ano findo, que havia sido constituída uma comissão para estudar o assunto. Até esta data, porém, essa comissão ainda não deixou transparecer o que pensa a tal respeito. Não se pode dizer que tal atitude se coadune com o desejo de evitar demoras na solução dos problemas daquele Hospital.

Se o Governo não toma uma atitude igual à que tomou para a cardiologia, lá ficava este Hospital sem um serviço de tão alta importância!

Decididamente, não estamos de acordo com o Prof. Cid dos Santos: aceitamos a possibilidade da criação pelo Governo e louvamo-la, quando se dão coisas destas. Só me parece que o Governo fica à quem do que pode.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Vamos agora dar o balanço à actividade da comissão e saber se ela tem procurado ou não atender os problemas aqui apresentados pelo Sr. Deputado como ainda não resolvidos.

Em 16 de Fevereiro de 1954 enviou ela a S. Ex.^a o Ministro uma proposta de solução das deficiências e inexistências que encontrou. Nessa proposta se sugere a solução que lhe pareceu mais conveniente para as consultas externas, para os serviços

de fracturas e de cirurgia maxilo-facial, para a central de enfermeiras, para o arquivo central e para a biblioteca do Hospital, a completar a da Faculdade de Medicina.

Embora de acordo com a linha geral da proposta, S. Ex.^a o Ministro entendeu nada dever fazer sem que, por intermédio do Ministério da Educação Nacional, fosse ouvida a Faculdade de Medicina de Lisboa. Este despacho tem a data de 18 de Fevereiro e só porque a Faculdade ainda não pôde responder é que eu não posso informar a Câmara da solução adoptada.

E porque não respondeu a Faculdade? Pelo que aqui disse o Sr. Prof. Cid dos Santos, o officio está «mal redigido», tem propostas «absurdas» e encara os problemas isoladamente, sem «aquela visão de conjunto» que, em seu entender, é indispensável. E então, por isto e porque o caso tanto pode revelar «uma ingenuidade como uma perfídia», parece que «o conselho escolar se encontra perante o dilema de

aceitar o absurdo ou dar uma falsa impressão de desorientação e de discórdia rejeitando as propostas».

Parece deduzir-se que o conselho, perante este perigo, recusa uma resposta!

Salvo o devido respeito, o conselho escolar podia consagrar-se a um esforço de boa vontade, vencer as deficiências de redacção, iludir os perigos da ingenuidade ou da perfídia, fazer luz onde há obscuridade e dar a sua opinião, dizendo as razões por que devem ser preferidas as soluções que propuser e quais os erros ou defeitos das contidas na proposta, encarando os problemas no seu conjunto ou vendo-os isoladamente. Calar-se é que não!

Devo declarar, porém, que creio que a comissão e S. Ex.^a o Ministro procederam de boa fé e que não há na proposta nem ingenuidade que choque, nem perfídia que magoe.

Aliás, a boa vontade da comissão pode ainda avaliar-se pelo cuidado posto no recrutamento do pessoal de enfermagem.

PENICILINA-PROCAÍNA NOVO

ESTÁVEL

EM SUSPENSÃO AQUOSA PRONTA A USAR

De grande fluidez e estabilidade especialmente estudada para países com as condições de temperatura do nosso, e ainda mais elevadas, sem exigir cuidados especiais para a sua conservação.

CARACTERÍSTICAS

FLUIDEZ (tampão e agentes dispersantes)

INJECTÁVEL COM AGULHAS FINAS (natureza microcristalina)

ACTUAÇÃO IMEDIATA E PROLONGADA

APROVEITAMENTO TOTAL DA SUSPENSÃO (frascos siliconados)

APRESENTAÇÃO

Frasco com 300.000 U. I. = 1 dose
600.000 U. I. = 2 doses
1.500.000 U. I. = 5 doses
3.000.000 U. I. = 10 doses



Representantes para Portugal e Ultramar:

J. A. BAPTISTA D'ALMEIDA, LDA.

R. Actor Taborda, 13

LISBOA-N.

Está escolhida como enfermeira-geral e encarregada da superintendência uma senhora que foi, durante quatro anos, professora da Escola Técnica de Enfermagem, no Instituto de Oncologia, e que, afora isso, esteve dois anos no Canadá, em Toronto, onde, além da especialização de enfermagem, fez na sua Universidade um curso de organização e administração hospitalar. Dando fé ao que me disseram, alegrei-me com a notícia de que o Prof. Gentil, lamentando a perda sofrida pelo ensino escolar, tomou esta atitude como homenagem à Escola que com tanto carinho fundou e tem amparado.

Outra demonstração de boa vontade se encontra na escolha da dietista — outra senhora que tirou em Londres um curso de quatro anos e que ali ficou a prestar serviço até 31 de Dezembro último, voltando agora ao seu país para trabalhar no nosso primeiro grande hospital.

E podemos juntar que estão a funcionar ou abertos concursos para agentes de fisioterapia, para agentes técnicos de radiologia, para cursos de dietistas, de preparadores de laboratório e de candidatas a catalogadoras. E posso informar que há já enfermeiras instrumentistas a praticar no Instituto de Oncologia, na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, no Hospital Júlio de Matos, no Hospital da C.U.F. e no Instituto Dr. Gama Pinto.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — O problema da triagem e distribuição dos doentes aguarda também o parecer da Faculdade de Medicina. Estou convencido de que tal serviço, neste Hospital, não será executado pelo porteiro, como, segundo aqui disse o Sr. Deputado Cid dos Santos, «se tem feito, desde data imemorial, nos nossos hospitais». Peço licença ao Sr. Prof. Cid dos Santos para perguntar se não há um bocadinho de exagero nesta afirmação!

O problema dos laboratórios está resolvido com a constituição de um laboratório central e de um laboratório por cada serviço ou grupo de serviços — à volta de cem camas, e não de vinte e quatro.

E, como estes, todos os vinte e cinco pontos e mais aqueles problemas que aqui não foram ventilados têm sido estudados pela comissão instaladora, o que certamente não aconteceria se a tivéssemos feito substituir por outra, como queria o Sr. Deputado Cid dos Santos. A este respeito já disse o que devia quando respondi ao autor do aviso prévio, e não vejo motivos para mudar de orientação.

Mas não resisto à tentação de recordar a opinião dum distinto investigador — o Doutor Arnaldo Sampaio — proferida há cerca de um ano, na sua conferência comemorativa do Dia Mundial da Saúde:

O médico português faz gala em não perceber nada de administração, mas fica ofendido quando é posto à frente de um estabelecimento de medicina um administrador não médico. Esta situação, que existe de facto, tem causado a governos e a governados as maiores perturbações.

Sobre a atitude do vogal médico da comissão, aqui posta a nu pelo Sr. Deputado, acusando-o de se limitar, como de costume, a tomar conhecimento dum documento que foi concebido e redigido pelos vogais não médicos, não cabe a esta Câmara averiguar nada a tal respeito. Eu, como discípulo e admirador desse professor, lamento que isso possa acontecer.

E, a ser verdade o que se afirma, quando isso se passa com o professor indicado pelo Ministério da Educação Nacional (e naturalmente pela Faculdade), e que tem atrás de si largos anos de direcção do Hospital Escolar de Santa Marta, o que não aconteceria com qualquer outro, absorvido pela clínica e pelas aulas, mesmo que fosse escolhido pelo Sr. Presidente do Conselho?

Firmo-me ainda mais na minha tese com estas achegas que me trouxe o ilustre autor do aviso prévio.

Não quero terminar Sr. Presidente, sem exprimir o voto de que uma lufada de bom senso varra mesquinhas questões de pormenor, que podem prejudicar tão bela obra, e faça colocar acima de tudo e de todos o supremo interesse da Nação. Disse.

Vozes: — Muito bem!

O orador foi muito cumprimentado.

O Sr. Cid dos Santos: — Sr. Presidente: peço a palavra para explicações.

O Sr. Presidente: — Tem V. Ex.^a a palavra para explicações.

O Sr. Cid dos Santos: — Sr. Presidente: não esteja V. Ex.^a apreensivo, porque não vou pronunciar um discurso. A questão está nas mãos do Governo. Já não tem de ser discutida nesta Assembleia.

Acabei de ouvir um discurso do meu amigo Santos Bessa, e que hei-de dizer se não o que penso?

Foi político.

Foi um discurso puramente político e deslocadamente técnico, pretendendo explicar à Assembleia o que ela não pode julgar nem tem de julgar.

A Assembleia já se pronunciou. Já não temos de discutir e eu falo apenas como Deputado que assinou a moção e é, para mais, autor de um aviso prévio.

Falei para o Governo, lembrando o que se passou e indicando os pontos essenciais do aviso, e continuo aguardando que o Governo resolva como entender.

Quero agora fazer notar ao meu amigo Santos Bessa que me desagradou ouvi-lo dizer que eu tinha fingido ignorar ter havido uma discussão, para só falar na matéria por mim exposta no meu aviso.

O Sr. Santos Bessa: — Eu quis dizer «parecendo ignorar» e disse «fingindo ignorar». Não houve a mínima intenção de o magoar; peço desculpa.

O Orador: — Isso não tem importância, mas eu não fingi nada, não tenho fingido nada, e quando aqui trato das questões faço-o sempre com sinceridade e clareza.

Vozes. — Apoiado!

O Orador: — Se apenas me referi ao problema tal como o pus e ignorei o que se disse na Assembleia foi por uma razão que já foi exposta por mim no encerramento da discussão do meu aviso prévio, mas que vou expor de novo. É que eu considero que no debate sobre o aviso quase nada se referiu ao que eu dissera; uma boa parte foi deslocada e outra parte foi deturpada.

Não tenho de tratar, portanto, de um aspecto que praticamente não foi considerado.

O Sr. Carlos Moreira: — Apoiado!

O Orador: — Discutiu-se apenas — e eu disse-o na minha resposta — a questão da passagem do Hospital para o Ministério da Educação Nacional. Foi esse o aspecto que considero discutido.

Quando ouvi agora o Dr. Santos Bessa reaparecer com novas explicações e critérios que, a meu ver, são descabidos, tratando de problemas técnicos e justificando comissões, eu concluo que me encontro perante um discurso que só pretende atingir fins políticos.

Conhecendo, como conheço, o Sr. Deputado Santos Bessa, sabendo que é um homem inteligente, custa-me vê-lo defender coisas que, se não estivesse aqui, estou seguro, nunca defenderia.

Tenho dito.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O orador foi muito cumprimentado.

Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e de Bronco-Esofagologia

No dia 20 de Março, na sala de aula do Instituto Português de Oncologia, realizou-se a sessão solene inaugural da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e de Bronco-Esofagologia, recentemente fundada, e cujos corpos directivos são constituídos pelos Drs. Alberto Luís de Mendonça, Jaime de Magalhães, António da Costa Quinta, Albano Coelho, Campos Henriques, Teófilo Esquivel e António Cancela de Amorim.

Presidiu à sessão inaugural, em representação do Ministério da Educação Nacional, o sr. Almeida Carneiro e na mesa de honra viam-se, também, o Prof. Francisco Gentil e os Drs. Jaime de Magalhães, do Porto, Albano Coelho, Alberto de Mendonça, Cancela de Amorim e Campos Henriques.

Aberta a sessão, falou o presidente da Sociedade, Dr. Alberto de Mendonça, que fez um resumo histórico da Otorrinolaringologia no nosso País, desde o fim do século passado.

O orador lastimou que se não conferisse àquela especialidade a mesma categoria e a mesma importância que são dadas a outras e terminou por agradecer a escolha do seu nome para a presidência da Sociedade.

Seguiu-se a alocução do vice-presidente da Sociedade, o Dr. Jaime de Magalhães, do Porto, que começou por apresentar as suas homenagens ao Prof. Francisco Gentil. Seguidamente, justificando a criação da Sociedade, que ali tinha a sua primeira reunião, expôs os grandes serviços prestados à Humanidade pela Otorrinolaringologia e afirmou que tudo quanto se faça em audiologia é obra de grande humanidade pelo socorro moral que se dá aos portadores de surdez, todos deprimidos morais, todos tocados de grande infelicidade. E depois de salientar a vantagem de ser considerada a amplitude da especialidade da Otorrinolaringologia, por indispensável à acção clínica geral, o orador apresentou, depois, cumprimentos ao Prof. Carlos Larroude, pelo que pretende fazer no novo hospital, e, após outras considerações, terminou por cumprimentar o representante do Ministério da Educação Nacional, bem como o presidente da Sociedade.

Por último, o Dr. Costa Quinta, secretário da nova Sociedade, fez uma conferência intitulada «A Otorrinolaringologia em Portugal». Começou por saudar o Dr. Alberto de Mendonça e, depois, afirmou a dificuldade em definir o que é otorrinolaringologia, principiando por dar a conhecer o que não era. Seguidamente, descreveu o que tem sido a vida da especialidade no nosso País, lamentando que não lhe seja ligada a importância que ela merece.

X CONGRESSO DA SOCIEDADE LATINA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Esteve reunido em Lisboa, nos dias 5 a 7 de Abril, o X Congresso da Sociedade Latina de Otorrinolaringologia, que teve como presidente de honra o Dr. Alberto Mendonça e como presidente efectivo o Prof. Carlos Larroudé, tendo sido discutidos vários relatórios subordinados ao tema geral «Disfonias». Nele participaram cientistas de Portugal, Espanha, França, Itália, Suíça, Bélgica, Argentina e Brasil.

À sessão inaugural, realizada no dia 5, na «Aula-Máxima» do novo Hospital Faculdade, presidiu o Chefe do Estado, ladeado pelos Drs. Trigo de Negreiros e Veiga de Macedo, respectivamente, Ministro do Interior e Subsecretário de Estado da Educação Nacional, e pelos Profs. Toscano Rico e Carlos Larroudé, tendo a ela assistido, além de grande número de congressistas e dos mais ilustres cientistas da especialidade nos países latinos, os Embaixadores da França e do Brasil; os Ministros da Argentina, Bélgica, Colômbia, Chile, Itália, México e Uruguai; os encarregados de negócios de Perú, Suíça e Venezuela; o adido cultural da Espanha; o secretário-geral do Congresso, Prof. Louis de Chevanne, e o representante do I. A. C., Dr. José Gomes Branco.

Ao abrir a sessão, o Prof. Carlos Larroudé agradeceu, em termos expressivos, a presença do sr. general Craveiro Lopes e saudou as altas individualidades ali reunidas, destacando os membros do Governo e do corpo diplomático e o director da Faculdade de Medicina. Dirigindo-se depois, sucessivamente, aos congressistas brasileiros, espanhóis e argentinos, teve palavras do maior apreço para os respectivos países e enalteceu o valor da contribuição por estes prestada ao desenvolvimento da otorrinolaringologia.

O orador passou, em seguida, a exprimir-se em francês, devido ao nosso idioma não ser acessível a muitos dos delegados presentes. Principiou por dizer:

«Há 25 anos que a Sociedade Latina celebra as suas reuniões científicas. Quantos acontecimentos, quantas catástrofes e transformações não revolucionaram o Mundo neste quarto de século? E, contudo, a nossa Sociedade resistiu a tudo isso e manteve sempre viva a chama do facho da latinidade. Eu sei que as borrascas foram rudes, que a chama foi por vezes apenas um ponto luminoso, mas, passado o mau tempo, tremulou ao vento, alargou-se, brilhou com todo o fulgor e soube restabelecer o calor da amizade entre latinos».

«Porque na base da nossa Sociedade há um desejo de compreensão, de entendimento e de amizade entre todos os seus membros. Pertencemos ao número daqueles que não acreditam no declínio da latinidade. Temos atrás uma herança enorme, constituída pelo culto da inteligência, que permite compreender e tolerar; pelo culto de tudo o que é grande e pela hostilidade a tudo o que esmaga; pela mesma con-

cepção da vida, baseada no equilíbrio e na beleza. A cultura latina é feita de inteligência e coração, de ideal e de tolerância—o que a torna imperecível».

E acrescentou:

«Compreende-se, assim, que a Sociedade Latina tenha sobrevivido a tempestades e borrascas e celebre hoje o seu X Congresso e as bodas de prata com a Otorrinolaringologia. Seja-me permitido

trabalhos sobre a cronaxia da laringe, nos encaminhou à descoberta dos fenómenos extremamente complexos que constituem a emissão da palavra. Os trabalhos de outros latinos, dos franceses Lajet e Husson, criaram uma teoria inteiramente nova sobre o mecanismo da formação da voz, alargando até à neuropsicofisiologia o domínio da origem da voz e das suas perturbações».



A mesa da presidência, na sessão inaugural

O Prof. Larroudé, os srs. ministro do Interior, Presidente da República, subsecretário de Estado da Educação Nacional e o Prof. Toscano Rico.

saudar todos os que de tão longe vieram até à cidade das sete colinas a fim de participar nos nossos trabalhos. Fi-lo já para o Brasil, a Espanha e a Argentina. É agora ao delegado francês a quem me dirijo e faço sem esquecer que a criação da nossa Sociedade se deve a um francês—o malogrado Dr. Chevanne, que se entregou à grande obra com todas as suas qualidades de trabalho, de organização e de diplomacia. Evocar a sua personalidade e o seu triunfo é um acto de justiça».

Prosseguindo, o Prof. Carlos Larroudé saudou calorosamente os delegados franceses, belgas, italianos e suíços, enaltecendo o contributo prestado pelos respectivos países à causa da otorrinolaringologia. A terminar, disse:

«Os Latinos têm o culto da palavra. Esse culto, excessivo por vezes, será mesmo um dos nossos defeitos. Não é, pois, de surpreender que a matéria escolhida para tema dos relatórios deste Congresso seja «As Disfonias». Não nos podem acusar de falta de lógica. Como o acaso sabe, por vezes, escolher, foi um latino, o espanhol Garcia quem descobriu a laringoscopia, um processo que veio permitir o prodigioso desenvolvimento da laringologia. Mais tarde, foi ainda um latino—o físico belga Plateau—quem descobriu o método estroboscópico, que, aplicado à laringe, permitiu o estudo da sua fisiologia e da sua fisiopatologia. Finalmente, foi também um latino—o francês Lapique—quem, com os seus

E concluiu afirmando:

«Acabais de chegar a um País que não tem complexos de superioridade em relação a quem quer que seja, porque tentamos sempre compreender os outros e fazer-nos compreender por eles, porque somos uma velha nação cujos filhos desde séculos remotos percorreram o Mundo inteiro. Dessas distantes viagens trouxemos um melhor conhecimento do homem, em todas as latitudes, um pouco de cepticismo, por vezes cheio de bonomia, e muito entusiasmo desinteressado. Gostamos dos estrangeiros, e quando se trata de amigos de longa data, como todos vós, é de coração aberto que os recebemos. Sede bem-vindos».

Usou, depois, da palavra o Prof. Toscano Rico, que, na qualidade de director da Faculdade de Medicina, saudou o Chefe do Estado e as altas individualidades presentes, fazendo votos pelo êxito dos trabalhos do Congresso.

Falaram, ainda, pelas respectivas delegações os Profs. David de Sanson (Brasil), Adolfo Hinojar (Espanha), Belon (Argentina), Hennbert (Bélgica), Aubin (França), Liveriero (Itália) e Tailens (Suíça).

Estes cientistas agradeceram as referências feitas pelo Prof. Carlos Larroudé aos seus países e teceram várias considerações sobre a latinidade, salientando em termos altamente elogiosos a vocação civilizadora de Portugal.

Antes de encerrada a sessão, o Prof.

Louis de Chavanne usou da palavra, para se associar às afirmações dos oradores antecedentes e agradecer a valiosa colaboração prestada por várias individualidades portuguesas aos trabalhos preparatórios do Congresso.

*

De manhã, reunira-se no Hospital-Faculdade o «Bureau» Permanente do Congresso, tendo ficado resolvido que o próximo Congresso seja presidido pelo Prof. Aubin e se realize em França.

À noite, no Clube de Golfe do Estoril, o Prof. Carlos Larroudé e sua esposa ofereceram uma recepção em honra dos congressistas. Estiveram ali cerca de duzentos e cinquenta convivas, entre os quais diplomatas dos países representados no Congresso e outros que aquele ilustre professor e sua esposa receberam com requintes de grande distinção. Tanto a recepção como o baile, que se seguiu, decorreram muito animados.

No dia 6, de tarde, os membros aderentes do Congresso foram em excursão a Sintra, com volta pelo Cabo da Roca e pelo Guincho, e, à noite, com partida do Estoril, todos os congressistas visitaram Lisboa nocturna, com paragem num restaurante típico.

AS SESSÕES DE TRABALHOS

No dia 6, com início às 9,30 e às 15,30 horas, respectivamente, realizaram-se as duas primeiras sessões de trabalhos, vendo-se na presidência da primeira o Prof. Carlos Larroudé, Dr. Alberto de Mendonça, Prof. Belon e Prof. Aubin.

O primeiro orador foi o Prof. Larroudé, que fez uma pequena introdução ao tema dos trabalhos — «Disfonias». Seguiu-se a apresentação das seguintes teses, pelos congressistas que vão indicados: «Embriologia da laringe», pelo Prof. Carcó, de Bolonha; «Anatomia do sistema linfático da laringe», pelo Prof. Porta, de Parma, em seu nome e no do seu colega Ottaviani; «Neuro-fisiologia da voz», do Prof. Paludetti, de Roma; «Anatomia comparada da laringe», Prof. Ermiro de Lima, do Rio de Janeiro; «Exame clínico da laringe», Dr. Jeremias da Silva, por si e pelo seu colega Silva Alves, de Lisboa; «Disfonias endócrinas», dos Drs. Campos Henriques, Nobre Leitão e Santana Leite, de Lisboa; «Considerações acerca de uma biópsia da laringe», Prof. David de Sanson, do Rio de Janeiro; «Disfonias gotosas», do Prof. Calderin, de Cadiz; e «Hemi-laringectomia: resultados funcionais, reeducação», pelo Dr. Seroux-Robert, de Paris.

À sessão da tarde presidiu, novamente, o Prof. Carlos Larroudé, ladeado, então, pelo Prof. Guns e Drs. Louis Chavanne, Silva Alves, Jaime de Magalhães e Campos Henriques. Falaram os seguintes congressistas, para apresentarem os trabalhos que se seguem: Prof. Pallesttrini, de Génova, «Miostenias da laringe»; Prof. David de Sanson, do Rio de Janeiro, «Paralisias do recorrente e disfonias»; Dr. Chavanne, pelo seu colega de Paris, Dr. Aubry, «Disfonias nas lesões do sistema nervoso central»; Prof. Portmann, de Bordeus, «Tratamento das

disfonias»; Prof. Guns, de Bruxelas, pelo Prof. Cambrelin e Dr. Hicguet, «Disfonias e laringites infecciosas»; Dr. Louis Leroux, de Paris, «Os traumatismos laringeos e a voz»; Dr. Dulac, de Paris, pelo Dr. Huet, «Cancro e voz»; Prof. Belon, de Buenos Aires, «Intervenção por nódulos da laringe e resultados fonatórios»; Dr. Rafael Tapia, de Madrid, «Laringectomias totais, reeducação vocal, voz esofagológica». Este último trabalho, que foi discutido pelos Profs. David de Sanson, Guns e Carlos Larroudé, foi documentado com um disco intitulado «Reeducação dos laringectomizados».

Com duas sessões de trabalhos efectuadas no dia 7 encerrou-se o X Congresso da Sociedade Latina de Otorrinolaringologia. A sessão da manhã, a que presidiram o Dr. Carcó, de Bolonha e os Profs. Ermiro de Lima, do Rio de Janeiro, e A. M. Caldeirín, de Cadiz, foi dedicada à apresentação de teses relativas ao tema geral do Congresso. Usaram da palavra, sucessivamente, o Prof. Pietrantonio, por si e pelo Prof. Azzi, de Milão; o Prof. Pirodi, em seu nome e no do Prof. Profazio, de Bolonha; Prof. Guns, de Lovaina; Dr. Pierre, por si e por sua esposa, Dr.^a Louise Trenque, de Challe-les-Eaux; Dr. Jorge Perelló, de Barcelona; Dr. Meireles do Souto, de Lisboa; Dr. H. E. Euler, de Erlange; Dr. Costa Quito, por si e pelo Dr. Alberto de Mendonça, de Lisboa; Dr. Jaime de Magalhães, do Porto; Dr. Paul Henebert, de Bruxelas, que apresentaram, respectivamente, as seguintes teses: «Intervenções por paralisias dos dilatadores: resultados fonéticos»; «Laringofissuras: resultados fonéticos»; «Rinolália, voz e cirurgia da nasofaringe»; «Crenoterapia das doenças da voz»; «Etiopatogenia de nódulos e pólipos das cordas vocais»; «Nova terapêutica da laringe miopática»; «As disfonias nas doenças cárdio-vasculares»; «Paralisia dos recorrentes e disfonias de etiologia pouco frequente»; «Trabalho e disfonias»; «O papel das cordas vocais na emissão da voz no estado normal e patológico».

A sessão da tarde foi presidida pelo Prof. Pietrantonio e Dr. Tarneaud. Como a da manhã, foi preenchida pela apresentação dos seguintes trabalhos: «Nota sobre as técnicas radiográficas da laringe», dos Drs. Bouchet, Huet, René Pailler e Dulac, apresentado pelo último; «Disfonias e outros sintomas provocados por um corpo estranho da laringe, depois de onze anos», do Dr. Fernandez de Arratia, de Pamplona; «Disfonias da puberdade e psicoterapia», do Dr. Guilherme Penha, de Coimbra; «Anatomia Patológica dos nódulos e pólipos da laringe», pelo Dr. Capellá, de Espanha; «Disfonia por virilização da laringe feminina após hormonoterapia», pelo Dr. Bloch, de Paris; e «A voz humana obtida artificialmente com meios electrónicos», pelo Dr. Castelló, de Itália. Alguns destes trabalhos provocaram discussão, finda a qual foram projectados dois filmes, um intitulado «Circulação linfática da laringe», dos Profs. Ottaviani e C. F. Porta, de Parma, e outro sobre «Anatomia radiográfica da laringe», da autoria dos Drs.

Bouchet, Huet, G. Dulac e Pailler, de Paris.

Por último, foi sancionada a resolução do «Bureau» Permanente, pela qual o próximo Congresso, em 1956, se realizará na capital francesa, sob a presidência do Prof. Aubin, e terá como tema «Doenças do esófago».

*

No dia 8, os congressistas foram a Vila Franca de Xira, onde, na propriedade dos lavradores srs. Carlos e Francisco Van-Zeller Pacha, assistiram a uma festa típica, com «faena» de touros e almoço ao ar livre.

À noite, no Casino do Estoril, realizou-se o banquete oficial do Congresso, no qual tomaram parte todos os congressistas.

Na mesa de honra tomaram lugar os Profs. Belon, Guns, Leroux, David de Sousa, Carlos Larroudé, Hinojar, Carcó e Guénard, e Drs. Alberto Mendonça, Jaime de Magalhães e Louis Chavanne. O banquete decorreu muito animado, tendo-se trocado amistosas saudações.

«Os nossos filhos»

Uma palestra do Dr. Ladislau Patrício

No palácio ducal de Vila Viçosa, no dia 1, o Dr. Ladislau Patrício, director do Sanatório da Guarda, fez uma conferência intitulada «Os nossos filhos». Depois de apresentado pelo Dr. António Luís Gomes, presidente do conselho administrativo da Casa de Bragança, o orador referiu-se em pormenor à educação dos filhos em cada uma das suas idades, insurgiu-se contra práticas do neumaltonismo e esterilização e ocupou-se dos princípios de moral cristã tendentes a evitar tais males. E disse: «Quem se dispuser a constituir família deve deitar primeiro um balanço às suas faculdades. Verificar se tem saúde bastante para poder dar ao Mundo filhos robustos e coragem suficiente para conseguir arcar com todos os sacrifícios. Em geral, não se pensa nisso; e os filhos são as vítimas inocentes duma banal aventura, condenados a sofrer as consequências de faltas que não cometeram».

A propósito, o conferencista apontou diversas medidas indicadas contra as práticas contrárias à genética, incluindo o auxílio às famílias mais necessitadas, o alívio de encargos fiscais, a modificação dos direitos sucessórios, oposição sistemática à onda feminista e a formação religiosa. Afirmou que a mais alta missão da mulher era a da maternidade, tema que tratou com sumo interesse. Depois descreveu os mais importantes cuidados a ter com as crianças, desde a alimentação às diversões. Terminou por lembrar o momento da emancipação dos filhos, quando crescidos e preparados para a vida. Eles, por sua vez, seriam pais, conscientes e livres — e continuadores do bem que receberam.

A V I D A M É D I C A

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 13 a 23 de Maio)

Dia 13 — Continua, em Paços de Ferreira, a subscrição destinada a adquirir aparelhagem de R. X. para o hospital local. Promove-a o Dr. Jaime de Barros, que conseguiu já muitos contributos.

— Em Ovar manifesta-se grande contentamento por terem sido postas a concurso as obras de remodelação e ampliação do Hospital da Misericórdia.

14 — Em Lisboa, continua a campanha de profilaxia da tuberculose iniciada na Universidade, com brigadas móveis de rastreio da Mocidade Portuguesa e da Assistência aos Tuberculosos. O Dr. Fernando Correia realiza nova visita de estudo com os alunos de medicina sanitária.

15 — Com a presença dos Ministros do Interior, Obras Públicas e Subsecretário da Assistência, comemora-se no Hospital de S. José o «Dia dos Hospitais Civis». Além da missa celebrada por alma do fundador, El-Rei D. João II, entregam-se medalhas de bons serviços ao pessoal e dá-se público louvor aos cirurgiões do banco e seus directores, Drs. Silva Araújo e Celestino da Costa.

Com a presença dos membros do Governo são inaugurados os melhoramentos introduzidos no Banco de Urgência, onde se gastou importante soma, cerca de dois mil contos, discursando o director do Banco, o enfermeiro-mor, Dr. Emilio Faro, e os Ministros das Obras Públicas e Interior.

— Em Coimbra, realiza-se a 10.^a lição do I Ciclo de Estudos Económicos-Sociais; profere-a o Prof. Augusto Vaz Serra, abordando o «Destino fundamental de bens sociais».

16 — Anuncia-se o aparecimento de uma nova obra do Prof. Luís de Pina, intitulada «História Geral da Medicina», cuja falta há muito se sentia.

17 — No Porto, a Associação de Futebol promove mais uma palestra cultural destinada aos atletas dos clubes locais. O Dr. Raul Gonçalves, encarregado do tema médico, fala sobre «O conceito de higiene e o desporto».

18 — O Prof. Vaz Serra, membro da missão médica que visitou o Estado da Índia, profere na Sala dos Capelos uma conferência intitulada «Índia Portuguesa—Impressões de viagem», a que assiste o Ministro do Ultramar. Preside o Reitor com a presença do Sr. Bispo-Conde.

Com o devido destaque «O Médico», ocupar-se-á de tão notável acontecimento.

— Pelo Fundo do Desemprego são concedidas as seguintes comparticipações:

Aveiro — A Santa Casa da Misericórdia de Estarreja, para aquisição de mobiliário e equipamento destinado ao seu hospital, 157.521\$00; **Braga** — As Santas Casas das Misericórdias de: Celorico de Basto, para aquisição de um aparelho de Raios X, portátil, e respectivos acessórios de câmara escura destinados ao seu hospital, 21.986\$00; e Guimarães, para compra de equipamento cirúrgico destinado ao seu hospital, 23.375\$00; **Guarda** — A Santa Casa da Misericórdia de Figueira de Castelo Rodrigo, para aquisição de um forno de cremação de pensos, destinado ao seu hospital, 650\$00.

— Na Sociedade de Geografia de Lisboa, na sua reunião mensal, o Dr. Eurico Pais profere uma conferência intitulada «Crise actual, personalidade e endocrinologia». O Prof. Mendes Correia faz a apresentação e elogio do conferencista.

Nesta sessão são admitidos sócios os Prof. Freitas Simões e Dr. Almerindo Lessa.

19 — A fim de estudarem a instalação

dos diversos serviços da nova Faculdade de Medicina, integrada no plano da Cidade Universitária de Coimbra, os Drs. Oliveira e Silva, Tavares de Sousa e Lobato Guimarães, professores da Faculdade de Medicina e o arquitecto Licínio Cruz, partem para França, Inglaterra, Holanda, Bélgica, Alemanha e Suíça, onde visitarão os diversos laboratórios e outros serviços destes países.

— Reúne a Classe de Ciências da Academia, em Lisboa, Preside o Prof. Egas Moniz que se congratula, em nome de todos, com as melhoras do Dr. Júlio Dantas, assim como pela publicação do seu novo livro «Marcha triunfal». Em seguida, agradece a obra que o Dr. Barbosa Soeiro ofereceu sobre Pasteur.

Encerrada a sessão, o Presidente inicia depois a leitura da sua conferência «A leucotomia está em causa». Nesta aprecia as críticas que têm sido feitas ao método e os seus resultados nomeadamente as referidas no «Figaro Littéraire». Detém-se na análise demorada dos argumentos, nomeadamente alguns de ordem religiosa, bem como a proibição das entidades russas quanto à leucotomia. Termina dizendo que a «leucotomia em causa há-de julgá-la definitivamente a psiquiatria de hoje e a de amanhã. As peças do processo são-lhe por agora favoráveis».

— A Assistência aos Tuberculosos do N. de Portugal, no seu relatório, declara ter gasto no último ano 937 contos, bem como recebe a diminuição das suas receitas por motivo da suspensão de emissões do seu Posto Radiofónico.

— Em Coimbra, na Faculdade de Medicina, conclui as provas de doutoramento profissional, o Dr. Caetano Dias, natural de Goa e diplomado pela Escola Médica desta província ultramarina, que obtém alta classificação.

— Na mesma cidade, na Delegação da Zona Centro dos Serviços Médico-Sociais — Federação das Caixas de Previdência, realizam-se duas conferências proferidas pelos Drs. João Porto e José Augusto de Oliveira Baptista, que versam os temas, respectivamente, «Trabalho, assistência e seguro social» e «Os serviços médico-sociais da Federação das Caixas de Previdência, factor de valorização dos trabalhadores portugueses».

20 — Em Lisboa, o professor da Faculdade de Medicina de Génova, Dr. Luís Maggiore, profere uma conferência no Instituto Oftalmológico Dr. Gama Pinto, sob o patrocínio do Instituto da Alta Cultura.

Preside o Prof. Dr. José Gabriel Pinto Coelho, Reitor da Universidade de Lisboa, que está ladeado pelos srs. Ministro de Itália; Prof. Lopes de Andrade, director do Instituto Dr. Gama Pinto, que faz a apresentação do catedrático italiano, que é presidente da Sociedade de Oftalmologia do seu país.

O conferencista desenvolve depois o tema do seu trabalho — «O mecanismo da visão das cores».

— No Porto, no Hospital Geral de Santo António, de acordo com o programa traçado, realiza-se, pelas 21 horas e meia, no salão nobre, a 2.^a reunião científica.

Nesta reunião, o Dr. Vasco da Costa e Almeida, médico extraordinário do serviço de Ortopedia e Traumatologia do referido Hospital, versa o tema: «Traumatismos vértebro-medulares».

21 — A Misericórdia de Peso da Régua é concedido um subsídio de 1.200 contos para a construção de um novo hospital.

— No Porto, a benemérita Liga Portuguesa de Profilaxia Social comemora o vigésimo quinto aniversário da sua acção cultural com uma conferência do Prof. Costa Sacadura. Foi este mesmo professor que há 25 anos a iniciou e, agora, apresenta um trabalho, que intitula «Assistência materno-infantil — males, remédios e males que ainda não foram remediados».

Preside o Dr. Gil da Costa que faz considerações sobre a data que se comemora e à notável acção empreendida pela Liga de que é director.

«O Médico» dará notícia pormenorizada do acontecimento.

22 — Em Coimbra, na Faculdade de Letras, o Prof. João Porto, director dos Hospitais da Universidade, realiza a 11.^a Lição do I Ciclo de Estudos Económico-Sociais, versando o tema «Trabalho-Dever-Relações: com a sociedade e com o capital. Direito ao Trabalho, Organização, Remuneração, Salário Justo, Salário Familiar».

23 — No Porto reúne o curso médico de 1923-24. O Prof. Rocha Pereira profere uma lição do Hospital de Santo António, presidida pelo professor jubilado Dr. Carlos Lima.

Pelas 10 horas, na capela do mesmo hospital, celebra-se missa pelos companheiros falecidos e de acção de graças pelos vivos.

Num restaurante dos arredores da cidade, realiza-se um almoço de confraternização.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Para provimento do cargo de médico municipal do partido n.º 2, com sede no lugar e freguesia de Figueira de Lorvão, do concelho de Penacova.

— Para provimento do lugar de médico tisiologista do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da província de Macau.

Aviso da Direcção-Geral de Saúde comunicando que começam no dia 18 de Junho próximo as provas do concurso para o provimento dos lugares de adjuntos de delegados de saúde e de subdelegados de saúde privativos do quadro do pessoal técnico das delegações e subdelegações de saúde aberto por aviso publicado no «Diário do Governo» n.º 181, II Série, de 4 de Agosto de 1953.

No Porto, no próximo dia 25 do corrente, pelas 21 e 30, na sede da L. U. C., Rua de Cedofeita, 376, realiza-se a 5.^a conferência sobre o tema geral «Deveres médicos na propagação da família».

Será conferente o Dr. Rolando Vanzeller, que desenvolverá o tema «O problema do aborto».

— A Liga Portuguesa de Profilaxia Social, no Porto, em continuação das comemorações do 25.º aniversário das suas sessões culturais, promove no salão do Clube Fenianos, e nos dias 25, 26, 27 e 28, uma exposição bibliográfica não só das suas edições como de inúmeros textos que nos seus arquivos aguardam publicação, e ainda de alguns documentos muito honrosos que nos mesmos arquivos se guardam.

— Em Coimbra, promovida pelo Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem, realiza-se no próximo dia 20 de Junho, a II Reunião Nacional de Enfermagem. A I Reunião teve lugar em Lisboa, por alturas da comemoração do centenário de S. João de Deus.

A direcção do Sindicato está diligenciando no sentido de que esta reunião seja revestida de grande brilhantismo, devendo já estar nomeadas as diversas comissões.

— No próximo dia 6 de Junho, que se realiza a homenagem ao Dr. Joaquim Libório Vieira, médico dos Bombeiros Voluntários da Aguda, a qual consta, além de uma sessão solene, dum almoço, que se realizará no Parque da Junta de Turismo daquela praia e para o qual já há elevado número de inscrições.

Estrangeiro

Em Torino, de 29-V a 6-VI realizam-se: uma reunião médico-cirúrgica internacional; sessões da secção de odontostomatologia da União Médica Mediterrânea, e do Colégio Internacional de Cirurgiões.

— Em Paris, de 1 a 3 de Junho, realiza-se a XIX Reunião Neurológica Internacional.

— Em Dublin, de 4 a 5 de Junho, reúne a Associação dos Médicos da Grã-Bretanha e Irlanda.

— Em Genebra, de 5 a 6 de Junho, realiza-se o IV Congresso da Associação Internacional para o estudo dos brônquios.

— Em Montreal, realiza-se o XIV Congresso Internacional de Psicologia, dias 7 a 12 de Junho.

— Em Copenhague, dias 11 e 12 de Junho, realiza-se o III Congresso da Sociedade Nórdica de Anestesiologia.

— Em Valência, dias 11 a 14 de Junho, realiza-se o II Congresso Nacional de Otorinolaringologia.

— Em Interlaken, dias 12 e 13 de Junho, reúnem em sessão conjunta os Neurologistas suíços e ingleses.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 12-5-54 a 18-5-54)

12-V

Dr. Carlos Ary Gonçalves dos Santos — autorizado, a exercer clínica hidrológica, como médico externo, na estância termal da Felgueira.

13-V

Foi nomeado médico municipal de Peso da Régua o Dr. Rui Manuel de Oliveira Machado.

14-V

Foi homologada a classificação do concurso para os lugares de assistentes dos estabelecimentos de tuberculose osteoarticular do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, cujas provas terminaram em 3 deste mês, tendo sido aprovados em mérito absoluto todos os candidatos que compareceram a prestar provas e classificados pela seguinte ordem quanto ao mérito relativo:

1.º Dr. Joaquim Paiva Chaves; 2.º Dr. Jacques José Francisco Resina; 3.º Dr. Pedro de Castro Mota Pais de Vasconcelos; 4.º Dr. Artur Manuel Lino Ferreira.

— A Dr.ª Maria da Palma Carlos foi classificada em mérito relativo para interno graduado de Obstetria e Ginecologia, dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— Foram classificados os seguintes candidatos para internos graduados de aná-

lises clínicas dos Hospitais Cívicos de Lisboa: 1.º Dr. Egido Rodrigues Rocha de Gouveia; 2.º José Maria dos Santos; 3.º Joaquim Jacinto Ferreira.

15-V

Publica-se que foi admitido definitivamente ao concurso documental para o provimento do lugar de director do Dispensário Antituberculoso de Alijó, o seguinte concorrente: Dr. Sebastião Maria Nóbrega Pinto Pizarro.

— Publica-se que foi admitido definitivamente ao concurso documental para provimento do lugar de director do Dispensário Antituberculoso da Vidigueira, o seguinte candidato: Dr. Francisco José Domingos Jorge Carvalho.

— Aviso dos Hospitais Cívicos de Lisboa comunicando os nomes dos candidatos admitidos aos concursos para assistentes de obstetria e ginecologia, assistentes de ortopedia e fracturas, assistente de estomatologia, assistentes médicos de fisiologia e assistente cirurgião de fisiologia.

17-V

Foram aprovados, por unanimidade, quanto ao mérito absoluto, todos os candidatos ao concurso documental para habilitação ao provimento do lugar de médico auxiliar do Dispensário Antituberculoso de Almada, tendo sido classificados pela seguinte ordem quanto ao mérito relativo, classificação que foi homologada por despacho de 7 do corrente mês do Subsecretário de Estado da Assistência Social:

1.º Dr. Helder Prista Monteiro; 2.º Dr. José Garibaldi de Oliveira Brou; 3.º Dr. Francisco Marques Açucena; 4.º Dr. Gabriel de Sousa Moraes; 5.º Dr. Vasco Gouveia Jorge Ramos.

— Foi autorizado o médico da Federação de Caixas de Previdência Dr. Manuel Palma Leal a acumular o cargo de médico da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

— Dr. José Manuel de Vasconcelos Pequeto Cortês Pimentel — aprovado o termo do contrato para o desempenho das funções de primeiro assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa.

— Dr. Francisco Ervedosa Félix Machado — aprovado o termo do contrato para desempenho das funções de primeiro assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa.

18-V

Foi admitido definitivamente ao concurso documental para o provimento do lugar de médico auxiliar do Dispensário Antituberculoso de Faro o candidato Dr. Arnaldo Cardoso de Vilhena.

— Dr. Jacinto Croner de Sant'Ana e Vasconcelos Moniz de Bettencourt, assistente do serviço geral de clínica médica dos H. C. L. — autorizado a aceitar a missão oficial fora do País de 25 de Maio corrente a 12 de Junho próximo, em que foi considerado pelo Instituto de Alta Cultura.

— Dr. António Esperança Mendes Ferreira, assistente do serviço geral de clínica cirúrgica dos H. C. L. — autorizado a ausentar-se do País de 15 a 24 deste mês, equiparado a bolseiro do Instituto de Alta Cultura.

— Dr. Carlos Eugénio Bessa Vitor, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado na Guiné — nomeado definitivamente.

— Dr. Augusto Salazar Leite, director do serviço de análises clínicas dos H. C. L. — autorizado a ausentar-se do País.

Prof. Celestino da Costa

O Prof. Celestino da Costa, que deixou o cargo de director dos Serviços de Análises Clínicas dos H. C. L., por ter atingido o limite de idade, foi alvo de uma homenagem de despedida que se realizou no dia 16, no Hospital de S. José, à qual estiveram presentes, além do Enfermeiro-mor, Dr. Emílio Faro, todos os médicos, preparadores e funcionários dos laboratórios, muitos médicos e funcionários de todos os outros serviços hospitalares.

Em nome de todos, e na ausência do médico analista mais antigo, Dr. Luís Figueira, falou o Dr. Reis Vale, que disse do muito que os Hospitais Cívicos ficam a dever ao Prof. Celestino da Costa, que conseguiu dotar todos os hospitais com laboratórios de análises privativos, e do pesar com que os presentes o viam abandonar o serviço, ainda na posse de todas as suas extraordinárias faculdades.

Depois, procedeu-se à leitura da «ordem de serviço», em que o Enfermeiro-mor louva o ilustre clínico, a qual é do seguinte teor: «Atingido pela disposição legal do limite de idade deixa hoje o exercício de funções públicas o ilustre Professor Augusto Pires Celestino da Costa, Director do Serviço Central de Análises Clínicas. Devem recordar-se a sua acção desenvolvida para a criação e organização dos Serviços Laboratoriais de Análises Clínicas destes Hospitais Cívicos e o elevado prestígio que para eles irradiou das suas notáveis categorias de professor e de investigador, de tão assinalada projecção, tanto nacional como internacional. Por isso me apraz dar-lhe público testemunho de homenagem de muito apreço por aquelas actividades e qualidades».

Lida a «ordem de serviço», o Dr. Emílio Faro associou-se à homenagem, reforçando os termos em que aquela se referia à acção do homenageado.

Ao agradecer, o Prof. Celestino da Costa recordou o período de trabalhos exaustivos, e nem sempre compreendidos, que precedeu a criação dos laboratórios privativos dos hospitais, e disse que se consideraria sempre médico dos H. C. L.

O Prof. Celestino da Costa recebeu, por último, uma placa de prata, comemorativa daquela cerimónia, oferecida pelos médicos de todos os laboratórios de análises, e uma corbelha de 70 tulipas amarelas, oferta dos preparadores dos laboratórios e do pessoal da secretaria do Laboratório Central.

FALECIMENTOS

Faleceram:

— Em Vale Maior (Albergaria-a-Velha), o Dr. Manuel Joaquim dos Santos, médico da Fábrica de papel da Companhia do Prado.

— Em Nisa, o Dr. Jorge Luís Caldeira Miguens, conservador do Registo Civil, irmão do Dr. José Beato Caldeira Miguens, médico em Lisboa.

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.º assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Red. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bessa (chef. da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldes, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroude, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de 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 Antitrombotomosa do Disp. de Higiene Social), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emílio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.to António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.to António), José Aroso, J. Frazão 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

