

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 141
13 de Maio de 1954

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

UMA CONCEPÇÃO ORIGINAL
EM TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA!

OMNACILINA AZEVEDOS

3 ACÇÕES CONJUGADAS:

- Antibiótica específica
- Imunizante inespecífica
- Modificadora do terreno

Injectável

APRESENTAÇÃO

INFANTIL — 150.000 U. O. de Penicilina
NORMAL — 400.000 U. O. de Penicilina
FORTE — 600.000 U. O. de Penicilina
FORTÍSSIMA — 800.000 U. O. de Penicilina
em caixas de 1, 3, 5 e 10 doses

Rectal

APRESENTAÇÃO

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



LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

SUMÁRIO

	Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
F. RODRIGUES LUZES — Alta frequência em terapêutica	393	A propósito do futebol — JOAQUIM PACHECO NEVES	329
MARIA FRANCISCA DA COSTA ANDRADE — Profilaxia da Tuberculose		As Mulheres vivem mais que os Homens	330
Infantil	396	Ecos e Comentários	332
MOVIMENTO MÉDICO — RESUMOS DA IMPRENSA MÉDICA	414	Exposição de Educação Sanitária — Discurso pronunciado pelo DR. LUCIEN VIBOREL	333
		A Educação Sanitária na escola, na casa e na comunidade — VIVIAN V. DRENDKHALM	336
		Discurso do DR. AUGUSTO TRAVASSOS, lido pelo DR. CASTRO SOARES	338
		Noticiário diverso.	

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.
Citrate de ferro amoniacal (Fe. 200 mg) 1,15 g.
Vitamina B₁₂ 6 mcg.



À venda em frascos de 120 c.c.



ABBOTT LABORATÓRIOS, LDA.

RUA JOAQUIM ANTÓNIO DE AGUIAR, 43-r,c
PORTUGAL LISBOA

Alta frequência em terapêutica



F. RODRIGUES LUZES

(Assistente do Hospital Escolar de Lisboa)

Correntes de alta frequência podem definir-se como correntes eléctricas que têm um grande número de alternâncias por segundo.

As bases fisiológicas da A. F. nasceram nos fins do século passado quando d'Arsonval, estudando a excitabilidade eléctrica dos nervos e dos músculos, observou que os fenómenos de excitação neuro-muscular aumentavam até 2.500 a 3.000 excitações por segundo, para estacionarem até 5.000 e diminuírem de aí em diante.

Pensou assim que com frequências muito mais elevadas os nervos e os músculos seriam inexcitáveis às variações duma corrente alternante. Quando d'Arsonval utilizou o oscilador de Hertz, que podia dar até 1 milhão de vibrações eléctricas por segundo, confirmou a sua hipótese: as terminações nervosas do homem eram inexcitáveis a estas frequências. D'Arsonval construiu depois um aparelho que permitisse aplicar a alta frequência ao corpo humano e verificou que a sua passagem através dos tecidos se traduzia num aumento da sua temperatura sem outra sensação que não fosse a do calor.

Assim nasceu a Diatermia. Os primeiros aparelhos tinham frequências de cerca de 1.000.000/seg. com comprimentos de onda de 300 metros.

Os físicos e os engenheiros trabalhavam independentemente no constante aperfeiçoamento destes aparelhos e conseguiram, com grandes vantagens, aparelhos de muito mais curto comprimento de onda e muito maiores frequências. Chamou-se então a estes Ondas Curtas, para os distinguir dos antigos de diatermia. Na realidade, são todos aparelhos de diatermia — os antigos de ondas longas, os mais modernos de ondas curtas. Muito recentemente, constroem-se, com comprimentos de onda ainda mais curtos, cerca de 12 cm., a que se chamam microondas.

Enquanto que em relação a corrente continua o corpo humano se comporta como um electrólito central revestido dum envólucro cutâneo muito resistente, em A. F. a pele e os tecidos comportam-se como o dieléctrico dum condensador cujas armaduras são as placas-electrodos do aparelho.

A corrente diatérmica atravessa o corpo humano em parte por condução, através dos tecidos condutores, em parte por capacidade. A quantidade de corrente que passa por capacidade está na razão directa da frequência. Assim, enquanto que na diatermia de ondas médias ou longas há necessidade de encostar as placas de metal à pele por a maior parte de corrente passar por condução, na diatermia de ondas curtas, como a frequência é muito maior, podemos afastar as placas da superfície do corpo e interpor inclusivamente o ar, pois a corrente passa por capacidade.

Acabam de ver a principal diferença entre a velha diatermia e a moderna onda curta, hoje preferida e adoptada por todos.

Consideram-se ondas curtas as correntes diatérmicas cujos comprimentos de onda não excedam 30 m. nem tenham menos de 3 m.

*

Quando o organismo é atravessado por uma corrente de A. F., constata-se, como já foi dito, um aumento da temperatura dos tecidos. É deste aumento de temperatura que resultam provavelmente a totalidade dos efeitos biológicos destas correntes.

Numerosos trabalhos se realizaram para procurar esclarecer se da diatermia resultava só um efeito térmico ou haveria também um efeito eléctrico independente do aumento de temperatura; mas ainda hoje as opiniões divergem segundo a fantasia ou o positivismo dos investigadores. Os partidários do efeito eléctrico pretendem também dar bastante significado e interesse ao comprimento de onda.

Verificou-se, logo de início, que cada tecido aquece ao máximo para um determinado comprimento de onda, conforme

a sua resistência ohmica e, assim, como corolário, os diversos comprimentos de onda aqueceriam selectivamente os diferentes tecidos. Pensou-se então que, para cada tecido, estaria indicado um comprimento de onda; portanto, para cada afecção, conforme a sua sede e as suas características, assim se devia prescrever uma certa frequência.

Houve quem chegasse a especificar um comprimento de onda para cada caso e construiu-se um aparelho em que se variava o comprimento de onda à nossa vontade.

Ora essa selectividade dos tecidos mostrou tendência a igualar-se quando aumentávamos a frequência e quando passávamos do cadáver ao vivo. A primeira, por diminuir a passagem da corrente por condução e a segunda por, no vivo, a vaso-dilatação dissipar o calor e tender a igualar a temperatura.

Na prática, no vivo é muito difícil provocar um aquecimento electivo e a ideia da especificidade do comprimento de onda não é considerada pela maioria e assim, após a convenção de Atlantic City, fixaram-se, aos construtores, bandas de frequência determinadas em 22 m. 11m,6, 7 m. 32 cm. e 12 cm., para evitar interferências na T. S. F.

*

Duas palavras sobre a teoria explicativa do aumento de temperatura do tecido pela passagem de diatermia. Como já foi dito uma parte faz-se por condução outra por capacidade.

Para explicar o aquecimento dos dieléctricos, neste caso o nosso corpo por capacidade, há uma teoria, em parte aceitável e pelo menos a mais satisfatória, que é a de supor os tecidos constituídos nas suas mais pequenas partículas como dipolos, isto é, teriam estas partículas uma carga positiva num lado e outra negativa no lado oposto. Depreende-se que, sendo estas partículas sujeitas a um potente campo eléctrico que alterne alguns milhões de vezes por segundo, elas sejam submetidas a um movimento de oscilação ou, melhor, de vibração, donde resulte um atrito entre as partículas e consequente aumento de sua temperatura. A este aquecimento das substâncias não condutoras pela A. F. chama-se histeresis. O único dieléctrico que não aquece é o ar.

Mas, além do aumento da temperatura dos tecidos vivos pela diatermia, constata-se:

Que o metabolismo celular aumenta consideravelmente; — verifica-se um aumento das trocas respiratórias no indivíduo submetido a A. F.

Que há um aumento da circulação local com vaso dilatação das arteríolas capilares e veias; assim, a orelha do coelho submetida à acção de A. F. apresenta modificações comparáveis às que se observam pela secção do simpático.

Deste aumento da circulação sanguínea e linfática, resulta um certo número de propriedades terapêuticas, das quais sobressai a sua acção anti-flogística.

A A. F. tem também acção anti-álgica, por diminuir a sensibilidade à dor. Esta acção sedativa estende-se também aos nervos motores com influência favorável, por exemplo, nos espasmos musculares.

Certos microorganismos termolábeis são destruídos ou pelo menos influenciados pela A. F.

Os mecanismos termo-reguladores do homem respondem à diatermia no sentido de dissipar o excesso de calor e deve ser só essa a razão da hiperemia local que aumenta o metabolismo tissular e estimula as resistências locais resultando a acção anti-inflamatória.

A hiperemia provocada pelo calor resultante da diatermia

é mais penetrante e duradoura que a provocada pelos outros agentes térmicos, seja por contacto ou radiação (que dão aumentos de temperatura muito grandes na pele mas muito ligeiros a 2 ou 3 centímetros de profundidade, em consequência da circulação e dos mecanismos de defesa local do organismo).

Constata-se também, nos órgãos glandulares, um aumento do metabolismo e de suas secreções.

Se fizermos a aplicação da diatermia a grandes áreas do corpo humano, conseguimos um aumento da temperatura geral — febre que se pode elevar até 41° — com consequente aumento do pulso, de frequência respiratória do metabolismo geral, etc.

Os efeitos de diatermia serão somente consecutivos a elevação térmica ou serão também devidos a qualquer acção eléctrica específica de A. F.? Muito se tem escrito no sentido de esclarecer esta pergunta. Alguns são de opinião que todos os efeitos de diatermia se podem atribuir só ao aumento da temperatura, mas outros afirmam haver, além do calor, um efeito eléctrico, que não conseguem explicar mas que seria o responsável pelos diferentes resultados que por vezes se observam em afecções superficiais, quando tratadas pela diatermia ou por outros agentes térmicos. Há quem afirme obter bons resultados com aplicação de diatermia muito fracas, mesmo atérmicas, em que não se pode atribuir ao calor qualquer efeito. Quero dizer-lhes que nunca constatei isto e, considero a acção fisiológica e terapêutica da diatermia consequência do calor produzido nos tecidos.

*

Há várias formas e métodos de aplicar a A. F.. Por só uma parte poder interessar aos colegas, passarei ao de leve pela restante.

Com os aparelhos de diatermia de ondas médias podemos fazer aplicações locais com placas de chumbo devidamente adaptadas à pele com ligaduras de borracha ou pano.

Colocam-se de modo que a região ou o órgão a tratar fique interposto na zona delimitada pelas placas.

Podemos fazer também passar a corrente diatérmica dum sonda vaginal ou rectal para uma placa abdominal ou lombo sagrada.

Utilizando placas de grandes dimensões, com extensa área de contacto com o tronco, obtém-se febre por aplicação de diatermia geral. Hoje ainda se podem aproveitar os velhos aparelhos de diatermia de ondas médias para aplicações locais com resultados em certos casos idênticos aos das O. C., mas a aplicação geral com placas de chumbo está contra-indicada, pelos perigos de queimadura e dificuldade de adaptação das placas.

Utilizando uma self, com grande número de espiras, obtém-se do aparelho de diatermia uma corrente de A. F. e alta tensão, que se utilizou em tempos idos no leito condensador e na gaiola de auto-condução.

No leito condensador, o doente deita-se num colchão, que está assente numa rede metálica, ligada ao aparelho. Ligando o outro borne do aparelho ao doente, obtemos um condensador em que uma das armaduras é o doente e outra a rede metálica. Atribuía-se a esta aplicação de diatermia geral, sem sensível aumento de temperatura, uma acção sedativa geral.

Na gaiola de auto-condução de d'Arsonval, o doente é colocado no interior dum grande selenóide onde se faz a passagem da corrente de alta tensão. Fica assim submetido a um campo eléctrico de A. F. a que se atribuía acção hipotensora e sedativa.

Cito estes métodos como curiosidade apenas, pois caíram em desuso.

Também se pode utilizar em terapêutica a A. F. de alta tensão em aplicação monoterminal — são as correntes de Oudin com uma amperagem mínima mas uma voltagem muito elevada, da ordem dos 40.000 a 90.000 volts. Os aparelhos de diatermia mais completos dão esta modalidade, mas dum maneira geral utilizam-se uns pequenos aparelhos que só dão este tipo de corrente. Aqui só temos um electrodo e parece à primeira vista que ficamos com um circuito aberto. Na realidade, o circuito completa-se através do ar, do doente para o aparelho. As correntes de Oudin aplicam-se sob a forma de eflúvios e faíscação. Os electrodos podem ser metálicos ou de vidro. Destes há dois mais utilizados: o de Oudin, em que o interior é metálico, revestido de vidro; e o de MacIntyre, de vidro, no interior do qual se fez o vácuo. Com intensidade forte e a uma certa distância da pele, saltam faíscas múltiplas azuladas e têm um efeito revul-

sivo. Com pequenas intensidades em contacto com a pele ou mucosas, faz-se a efluviação que tem acção calmante e anti-inflamatória. A principal e vulgar indicação desta modalidade são as hemorróidas.

Na diatermia de ondas curtas, os tratamentos fazem-se com placas que são constituídas por uma rede metálica (de malha muito apertada) revestida totalmente de borracha. Fabricam-se em vários tamanhos e feitios. Deve-se interpor sempre entre elas e a pele uma espessura dum tecido turco, feltro ou pelo menos a roupa do doente se for de suficiente espessura. Os aparelhos maiores são também equipados com discos em suportes articulados que são muito práticos em aplicações na cabeça, cara, nos ombros, etc., onde convém interpor ar devido à irregularidade de superfície.

Podemos também usar sondas vaginais e rectais.

Um cabo (dum certo comprimento em relação com o aparelho para que é fabricado) enrolado em torno dum membro, do tronco ou simplesmente encostado na maior parte do seu comprimento ao corpo, cria um campo eléctrico entre as espiras, com aumento de temperatura dos tecidos abrangidos nesse campo. Os aparelhos de fabrico americano, costumam vir equipados com o chamado Puding, dentro do qual está enrolado o cabo em espiral. Basta encostar ou aproximar este Puding à região a tratar, para nele se criar o campo eléctrico de indução. Como vêem, este processo ainda é mais cómodo que o das placas e é suficiente na maioria dos casos.

O calor produzido por este método é devido ao facto que um Selenóide quando é atravessado pela corrente de A. F. cria um campo electro magnético que origina nos tecidos nele colocados correntes de indução a que os americanos chamam — Eddy currents — com produção do calor.

Vou-lhes agora exemplificar a aplicação das O. C. em diversas regiões e órgãos do corpo humano.

O tempo dos tratamentos deve ser dum maneira geral de 20 a 30 minutos. Começamos no primeiro dia pelo tempo máximo, por não haver qualquer vantagem em começar por pouco tempo e ir aumentando progressivamente, como é aconselhado e feito por alguns. A frequência do tratamento é dum maneira geral diária. Em certos casos — esclerose renal, glomerulonefrites, anúrias, pleurisas, pneumonias resistentes aos anti-bióticos — podemos fazer 2 ou mesmo 3 tratamentos por dia e, nestes casos, o tempo de tratamento deve ir aos 30 minutos. Dum maneira geral, em sinusites, artrites, etc., fazemos 20 minutos de tratamento. Em aplicações ao tórax, devemos-nos lembrar que as O. C. têm acção depressora sobre o coração e nos casos em que isto não convenha, não se deve passar de 20 minutos e usar intensidade mais fraca.

Quanto às intensidades falaremos mais adiante.

Se fizermos uma aplicação de O. C., com placas de diferente tamanho, constatamos um maior aquecimento sob a de menores dimensões, diferença de temperatura que será tanto maior quanto menor for a superfície da placa mais pequena. Se reduzirmos esta a ponto de uma agulha, a densidade da corrente neste ponto será tão forte que provoca a destruição tissular.

Tal é o princípio da electrocirurgia.

A maior parte dos aparelhos de O. C. são equipados com electrodos e pedal interruptor para electrocirurgia, de modo que tem interesse para os colegas falarmos de mais esta modalidade.

Emprega-se uma placa de qualquer tamanho em qualquer parte do corpo como electrodo indiferente. Seguramos uma agulha com cabo de substância isolante enquanto que com o pé estabelecemos ou interrompemos o circuito com o interruptor de pedal. O uso do bisturi eléctrico é semelhante, em lugar de agulha usa-se um instrumento com a forma dum bisturi.

Parece-me escusado descrever o que acontece quando passa a corrente diatérmica com a agulha encostada à pele. Lembrolhes apenas algumas das vantagens da electrocirurgia, como a diminuição das hemorragias pela hemostase imediata ao corte, a esterilização dos tecidos seccionados e a melhor cicatrização post-intervenção, etc.

As indicações são bem conhecidas de todos vós.

Por último, ainda podemos usar as O. C. em aplicação geral com o objectivo de provocar febre com a intensidade e duração desejada e controlável com certo rigor.

Um vulgar aparelho de O. C. que forneça uma certa

potência, pelo menos uns 250 a 300 watts — pode ser utilizado para electropirexia ou febre artificial. Podem usar-se placas grandes ou o cabo do selenóide em torno do tronco ou simplesmente colocado debaixo do corpo, no seu maior comprimento. A maneira ideal de fazer a electropirexia, é aplicar as O. C. ao doente introduzido numa câmara de material isolante, só com a cabeça de fora e criando dentro dessa câmara uma atmosfera saturada de vapor de água que impeça a evaporação da transpiração, que seria um dos mecanismos de defesa do organismo à subida da temperatura.

Estas câmaras de febre artificial são bastante dispendiosas e têm pouco interesse para os colegas que trabalham fora dos Hospitais principais, tanto mais que com os progressos da terapêutica médica poucas vezes se recorre hoje a electropirexia.

Os colegas podem nos vossos consultórios com o aparelho vulgar, desde que tenha os 250 a 300 watts mínimo de potência de saída, provocar febre artificial isolando o doente deitado na marquetta com um espesso lençol turco, acrescido de 2 ou 3 cobertores envolvendo o paciente.

Utilizam as placas maiores sob as coxas e sob a r. dorsal superior ou então o cabo em selenóide com 2 espiras ou mais, se for possível, em torno do tronco. A cabeça deve estar arejada, se possível, com uma ventoinha eléctrica e devem controlar o pulso e a temperatura todos os 10 ou 15 minutos pelo menos. O contróle da temperatura deve ser de preferência rectal.

Se considerarmos a febre terapêutica em média e forte, diremos que na média a temperatura deve andar entre 38° e 40° durante 3 a 6 horas — na forte entre 40° e 41° durante 5 e 7 horas.

Podem aumentar o tempo mas não a temperatura que em caso nenhum pode exceder os 41,5.

Antes de prescrever electropirexia é conveniente assegurar-nos que o coração não vai ser prejudicado com a grande sobrecarga que esta terapêutica lhe provoca. Miocardites, deficiências valvulares ou coronárias são uma contra-indicação. Também o são a hipertensão, a diabetes e tuberculose pulmonar, etc.

Indicações de A. F.

A diatermia de ondas médias ou curtas não é, duma maneira geral um tratamento específico, mas utiliza-se principalmente como um adjuvante de outros agentes terapêuticos.

Como da sua aplicação resulta acima de tudo uma acção antiflogística, está indicada duma maneira geral em todos os processos inflamatórios.

Vou mencionar várias situações em que está indicada ou podem beneficiar com a aplicação da diatermia, sem ter a pretensão de as citar todas.

Processos inflamatórios superficiais, furúnculos, celulites, adenites não específicas, abscessos, inclusive os post-injecções.

Nas inflamações dos seios perinasais — sinusites. Nas otites médias ligeiras — com fraca intensidade. Desde que haja pus não drenado no ouvido médio, não devemos fazer a O. C. que pode difundir o processo.

Nos abscessos dentários, amigdalites agudas, laringites e faringites. Nestas 3 últimas afecções, podem utilizar com vantagem o selenóide em volta do pescoço. Nas restantes, o Puding ou as placas espaçadas, indiferentemente.

Nas bronquites agudas e crónicas, na broncopneumonia antes dos antibióticos usava-se muito — agora só nos casos resistentes aos antibióticos, com bons resultados.

Na asma brônquica, nas pleurisas, pequipleurites, abscessos pulmonares no empiema. Nestes casos, empregamos geralmente placas grandes.

Nas colecistites fazer aplicações fracas de 20 m. com Puding ou placas.

Nos processos inflamatórios e espásticos do abdómen, nas aderências post-operatórias, no cardio-espasmo, piloro-espasmo, colites espásticas, etc., com placas grandes ou Puding, indiferentemente.

Nas anexites, metro anexites com placa anterior e posterior ou, de preferência quando possível, com sonda vaginal.

Nas prostatites, com sonda rectal e placa anterior.

Na glomerulonefrite, esclerose renal, anúria, por aumentar a circulação renal e diminuir o espasmo.

Nos processos inflamatórios dos ossos, articulações e músculos como periostites, várias formas de artrites, inclusive as gonocócicas, artroses, miosites tenosinovites, bursites, etc.

Nas nevrites, os resultados são incertos. Em certas nevri-

te, as dores são muito aliviadas pela diatermia mas noutras, pelo contrário, são exacerbadas numa percentagem de 40 a 60%. É difícil, por vezes, prevermos, nestes casos, se a nevralgia é das que vai beneficiar ou agravar-se e assim a diatermia não é uma terapêutica de escolha para estes casos. A dose nas nevrites deve ser de fraca intensidade e duma maneira geral coloca-se uma placa na raiz do nervo e outra na extremidade da irradiação da dor. Por exemplo, numa nevrite ciática que irradia até à perna, colocar-se-ia uma placa na região sagrada e outra na barriga da perna.

Em aplicações nos membros, lembro-lhes que o punho e o tornozelo têm uma secção muito menor que as restantes partes e quando colocadas, por ex., por placa no pé e outra na perna ou coxa, o aumento de temperatura é máximo no tornozelo por haver uma maior concentração de corrente nesse estrangulamento de secção, com possível queimadura.

A febre artificial está indicada na neurosífilis — segundo alguns, com vantagem sobre a malária — nos reumatismos crónicos, poliarticulares e ganocócicos, na coreia, na asma brônquica, etc.

A coreia menor ou coreia de Sydenham cede geralmente bem à piritoterapia.

As correntes de tensão monoterminais de Oudin empregam-se no tratamento das hemorróides, fissuras anais ligeiras, etc., com bons resultados.

Contra-indicações e perigos da A. F.

Sabendo já os colegas como actua e as modificações fisiológicas produzidas pela diatermia, é fácil deduzir quais as suas contra-indicações.

Nos processos em que haja perigo de hemorragia ou sejam prejudicados pela congestão local, risco de rotura vascular em úlceras gastro-duodenais, difusão dum processo tuberculoso, etc., devemos evitar a diatermia.

Na gravidez e durante a menstruação não devemos fazer aplicações à pelve.

Nas neoplasias é evidente a contra-indicação — favoreceria as metástases e a multiplicação celular.

Nos processos inflamatórios com febre e supuração não drenada, devemos proceder com cuidado pois pode haver contra-indicação.

Temos que ter sempre cuidado na intensidade aplicada, de modo a não queimar o doente, o que pode acontecer mais facilmente do que era de esperar e sem que o paciente se aperceba no momento. Não se pode dar indicações precisas sobre a intensidade em amperes ou watts a utilizar, depende do aparelho, do tamanho das placas, da distância das placas à pele, da região tratada, etc. Duma maneira geral, devemos sintonizar o aparelho de modo que o doente acuse uma sensação de calor confortável — que sinta calor mas que ele não lhe seja desagradável e recomendar sempre que toque a campainha logo que lhe pareça que o calor se está tornando excessivo.

Deve evitar-se objectos metálicos próximo aos electrodos porque resulta uma concentração de energia eléctrica nesses objectos com grande aquecimento e perigo de queimadura — ganchos e brincos nas aplicações e cabeça, alfinetes na roupa de baixo, etc.

Também quero aconselhar-lhes a não utilizar no consultório marquesas com molas metálicas porque em certos casos pode criar-se um campo eléctrico que englobe essas peças metálicas, que aquecem muito e podem inflamar os tecidos combustíveis.

Um cuidado muito importante a observar é que a pele esteja seca assim como os tecidos interpostos entre as placas e o doente. No caso de estarem molhados, podem provocar queimaduras por deixarem de funcionar como dieléctricos mas antes como substância condutora.

É necessário muito cuidado com as crianças pequenas que durante o tratamento urinam e se queimam sem que a mãe, não avisada, se aperceba do sucedido pois a criança chorava desde o início do tratamento, sem razão. As queimaduras de diatermia são quase sempre graves por serem muitas vezes do 2.º ou 3.º grau com destruições em profundidade, formação de escaras, cicatrização demorada e marca indelével na pele.

Só mais duas palavras sobre a última novidade de A. F. que não englobei nas descrições anteriores por o aparelho e o

modo de aplicação serem bastante diferentes. As microondas ou radar.

Depois da guerra os americanos construíram aparelhos para uso terapêutico com curtíssimos comprimentos de onda cerca de 12 cm. altíssima frequência 2.400 m.c./seg. do género do radar a que chamaram microwave.

Produzem-se num esquema diferente e com um elemento complicado que não interessa descrever. Pequenos projectores são colocados a distâncias certas da pele em relação com a intensidade de emissão, bem definidas para cada distância. A sensação térmica é menor que nas O. C. porque a pele é menos aquecida que o tecido celular subcutâneo. Há assim o perigo de queimar o doente sem que este se aperceba, se excedemos as doses estabelecidas.

As indicações terapêuticas são as mesmas das O. C., com a vantagem de se conseguir, a uma determinada profundidade, maior aumento de temperatura que com as O. C.

Não quero deixar de fazer referência a um artigo apare-

cido num jornal da especialidade em que provocavam opacificações experimentais do cristalino do coelho com doses fortes do microwave e assim se considerava um processo de provocar cataratas experimentais.

A casa construtora e colegas americanos afirmam que, com doses terapêuticas, não há o perigo de provocar opacificações do cristalino. Aconselho, no entanto, a não utilizar as microwaves sob os olhos, contraindicando a sua utilização, por ex., nas sinusites.

Muito mais se poderia dizer sobre a A. F. em medicina mas julgo ter tocado no essencial, que interessa a um clínico geral, que, longe dos grandes centros e dos especialistas, tem um aparelho de ondas curtas e o pretende aplicar, criteriosamente e com proveito, para os seus doentes.

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

Profilaxia da Tuberculose Infantil

MARIA FRANCISCA DA COSTA ANDRADE

(Médica Pediatra)

I

A tuberculose é uma das doenças que mais contribuem para elevar a mortalidade geral em Portugal e alguns países europeus, sendo a Espanha, o nosso País, a França e a Bélgica aqueles que apresentam maiores permilagens de óbitos.

Tendo «O Médico» publicado um nosso trabalho intitulado «O Problema da Infância — Estudo Médico Social sobre a Mortalidade Infantil» — sentimos que o indeclinável dever moral e profissional nos impõe a obrigação de prestar também a nossa modesta colaboração no estudo e luta contra as doenças que mais contribuem para aquela impressionante mortalidade de seres inocentes da nossa infância. Foi por isso que escolhemos para tema desta despretenciosa exposição a «Profilaxia da Tuberculose Infantil».

De facto, a tuberculose, apesar dos imensos progressos realizados pela Tisiologia é ainda hoje um dos flagelos da humanidade, pois sabemos pela estatística que ela causa aproximadamente cinco milhões de mortos no Mundo.

No que diz respeito a Portugal registamos que aquele terrível mal, que lenta e traiçoeiramente corre a vida nacional, dizimou 11.445 indivíduos, em média anual, no quinquénio 1948-1952, cuja taxa de óbitos corresponde a 106,784 ‰ em relação à mortalidade geral.

Assim, se passarmos a analisar os quadros juntos, n.ºs 1 e 2, referentes a alguns países europeus, constatamos que no grupo de mortalidade geral, a maior taxa é de 14,03 ‰ pertencente à França, vindo a seguir a Bélgica com o índice de 12,97, depois aparece o nosso País com 12,44, a seguir vem a Espanha com 11,66, a Inglaterra e a Suíça respectivamente com 10,92 e 10,59, e por último a Dinamarca com 7,48 ‰.

Estabelecendo o confronto entre as taxas correspondentes a cada um dos países referidos no grupo da mortalidade causada pela tuberculose em todas as idades em relação à população, verificamos que o índice mais elevado é de 1,488 ‰ pertencente à Espanha, vindo a seguir Portugal com a premilagem de 1,330, depois aparecem a França, a Bélgica, a Itália, respectivamente com 0,609, 0,413 e 0,418, etc., e por último a Dinamarca com a taxa de 0,130 ‰.

Quanto às crianças com menos de um ano, verificamos que os índices de óbitos em relação à mortalidade pela tuberculose em todas as idades, os países que acusam taxas mais altas são: Portugal, Espanha e França, respectivamente com 42,02, 28,71 e 21,49, cabendo os índices mais baixos à Suécia 2,50, Inglaterra 1,62, Suíça 5,60 e Noruega 1,50 ‰.

No que diz respeito ao agrupamento das crianças de 1 a 4

anos, registamos que o nosso País, a Espanha e a Itália são os que têm taxas de mortalidade mais elevadas, respectivamente 102,11, 64,35 e 53,66 ‰, cabendo os índices mais baixos à Suíça 5,60 e à Noruega 9,52 ‰.

E, finalmente, quanto às crianças compreendidas no grupo de 5 a 14 anos, são ainda Portugal, Espanha e Itália aqueles que têm taxas mais altas, respectivamente 59,59, 58,82 e 45,34 ‰, cabendo as mais baixas à Suécia 11,62, Noruega 14,30 e Dinamarca 16,12 ‰.

Se, porém, considerarmos no conjunto a mortalidade de crianças de 0 a 14 anos, em relação à mortalidade pela tuberculose em todas as idades, ficamos sabendo que são o nosso País, a Espanha e a Itália onde se registam maiores permilagens de óbitos, cabendo as mais baixas à Suíça, Suécia e Noruega. Igualmente se verifica que a maior mortalidade por tuberculose se dá em crianças de 1 a 4 anos, tanto em Portugal como nas nações atrás referidas.

Mortalidade geral e óbitos causados pela tuberculose em todas as idades e por grupos de idades em crianças até 14 anos nos quinquénios 1930-1934 e 1948-1952. Faleceram menos 3.002 tuberculosos em 1952 do que no ano anterior, o que corresponde a uma redução excepcional de 266,11 ‰. Mortes causadas pela tuberculose nos distritos do Continente e Ilhas Adjacentes.

Os números que estão registados nos quadros n.ºs 2, 3 e 4 põem em evidência a acuidade do problema da tuberculose no nosso País, o que aliás não constitui novidade àqueles que se dedicam às questões de economia social e muito menos às estações oficiais, pois que deles se têm ocupado e continuam a ocupar-se, especialmente nos últimos anos com bastante zelo em benefício da Comunidade Portuguesa.

Por isso no estudo que vamos fazer sobre o problema da tuberculose debaixo do duplo ponto de vista médico e social, especialmente relativos às crianças até aos 14 anos de idade, tomamos como ponto de partida o quinquénio 1930-1934, por que foi neste período que verdadeiramente se intensificou a luta antituberculosa, quer no campo da medicina curativa quer sob o aspecto da medicina preventiva ou profilática.

Assim sabemos por informações oficiais que nas últimas duas décadas foram construídas dezenas de dispensários, existindo presentemente em funcionamento 85; destes, 15 estão a cargo da Beira Litoral e de outras entidades. Construíram-se e entraram em funcionamento os sanatórios do Funchal, Covilhã, Atravêzes, Porto, Flamengo, Portalegre, Lumiar, Sousa Martins há pouco ampliado com um novo pavilhão. Todos estes sanatórios

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

Terapêutica omnivalente
das infecções bacterianas com

O produto
original!

OMNADINA-PENICILINA »HOECHST«

Combinação de Penicilina-Procaína reforçada
e Omnadina* para suspensão aquosa

- Aumento de fagocitose
- Aumento de poder bactericida do soro
- Aumento da génese dos anti-corpos
- Efeito prolongado da Penicilina-Procaína
- Elevado nível inicial de Penicilina no sangue pela Penicilina G sódica
- Acção bactericida directa

Acção imunobiológica
e antibiótica

*Marca registada



Frasco-ampolas com
200 000 U.I.

Frasco-ampolas com
400 000 U.I.

FARBWERKE HOECHST AG. *vormals Meister Lucius & Brüning* Frankfurt (M)-Hoechst · Alemanha

Representantes para Portugal: **MECIUS Lda.**, Rua do Telhal, 8-1.º LISBOA

QUADRO N.º 1

ÓBITOS CAUSADOS PELA TUBERCULOSE EM TODAS AS IDADES E POR GRUPOS DE IDADES EM CRIANÇAS DE 0 A 14 ANOS EM PORTUGAL E ALGUNS PAÍSES EUROPEUS (a)

Países	População	Mortalidade geral	Taxas por ‰	ÓBITOS CAUSADOS PELA TUBERCULOSE								
				Em todas as idades	Taxas por ‰ em relação à população	Taxas por ‰ em relação à mortalidade geral	Com menos de um ano	Taxas por ‰ em relação a todas as idades	De um a quatro anos	Taxas por ‰ em relação a todas as idades	De cinco a catorze anos	Taxas por ‰ em relação a todas as idades
Bélgica	8 512.195	116.466	12,97	3.773	0,413	34,15	58	15,31	94	24,91	68	18,02
Dinamarca	4 281.225	32.031	7,48	558	0,130	17,42	4	7,17	18	23,30	9	16,12
França	39.829.808	558.699	14,03	24.284	0,609	43,46	522	21,49	545	22,44	530	20,39
Espanha	27.928.367	825.879	11,66	29.292	1,488	89,88	841	28,71	1.885	64,35	1.723	58,82
Holanda	9 625.499	77.149	8,01	1 668	0,173	21,62	21	12,59	57	34,17	38	19,18
Inglaterra	50 211.602	548.418	10,92	15.961	0,317	29,10	26	1,62	489	30,63	294	18,42
Itália	47.138.235	478.313	10,14	19.716	0,418	41,22	173	8,78	1.058	53,66	894	45,34
Noruega	3.277 000	27.216	8,30	1.328	0,405	48,80	2	1,50	20	15,06	19	14,30
Portugal	8.477.270	105.473	12,44	11.281	1,330	106,95	474	42,02	1.152	102,11	672	59,57
Suécia	7.044.039	69.704	9,90	1.995	0,283	28,62	5	2,50	19	9,52	22	11,62
Suíça	4 714.992	49.950	10,59	1.606	0,344	32,15	9	5,60	9	5,60	32	19,92

(a) Este quadro foi organizado com os números colhidos no Demographic Year book (United Nations) 1952.

QUADRO N.º 2

QUADRO COMPARATIVO DA MORTALIDADE CAUSADA PELA TUBERCULOSE EM TODAS AS IDADES E POR GRUPOS DE IDADES EM PORTUGAL E ALGUNS PAÍSES EUROPEUS EM CRIANÇAS DE 0 A 14 ANOS, REFERENTE A 1951 (a) e (b)

Países	Taxas de óbitos por ‰ causadas pela tuberculose em todas as idades em relação à mortalidade geral		Taxas de óbitos por ‰ causadas pela tuberculose em crianças com menos de 1 ano em relação à mortalidade pela tuberculose em todas as idades		Taxas de óbitos por ‰ causadas pela tuberculose em crianças de 1 a 4 anos em relação à mortalidade pela tuberculose em todas as idades		Taxas de óbitos por ‰ causadas pela tuberculose em crianças de 5 a 14 anos em relação à mortalidade pela tuberculose em todas as idades	
	Taxas	Traços	Taxas	Traços	Taxas	Traços	Taxas	Traços
Bélgica	34,15	██████████	15,37	██████████	24,91	██████████	18,02	██████████
Dinamarca	17,42	██████████	7,17	██████████	23,70	██████████	16,12	██████████
Espanha	89,88	██████████	28,71	██████████	64,35	██████████	58,82	██████████
França	43,46	██████████	21,49	██████████	22,44	██████████	20,59	██████████
Holanda	21,62	██████████	12,59	██████████	34,17	██████████	19,78	██████████
Inglaterra	29,10	██████████	1,62	██████████	30,03	██████████	18,42	██████████
Itália	41,22	██████████	8,78	██████████	53,66	██████████	45,34	██████████
Noruega	48,80	██████████	1,50	██████████	15,06	██████████	14,30	██████████
Portugal	106,95	██████████	42,02	██████████	102,11	██████████	59,57	██████████
Suécia	28,62	██████████	2,50	██████████	9,52	██████████	11,62	██████████
Suíça	32,15	██████████	5,60	██████████	5,60	██████████	19,92	██████████

(a) As taxas e grandezas (traços) comparáveis são as compreendidas nos respectivos agrupamentos.

(b) Este quadro foi organizado com os dados estatísticos relativos a 1951 tirados do *Demographic Yearbook* (United Nations) 1952. Quanto a Portugal se verifica pelos números registados no quadro n.º 4 que as referidas taxas sofreram uma redução notável no ano 1952 (Anuário Demográfico 1952).

MÉDIA ANUAL DOS ÓBITOS CAUSADOS PELA TUBERCULOSE EM TODAS AS IDADES E POR GRUPOS DE IDADES EM PORTUGAL NOS QUINQUÉNIOS 1930-1934 E 1948-1952 EM RELAÇÃO A POPULAÇÃO E MORTALIDADE GERAL (a)

	População	Mortalidade geral	Taxas por ‰ ₁₀₀	NÚMERO DE ÓBITOS CAUSADOS PELA TUBERCULOSE								
				Em todas as idades	Taxas por ‰ ₁₀₀ em relação à população	Taxas por ‰ ₁₀₀ em relação à mortalidade geral	Menos de cinco anos de idade	Taxas por ‰ ₁₀₀ em relação a todas as idades	De cinco a nove anos	Taxas por ‰ ₁₀₀ em relação a todas as idades	De dez a catorze anos de idade	Taxas por ‰ ₁₀₀ em relação a todas as idades
1930-1934	6.974.861	118.012	16,91	12.210	1.755	108,46	1.240	01,55	321	26,28	370	30,80
1948-1952	8.412.617	106.784	12,69	11.445	1.360	107,16	1.323	115,59	336	29,35	273	23,85

(a) Este mapa foi organizado com os números tirados do Anuário Demográfico.

dispõem de 3.166 camas, havendo além disso 22 sanatórios particulares com 2.479 leitos. Igualmente se encontram em funcionamento os preventórios de Monte Pedral, Rio Tinto, Penacova, Parede, Santa Cruz da Trapa e Santa Isabel, com a lotação de 714 camas.

Assim ficam existindo ao todo 7.552 camas para doentes, incluindo 1.163 leitos pertencentes aos Hospitais Cívicos.

O Estado investiu nestes últimos 20 anos mais de 100 mil contos com a construção e reconstrução dos edifícios referidos e dispendeu com o desenvolvimento e manutenção dos serviços médicos e profiláticos, quantias bastante elevadas, cujo montante nos últimos seis anos foi de 269.124 contos de reis.

Feitas estas rápidas e por ventura imperfeitas anotações, vejamos agora o que nos diz a estatística oficial acerca da evolução da tuberculose no mesmo período de tempo.

Assim, passando a analisar os números contidos nos quadros n.ºs 3 e 4 obtemos as seguintes ilucidações:

1.º — Que tendo sido a média anual da mortalidade geral nos quinquénios 1930-1934 e 1948-1952, respectivamente de 118.012 e 106.784 indivíduos, verificamos que houve uma baixa substancial de 11.228 óbitos, em média anual, no último quinquénio.

2.º — Verifica-se que na secção da mortalidade pela tuberculose em todas as idades faleceram, em média anual, menos 765 tuberculosos no quinquénio 1948-1952, pois é esta a diferença entre as médias 12.210 e 11.445 tuberculosos falecidos nos quinquénios 1930-1934 e 1948-1952.

3.º — Quanto à mortalidade no agrupamento de crianças com menos de 5 anos, verificamos que, tendo falecido nos quinquénios referidos 1.240 e 1.323 tuberculosos, houve uma diferença em média anual para mais no último quinquénio de 83 óbitos.

4.º — No agrupamento de crianças de 5 a 9 anos registamos que faleceram nos aludidos quinquénios, em média anual, respectivamente 321 e 336 tuberculosos, ou seja mais 15 óbitos do que no quinquénio 1930-1934.

5.º — Apura-se que no agrupamento de crianças de 10 a 14 anos de idade faleceram pela tuberculose, em média anual, nos quinquénios citados, respectivamente 370 e 273 tuberculosos, ou sejam menos 97 do que no quinquénio 1930-1934.

6.º — Considerando no conjunto as crianças de 0 a 14 anos de idade, notamos que houve o aumento médio anual de 1 óbito no quinquénio 1948-1952 em confronto com a média correspondente ao período 1930-1934.

7.º — Que é principalmente nas idades de 1 a 5 anos que se dá maior número de óbitos por tuberculose em Portugal.

Isto vem indicar aos pais e às entidades responsáveis pela saúde das crianças que estas precisam de ser atentamente vigiadas durante o crescimento, particularmente nas idades acima referidas, por meio de exames médicos e radiológicos periódicos e que bem assim devem ser sujeitas a cuidados preventivos ou profiláticos adequados, segundo as indicações médicas prescritas nos dispensários ou nas clínicas particulares da especialidade.

Se, porém, fizermos agora o confronto exacto de óbitos causados pela tuberculose entre os anos de 1951 e 1952, regista-

mos que eles sofreram uma baixa notável, neste último ano, como se verifica no quadro anexo n.º 4.

Com efeito, a mortalidade pela tuberculose em todas as idades a qual fora de 11.281 indivíduos em 1951 baixou para 8.279 no ano seguinte, tendo havido uma diferença para menos de 3.002 óbitos, cuja taxa de redução é de 266,11‰.

No grupo de crianças com menos de cinco anos a diferença para menos de óbitos pela tuberculose foi de 126 unidades.

Acerca das crianças de 5 a 9 anos a diferença nos anos acima referidos foi de 82 óbitos, sendo a taxa de redução de 243,62‰.

No que diz respeito a crianças de 10 a 14 anos houve uma redução de óbitos de 81 unidades. Se considerarmos no conjunto as crianças de 0 a 14 anos apura-se que morreram menos 289 tuberculosos em 1952 do que no ano anterior.

Apresentamos os números acima referidos do ano de 1952 apenas como elementos elucidativos, muito interessantes, e não como factores concludentes, visto se referirem a um ano somente e o nosso estudo estar baseado em médios quinquénios, notando que os ditos números estão incluídos, como é lógico, como parcelas na média quinquenal de 1948-1952.

Relativamente à mortalidade pela tuberculose em todas as idades nos 22 distritos de que se compõe o Continente e Ilhas Adjacentes, ficamos sabendo que o distrito do Porto é aquele que acusa o maior número de óbitos (1.852); vem depois o de Lisboa (1.845); seguem-se os de Coimbra (918), Braga (600), Aveiro (459), etúbal (327), Leiria (291), Viseu (286), Viana do Castelo (260), Faro (257), Beja (233), Santarém (230), Vila eRal (215), Guarda (147), Castelo Branco (123), Ponta Delgada (123), Portalegre (91), Bragança (89) e por último o distrito de Angra do Heroísmo que regista 45 óbitos.

II

Investigação, Diagnóstico e Tratamento da Tuberculose Infantil

A fim de podermos orientar e actuar com eficiência a luta antituberculosa é-nos indispensável conhecer a sua evolução nas diversas fases porque se manifesta na população infantil, nas diversas idades, pois sabemos que ela mais se desenvolve e produz maior mortalidade nas classes necessitadas de recursos.

Como sabemos, nem todos os indivíduos contagiados pelo bacilo de Kock são tuberculosos. Só uma pequena parte deles devem ser considerados como tais, por isso que, quando o agente patogénico se introduz no organismo, produz-se uma série de mudanças humorais que se traduzem pela presença de uma reacção alérgica à tuberculina.

A investigação desta reacção é de tal importância para o diagnóstico que é preciso conhecê-la antes de iniciar o seu estudo e tratamento. De facto, a tuberculina como a preparou Kock é um líquido xaroposo de cor escura obtido pela filtração e concentração duma cultura de bacilos em caldo glicerinado a 4‰. Este filtrado e misturado com 0,5‰ de fenol é a tuberculina antiga.

NAS CARÊNCIAS
PROTEICAS

AMINO TÓNICO

FRASCO DE 200 cc.

40\$00

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.

A velha tuberculina foi a única a ser utilizada até há alguns anos, mas como produzia reacções não específicas começou-se a empregar a tuberculina purificada que não origina tais inconvenientes. É uma substância isolada por Florence Seibert chamada derivado proteico purificado (purified protein derivative) ou P.P.D. Obtem-se após diversas manipulações a principiar numa cultura de bacilos sobre o meio de Dorset contendo proteínas. Apresenta-se debaixo dum pó branco muito solúvel, se bem que a sua composição química não seja ainda conhecida. É contudo uma proteína ou melhor um aglomerado de proteínas.

Estas duas espécies de tuberculinas encontram-se preparadas no comércio.

Se injectarmos a tuberculina a uma criança índemne a todo o contágio à tuberculose, não se produz nenhuma reacção na primeira injeção nem nas seguintes. Portanto se vê que a tuberculina não é um antigénio e a repetição continuada destas reacções alérgicas não podem por si só convertê-la de negativa em positiva. Pelo contrário, na criança enferma de tuberculose ou sem estar claramente enferma tem tido um contágio do bacilo, a injeção da tuberculina pode produzir uma reacção muito intensa de ordem local (junto do ponto da injeção), como focal (reactivização ou agudização de lesões tuberculosas já estabelecidas) ou geral (febre, etc.).

Todas estas reacções são manifestações de sensibilidade alérgica que apresenta referente à tuberculina a criança infectada pelos bacilos de Kock, ainda que seja somente, em forma leve.

A reacção referida é aplicada na clínica e assim diremos que toda a criança que apresenta uma reacção alérgica positiva à tuberculina, alberga bacilos de Kock no seu organismo, mas não queremos dizer que seja tuberculosa.

Para conhecer a sensibilidade do organismo à tuberculina vários métodos podem ser empregados: reacção de Pirquet, de Mantoux, a reacção do *esparadrapo*, mais vulgarmente conhecida pela reacção ao adesivo, mas aquelas seguidas mais vulgar-

mente devido à eficiência da técnica, facilidade de standardização (quer dizer eliminação do factor pessoal, facilidade de interpretação, leitura e medida dos resultados) ausência da reacção local ou geral desagradável, são as reacções do adesivo e a de Mantoux que é, sem dúvida, o método mais seguro.

Sabemos que numerosas primo-infecções não apresentam qualquer sintomatologia e que só são reveladas pela viragem da cuti-reacção sistemática. E assim temos observado que tanto na nossa clínica particular, como na hospitalar (Hospital de Santa Marta) muitas das primo-infecções têm sido descobertas por este meio. Por isso podemos dizer que a tuberculose ataca os portugueses duma forma alarmante.

Em grande parte o povo português ignora ou é negligente aos preceitos mais elementares da higiene. Os tuberculosos activos vivem em comunidade com as pessoas sãs, nada se opondo à sua contaminação. Recorrem tardiamente ao médico, alguns porque ignoram a gravidade do mal, outros por insuficiência de recursos, sendo na verdade esta a principal razão. E assim, verdadeiramente, só recorrem ao facultativo quando se sentem incapazes de continuarem a trabalhar, como temos tido ocasião de constatar na nossa clínica. A propósito, citaremos entre outros casos, o exemplo seguinte: uma mulher casada, de trinta e tal anos de idade, seguida na Assistência Nacional aos Tuberculosos, na primeira e segunda infância, que obtivera alta, apareceu-me no Consultório com hemoptises, a expor a sua situação dizendo que não podia deixar de trabalhar por isso, que os seus ganhos eram precisos para a manutenção do lar. Nestas condições como poderíamos tratá-la se as suas lesões pulmonares eram já extensas?

Por este e outros exemplos que poderíamos citar se vê que quando os doentes recorrem aos hospitais ou às clínicas particulares é já muito tarde, tornando-se difícil conduzir o tratamento eficazmente, seja porque as lesões são bilaterais, ou porque elas se revelam muito extensas, ou seja ainda porque têm

QUADRO N.º 4

Quadro representativo da mortalidade geral e dos óbitos causados pela tuberculose em todas as idades e por grupos de idades em crianças de 0 a 14 anos nos quinquénios 1930-1934 e 1948-1952

Anos	População	Mortalidade geral	ÓBITOS CAUSADOS PELA TUBERCULOSE			
			Em todas as idades	Com menos de 5 anos	De 5 a 9 anos	De 10 a 14 anos
1930	6.825.883	116.352	13.013	1.411	338	409
1931	6.878.165	115.225	12.172	1191	358	329
1932	6.967.792	118.895	11.685	1257	328	360
1933	7.054.419	120.996	12.370	1172	308	396
1934	7.148.046	118.593	11.812	1171	276	356
Média	6.974.861	118.012	12.210	1.240	321	370
1948	8.261.522	107.675	12.423	1360	357	286
1949	8.333.498	117.499	12.641	1143	353	324
1950	8.441.312	102.789	12.603	1582	378	295
1951	8.477.270	105.473	11.281	1328	337	271
1952	8.547.547	100.486	8.279	1202	255	190
Média	8.412.617	106.784	11.445	1.323	336	273

(a) Os números de óbitos e grandezas (traços) comparáveis são os compreendidos nos respectivos agrupamentos.

(b) Este quadro foi organizado com os números estatísticos colhidos no Anuário Demográfico, verificando-se uma notável baixa de óbitos em 1952, tendo morrido menos 3.002 tuberculosos em todas as idades e 239 crianças de 0 a 14 anos, em relação ao ano anterior o que corresponde a uma redução de 274,9 e 149,20/00.

contraído aderências tão consideráveis que se torna impossível instituir um pneumotórax.

As condições económicas e sociais em que vivem a maioria dos agregados familiares reflectem-se, mais ou menos, na evolução e intensidade da tuberculose e por conseguinte na mortalidade causada por ela, particularmente se eles habitam em alojamentos insalubres e a sua alimentação é insuficiente e estão sujeitas a intempéries e privações, a que mais adiante faremos referências especiais. Neste meio deletério, o bacilo encontra condições propícias para o seu desenvolvimento e difusão, particularmente entre a população infantil, realizando-se geralmente o contágio por via inalatória.

Assim, os exemplos frequentemente verificados nas nossas consultas particulares e hospitalares, mostram que é geralmente no meio em que a criança vive se encontra o manancial infectante (pais, avós, hóspedes, criados, etc.) transmissor do bacilo que emitido com as partículas da saliva (gotículas de Flüge) e que transmitido pelo ar inspirado vai atingir o parênquima pulmonar.

O cancro de inoculação é algumas vezes muito pequeno, outras vezes é volumoso ou envolvido por uma zona extensa de inflamação designada por epituberculose. A este cancro de inoculação corresponde uma reacção ganglionária, estando os gânglios situados ao longo da traqueia ou entre os ramos brônquicos que penetram o pulmão com os vasos sanguíneos na região hilar. A intensidade da reacção ganglionar depende de vários factores: uns estão ligados ao bacilo (virulência), outros ao estado da resistência do indivíduo contaminado.

Por isso antes de assentar no diagnóstico duma primo-infecção há que assegurar-nos por mais duma exploração radiológica de que o ambiente que rodeia a criança não é bacilífero, no sentido de superinfectação intradomiciliária, porque ao dar-se esta o quadro evolutivo da mesma será muito sombrio.

Há ainda a considerar outros factores como sejam a sua constituição, a casa, a vacinação e tudo o que possa deprimir a resistência orgânica da criança, tais como a herança de predisposição, a alimentação deficiente e doenças intercorrentes (sarampo, tosse convulsa, gripe, etc.).

Não há dúvida de que a contaminação da primo-infecção se faz pelo doente, pelo escarro ou pelo pó dessecado, que são os grandes reservatórios do bacilo tuberculoso.

Além da via aerógena existem outras vias de entrada do bacilo no organismo da criança, tais como: a digestiva, a cutânea a mucosa (nasal, bucal, gengival, ocular e genital), geralmente trata-se de lesões contagiadas de bacilos procedentes do pó ou escarro que a criança toca ao arrastar-se pelo chão. São vias de entrada pouco frequentes, estando no mesmo caso a tuberculose congénita que embora seja realmente possível a sua existência é muito rara.

Siegel (citado por Walgreem) somente pôde seleccionar 38 casos indiscutíveis recolhidos na literatura, número insignificante em uma doença tão comum. A pretensa transmissão hereditária, isto é, por infecção do espermatozóide ou do óvulo antes da fecundação está demonstrado que não é possível.

Praticamente a tuberculose é uma infecção produzida por via aérea através do pulmão e que, em geral, se pode curar dentro de algumas semanas ou de dois anos, sendo na maioria dos casos a única sequela da primo-infecção a positividade da reacção à tuberculina. Pode também suceder que o cancro e o gânglio estejam calcificados ou que a cura da primo-infecção seja tão perfeita — o que aliás sucede raramente — que a cutireacção se torna mesmo negativa.

Mas quando o contágio se torna maciço após a primo-infecção, resulta impossível o alcance de imunidade específica, dando lugar a maior parte das vezes a quadros mórbidos graves, principalmente se as crianças vivem no meio desprovido de higiene, especialmente se as primo-infecções dizem respeito aos lactantes, devido à sua fraca resistência.

Sucedem outrotanto se as crianças são débeis ou convalescentes das doenças infecciosas (gripes, sarampo, rubéola, tosse convulsa, etc.), ou ainda quando estão sujeitas a trabalhos excessivos, choques morais ou sofrem de transtornos de nutrição.

Todas estas causas que dão origem a primo-infecções podem evolucionar em dois sentidos diferentes: num caso se dará generalização precoce produzindo a granúlia na maioria dos órgãos ou em certos órgãos como a meningite tuberculosa, pleurisia sero-fibrinosa, adenites frias, tumores brancos (coxalgia, mal de Pott); no outro caso se apresentará sob uma forma caseosa

(pneumonia caseosa com generalização ulterior ou a criação nesta forma caseosa de uma cavernização com tísica final).

Temos ainda a considerar um caso intermédio que se traduz por uma forma tórpida, constituindo a tuberculose úlcero-productiva que na sua evolução progressiva converge para a tísica final da criança.

Assim, a intensidade ou macicez do contágio, a repetição deste, a virulência do agente infectante conjuntamente com os factores individuais dependentes da constituição, criam uma série de unidades que entram em jogo no momento de infecção e que podem determinar a benignidade ou malignidade do curso evolutivo.

Quando o bacilo penetra no organismo o que produz primeiro é uma lesão inflamatória chamada infiltração, à qual pode seguir-se a necrose da região afectada em forma de caseificação.

Se o processo cura dá lugar a uma reacção fibrosa que cicatriza a lesão e paralelamente aparece com inflamação dos gânglios regionais e eventualmente os bacilos de Kock passam à corrente circulatória motivando uma tuberculose hematogénea. Assim descrevem-se as seguintes formas anatomopatológicas da tuberculose: infiltração tuberculosa, lesão caseosa, lesões fibro-caseosas e fibrosas puras, tuberculosos ganglionares traquio-brônquias e as formas hematogéneas.

A tuberculose evoluciona por acessos, podendo cada acesso estar intervalado entre largos períodos de repouso. No curso destes acessos evolutivos podem apresentar-se três tipos lesionais fundamentais: infiltração, caseificação e fibrose, não podendo existir uma lesão caseosa sem infiltração prévia, mas, pelo contrário, é possível a existência do primeiro estágio lesional (infiltração), sem que origine a caseificação.

Sabemos que muitas das primo-infecções não têm nenhuma tradução aparente (cerca de 90 % para alguns autores) e é somente com a constatação da viragem da cutireacção sistemática que esta despistagem é possível.

As circunstâncias em que deveriam ser praticadas as cutireacções seriam estar a criança enfraquecida, fatigada, sem apetite, com febre, e não produzir o rendimento do trabalho ou estudo normal, ou após ter tido alguma doença infecciosa banal (sarampo, tosse convulsa, gripe) e apresentar o seu estado geral medíocre.

Assim, passaremos a citar o exemplo duma criança de sexo feminino que seguimos desde o nascimento, sem fonte de contágio conhecida, cuja reacção ao adesivo fazia de 6 em 6 meses e era sempre negativa. Aos 3 anos teve várias gripes de repetição e que não se curando com a terapêutica habitual se tornou a repetir o adesivo, sendo fortemente positivo, e tendo sido observada à radioscopia mostrou uma opacidade triangular atelectásica no vértice do pulmão esquerdo.

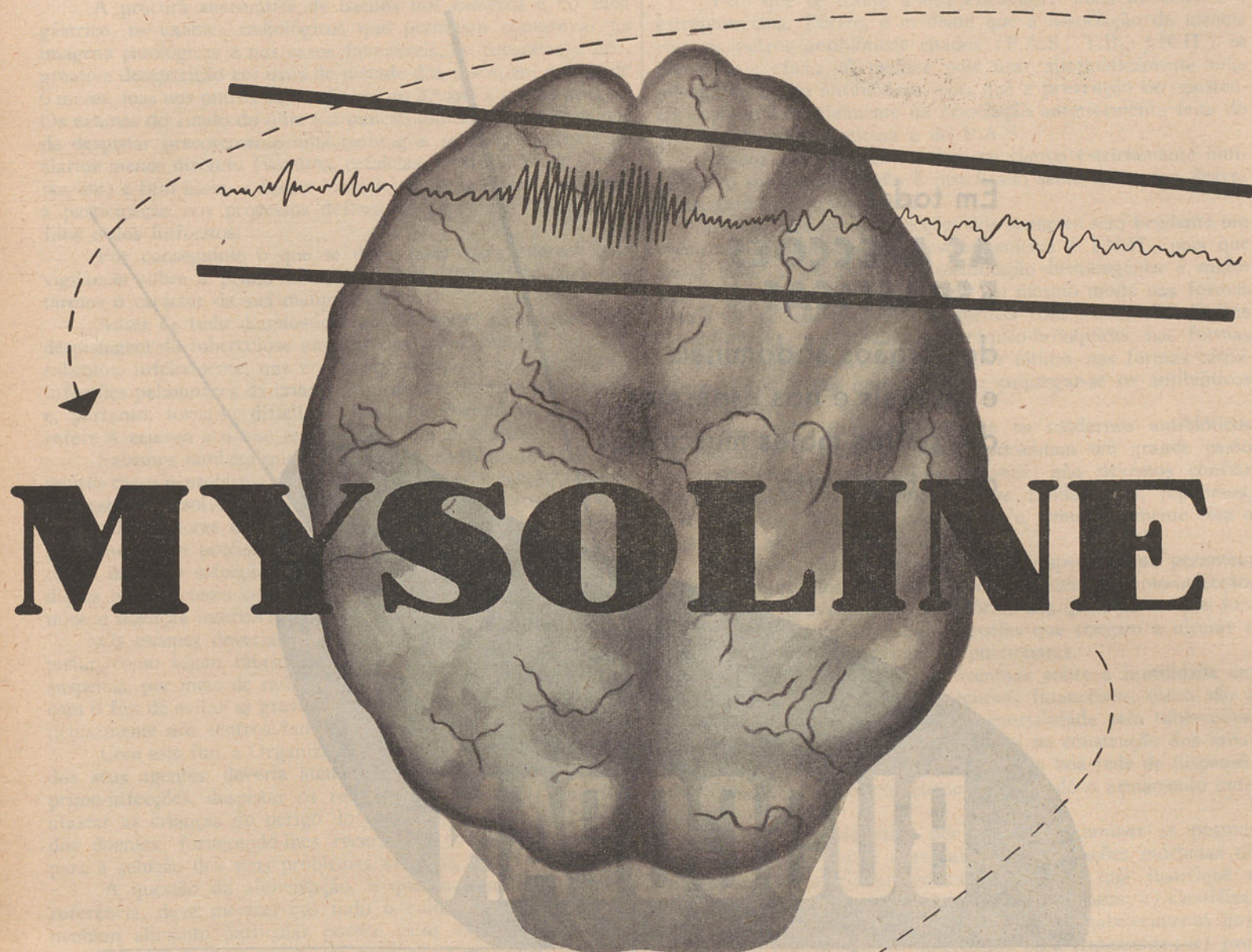
Como este caso tantos outros se observam na clínica infantil diária, na população escolar, onde as cutireacções se deveriam fazer duas vezes por ano e bem assim nas crianças que vissem no mesmo agregado familiar, no caso de algumas delas estar atacadas de tuberculose, porque é de supor que todas as outras tenham sido contaminadas pela mesma doente, especialmente se a primo-infecção tenha tomado o aspecto de eritema nodoso, febre elevada e prolongada de aspecto tífico (tifo bacilose) ou ocular (conjuntivite flictemular).

Por isso é conveniente a toda a criança fazer a cutireacção e examiná-la aos raios X, pois temos tido ocasião de observar que algumas crianças com doenças no aparelho digestivo acusam infiltrações pulmonares, outras etiquetadas como tíficas ou paratíficas são afectas duma granúlia ou duma tuberculose miliar, bronquites e bronquiectasia tem resultado processos ulcerados e quantas tosses do tipo espástico não são adenopatias?

Para seguir útilmente uma primo-infecção é necessário fazer os exames completos: primeiro, todos os 15 dias, depois de cada mês e por último de 3 em 3 meses. É preciso sistematicamente notar: a) idade da criança, altura e peso e as suas relações com a média das crianças normais da mesma idade, devendo a curva do peso seguir uma progressão correspondente à altura; b) o apetite e a existência ou não de fadiga; c) a temperatura tomada de manhã, à tarde e à noite após o repouso de meia hora pelo menos, tornando-se normal ao fim de duas a quatro semanas.

Se porém a curva da temperatura for prolongada e ultrapassar a período citado, pensaremos numa complicação.

Sob o ponto de vista biológico ligamos importância às

NOVO TRATAMENTO DA *épilepsia*

MYSOLINE

controla as crises
ATOXICO NÃO HIPNÓTICO

•
 POSOLOGIA

1 a 6 comprimidos a 0,25 gr. por dia

•
 Embalagens de 100 e 1000 comprimidos



IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS)

LIMITED

Manchester

— Inglaterra

REPRESENTANTES:

UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA

Rua da Prata, 250-2.º — LISBOA / Rua Alexandre Braga, 138 — PORTO

Em todas

AS AFECÇÕES ESPÁSTICAS

dos órgãos abdominais
e genitais e nos espasmos
das partes moles musculares
durante o parto.

BUSCOPAN

ESPASMOLÍTICO COM ACÇÃO ELECTIVA

ganglioplégico vagotropo

Medicação eficaz
de grande margem terapêutica,
isenta de acções secundárias.

Apresentação: Ampolas a 0,02 g (forte)
Grajeias e supositórios a 0,01 g



C. H. BOEHRINGER SOHN · INGELHEIM AM RHEIN

Representantes para Portugal e Ultramar:

J. A. BAPTISTA D'ALMEIDA, LDA. - R. Actor Taborda, 13
LISBOA-N.

medidas comparadas de velocidade de sedimentação das hemáticas feitas em jejum e fora dos períodos febris. A velocidade de sedimentação está em relação com a evolução da primo-infecção e é tanto mais acelerada quanto a doença é evolutiva.

A procura sistemática de bacilos nos escarros e no suco gástrico, os exames radiológicos que permitam comprovar as imagens patológicas e nos casos favoráveis, de constatar a progressiva desaparecimento em mais de metade dos casos, em menos de 6 meses, mas nos outros casos vão até ao 2.º ano e mais a apagar. Os exames do fundo do olho e a punção lombar são susceptíveis de despistar precocemente uma meningite se existem sinais de alarme menos discreto (vómitos, cefaleias, perturbação de carácter, etc) e bem assim a forma leucocitária, pois é bem conhecida a participação nos processos defensivos orgânicos dos neutrófilos e dos linfócitos.

Por conseguinte o que se deve fazer para exercer uma vigilância sobre a primo-infecção e poder dominá-la para evitarmos o carácter da sua malignidade?

Antes de tudo diagnosticar precocemente os doentes pela despistagem da tuberculose nas grandes colectividades, pois que sabemos, infelizmente, que é o meio familiar o responsável de infecções pulmonares da criança com menos de 5 anos de idade, e, portanto, torna-se difícil na luta antituberculosa o que se refere à criança e o que tem relação com o adulto.

Sabemos também que o conceito da família ultrapassa em muitos casos o problema da criança e é com a protecção familiar que este se resolve, pois que no seu seio se descobrem, por vezes, escarradores de bacilos responsáveis da contaminação, e por conseguinte precisamos de exercer contróle exacto da existência da super-infecção intradomiciliária, assim como das condições ou caracteres constitucionais da criança, situação económica e doenças intercorrentes.

Os exames deveriam ser feitos nos locais fáceis de despistar, como sejam fábricas, escolas, quartéis, etc., em pessoas suspeitas, por meio de radioscopia, radiologia e fotoradioscopia, com o fim de evitar as graves responsabilidades do contágio particularmente nos centros familiares.

Com este fim, a Organização Social Oficial, por intermédio dos seus agentes, deveria atender e vigiar os indivíduos com primo-infecções, despistar os responsáveis, isolar os suspeitos, afastar as crianças do perigo do contágio, auxiliar as famílias dos doentes, fornecendo-lhes recursos e dando-lhes conselhos para a solução dos seus problemas afilivos, etc.

A questão da alimentação, a que mais adiante fazemos referência, deve merecer-nos todo o cuidado. Como sabemos, nenhum alimento particular possui valor específico no tratamento da tuberculose, sendo de aconselhar uma dieta corrente bem equilibrada com adição de leite, por isso que o alimento excessivo e uma gordura exagerada são perigosos, visto que exigem dos órgãos de economia um esforço suplementar.

Convém que os alimentos tenham um aspecto atraente e sejam ingeridos a horas regulares. Devem conter proteínas em abundância, quantidades moderadas de hidratos de carbono, gorduras em certa abundância, água, sais minerais (cálcio e ferro, sobretudo), hortaliças, frutas, vitaminas (A e D) em formas de óleo de fígado de bacalhau, ou alguma similar que se encontre no comércio, vitamina C na fruta e complexo B no gérme do trigo e farinha.

Estes estudos poderiam ser feitos em colaboração com o ramo especializado das Nações Unidas que é F.A.O. e com o qual já temos estado em contacto.

Há também que exercer vigilância nas escolas sobre crianças fracas física e moralmente e bem assim sobre aquelas que tiverem familiares suspeitos de tuberculose, as quais deveriam ser seleccionadas e enviadas para escolas em pleno ar, tendo em vista que os climas mais favoráveis são os de planície e meia altitude.

À tríade fundamental no tratamento médico da tuberculose infantil formado pelo repouso, alimentação e ar livre, devemos juntar actualmente, um quarto factor, o medicamentoso, pois que depois de 70 anos de descobrimento do bacilo de Kock parece existir a possibilidade de atacá-lo eficazmente e assim investigadores americanos e alemães têm posto nas nossas mãos meios que dificultam o crescimento do bacilo de Kock *in vitro* e *in vivo* com tolerância aceitável por ter acção específica. Os mais usados são a Dehidroestreptomicina, o ácido paraaminosalicílico, o Tebeum que é uma tiosemicarbazona e a hidrazida isonicotínica. Além destes existem outros antibióticos, actualmente

pouco experimentados como as sulfonas, a neomicina e a diplo-micina, este parece ser altamente eficaz e assim Enell e colaboradores na Suécia têm curado um caso de M. T. mediante a injeção indovenosa do produto.

Pelo que se refere à sua eficácia, o mais indicado é a estreptomicina. Porém, é evidente que a associação da mesma com os outros antibióticos citados (P.A.S., T.B₁, J.N.H.) se torna mais eficaz. É melhor pois usar sistematicamente uma associação destes antibióticos, pois que a prevenção de resistência repousa essencialmente na associação anteriormente feita do I.N.H., da estreptomicina e do P.A.S.

Todos estes elementos têm um campo estritamente limitado e o seu emprego não é justificado senão em casos graves e em particular no lactante.

Assim, nas primo-infecções dos lactantes será prudente um tratamento sistemático com estreptomicina e I.N.H., pois que nesta idade a tendência à disseminação hematogénea é muito maior que nas idades posteriores. Do mesmo modo nas formas febris de primo-infecção, nas formas com lesões radiológicas de infiltração, nas adenopatias traqueo-brônquicas, nas formas de disseminação hematogéneas e, por último, nas formas caseosas e fibrocaseosas graves, devem empregar-se os antibióticos atrás citados.

Mas, em resumo, ainda que os modernos antibióticos agindo sobre o bacilo de Kock apresentam um grande passo no tratamento da tuberculose infantil, não devemos confiar exclusivamente neles porque a base fundamental, repetimos, é o isolamento de todo o contagiante e, simultaneamente com o repouso, a alimentação e o ar livre.

Existem, enfim, estabelecimentos especiais que permitem a hospitalização dos indivíduos convalescentes da primo-infecção, como são os proventórios e sanatórios aos quais se enviam formas graves de primo-infecção, aquelas que chegam a ulcerar e que dão lugar a extensas lesões pulmonares.

Mas não deixaremos de acentuar sobre a inutilidade em países dispendo de modestos recursos financeiros, como são a maior parte daqueles nos quais a mortalidade pela tuberculose é elevada, de consagrar grandes somas na construção dos sanatórios, sendo suficiente a criação de uma boa rede de dispensários que são os primeiros elementos de todo o armamento anti-tuberculoso.

Os dispensários têm por fim: a) examinar as pessoas que a eles recorrem e apresentem manifestações mórbidas do aparelho respiratório-laríngeo-traqueo-torácico que justifique o pedido; b) vigiar casos duvidosos de tuberculosos; c) classificar os enfermos tuberculosos determinando o estabelecimento hospitalar em que devem ser internados para tratamento; d) promover o ingresso dos filhos dos tuberculosos sem recursos em estabelecimento adequado existente ou a criar; e) vigiar e assistir aos doentes que podem deslocar-se; f) distribuir pelos lares dos tuberculosos socorros e subsídios, conforme as condições de cada caso, dentro das regras fixadas; g) investigar e destruir os focos de contágio e os veículos de disseminação de bacilos; h) fazer internar em estabelecimento adequado, as crianças que estejam suspeitas e que apresentem sinais de enfraquecimento ou debilidade, manifestações febris e as que estejam em diagnóstico reservado, quando os seus pais ou encarregados assim o peçam por não terem recursos para tratamento, etc., etc.

A vacinação com B. C. G. está considerada como um dos específicos mais eficazes de prevenção contra a tuberculose.

Assim, para a boa realização da luta antituberculosa temos que considerar medidas indirectas de acção inespecíficas, como as que tendem a melhorar o nível de vida e as medidas directas de acção específica que estão representadas na época actual pela vacinação com o B. C. G. ou a vacina de Calmette e Guérin, porque este é o meio mais aconselhado de prevenção contra a tuberculose.

Assim, sabemos que desde 1940 o B. C. G. disfruta de grande popularidade nos países escandinavos. No 1.º Congresso Internacional sobre B. C. G. afirmou-se que o estudo realizado sobre 10 milhões de indivíduos em todo o mundo, no decurso de 25 anos, comprovaram a inocuidade absoluta da vacinação antituberculosa e confirmou que é o melhor agente de que dispomos actualmente na luta antituberculosa. Segundo as estatísticas da Organização Mundial de Saúde, até à data de 1951

tinham sido vacinados com B. C. G. 30 milhões de jovens e crianças.

Poderíamos pensar que a grande diminuição da morbidade e mortalidade dos tuberculosos nos países escandinavos, apesar de serem ali vacinados em grande escala, seria devido à elevação do nível de vida e à higiene geral, mas temos um exemplo frizante na Finlândia, onde a taxa da morbidade era das mais elevadas e que após a vacinação com B. C. G., depois da campanha de 1948-1949, se verificou que a partir de 1950 houve uma diminuição nas primo-infecções graves, nas granúlias e nas meningites tuberculosas. Isto vem comprovar que a campanha internacional a favor da aplicação do B. C. G. soube triunfar de certas resistências e numerosas dificuldades de ordem psicológica, social e material, e da pouca credulidade do público e da oposição de alguns médicos.

É assim o resultado da campanha internacional tem suscitado interesse em favor da vacinação em todos os países e o melhor conhecimento da difusão da tuberculose nas diferentes camadas da população do mundo.

No decurso da vacinação cada indivíduo deve ser submetido a duas provas de tuberculina com 3 dias de intervalo, devendo utilizar primeiro uma fraca dose de tuberculina, porque eliminaremos os indivíduos fortemente alérgicos que deixariam de apresentar uma violenta reacção geral com uma dose de tuberculina mais elevada e 3 dias depois empregar-se-ia uma dose mais importante de tuberculina e assim despistávamos os alérgicos graves que escapassem à primeira prova. A vantagem deste procedimento seria agir com mais segurança e experiência nos diferentes testes à tuberculina.

Assim, concluímos que no decurso das campanhas da vacinação em massa que Moro-Patch pode ser utilizado em crianças muito novas e que a prova de Mantoux a $1/10$ convém a todas as idades.

Para a vacinação do B. C. G. recomenda-se a introdução da vacina pela pele, via intradérmica e o método das escarificações. Estes dois métodos dão taxas de alergias post-vacinal entre 95 a 98 %; mas a mais aconselhada é aquela que se adapta melhor às condições particulares numa vacinação colectiva e a via intradérmica cujas vantagens essenciais são: a certeza que a vacina penetrou no organismo, que a dose é necessária, a facilidade de controlar a técnica pela formação duma papula com pele de laranja que permite verificar o vigor e a rapidez da técnica. Além disso a vacinação intradérmica tem dado uma percentagem regular duma alergia elevada.

A injeção faz-se na reunião do terço superior e dos dois terços inferiores da face externa do braço e na porta baixa da região deltoidea. Se for feita num ponto elevado corre o risco de dar uma reacção ganglionar supraclavicular. Ao fim de 3 semanas aparece a lesão vacinal de baixo de um nódulo de 6 a 8 mm. de diâmetro. Depois pode persistir durante um a dois meses, desaparecendo e deixando uma zona ligeiramente deprimida; noutros casos o nódulo se recobre duma crosta; outras vezes ainda, uma a duas semanas depois, o nódulo ulcera, mostrando-se de ulceração mínima de 3 a 4 mm. de diâmetro. Geralmente têm uma evolução de 2, 6 ou 8 semanas, acabando por cicatrizar e não afecta o estado geral, nem produz febre. Quando se ulcera não devemos colocar qualquer pomada, pois tem o perigo de superinfecção, sendo o mais simples deixar a ulceração a descoberto ou então recobre-se com um penso laxo e deixa-se a criança fazer a sua vida normal.

Quanto aos incidentes e acidentes observados após a vacinação, é necessário o bom senso do médico para reconhecer a coincidência e eliminar as causas de mal-entendidos que possam arrastar a repercussões psicológicas nefastas e, assim, as verdadeiras complicações pelo B. C. G. estão ligadas aos acidentes observados nos indivíduos vacinados no período anti-alérgico ou nos indivíduos alérgicos e os acidentes no ponto de infecção e nos territórios ganglionários correspondentes.

Os acidentes observados nos indivíduos vacinados no período anti-alérgico é inevitável, visto que alguns têm sido contaminados em algumas semanas ou alguns dias antes da vacinação, porque não há por enquanto, nenhum meio que nos permita patentear esta contaminação ainda latente, pois sabemos que o período que precede à alergia tuberculina varia de 3 semanas a 2 meses.

Logo que se injecta B. C. G. a um indivíduo em estado alérgico, podem observar-se reacções gerais mais ou menos intensas, com febre que vão de 38° a 39° C., astenia e o começo

destes sintomas aparecem 2 dias a uma semana após a vacinação, ou então pode dar uma semeologia mais rica como sejam associados àqueles (febres e astenia) uma erupção que tanto pode estar em volta da área vacinal, ou generalizar-se. A erupção pode ser do tipo maculoso, mas o frequente é ser do tipo pápulo-nodular de coloração vermelho-violáceo e doloroso à pressão.

A evolução desta sintomatologia é sempre benigna e a desaparecimento de todos os sintomas dá-se geralmente entre 10 a 20 dias podendo estas reacções ser fracas ou faltar completamente.

Por outro lado, é raro não se observar anomalias na evolução da lesão local e assim se pode notar duas espécies de fenómenos: um semelhante ao fenómeno de Kock em que, após 1 a 2 dias, aparece uma placa vermelha nos pontos de inoculação que se estende e se escava rapidamente e se cicatriza em 8 a 10 dias, não se vendo a reacção ganglionar na axila e os testes da tuberculina se tornam nitidamente positivos. É a estes factos que está reservado o nome de fenómeno de Kock.

Apesar do seu aspecto inquietante de início, a sua evolução é rápida e benigna, pois tudo se passa como se os bacilos introduzidos nestes organismos já infectados sejam rejeitados com vigor e não tenham tempo de franquear a zona de inoculação e por conseguinte não atingirem os gânglios correspondentes.

Também podem aparecer lesões locais aceleradas, mas menos precoces que a do fenómeno de Kock. Elas começam aos 6, 8 e 10 dias e evoluem para ulceração precoce em 10 a 15 dias após a inoculação, sendo acompanhada de acidentes simples ou supurados e não sendo acompanhados de perturbações do estado geral reabsorvendo após algumas semanas.

Sob o ponto de vista prático, é preciso evitar estas reacções precoces e por conseguinte deve fazer-se uma selecção segura dos indivíduos a vacinar por um duplo teste, pois se utilizará no segundo teste uma forte dose de tuberculina e assim despistaremos os alérgicos de fraca intensidade.

Quanto aos acidentes observados no ponto de inoculação da vacina e nos territórios ganglionários correspondentes podem ser: lentidão de cicatrização no local da vacina, podendo durar mais de 10 a 12 semanas. Nestes casos, para evitar as preocupações dos pais, usa-se fazer a aplicação local duma solução de estreptomina (1 gr. de estreptomina em 20 cc. de soro fisiológico) sendo a cicatrização geralmente obtida em 8 a 10 dias. Nos territórios ganglionários podem dar adenites supuradas, que são raras, sempre benignas, sendo conhecidas pelo termo Bece-gites, segundo a expressão imaginada por Calmete e todas as vezes que se fazem pesquisas bacteriológicas e culturas se vê que estas são estéreis, ou melhor se têm encontrado no pus um bacilo ácido ou álcool resistente não patogénico para o cobaio e apresentando todas as características do B. C. G.

As causas directas destas adenites não se conhecem, mas parecem estar em relação, pelo estudo feito, com uma vacina concentrada e que determina uma alergia elevada e que é quase sempre inerente às crianças de menos de 2 anos.

A verificação da alergia post-vacinal é o último tempo da vacinação e é o único meio que possuímos para identificar se o indivíduo se encontra realmente vacinado, e isto se observa ao cabo de dois meses. Se é negativa, vacinaremos novamente, e uma vez que seja positiva ao teste tuberculino verificamos a sua alergia todos os seis meses ou todos os anos.

A alergia pode persistir 2 anos, mas isto está em relação com as vacinações individuais e assim temos tido ocasião de verificar que as crianças vacinadas há cerca de 3 anos, persistem à reacção do adesivo positivo com radioscopia normal.

III

É preciso intensificar e dar a maior amplitude possível aos preceitos da medicina preventiva ou profiláctica. — Causas que originam e fazem desenvolver a tuberculose. — Uma boa organização dos serviços sociais é a pedra angular contra a mesma doença. — Protecção à criança tuberculosa e sua família no próprio lar.

Do estudo que acabamos de fazer na primeira parte desta exposição acerca da evolução e estado em que presentemente

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. Reações Secundárias mínimas.
Maior estabilidade.**

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

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

Outras formas de dosagem serão postas à disposição das Ex.^{mas}. Classes Médica e Farmacêutica, tão depressa a investigação o permita.

* Marca Comercial Registrada

Lederle

**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 Ultramar:
ABECASSIS (IRMÃOS) & C.^A
RUA CONDE REDONDO, 64-3.º — LISBOA

se encontra a tuberculose no País, constatamos que aquele terrível flagelo, gerador de tantos infortúnios sociais, apresenta, em geral, evidentes características de declínio na taxa de mortalidade em todas as idades, como se vê no quadro n.º 4, exceptuando as crianças com menos de 5 e de 5 a 9 anos, cujas causas de agravamento de óbitos no quinquénio 1948-1952, precisam de ser estudadas, pois elas coincidem, em parte, com as que têm provocado a impressionante mortalidade de crianças nas mesmas idades, às quais fizemos referências no estudo que publicamos sobre «O Problema da Infância».

Apesar de tudo, a tuberculose continua a ser a chaga aberta no corpo da Nação, cuja cicatrização está a fazer-se, como vimos, com lentidão e por vezes com irregularidade imprevisível. Isto vem comprovar até certo ponto que, infelizmente, ainda não dispomos no estado actual da ciência fisiológica, um tratamento curativo eficaz contra a acção dizimadora do bacilo de Kock.

Assim, por força das circunstâncias, mas sem de modo algum restringirmos a actividade evolutiva absolutamente consagrada da medicina clássica ou curativa, temos, simultaneamente de intensificar e dar a maior amplitude possível à medicina preventiva, aplicando com tenacidade e critério científico, as medidas profilácticas que melhorem as actuais condições mesológicas no que diz respeito à segurança sanitária, para evitar que a tuberculose continue a alastrar-se e a contaminar pela difusão do bacilo de Kock, as pessoas sãs da Comunidade Portuguesa.

Com efeito, a luta antituberculosa para ser eficaz, tem de basear-se particularmente em medidas sanitárias e económico-sociais, pois que sendo a tuberculose uma doença infecto-contagiosa alastra-se assustadoramente quando encontra clima propício para o seu desenvolvimento.

Assim, o bacilo ataca, de preferência, os indivíduos de organização fraca, os que vivem em ambiente ou habitação insalubre e sofrem falta de agasalhos e não têm o bastante para se alimentarem, os que consomem géneros alimentícios falsificados, alterados ou corruptos e bebem leite e água inquinados, os que vivem em contacto permanente com os tuberculosos abertos, os doentes, convalescentes ou enfraquecidos pelas doenças infecciosas ou outros males, os que levam uma vida desregrada ou dissoluta, os que são alcoólicos ou sífilíticos, os que trabalham em excesso e não procuram recuperar as energias gastas, etc., etc.

Por isso devemos considerar como pedra angular na luta antituberculosa, uma organização conveniente dos serviços sociais, especialmente os respeitantes às questões sanitárias. Entre eles contam-se em primeiro lugar o abastecimento de águas potáveis para o consumo público, as redes dos esgotos, a pavimentação das casas e ruas, a higiene domiciliária e alimentar, particularmente no que diz respeito à fiscalização sanitária dos géneros alimentícios, a produção dos alimentos predominantes de consumo em condições económicas acessíveis à bolsa das classes necessitadas, habitações salubres, etc.

Por consequência numa sociedade em que escasseiam ou são deficientes aqueles elementos fundamentais da segurança sanitária, o trabalho produtivo ou útil diminui de rendimento ou se anula de todo e não pode haver bem-estar familiar, sendo especialmente as crianças, as primeiras vítimas duma tal situação. As suas enfermidades produzem constantes desequilíbrios económicos no seio familiar, originando o aumento da mortalidade geral, e como consequência, paraliza o progresso demográfico da Comunidade.

Além disso, fazendo parte integrante dos serviços sociais, há uma série de problemas, alguns dos quais são de solução imediata, outros, porém, de efeitos demorados. Entre aqueles temos a considerar em primeiro lugar, como serviço basilar, a protec-

ção à família pobre, impossibilitada de poder tratar convenientemente da saúde da criança. Quando se realiza este caso — o que aliás sucede frequentes vezes — e tratando-se duma criança tuberculosa não contagiante, ou suspeita desta doença, ou ainda no caso dela apresentar pela sua debilidade orgânica predisposição para vir a ser uma bacilosa, afigura-se-nos que a Comunidade (Estado e autarquias locais) deveria tomar sobre si o encargo obrigatório de prestar a assistência necessária à doente, fazendo interná-la, conforme os casos, no Sanatório ou no «Lar Familiar» existentes ou a criar na região, ou ainda prestar-lhe no seu próprio lar auxílio em dinheiro ou em outras espécies recomendáveis, bem como à sua família desprovida de recursos e sempre que o desequilíbrio económico possa fazer perigar a estabilidade do lar.

Tratando-se, porém, dum tuberculoso activo, o seu tratamento seria feito, de preferência, no Hospital-Sanatório da região, ou dentro da sua própria casa se esta oferecesse as condições necessárias de higiene, vigilância e isolamento contra o contágio e difusão do bacilo pelas pessoas de família ou das suas relações, especialmente das crianças.

Para fazer face às despesas resultantes da concessão de subsídios em dinheiro ou em outras espécies, seria criado um fundo permanente privativo com receitas especiais destinadas exclusivamente para aquele fim, cuja distribuição e fiscalização deveria ficar adstrita e sob a inteira responsabilidade do respectivo Dispensário da localidade.

Desta forma prestar-se-ia o auxílio indispensável à criança doente e à sua família em situação aflitiva.

A propósito não deixaremos de fazer algumas referências de carácter geral sobre os conceitos humanitários que estão adoptados, acerca da protecção à criança e à família, em alguns países europeus e americanos, particularmente na Inglaterra, Dinamarca, Holanda, Suíça, Suécia, Noruega e América do Norte, bem como no nosso País, como se verifica no Estatuto de Assistência Social e nas leis que criaram o Instituto de Família e Socorro Social.

Com efeito, é hoje princípio consagrado, que a existência dum ambiente de família adequado ao desenvolvimento da criança é absolutamente necessário e as medidas seguintes são essenciais: a) toda a criança deve viver com sua família que goze dum nível de vida adequado e duma base pecuniária estável; b) o Estado, sempre que seja necessário, deve tomar medidas para garantir a estabilidade pecuniária da família; c) compete ao Estado fazer com que as crianças sem lar sejam colocadas num ambiente de família carinhoso e estável; d) quando a sua educação se não possa fazer nas condições indicadas, só então elas deverão ser internadas num asilo; e) a pobreza da mãe não deve ser a causa de separação absoluta da criança; f) as instituições de beneficência devem, também, proporcionar ajuda às mães necessitadas até que possam melhorar os seus meios de subsistência, por esforço próprio.

O problema de casas higiénicas e rendas baratas. — Bairros novos de casas construídos para pobres pela Câmara Municipal de Lisboa. Este empreendimento representa a melhor forma de combater as doenças transmissíveis, especialmente a tuberculose.

A habitação deve merecer-nos os maiores cuidados, pois nela passamos mais de metade da nossa existência. Uma casa em más condições higiénicas, sem ar nem luz, húmida, insuficiente e superlotada, rouba o bem-estar necessário ao trabalho e causa doença. Os problemas das doenças epidémicas, parti-

cularmente o da tuberculose, são fundamentalmente problemas da habitação. Assim o têm compreendido os governos e os municípios, visto que se arrogaram à muito a direcção das construções. Ninguém pode hoje construir uma habitação, sem prévia aprovação do município.

Incontestavelmente o problema do inquilinato urbano está, actualmente, bastante melhorado no nosso País. Já não apresenta aquela acuidade dos anos anteriores, visto terem sido construídas dezenas de milhares de prédios nas cidades e províncias, particularmente em Lisboa e Porto, onde foram construídos bairros novos de casas de renda económica. Contudo, há ainda muitos milhares de agregados familiares que, por falta de recursos vivem em promiscuidade em partes de casa, em barracas e cubículos absolutamente anti-higiénicos.

Dentro da cidade de Lisboa, a situação trágica de muitas famílias pobres, ficou bastante suavizada com o empreendimento levado a efeito pela Câmara Municipal, com a construção de alguns bairros novos de casas, também chamados «Bairros de casas desmontáveis», na Quinta da Calçada, Boavista, Furnas, e ultimamente o bairro de Caramão, na Aguda. Ao todo devem andar à roda dumas 1.000 casas, divididas em 3 categorias em função do tamanho, possuindo todas elas água encanada, luz eléctrica, mobiliário indispensável e um pequeno terreno anexo para horta ou jardim. Completa o cenário de cada bairro a existência de uma igreja, escolas primárias dos dois sexos, um posto de polícia e um centro médico-social.

Os problemas da alimentação e do leite são factores básicos de saúde e bem-estar das populações e particularmente das crianças

Outro problema de capital importância é o que diz respeito à política da produção e abastecimento dos alimentos em boas condições de composição que estejam ao alcance das classes com poucos recursos. É evidente que a solução desta questão está dependente de vários factores e circunstâncias, mas é lícito supor que a efectivação do «Plano de Fomento» que está a ser executado pelo Governo português, na parte respeitante à cultura dos campos e exploração pecuária, faça desenvolver, melhorar e baratear a produção dos alimentos para o consumo público.

Entre eles temos a considerar em primeiro lugar, os alimentos mais necessários para elevar os níveis mínimos de nutrição com o aumento progressivo da produção dos géneros alimentícios básicos, como são as hortaliças frescas, as frutas, a carne, o leite, as gorduras, os cereais panificáveis, o arroz, a batata e outros grupos de produtos que constituem fontes abundantes de elementos nutritivos essenciais.

Neste capítulo, merece especial menção a questão da produção e abastecimento de leite para o consumo, problema agudo e de tremendas repercussões na saúde pública, pois que o leite que, geralmente, se consome, especialmente nas cidades de Lisboa e Porto e algumas terras da província tem más qualidades organolépticas e alimentícias, sendo com isso os mais sacrificados os doentes e as crianças.

IV

Algumas conclusões

Antes de terminar esta exposição não deixaremos de fazer o resumo das suas partes essenciais e apresentar algumas sugestões médico-sociais que representam o nosso modesto contributo de colaboração na luta que desde longa data se vem desenvolvendo entre nós contra a tuberculose infantil.

1.º — Assim, afigura-se-nos que todos os serviços médicos, profiláticos e administrativos respeitantes à tuberculose infantil, deveriam ser integrados e constituir uma Secção Autónoma do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos. Esta Secção (Conselho) teria delegações nas capitais dos distritos e sedes dos concelhos do Continente e Ilhas Adjacentes.

Competeria ao mesmo Conselho: a) organizar, dirigir, superintender e fiscalizar os serviços relativos à luta antituberculosa infantil; b) propor a criação dum fundo permanente com receitas especiais, exclusivamente destinado a proteger as crianças pobres enfermas de tuberculose que não estejam hospitalizadas, as suspeitas da mesma doença ou em observação e suas respectivas famílias, conforme os casos a fixar; c) estudar e propor a criação de Dispensários, Hospitais-Sanatórios, Lares Familiares e Postos de vacinação do B. C. G.; d) organizar e apresentar à aprovação superior o orçamento anual de receitas e despesas, etc.

2.º — Como sabemos, o Dispensário é o fulcro em volta do qual se desenvolve toda a luta antituberculosa. Compreende serviços médicos e profiláticos. Para o desempenho das funções médicas ele deve dispor de elementos imprescindíveis para estabelecer o diagnóstico. Por isso há que criar Dispensários em todas as sedes dos concelhos do País, tendo como anexos salas reservadas para os serviços das vacinações indicadas no n.º 4 destas conclusões.

Para desempenhar as funções de higiene social deve ter ao seu serviço uma equipa de auxiliares sociais instruídos e educados nas questões sanitárias, especialmente sobre a profilaxia da tuberculose.

Como já dissemos, as funções essenciais do Dispensário consistem em ser um bom centro de profilaxia antituberculosa (vacinação pelo B. C. G. e educação antituberculosa), de despistagem precoce e orientação dos tuberculosos (exames radiológicos, testes tuberculínicos (despistagens individuais e colectivas, orientação dos tuberculosos) vigilância dos doentes no domicílio, sendo também um centro de ajuda social aos tuberculosos e às suas famílias.

3.º — A vacinação pelo B. C. G. que é de introdução relativamente recente e está a fazer-se, especialmente em Lisboa, com excelentes resultados, deveria ter a maior amplitude possível, pois é o meio mais eficaz do tratamento preventivo actualmente empregado contra a tuberculose. Está aconselhado o seu emprego em todas as idades, particularmente nos recém-nascidos, crianças, adolescentes e adultos (aprendizes, estudantes, recrutas, pessoal médico e de enfermagem, etc.). Por isso, seria medida de grande eficácia social, se aquela prática fosse aplicada até nos aglomerados populacionais mais reduzidos das terras concelhias do País, segundo as normas gerais da vacinação publicadas pelos Serviços de Vacinação e Recenseamento Torácico que estão integrados no I. A. N. T. sob a direcção do Dr. Casanova Alves.

4.º — O referido serviço de vacinação antituberculosa concernente às crianças até aos 14 anos de idade deveria ser instalado em edifício privativo, separado do que é destinado a pessoas adultas, não só pelas razões de ordem higiénica mas também como defesa contra qualquer contágio de doenças infecciosas ou transmissíveis.

Esta prática e as vacinações contra a difteria, varíola, tifo e tétano, poderiam ser instaladas como medida económica em salas e gabinetes reservados nos respectivos Dispensários locais, sendo a sua superintendência atribuída a médicos especializados em doenças das crianças com o devido estágio, pelo menos de 60 dias, feito simultaneamente no Instituto Câmara Pestana e nos Serviços Centrais de Profilaxia e Diagnóstico de B. C. G.

5.º — A criança enferma de tuberculose ou suspeita desta

doença, em observação médica, e sua família desprovida de recursos, devem ser auxiliados pela Comunidade. Para este fim exclusivo, há que criar, como já dissemos, receitas especiais para pagamento das despesas com o seu tratamento e concessão de subsídios, quer o mesmo se faça dentro do lar ou fora dele, conforme os casos a considerar.

6.º — Seria medida acertada se fosse criado em cada província do País, num local previamente estudado, um Hospital-Sanatório para internamento de crianças tuberculosas da referida região, bem como o estabelecimento em todas as sedes dos concelhos de um Dispensário e de um Lar Familiar, o qual seria reservado para recolhimento de crianças suspeitas de tuberculose em observação médica ou daquelas que pela sua debilidade congénita ou resultante de doenças adquiridas, necessitem de ser tratadas com cuidados especiais, para evitar que venham a ser bacilosas ou quando elas sejam filhas de pai ou mãe tuberculosos, desprovidos de recursos, ou ainda quando estejam a viver em comum com alguma pessoa atacada de tuberculose activa, etc.

Estes serviços poderiam ser organizados em colaboração financeira com a assistência privada e respectivos municípios.

7.º — É preciso exercer vigilância constante sobre as crianças atacadas de tuberculose activa que não estejam hospitalizadas, para evitar que elas contaminem os seus familiares e pessoas das suas relações, bem como sobre aquelas que apresentem diagnóstico reservado de tuberculose. Esta função deveria competir principalmente ao respectivo Dispensário da área em que elas vivem, por intermédio dos auxiliares sociais e dos serviços de saúde local.

8.º — Torna-se necessário proteger a saúde das crianças desde o nascimento até à adolescência, por meio de exames periódicos médicos e dentais, especialmente contra as doenças infecciosas, particularmente contra a tuberculose. A assistência médica deve ser realizada por médicos especialistas e pessoal auxiliar idóneo

9.º — Atendendo a que a população infantil de zero a catorze anos é de 2.468.218 crianças, ou seja 31 % da população total do País, e cuja mortalidade anual é superior a quarenta mil infantes, dos quais morrem trinta mil com menos de 5 anos de idade (Anuário Demográfico - 1952 — Gráfico n.º 5), está por isso indicado como necessidade inadiável a instituição gradual de partidos do médico especialista de doenças das crianças, habilitado com o respectivo curso de pediatria (estágio e exame final), nos termos da legislação em vigor sobre especialidades, em todas as sedes das câmaras municipais.

10.º — Sendo a alimentação o factor básico da saúde da

criança, torna-se necessário assegurar-lha, por meio de fiscalização rigorosa, alimentos de boa composição química e adequados à sua saúde e idade, pois, como sabemos, a excessiva mortalidade infantil nos primeiros cinco anos de vida da criança, no nosso País é devido, em grande parte, às doenças resultantes da má alimentação (enterites e diarreias), ao seu abastecimento irregular e anti-higiénico e também à falta de assistência médica-social conveniente.

11.º — A habitação onde vive a criança enferma de tuberculose ou suspeita desta doença ou de outro mal transmissível, deve merecer-nos especial atenção, competindo ao respectivo Dispensário mandá-la inspecionar por intermédio das auxiliares sociais, tomando as providências que se tornem necessárias, ouvida a delegação local, pois que uma casa sem condições higiénicas, sem ar, nem luz, húmida, insuficiente e superlotada, há-de forçosamente agravar os padecimentos da doente, tornando duvidosa ou impossível a sua cura.

12.º — Em todos os Dispensários deveriam ser criadas equipas de serventúrios com o curso de auxiliares sociais, directamente subordinados ao médico-chefe. Foi por isso que nos anos lectivos transactos, demos às alunas lições precisas sobre assuntos sanitários e de profilaxia das doenças infecciosas, sendo nossa intenção desenvolvê-las ainda mais no presente ano lectivo particularmente na parte relativa à profilaxia da tuberculose, para que elas possam desempenhar convenientemente as funções de responsabilidade que lhes competem nos Dispensários em que venham a prestar serviços.

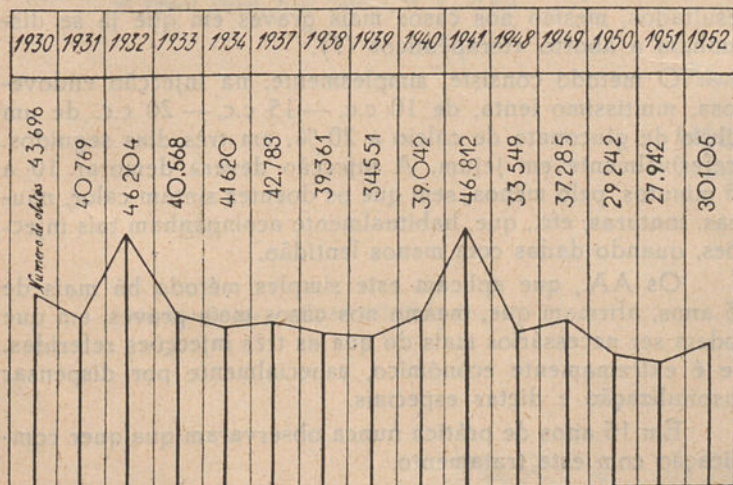
Assim, entendemos que as diplomadas com o referido curso, devem ter entre outras, as seguintes atribuições: a) assistir às consultas diárias no respectivo Dispensário, fornecendo informações sobre os doentes debaixo da sua vigilância, ao médico que as examinar; b) visitar os doentes inscritos no dispensário, tomando conhecimento das condições em que eles e suas famílias vivem sob o ponto de vista higiénico, económico e social; c) educar as famílias dos inscritos sobre os preceitos da higiene e da profilaxia da tuberculose; d) instruir os doentes acerca das indicações prescritas pelo médico, para evitar a contaminação da doença; e) informar-se sobre a existência de tuberculosos e dos focos de contágio, visitando-os e influyendo para que eles concorram ao Dispensário para tratamento médico no caso de não estarem nele inscritos. As visitas aos domicílios dos doentes devem ser feitas com frequência, especialmente nos casos de serem bacilíferos, até os conseguir educar e obter deles a colaboração e bem assim das suas famílias na execução das medidas profiláticas aconselhadas.

13.º — Os jardins ou parques infantis e as colónias de férias nos climas marítimos, campestres ou de altitude, são empreendimentos de grande importância sob os aspectos social, educativo, pedagógico, recreativo e, sobretudo higiénico, pois que contribuem para preservar, tonificar e revigorar a saúde das crianças e particularmente das que sofrem do raquitismo ou são débeis de nascença com predisposição a tornarem-se bacilosas e bem assim das que estão em convalescência de doenças correntes ou outras mais graves. Por isso há que criar estas instituições em todos os concelhos, em sítios adequados, cujas despesas de organização e manutenção seriam cobertas pelos respectivos municípios e autarquias locais.

14.º — Finalmente, o exemplo da Câmara Municipal de Lisboa mandando construir bairros novos de casas em boas condições higiénicas e sociais, para muitas centenas de famílias que viviam em barracas e casinholas feitas de madeira e lata, em promiscuidade degradante e horríveis condições higiénicas, deveria ser seguido pela maior parte dos nossos municípios, pois o referido empreendimento representa uma das melhores formas de combater o aparecimento e difusão das doenças contagiosas, especialmente a tuberculose.

QUADRO N.º 5

ÓBITOS INFANTIS DE 0 a 5 ANOS (a)



(a) Estes números foram tirados do Anuário Demográfico

MOVIMENTO MÉDICO

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

RESUMOS DA IMPRENSA MÉDICA

Heparina no tratamento da poliartrite aguda, ref. in J. A. M. A., 15:337; 1953.

O A., depois de apontar as principais características e de salientar a natureza essencialmente alérgica da poliartrite aguda reumatismal (período de tempo entre a extinção da actividade do foco séptico e o aparecimento das queixas articulares, a ausência de bacteriémia ou de virémia, o carácter esporádico e «saltitante» das artrites, a redução de taxa de complemento no sangue, etc.), refere 5 casos seus que tratou, vantajosamente, com injeções endovenosas de heparina.

Faz ainda uma revisão de conjunto do assunto — heparina na poliartrite aguda não directamente infecciosa, ou reumatismo poliarticular agudo — e refere todos os casos assim tratados, citados, até ao presente, na literatura médica mundial.

Afirma que este novo tratamento está particularmente indicado nos casos que não respondem bem aos salicilatos, gentisatos, (irgapyrina), etc.

Em sua opinião, os bons resultados obtidos seriam devidos a uma marcada acção anti-hialuronidase da heparina.

Não considera perigoso o novo tratamento, desde que o doente seja convenientemente vigiado e acompanhado.

L. C. M.

EPILEPSIA E SINDROMAS
NEUROPSIQUIÁTRICOS
E CARDIO-VASCULARES

ALEPSAL

Sinergia medicamentosa da Feniletilmalonilureia com a Cafeína 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

Tabaco e cancro do pulmão, in The Lancet edit. 1953 e J. A. M. A., 151:315; 1953

Os últimos estudos estatísticos efectuados em Inglaterra, com o maior rigor possível, em séries bem estudadas, parecem mostrar na realidade, uma certa relação entre a quantidade habitual de cigarros e as probabilidades de se vir a sofrer de cancro do pulmão, entre o sexo masculino.

Foram especialmente bem estudadas 100 doentes de cancro do pulmão (carcinoma broncogénico), bem comprovado, de que a grande maioria — 97 — eram homens; 200 outros doentes sem cancro do pulmão, nem outras neoplasias, serviram de testemunhas nos interrogatórios sobre os hábitos progressos.

Dos doentes com cancro do pulmão só não eram fumadores 5,4 % dos homens (e 57,1 % das mulheres, número que não nos interessa tanto, visto o número total de mulheres examinadas ser escasso e não estatisticamente significativo). No grupo testemunha — «normal», pelo que diz respeito a cancro do pulmão — as percentagens de não fumadores eram de 6,5 % entre os homens e 78,6 % entre as mulheres.

Dos fumadores com cancro do pulmão: a) só fumavam cigarros 74,7 %; b) só fumavam cachimbo 8,8 %; c) e fumavam cigarros e cachimbo 16,5 %.

Uma proporção significativamente mais elevada (33,0 %) dos fumadores com cancro do pulmão, fumavam 20 ou mais cigarros por dia, especialmente em relação à proporção de idênticos «grandes fumadores» encontrada no grupo testemunha, sem cancro (18,1 %) e a diferença foi considerada estatisticamente significativa.

Os AA. da investigação que se resumiu apenas dizem, entretanto, cautelosamente: «parece ser possível que o fumar em excesso (20 ou mais cigarros por dia) seja um factor que possa contribuir para a etiologia do cancro do pulmão».

L. C. M.

Gluconato de cálcio a 20 % na hiperémese da gravidez, in Indian Med. Gaz, 87:347; 1953.

Os AA. descrevem um novo tratamento, muito simples, barato e eficaz, de hiperémese gravídica, tratamento esse que recomendam por terem sempre obtido, com ele, os melhores resultados, mesmo nos casos mais graves em que já se dispunham a aborto «terapêutico» (?).

O método consiste, simplesmente, na injeção endovenosa, muitíssimo lenta, de 10 c.c. — 15 c.c. — 20 c.c. de um soluto de gluconato de cálcio a 20 %, em três dias seguidos, preferivelmente em jejum. A injeção deverá demorar 10 a 15 minutos, pelo menos, sem que os doentes sintam calor, náuseas, tonturas, etc., que, habitualmente acompanham tais injeções, quando dadas com menos lentidão.

Os AA., que aplicam este simples método há mais de 15 anos, afirmam que, mesmo nos casos mais graves, em que podem ser necessários mais do que as três injeções referidas, ele é extremamente económico, especialmente por dispensar hospitalização e dietas especiais.

Em 15 anos de prática nunca observaram qualquer complicação com este tratamento.

L. C. M.

Pfizer

O Maior Produtor de Antibióticos do Mundo

Descobridor da Tetraciclina

o mais recente antibiótico de largo espectro

*para aplicação na
sua clínica
a Tetraciclina
estará disponível,
dentro em breve,
sob o nome de:*



Tetracyn*

MARCA DA TETRACICLINA

o mais recente antibiótico de largo espectro

o mais recente agente anti-infeccioso

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:

Pfizer

FUNDADA EM 1849

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

O maior Produtor de Antibióticos do Mundo

ESTREPTOMICINA

(SULFATO DE ESTREPTOMICINA + SULFATO DE DIHIDROESTREPTOMICINA)

ATRAL

SOLUÇÃO

NÃO EXIGE REFRIGERAÇÃO

Frasco de 1 g. < > 2 cc. . 10\$00

Frasco de 5 g. < > 10 cc. . 45\$00

Frasco de 10 g. < > 20 cc. . 85\$00

PARA SOLUÇÃO

EXTEMPORÂNEA

(COM AMPOLA DE DISSOLVENTE)

Caixa com 1 frasco de 1 g. 10\$00

Caixa com 5 frascos de 1 g. 45\$00

Caixa com 10 frascos de 1 g. 85\$00

À VENDA EM TODAS AS FARMÁCIAS

LABORATÓRIOS ATRAL

SUPLEMENTO

A PROPÓSITO DO FUTEBOL

Eu gosto do futebol. A movimentação do jogo, as fintas, as desmarcações, as disputas másculas diante da bola, são quadros vigorosos de agilidade e força que a paleta de um Goya se não desdenharia de fixar. Há, no traçado das jogadas, esquemas e combinações dum efeito surpreendente e duma precisão rigorosa que me deixam suspenso pela beleza da execução e pela certeza do resultado. Um toque apenas, um leve movimento do corpo ou o delicado encosto do pé na bola, e ela segue o rumo previsto com antecipação e encaminha-se para as redes do adversário, por entre a surpresa e confusão dos jogadores.

Nas reacções do público colhem-se então movimentos espectaculares que surpreendem pela vibratibilidade e poder contagiante. As exclamações unísonas que por vezes perpassam nos campos, os rumores estridentes que se levantam no auge da alegria e o vozear descontente que se ouve nos momentos de tristeza, formam estranhas orquestrações wagnerianas onde avultam as enormes pausas das sinfonias em suspenso e as notas discordantes dos instrumentos em afinação.

Ao movimento que agita essa massa humana e ao rumor que se ergue quando ela vibra, junta-se ainda o colorido alegre do sol a aquecer o verde macio da relva e os tons garridos do vestuário a salpicar a mancha ondulante da multidão. Há cores demasiado vivas, brancos reverberantes, um matizado surpreendente que contrasta com a doçura maravilhosa do azul do céu e com o verde repousante da graminea dos campos...

Se se trata então dum desses desafios entre grupos de nações diferentes, intervem o elemento emotivo criando um clima da delicada receptividade a que não é estranho o patriotismo. Uma jogada que se faça, uma defesa que se pratique, uma movimentação harmoniosa que se desenhe entre os jogadores, e os aplausos estrugem, vitoriam-se nomes, criam-se ídolos que o sabor da vitória justifica e a alegria do momento não sabe dominar. O delírio é de regra e manifesta-se por uma dessas explosões ruidosas de contentamento que a razão aceita por se ligar o brilho da vitória ao prestígio que aureola a própria nacionalidade.

O quadro que acabo de traçar em linhas rápidas é apenas um regalo de imaginação. O que em regra se vê nos campos de futebol é diferente — a beleza, a harmonia, a cor, a emoção, perdem-se num chari-vari grotesco de bestialidades e insultos que surpreendem. Os jogadores, movidos apenas pelo desejo de vencer, fazem a caça ao homem, praticam desmandos, cometem deslealdades, entregam-se a violências que fazem perder toda a beleza emotiva do jogo e o trans-

formam numa grosseira disputa de arrua-ceiros dispostos a levantar um conflito. As fintas, as desmarcações, o entendimento harmonioso dos jogadores, diluem-se nos actos de força que praticam e nas incorrecções que cometem. As jogadas não têm qualquer finalidade, nem o jogo qualquer emoção. Tudo ressuma violência, deslealdade, incorrecção, que aos poucos se generaliza e transforma cada um dos vinte e dois jogadores em carrascos de si próprios...

O público afina pelo mesmo diapasão apaixonado e doentio dos jogadores. O vozear nos campos, quando o jogo toma aspectos rudes ou não corre de boa feição, deixa de ter ritmos sinfónicos e harmonias melodiosas para se tornar desvairado e ululante, salpicado de insultos e ameaças que fazem corar e estremecer. Por um desses nadas no jogo, vociferasse, desaba um clamor de temporal, há gritos dum histerismo contagiante que perpassa no campo como uma rajada de destruição. As explosões de raiva que se ouvem e os gestos desabridos que se vêem, definem um desvario doentio e ruim de maus instintos e paixões que necessitam de ser corrigidas.

As agressões aos árbitros transformaram-se, então, num lugar comum, por mais amigável que seja o desafio. Um pequeno erro, a deficiente interpretação de uma falta, uma omissão casual são suficientes para desencadear um coro de protestos, levantar um conflito e provocar uma agressão, se a polícia, previdentemente, não fizer um cordão protector à volta do árbitro. A pedrada no fim do desafio é certa, a não ser que ele cautelosamente se deixe ficar no balneário à espera que a agressão seja praticada longe das vistas do público...

O que se passa nas terras onde as rivalidades e as paixões clubistas são mais acesas, é de tal maneira desprestigiante que envergonha os que no futebol vêem unicamente uma expressão de desporto e um espectáculo de beleza. Os jogadores, incitados por um público desvairado, fazem do campo uma arena e do jogo uma disputa sem elevação, nem interesse. Os conflitos estalam em cada jogada e as agressões são constantes. Os ânimos azedam-se e o árbitro, não contém a fúria sectarista dos jogadores. Há choques violentos, atitudes desleais, incorrecções condenáveis. O público protesta, grita, diz palavrões, faz gestos irados e acaba no apedrejamento. Há esperas, assuadas, um bater de latas ofensivo e irritante que levantam um escarcéu desusado nas ruas silenciosas das localidades. Há, por vezes, pneus furados e cabeças rachadas, lamentáveis estações duma via sacra que o público visitante tem de percorrer. Só não há gestos de

concordia e apaziguamento, nem mãos amigas que se abram num gesto de acolhimento que seja ao mesmo tempo um exemplo a seguir pelos jogadores, dentro do campo, e pelo público, fora dele.

Este receio de desacatos que invariavelmente surge no final dos desafios, criou um complexo de medo que destruiu o movimento comercial e os interesses que poderiam acompanhar as deslocções das grandes massas associativas. O enxovalho e a agressão que se desenhavam mal o desafio finda, obrigam parte do público a regressar às pressas, sem movimentar outro comércio que não seja o das bilheteiras, nos campos, e a arnica, nas farmácias, se porventura o desacato teve a expressão violenta duma brecha ou duma contusão na cabeça. E é tudo. O resto, os avultados negócios que se fazem à sombra do futebol, esses não dizem respeito às localidades, nem ao seu comércio, por serem feitos apenas entre clubes diferentes, na compra e na venda de jogadores, como quem negocia rezes para serem abatidas nos matadouros...

Deste desentendimento resultou um estado de guerra entre algumas terras da província que pede uma repressão imediata, para que não aconteça subir a rivalidade a ponto de abrir conflitos e levantar muralhas de ódio entre as respectivas populações. O espírito de competição, por mais elevado que seja, não pode conduzir a movimentos colectivos de intolerância, nem à separação de terras que sempre caminharam num plano de entendimento e amizade. Se se quer fazer uma obra útil, há, primeiro, que obrigar os jogadores a ser leais e estender a mão ao adversário caído. Há, em seguida, que educar o público e obrigá-lo a dominar os seus impulsos e corrigir os seus instintos. Há, por último, que escolher criteriosamente os dirigentes entre os homens bons das localidades, e não entre aqueles que só se preocupam em ostentar vaidades e alimentar orgulhos. O desejo de vencer tem de ser pautado por uma ética desportiva que não deixe transformar a competição numa refrega conflituosa, quando não sangrenta. Os consulados dos dirigentes não podem ser balizados, apenas, pelo número de vitórias dos seus grupos desportivos, mas pela lealdade e correcção do seu comportamento nos campos. Esquecê-lo, é facilitar o processo de deseducação nacional que se está a operar com o futebol. É, sobretudo, outorgar com um encolher de ombros desinteressado e indiferente, uma força deseducadora a esses espectáculos, capaz de criar uma baixa mentalidade, nos jogadores, e as paixões mais desassadas, no público.

As Mulheres vivem mais que os Homens

Os casamentos e nascimentos em todo o mundo e a crescente população mundial são matérias que se analisam na obra intitulada «Estatísticas Vitais e as Causas de Mortes», volume de 708 páginas publicado pela Organização Mundial da Saúde. *

Este tratado, parte da série de Estatísticas Vitais e Epidemiológicas Anuais foi compilado de acordo com as informações facilitadas pelos serviços nacionais e municipais. É uma continuação dos Relatórios Epidemiológicos Anuais antigamente publicados pela Organização da Saúde da Liga das Nações. Seguem-se dados sobre algumas das modificações vitais registadas no mundo, de acordo com as cifras daquela publicação.

*

No fim da Segunda Guerra Mundial os índices de casamentos aumentaram muito em certas partes do mundo. Este rápido aumento é devido aos casamentos que se haviam adiado em virtude da guerra e à necessidade de formar família que sentiam os jovens recém-saídos do serviço militar.

Por exemplo, em 1946, que foi o ano de cifras mais elevadas, o número de casamentos nos Estados Unidos da América aumentou de 10,7 por 1.000 (índice correspondente aos anos de 1936 a 1938) para 16,4 por 1.000. Desde então as cifras baixaram, conquanto as cifras de 1949 sejam ainda mais elevadas que aquelas equivalentes aos anos de 1936-38.

Como era de se esperar, o aumento do índice de casamento foi logo seguido pelo aumento do índice de nascimentos, sendo 1947 o ano de cifras mais elevadas, quando nos Estados Unidos da América o aumento foi de 17,2 (período de 1936-38) a 25,8 por 1.000 e de 14,9 a 20,5 por 1.000 na Inglaterra e no País de Gales.

NASCEM MAIS MENINOS

Nos períodos de após-guerra sempre nascem mais meninos que meninas. A

* Epidem. Vital Statist. Rep. 1952, Vol. 5, N.º 7.

segunda Guerra Mundial não fez excepção.

Por exemplo, na Itália, ao passo que durante o período de 1936-38 nasceram 1.054 meninos por 1.000 meninas, de 1946 a 1948 nasceram 1.060 meninos por 1.000 meninas. Na França, durante os mesmos períodos, as cifras registadas foram de 1.038 e 1.058 respectivamente e na Inglaterra de 1.054 e 1.061.

O período de fecundidade máxima na mulher está compreendido entre os 25 e 29 anos de idade. Se bem que esta regra geral não tenha sofrido modificação, os dados estatísticos demonstram que se registou um aumento de fecundidade entre as mulheres de menos de 20 anos e entre as de 30 a 34 anos. No entanto, continua a ser certo que a fecundidade tende a diminuir constantemente a partir dos 35 anos de idade e principalmente depois dos 40 anos.

Mesmo durante o período de fecundidade máxima (25-29 anos) registam-se aumentos notáveis:

Exemplos: Na França, 1.000 mulheres entre os 20 e 24 anos de idade deram à luz 121 crianças em 1936. Em 1949 o número de nascimentos foi 163 — ou seja, um aumento de 34 %. No mesmo país, 1.000 mulheres do grupo seguinte, ou seja, dos 25 aos 29 anos de idade, deram à luz 120 crianças em 1936. Em 1949 1.000 mulheres deste mesmo grupo de idade deram à luz 183 crianças, o que representa um aumento de 52 %.

AUMENTA A POPULAÇÃO

O índice de reprodução que complementa os dados sobre o índice de nascimentos demonstra que a população tende novamente a aumentar, principalmente nos países onde, antes da guerra, parecia diminuir.

Exemplo: Na França, em 1936, o índice de reprodução era de 870, ou seja, durante aquele período 1.000 mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) deram à luz 870 mães futuras (levando em consideração as condições de sobrevivência daquele período).

Mas, em 1949, o índice de reprodução subiu a 1.328. E o mesmo aconteceu em muitos países.

VIVE-SE MAIS

Na maioria dos países a mortalidade decresceu no período de após-guerra, apesar do aumento dentre a população de pessoas de meia-idade e mesmo de anciãos.

A baixa do índice de mortalidade é pronunciada principalmente dentre os grupos de menor idade e particularmente dentre recém-nascidos.

Esta modificação notável é devida às rigorosas medidas adoptadas contra as doenças transmissíveis, a aplicação geral da imunização preventiva, o progresso alcançado nos campos da higiene e da nutrição e outros tantos factores diversos.

SEXO FRACO?

Em geral morrem mais crianças do sexo masculino que do feminino. Ainda entre adultos, é maior o índice de mortalidade entre homens que mulheres, acentuando-se a diferença à medida que aumenta a idade.

Exemplo: Nos Estados Unidos da América o índice de mortalidade por 1.000 habitantes da mesma idade no grupo compreendido entre os 55 e os 59 anos foi de 22,4 entre homens e 17,7 entre as mulheres no ano de 1930. Ou, em outras palavras, morreram 127 homens por 100 mulheres. Em 1949, e, no mesmo grupo de idades, o índice de mortalidade entre homens havia baixado a 19,7, ou seja, registou-se uma diminuição de 12 %. Entre as mulheres o índice de mortalidade foi de 11,2 %, ou seja, uma diminuição de 37 %, o que quer dizer que em 1949 morreram 176 homens por 100 mulheres.

O volume em tela é acompanhado de um anexo composto por uma colecção de gráficos demonstrando a rápida diminuição do número de óbitos causados pela febre tifóide, coqueluche, difteria, sarampo, diminuição que se vem registando desde os princípios do século na maioria dos países que contam com estatísticas fidedignas.

Assembleia Mundial de Saúde

Para representar Portugal na VII Assembleia Mundial de Saúde, a iniciar em Genebra no dia 4 de Maio, foram nomeados os Drs. Augusto da Silva Travassos, Director-Geral de Saúde, que será o chefe da delegação; António Augusto de Carvalho Dias, inspector superior de saúde e higiene do quadro do pessoal técnico daquela Direcção-Geral; e Guilherme Jorge Janz, professor do Instituto de Medicina Tropical, representante do Ministério do Ultramar; e, como suplente, o Dr. Bernardino Alvaro Vicente de Pinho, inspector superior de saúde e higiene do quadro do pessoal técnico da Direcção-Geral de Saúde.



E. TOSSE & C.ª

HAMBURGO

Bismogenol

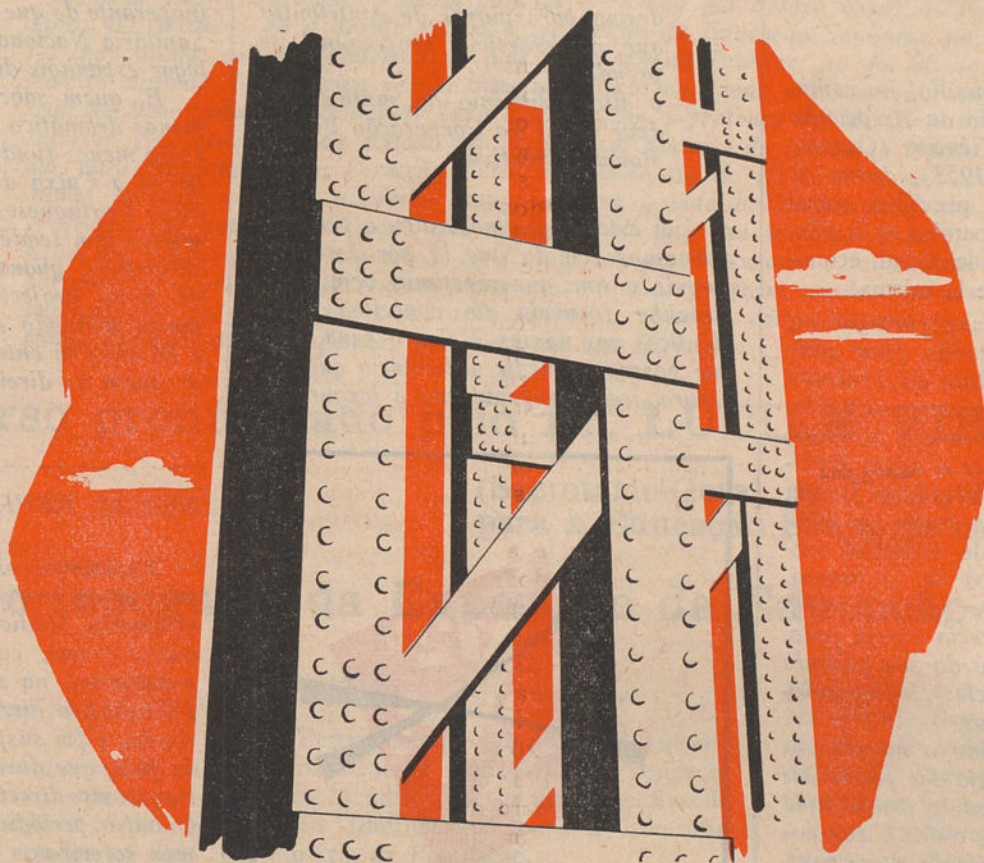
O MAIS PODEROSO ADJUVANTE DOS ANTIBIÓTICOS MODERNOS

A aplicação combinada de BISMOGENOL e Penicilina provoca uma multiplicação do efeito total, o que se torna vantajoso não somente no tratamento da LUÉS mas também nitidamente em todas as infecções STREPTOCÓCICAS (Heite e outros). O BISMOGENOL e a Penicilina podem ser administrados em seringa mixta; a vantagem especial que isso permite está na possibilidade de um ajustamento exacto das doses individuais.

REPRESANTANTE GERAL: SALGADO LENCART

Rua de Santo António, 203 — PORTO

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



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

INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

ECOS E COMENTÁRIOS

PREVIDÊNCIA AQUÉM E ALÉM FRONTEIRAS

Segundo o Dr. Bermejillo, em comunicação à XXII Reunião da Associação para o Progresso das Ciências (Oviedo-Setembro/Outubro de 1953), deduz-se que la existência de la prevision social entre las profesiones liberales es la afirmación del estado de debilidad económica de los miembros de la misma.

Devemos nós, médicos portugueses, de acordo com este conceito, ficar eternamente gratos ao Instituto do Trabalho que, em contrário dos pareceres repetidamente exarados pela Ordem dos Médicos, instituiu compulsivamente a nossa previdência de Classe, reconhecendo assim, sem equívoco possível a partir de 1947 pelo menos, el estado de debilidad económica de los miembros de la misma. Embora não nos conste que a história geral da nossa Previdência esteja feita, algo por certo se saberá do seu passado em relação às diversas classes populacionais nos séculos volvidos.

Em Espanha, segundo o mesmo A., associações de previdência das profissões liberais se contam já desde o século XIII e é curioso acentuar que a dos Cirujanos de Barcelona (1408) limitava o seu auxílio ao necessitado, correspondente ao economicamente débil de nossos dias.

Hoje, além da múltiplas Caixas e Montepios, do tipo do seguro social privado, em plena floração, a Previsión Sanitária Nacional, mutualidade obrigatória que abrange médicos, odontólogos e farmacêuticos, com seus diversos tipos de seguro, é, como se diz na comunicação que comentamos, un exponente de que el mutualismo de las profesiones liberales es dinamico y no estatico.

E, a comprová-lo, a cooperação aberta e franca com aqueles que integra e com as organizações que aos primeiros abrangem: construção recente do edificio social do Colégio de Médicos de Léon, aquisição de uma herdade em Andujar para clínica e residência de um médico, integrada esta no plano em estudo de construção de moradias do tipo de propriedade resolúvel para os seus segurados.

Não se estranha, assim, que o Dr. Bermejillo possa concluir, em resumo e no que nos interessa:

— as mutualidades das profissões liberais devem ser as únicas instituições de previdência social obrigatórias para os respectivos profissionais, seja qual for o tipo de trabalho exercido: profissão livre ou por conta de outrem;

— a participação das empresas, quando exista, como salário deferido que é, pertence ao trabalhador e, como tal, deve ingressar na sua mutualidade profissional, desta arte se evitando a dispersão do seguro de profissionais de idêntica categoria por caixas múltiplas e, do mesmo passo, se obstando ao de-

fraudar da caixa da profissão pelo desvio para outras de contributos que ao exercício profissional se prendem;

— o alto patrocínio da mutualidade deve recair na Corporação Profissional respectiva.

Vai este longo, mas valeu a pena fazermos eco do que lá por fora vai, quando o som que repetimos vem dessa Espanha formada em conceitos éticos idênticos aos nossos. Valeu a pena, para que possamos medir a distância que nos separa, mais propriamente a largura do

abismo que afasta a Caixa de Previdência inoperante de que dispomos e a Previsión Sanitária Nacional de que os nossos Colegas espanhóis dispõem...

E, quem sabe, talvez o abismo seja menos dramático do que parece, talvez o fosso menos fundo do que se nos antolha, talvez a Caixa de Previdência dos Médicos Portugueses mais operante do que muitos têm tendência a julgar... Nós o saberemos, quando findar a hibernação do novo projecto de Regulamento há muito acordado entre a Ordem e Caixa e há anos já entregue ao estudo aturado de quem de direito...

M. M.

NOVAS REVISTAS

Recebemos os primeiros números de duas novas revistas — ou antes, uma, a «Coimbra Médica», é a continuação de outras — que, com o mesmo título, se publicaram: na sua primeira fase, desde 1881, sob a direcção do Prof. Augusto Rocha, e foi suspensa em 1899; a segunda fase, que durou desde 1934 até 1948, teve como director o Prof. João Porto. O outro periódico médico a que desejamos referir-nos é o «Jornal de Estomatologia».

A «Coimbra Médica», que agora reaparece, apresenta, como directores, quase todos os professores da Faculdade de Medicina de Coimbra. O Prof. Augusto Vaz Serra, que aparece como editor e proprietário, cremos que é o verdadeiro director da revista e seu principal responsável. Desejando as maiores prosperidades à «Coimbra Médica», nesta sua 3.^a fase, dirigimos as nossas saudações ao corpo de direcção e aos redactores — em cujo elenco se encontram também distintos colegas colaboradores nas funções docentes daquela Faculdade — e em especial ao Prof. Vaz Serra, ilustre mestre e excelente publicista, que, apesar de tantas dificuldades que se deparam para a publicação de periódicos médicos (em número excessivo no nosso País, e vivendo, quase todos, em regime de déficits financeiro e de colaboração de interesse), se abalançou ao espinhoso encargo de fazer reaparecer uma revista de tão honrosas tradições como é a «Coimbra Médica».

Também desejamos muitas felicidades ao «Jornal de Estomatologia», saudando o seu director, Dr. José Dias, e o seu corpo de colaboradores, entre os quais se contam alguns dedicados amigos de «O Médico», nossos colaboradores também. A especialidade de estomatologia, que conta ilustres colegas e se vem afirmando cada vez mais, no nosso País, pelo brilho e dinamismo dos seus membros, tem no «Jornal de Estomatologia» um novo órgão; fazemos votos por que ele marque sempre pelo seu apuro e categoria científica, na imprensa médica portuguesa.

M. C.



LONGACILINA

N, N'-Dibenziletilenadiazina-dipenicilina G. Composto de reabsorção muito lenta.

Cada comprimido: 150.000 U.

Actividade: 8-12 horas

LONGACILINA A

Soluto aquoso estável pronto a injectar. Escassa reacção local. Menos reacções gerais que a penicilina-procaína.

Frascos de 300.000 U.

Actividade: 7 dias

Frascos de 600.000 U.

Actividade: 14 dias

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

EXPOSIÇÃO DE EDUCAÇÃO SANITÁRIA

Por razões estranhas à nossa vontade — e não por desejo nosso — só agora «O Médico» dá o devido relevo à Exposição de Educação Sanitária que foi inaugurada, sob a presidência do Snr. Ministro do Interior, no dia 20 de Janeiro último. A respectiva sessão inaugural decorreu, como a Exposição, na sede do Secretariado Nacional de Informação. Com a presença do Ministro do Interior, Subsecretários de Estado da Assistência Social e da Educação Nacional, altos funcionários da Direcção Geral de Saúde, do S. N. I. e de muitas outras pessoas, decorreu a sessão inaugural com grande brilho e nela foram proferidos os notáveis discursos que abaixo publicamos na íntegra. A Exposição, que ocupava várias salas do S. N. I., teve um grande sucesso e foi visitada por numerosas pessoas. Apresentava numerosos objectos, gráficos, quadros, várias publicações — tudo destinado à educação sanitária; também, com o mesmo fim, foram exibidos diversos filmes, que causaram boa impressão.

Discurso pronunciado pelo Dr. LUCIEN VIBOREL

(Secretário-Geral da União Internacional para a Educação Sanitária da População)

na sessão inaugural da Exposição de Educação Sanitária

Excelências:

Minhas Senhoras e meus Senhores:

A educação sanitária é inseparável da disciplina moral. Sem ela os seus ensinamentos que visam ao mesmo tempo o corpo e a alma estão de antemão votados ao insucesso.

Portugal, digno do seu magnífico passado e obedecendo a um ideal que fez dele uma das maiores potências espirituais do Mundo, devia, sem hesitar, compreender a importância fundamental da educação sanitária. Lógicamente, o vosso País ia acolher com simpatia e com entusiasmo, a ideia da cruzada educativa de saúde e fornecer os homens de ciência, de fé e de acção para a realizar.

Do confronto de ideias, de métodos e de resultados que vai permitir a sessão que hoje se inicia, vão nascer directivas práticas que marcarão um progresso novo no domínio da protecção da saúde pública, da educação sanitária e do bem-estar social.

Eu sei bem que a educação sanitária encontra um terreno favorável em Portugal. Eu não esqueço as palavras tão clarividentes pronunciadas em 1937 no discurso inaugural da X Conferência da União Internacional contra a Tuberculose, em Lisboa, por S. Ex.^a o Senhor Presidente do Conselho de Ministros:

«Socialmente — eu não confundo, dizia, «social» com «humanitário» — o que importa não é tanto que vós nos ensineis a curar o mal, mas sim a evitá-lo. Apesar de os meios preventivos serem geralmente os mais caros, nós estamos perante um problema cujo condicionamento nos leva a crer que é mais vantajoso prevenir o mal do que curá-lo. E será sempre assim — independente do valor infinito da vida — em toda a parte em que o homem represente, pelo progresso social, um alto valor económico».

Eu não esqueço também a alta compreensão e o apoio muito benevolente, quantas vezes manifestado por S. Ex.^a o Senhor Dr. Trigo de Negreiros, Ministro do Interior.

Excelências:

Permiti-me que vos apresente em primeiro lugar as saudações do Presidente e dos Membros do Comité Executivo da União Internacional para a Educação Sanitária da População.

Eis a mensagem que o Sr. Presidente, o Prof. Clair Turner, me encarregou de vos apresentar:

«A Sua Excelência o Senhor Presidente da República Portuguesa:

A Sua Excelência o Presidente do Conselho de Ministros:

A todos aqueles que se consagram à obra da Saúde Pública, quer no plano governamental quer no plano da livre iniciativa:

Ao povo de Portugal:

Como Presidente da União Internacional para a Educação Sanitária da População, eu envio as minhas mais vivas felicitações e os meus mais ardentes votos de sucesso ao Congresso que se inicia hoje, 20 de Janeiro de 1954, em Lisboa, e que marcará a inauguração de um grande programa nacional de Educação Sanitária.

As famílias instruídas e interessadas na sua própria salvaguarda, podem fazer bastante mais pela sua própria saúde do que outros poderiam fazer por elas.

Vosso esforço a favor da Educação Sanitária contribuirá para assegurar o bem estar e a alegria da Nação.

Nós, os cidadãos dos Estados Unidos, apreciamos bem os dignos e valerosos cidadãos de Portugal, bem como as famílias portuguesas, considerados por nós como membros duma só e mesma família.

Na qualidade de representante da União Internacional, apreciamos no mais alto grau a participação do vosso país no esforço comum».

*

Se a França tomou em 1951 a iniciativa de chamar à União todas as Nações

para iniciar o combate contra a ignorância, grande flagelo social, e assegurar a difusão de noções práticas da protecção da saúde, Portugal soube alinhar desde a primeira hora, fundando a Liga Portuguesa de Educação Sanitária, entre os Países iniciadores do movimento, e lançar-se na nova via de trabalho.

Nós devemos, a propósito, uma gratidão muito viva e muito particular, ao Sr. Director-Geral de Saúde, Dr. Augusto da Silva Travassos, que desempenhou um papel decisivo na criação e actividade da Liga Portuguesa de Educação Sanitária.

Quero dirigir-lhe aqui um testemunho público da nossa gratidão, felicitando-o, assim como a todos os seus colaboradores, tão compreensivos e tão dedicados.

*

Uma vez mais, situando-se à altura da sua História gloriosa e do seu lugar preponderante na civilização ocidental, Portugal acrescenta, às suas aquisições sanitárias e sociais, uma contribuição preciosa, no plano psicológico, educativo e social, para a melhoria da vida humana, ao bem estar dos povos e à mentalidade de paz.

Excelências:

Minhas Senhoras e meus Senhores:

A educação sanitária tem um interesse considerável na protecção da saúde pública. Não é possível legislar nem realizar eficazmente neste domínio, sem que antes se aprenda a viver com saúde. Um sábio biólogo disse, muito justamente, que um indivíduo prepara a doença pela maneira como ele vive e muito frequentemente pelos seus próprios erros. É preciso, portanto, saber ensinar, oportunamente, quer dizer, desde a primeira infância, na idade de maior receptividade, a soma de conhecimentos e hábitos sanitários que asseguram a protecção e a conservação da saúde.

Ninguém melhor do que o indivíduo

ou do que a família poderá, mais oportunamente e mais eficazmente, agir nesse sentido.

«As famílias bem informadas e educadas», disse o Prof. Turner, «podem fazer bastante mais por si mesmas, para a manutenção da sua saúde, do que aqueles que queiram agir em seu favor».

O grande biologista Winslow não hesitou em comparar a descoberta da educação sanitária, para sublinhar a sua importância como agente da medicina preventiva, à descoberta da teoria microbiana das doenças.

Calmete, que, com Guérin, foi o glorioso descobridor da vacina antituberculosa B. C. G., nunca deixou de afirmar que a educação sanitária é uma das mais frutuozas operações de economia.

Nós sabemos bem o lugar de escolha em que os grandes higienistas portugueses, muito particularmente Ricardo Jorge, têm sabido colocar esta ciência fundamental.

I — O principal obstáculo: a ignorância

Quando se quer fazer penetrar nas massas os princípios de higiene e sobretudo as práticas de vida sã, o principal obstáculo encontrado, verdadeira barreira, é a ignorância, esse flagelo mais assassino que as guerras!

Trata-se, portanto, de libertar o homem da ignorância que pesa sobre ele como o mais pesado fardo de chumbo, ajudá-lo a combater os preconceitos e libertá-lo dos maus hábitos.

O prejuízo mais importante, mais nefasto e mais espalhado é o que consiste em atribuir a doença ou o acidente

ao acaso ou à fatalidade, quando aqueles são, na maioria das vezes, o resultado da ignorância ou da imprevidência, donde resulta falta relativa às leis da higiene, profilaxia, biologia e vida sã.

II — A Educação Sanitária impõe-se como uma necessidade

Uma gota de previdência pode neutralizar um Oceano de perigos. Ora, se a saúde é uma herança, ela é também uma aprendizagem em higiene e, porque a execução das leis da vida sã exige uma formação muito precoce, a educação sanitária aparece com uma necessidade. A saúde não pode ser abandonada à inexperiência, como aos hábitos, às fantasias ou às paixões.

Só pode conservar-se, mercê duma atenção e duma disciplina cotidiana pessoal e colectiva: asseio e bom aspecto, pureza e simplicidade de costumes, sobriedade e, em conclusão, *vontade!* «Na origem das perturbações da saúde, disse o professor Delore, há mais vezes do que se pensa, um factor humano de ordem intelectual ou moral: ignorância, imprevidência, negligência, imoralidade, intemperança, falta de vontade!

Há doenças por carência do *saber* e do *querer*.

Um dos aspectos mais educativos do papel de que necessita a educação sanitária, consiste portanto em mostrar a parte dos factores humanos na perda da saúde, no determinismo da doença ou do acidente, em vez dos factores por demais facilmente evocados, que se chamam acaso ou fatalidade».

A educação sanitária que se impõe

não deve reduzir-se a um simples ensino da higiene. Trata-se duma formação e duma integração dos dados da higiene e da medicina preventiva cotidiana.

A educação sanitária deve dirigir-se a todos e inscrever-se na declaração dos direitos e deveres sanitários do homem:

«Porque a conservação da saúde e a prevenção da doença são acima de tudo, objecto de conhecimento e de educação, todo o cidadão tem o direito de ser protegido contra a ignorância, de ser informado das leis e das necessidades da saúde e de receber para este fim, a educação da higiene elementar».

Assim conhecida, a educação sanitária reveste a forma do mais puro e do mais salutar humanismo.

III — A educação sanitária prepara e fecunda a legislação.

Educar vale mais que impor. Convém procurar conquistar pouco a pouco, pela persuasão, a população, a partir da escola primária, para a causa da saúde, a fim de a fazer compreender e admitir as razões da educação sanitária.

Uma legislação sanitária que não fosse preparada para a educação, arriscar-se-ia a ficar estéril e decair rapidamente no arsenal das inutilidades.

IV — A educação sanitária admite a união e a cooperação no plano nacional e no plano mundial

Não poderia conceber-se, para realizar a educação sanitária, o simples jogo de esforços espasmódicos e isolados. É a obra dum amplo esforço *permanente*, resultante duma verdadeira simbiose, dum espírito e dum trabalho de equipa.

Os esforços públicos e privados devem conjugar-se intimamente no seio de uma organização nacional especializada, utilizando, num ambiente de fé e de entusiasmo, todas as energias orientadas para um ideal de segurança sanitária e de justiça social.

No plano universal, a União Internacional para a Educação Sanitária da População procura estimular esta disciplina essencial, como organização voluntária e não governamental, permitindo uma ajuda eficaz à Organização Mundial de Saúde, honrando-se de saudar o seu digno e muito competente representante, na pessoa de Miss Vivian Drenckhan.

Dotada de grande destreza e de notável iniciativa, quem poderia, melhor que a União, fazer neste sector obra de pioneiro de arroteador e de animador?

Quem poderia melhor assegurar a ligação através do Mundo, dos educadores sanitários, ensiná-los a conhecerem-se e a amarem-se, documentá-los, orientá-los, ajudar o seu próprio aperfeiçoamento?

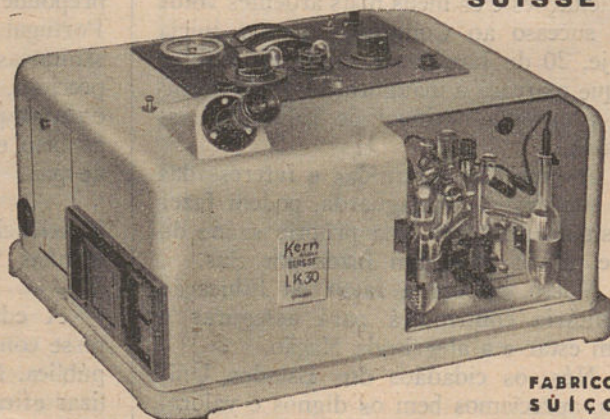
A União Internacional para a Educação Sanitária da População mantém contacto, para esta disciplina de base, com as organizações das Nações Unidas: O.M.S. e U.N.E.S.C.O. e também com todas as organizações não governamentais de carácter sanitário.

Ela é chamada, em particular, a rea-

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



FABRICO
SUIÇO

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

ACÇÃO ANTIBIÓTICA COM REFORÇO DAS DEFESAS NATURAIS

IMUNOBIÓTICO

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

IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + DIHIDROESTREPTOMICINA +
LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE DE PNEUMOCOCOS, MICROCOCCOS
CATARRAIS, ESTAFILOCOCCOS, 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.^{DA} - CAIXA POSTAL, 710 - LUANDA

lizar um importantíssimo programa no ensino: escolas, colégios, liceus e universidades, a fim de beneficiar largamente a mocidade desta ciência de acção que é a Educação Sanitária.

Como a medicina, a educação sanitária não tem pátria. Em toda a parte, graças à União Internacional, ela deve ter uma importância oficialmente reconhecida e afirmada. Igualmente, deve esforçar-se por evidenciar a solidariedade e a responsabilidade das gerações perante a saúde, a doença, a miséria e a morte.

V — *A educação sanitária pode também, pelo seu carácter internacional, trabalhar para a aproximação dos povos*

Constitui um instrumento de civilização e de paz, visto que «orienta-se no sentido da ordem, da harmonia, da razão, da justiça, do equilíbrio e da alegria». (Delore).

Dai, a educação sanitária das nações poder, de certeza, contribuir para o desenvolvimento dum ambiente de paz.

Um papel imenso aguarda os educadores sanitários.

«Que eles tenham consciência da sua missão social. Que a sua acção seja inspirada numa ética de vida e que subam a esse nível.

Porque, se os educadores sanitários de todos os países unissem os seus pontos de vista e os seus esforços, poderiam, muito eficazmente, trabalhar para a saúde e, numa certa medida, orientar a marcha da civilização». (P. Delore, *Doctrine et Pédagogie de l'action éducative sanitaire*).

A Educação Sanitária na escola, na casa e na comunidade

VIVIAN V. DRENDKHALM

(*Dos Serviços de Educação Sanitária da população da Organização Mundial de Saúde*)

Em primeiro lugar, desejo apresentar a todos que aqui se encontram reunidos, as melhores saudações, em nome dos Serviços Regionais para a Europa, da Organização Mundial de Saúde. É para mim um grande prazer assistir a esta importante reunião sobre educação sanitária do público. Pela convocação desta reunião, demonstram V. Ex.^{as} a atenção que prestam à contribuição que a educação pode trazer a um programa de prevenção das doenças e de promoção sanitária da população.

As pessoas responsáveis pelas actividades da medicina, da saúde pública e da educação, e muitas outras, sentem bem a grande lacuna que bastantes vezes existe entre a informação científica e a sua aplicação aos problemas da vida de cada dia. Estabelecendo a ligação entre aquilo que se sabe de saúde pública e o que se faz dia a dia, poderão evitar-se muitas doenças e melhorar-se as condições sanitárias de muitas pessoas de todas as idades.

A imunização contra a difteria e a vacinação contra a varíola, são os meios conhecidos de evitar estas duas doenças transmissíveis. Se aplicarem os factos conhecidos acerca da natureza da tuberculose e dos meios de a controlar, o problema que esta doença constitue nos nossos dias, poderá ser minorado numa larga escala. A qualidade dos cuidados a prestar às crianças, a conveniente alimentação dos lactantes, a boa nutrição, o uso de um leite e de uma água de confiança, os dispositivos de esgotos, a conscienciosa utilização dos serviços médicos e de enfermagem, etc., são tantas outras práticas que influem na saúde e no bem-estar dos indivíduos, das famílias e das comunidades. São estes os problemas em referência aos quais se elaboram os programas educativos.

O que é a educação sanitária?

A educação sanitária exerce-se em casa, no centro de saúde, no dispensário ou na clínica, na escola, e em toda a parte onde as pessoas trabalham ou se reúnem. O povo aprende ouvindo, vendo e, mais importante que tudo, fazendo.

Essas modificações ocorrem no conhecimento que as pessoas têm dos assuntos sanitários, na maneira como se sentem e compreendem e, mais importante que tudo, no seu comportamento em relação a eles.

Estas experiências podem incluir:

1. Discussão de um problema sanitário com pessoas informadas;
2. Conversas com o médico e com a enfermeira, acerca dos cuidados a prestar às crianças;
3. Audição de uma palestra sanitária;
4. Leitura de um artigo de jornal ou de um folheto sobre a tuberculose;
5. Assistência à passagem de um filme ou a uma exposição de quadros;
6. Participação num estudo sanitário da comunidade;
7. Assistência à dramatização de um problema sanitário;
8. Assistência a uma demonstração da maneira como um vizinho defende a sua casa das moscas;
9. Comparência a uma clínica, com o bebé, para efeito de um exame sanitário;
10. Preparação de uma refeição nutritiva para a família.

Educar sanitariamente, significa trabalhar com as pessoas na descoberta dos seus interesses, e identificar os seus problemas e prestar auxílio para a sua resolução. Por outras palavras, é prestar auxílio e encorajar as pessoas nos seus esforços para que se ajudem a si-próprias em alcançarem uma melhor saúde para os seus filhos, para si-próprios e para a comunidade.

A educação sanitária exerce-se em casa, no centro de saúde, no dispensário ou na clínica, na escola, e em toda a parte onde as pessoas trabalham ou se reúnem. O povo aprende ouvindo, vendo e, mais importante que tudo, fazendo.

O Centro de Saúde, o Consultório e o Hospital

Quando uma mãe leva o seu filho ao centro de saúde (Dispensário), quando um pai procura o médico no seu consultório, quando o doente comparece no hospital, quando a enfermeira visita o lar, são estas as oportunidades para o médico e a enfermeira fazerem educação sanitária. Já um educador designou tais ocasiões como os «momentos propícios para se ensinar». Os doentes estão ansiosos por saberem como recuperar a sua saúde e a das suas famílias. O ensino individual aproveitando o contacto entre pessoas, constitue também um método eficaz de educação em relação à imunização contra a difteria, e sobre os perigos das moscas. Esse método oferece a oportunidade de fazer perguntas e de responder às que se fazem, e de prestar a necessária informação no momento oportuno.

No Dispensário, oferece-se também a oportunidade para reunir as mães, pondo-as em contacto umas com as outras, para lhes proporcionar uma demonstração sanitária, e para com elas falar acerca destes mesmos problemas. Pode-se aqui fazer o intercâmbio dos velhos processos pelos modernos. As pessoas aprendem umas com as outras. Uma reunião numa atmosfera amigável, assistida por uma pessoa com experiência, conduz necessariamente ao ensino.

A Escola: Os professores e as professoras, no seu trabalho diário com os alunos, podem executar experiências relativas à saúde. O programa escolar deve abranger o encorajamento das boas práticas sanitárias e da higiene pessoal. O bom professor deve interessar-se por saber como a criança se está desenvolvendo e se ela se sente bem e feliz. Quando a criança adoce, o professor participa à família ou toma outras medidas convenientes.

A imunização contra a difteria, o combate contra as moscas, um abastecimento de água de confiança, as facilidades de latrinas e lavabos higiénicos, a

boa iluminação e disposição das carteiras, o recreio, a prevenção de doenças transmissíveis, o programa diário dos trabalhos, e ainda muitos outros problemas, podem constituir a base de importantes experiências educativas. Também a escola é um lugar indicado para as crianças assistirem a exposições.

Contudo, para o professor poder ensinar higiene e ser um colaborador do programa sanitário, necessita de uma preparação para bem se desempenhar deste trabalho. Esta preparação para a educação sanitária deve ser feita nas escolas de magistério, e, para os professores que já estejam em exercício, por meio de cursos de actualização, conferências, etc. A adequada preparação dos professores, para fazerem educação sanitária, constitui uma verdadeira necessidade nos nossos dias.

A Comunidade: Os médicos, os educadores e os assistentes religiosos têm numerosas oportunidades para fazerem educação sanitária, no desempenho das suas missões, junto de vários grupos de indivíduos. Podem, por exemplo, organizar reuniões em que se exhiba um filme sobre tuberculose, comentando-o; podem organizar exposições acerca da importância da imunização contra a difteria,

etc.; podem convidar funcionários sanitários para fazerem palestras perante vários grupos de pessoas; e podem encorajar os jovens a estudarem um importante problema sanitário na escola e na comunidade.

O Trabalho de Equipa na Educação Sanitária

Os esforços para a realização de um programa educativo nas escolas, nos lares, e na comunidade, podem ser incommensuravelmente fortalecidos através do trabalho da equipa. Só mediante esforços coordenados se torna possível alcançar todas as pessoas. Quando os médicos, as enfermeiras, os professores e os responsáveis por outras actividades, partilham na responsabilidade de auxiliar a desenvolver um amplo programa que abraja toda a comunidade, os resultados são os melhores.

A elaboração de um projecto, em conjunto, e a cooperação são importantes por várias razões:

- a) Há muito que fazer em matéria de educação sanitária. As necessidades são muitas e os problemas são vastos.

- b) Os recursos de pessoal, dinheiro, etc., são limitados, e assim é importante projectar a sua melhor utilidade.
- c) A região a abranger é grande, de forma que se devem elaborar os projectos cuidadosamente, de maneira a alcançarem todas as secções e todos os grupos de indivíduos.
- d) Sendo a educação um processo lento, o programa necessita de ser continuado.

Sumário

A educação relativa aos problemas sanitários (tais como a imunização contra a difteria e o combate às moscas) exerce-se através de um grande número de actividades ou experiências que resultam em modificações na prática, nas atitudes e no conhecimento dos indivíduos. Devem-se aproveitar todas as oportunidades para se fazer a educação sanitária na escola, na clínica ou no hospital, e em todos os lugares convenientes da comunidade. Os esforços para a educação sanitária podem ser fortalecidos pelo trabalho de equipa entre o médico, a enfermeira, o professor e outras pessoas.

- Potência sem igual
- Duração de acção sem precedentes
- Toxicidade muito fraca

O antihistamínico com qualidades excepcionais



● UNION CHIMIQUE BELGE, S. A.
 ● Divisão Farmacéutica
 ● BRUXELAS BÉLGICA

COMPRIMIDOS:

Carteira de 12 compr. 25 mg.

XAROPE

Frasco de 150 cc a 1 mg. | cc

POMADA

Tubo de 15 g. a 2 %

Representantes:

COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE
 Rossio 59-2.º Esq.º
 LISBOA

Discurso do Dr. AUGUSTO TRAVASSOS

(Director Geral de Saúde)

Lido pelo Dr. CASTRO SOARES

(Inspector Superior de Saúde)

na sessão inaugural da Exposição de Educação Sanitária

Senhor Ministro do Interior

Senhores Subsecretários de Estado da
Assistência e da Educação

Excelências

Minhas Senhoras e meus Senhores

Doença inesperada do Ex.^{mo} Director Geral de Saúde impediu-o de comparecer neste acto e de exprimir a V. Ex.^{as} quanto desejava, realçando a satisfação sentida de tão generosos e significativos gestos de apoio. Lamentando que tal aconteça cumpro o dever e cinjo-me à necessidade de proceder à leitura das palavras que aqui deveria proferir, o Dr. Augusto Travassos.

As minhas primeiras palavras são, gostosamente, de agradecimento para todos aqueles que com a sua presença nos trazem forte incentivo a esta cruzada de Educação Sanitária.

É dever de justiça e gratidão pôr em relevo o alto patrocínio fornecido à preparação desta sessão por S. Ex.^{as} o Ministro do Interior e Subsecretário de Estado da Assistência Social, proporcionando-nos com elevado espírito de visão das realidades os meios necessários e indispensáveis à sua realização e com a sua valiosa presença a garantia oficial do seu apoio.

Para S. Ex.^a o Subsecretário de Estado da Educação Nacional vai também o nosso preito de gratidão, bem como a sincera expressão das nossas homenagens ao elevado e dinâmico espírito educativo de que tem dado sobejas provas; não parecerá estranho que nos enleve especialmente o aspecto da importância que sabemos S. Ex.^a ligar ao sector da Educação Sanitária, dentro do problema educativo geral.

Não teria ainda sido possível a realização desta sessão sem a preciosa colaboração do Secretariado Nacional da Informação, que sinceramente agradecemos, apresentando os nossos gratos cumprimentos ao Ex.^{mo} Sr. Secretário Nacional, Dr. José Manuel da Costa.

Dão-nos hoje a honra da sua colaboração, que muito nos desvanece e sinceramente agradecemos, Miss Drenckhan representando o Comité da Europa da Organização Mundial da Saúde, e o Sr. Lucien Viborel, Secretário-Geral da União Internacional para a Educação Sanitária da População.

A presença de Miss Drenckhan, marca a importância que a Organização Mundial da Saúde, liga ao problema da Educação Sanitária, cujo fundamento faz parte integrante do preâmbulo do seu diploma constitucional, quando afirma: «uma opinião pública esclarecida e uma cooperação activa da parte do público,

são duma importância capital para a melhoria da saúde das populações».

Assim, na organização dos serviços da O.M.S. existe uma secção destinada à Educação Sanitária, dentro da Divisão consagrada aos Serviços de Saúde Pública, e ainda no ano transato esta Organização Internacional convocou uma conferência regional de Educação Sanitária, que se realizou em Londres, na qual o problema foi debatido largamente.

O Sr. Lucien Viborel, que aqui representa a União Internacional já referida, é também o director do Centro Nacional de Educação Sanitária, Demográfica e Social, no Ministério de Saúde de França. O seu nome está já indissoluvelmente ligado à história contemporânea da Educação Sanitária, à qual tem consagrado desde há largos anos o melhor da sua vida e dos seus elevados méritos de educador.

Não podemos deixar de pôr em destaque o transcendente incentivo que nos oferece esta representação de duas organizações internacionais que, embora trabalhando em moldes diferentes, se completam pela estreita ligação das suas actividades, no assunto que nos ocupa.

Assim, ao passo que a O.M.S., como organização de tipo governamental, trabalha em ligação directa com os governos dos diferentes países, a União Internacional para a Educação Sanitária da População, como organização não-governamental desenvolve as suas ligações de trabalho nesse plano.

Estabelece-se assim a extensão da acção governamental, com a cooperação de iniciativas particulares, em trabalho de íntima colaboração, modalidade que se revela como a mais adequada à generalização dos métodos de Educação Sanitária.

Com o mesmo fim se criou entre nós a Liga Portuguesa de Educação Sanitária, já filiada na União Internacional e que agora inicia a sua actividade.

*

Pretende-se com esta sessão, a que nos dais a honra de assistir, sobretudo chamar a atenção para a importância da Educação Sanitária, como sector do problema educativo geral, mais directamente ligado à conquista e manutenção da Saúde.

Desejaríamos vincar a noção de que para ter saúde não basta simplesmente evitar a doença, mas sim construir uma mentalidade positiva da vida sã, na plena pujança de um perfeito equilíbrio e desenvolvimento do corpo e do espírito.

Alcançar a saúde dos povos é uma velha aspiração da humanidade, sem a qual não é possível um verdadeiro progresso material, na técnica e na vida social.

Mas, todos sabemos como é utópica a pretensão de impor a higiene, com base exclusiva em leis, regulamentos e medidas de carácter policial; vale bem mais a livre adesão consentida, gerada num clima de compreensão e de colaboração sincera.

A acção educativa de base, iniciada nos alvares da infância e acompanhando o desenvolvimento da personalidade, é o método por excelência para inculcar hábitos de vida que quase automaticamente poderão conduzir a um verdadeiro estado de «consciência sanitária».

Contudo a informação e divulgação, bem conduzidas e organizadas, representam uma actividade de utilidade incontestável, desde que se consiga inculcar nas populações a noção da importância da sua participação activa e o valor do seu espírito de iniciativa que as conduza a resolver por si próprias, embora com a colaboração dos serviços oficiais, os problemas sanitários que lhes digam respeito.

Neste trabalho eminentemente psicológico as iniciativas privadas podem representar um papel de grande relevo e de um modo geral compete às classes mais cultas, pelo seu exemplo e pela sua acção colaborante contribuir para criar a atmosfera propícia à generalização da indispensável atitude de adesão.

É de justiça pôr em destaque o trabalho de informação e divulgação ligado à Educação Sanitária já realizado anteriormente entre nós, como se atesta na exposição que hoje se inaugura. Para as individualidades e colectividades que gentilmente nos cederam alguns dos elementos que apresentamos vão os nossos mais sinceros agradecimentos.

O problema agita-se neste momento por esse Mundo fora e não devemos ficar inertes; compete-nos chamar para ele a atenção e indicar o caminho. Neste, tem o seu lugar marcado, com o seu poder expansivo e educador, a Imprensa com cujo elevado espírito de compreensão contamos, como auxílio poderoso.

Como informei V. Ex.^{as}, o Senhor Director Geral de Saúde, também Presidente da Comissão Administrativa da Liga Portuguesa de Educação Sanitária, não pôde, bem a seu pesar, e por motivo de doença, vir pronunciar a breve allocução, que acabo de ler.

Creio bem que sentiria grande prazer de afirmar o sentimento de esperança que anima todos os membros dos corpos

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

Prof. Manuel Suarez

A convite da Sociedade Portuguesa de Pediatria, o Prof. Manuel Suarez, catedrático de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina de Santiago de Compostela, fez uma conferência, no dia 26 de Março, na Maternidade «Dr. Alfredo Costa», onde foi apresentado pelo Prof. Lúcio de Almeida.

O Prof. Manuel Suarez, que falou de «O desenvolvimento ósseo e muscular na investigação e na clínica», entrando no assunto da sua conferência disse que o crescimento deve ter um valor em função do desenvolvimento dos diversos sistemas que constituem o nosso organismo e não em função exclusiva do peso ou da estatura, que não são expressões da capacidade funcional do indivíduo. Acrescentou que entre os valores a considerar estão o músculo e o tecido ósseo, cuja importância na nutrição e no metabolismo hídrico e proteico exigem um estudo mais detalhado. Passou, seguidamente, em revista os métodos a seguir, referindo-se especialmente ao estudo radiográfico muscular, ao cálculo da idade óssea e à significação da fosfatase alcalina. Finalmente, citou os seus estudos sobre a gordura e o seu interesse na obesidade e na hiponutrição.

*

O Prof. Manuel Suarez chefiava uma delegação de licenciados da Fa-

Directivos da Liga, irmanados com diversos elementos dos Serviços de Saúde Pública, porquanto sentem unanimemente que o caminho está relativamente desbravado, mercê das características actuais do panorama sanitário português.

Em boa verdade, tanto no capítulo da profilaxia, como no da higiene, operou-se uma transformação profunda, durante as últimas duas décadas, principalmente. A par do decréscimo muito sensível das taxas de morbidade e de mortalidade, como reflexo simultâneo de melhor orientação e dotação dos sectores de saúde e de assistência, de mais vasta e mais eficiente aplicação de métodos preventivos, e de aumento e aperfeiçoamento nítidos da armadura sanatorial e hospitalar do País, pode afoitamente afirmar-se que demos um largo passo na conquista do bem estar e da saúde das populações. A par da melhoria indiscutível das condições de habitação, de alimentação, mesmo de instrução e de educação colectivas, em paralelo com progressivo aumento da duração de vida, também o nível de vida sofreu benéfica metamorfose.

Nem o tempo, nem o lugar, permitem explicação pormenorizada de tais factos, que são o resultado de uma sã e consciente política governamental. No entanto, pode justificar-se assim, que contemos com uma maior receptividade e mais fácil êxito da iniciativa que comemoramos, com propício ambiente de paz e de prosperidade.

culdade de Medicina da Universidade de Santiago de Compostela, em excursão científica pelo nosso País, e que aqui permaneceram alguns dias, tendo visitado os centros universitários de Lisboa, Porto e Coimbra.

Sociedade Médica dos Hospitais Civis de Lisboa

Reuniu no dia 8, sob a presidência do Dr. Cordeiro Ferreira, a Sociedade Médica dos H. C. L., para tomar conhecimento de duas comu-



COMPLEXO B

	Tubo de 25 comprimidos	12\$50
Série fraca —		
	Caixa de 12 ampolas	22\$50
	Frasco de 50 comprimidos	28\$00
Série forte —		
	Caixa de 6 ampolas de 2cc.	32\$00
Xarope —	Frasco de 170 cc.	27\$00
Reforçado —	Tubo de 20 comp.	35\$00



LABORATÓRIOS
DO
**INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

nicções. A primeira, intitulada «Histórias de diálise peritoneal; comentário clínico e técnico», foi apresentada pelo Dr. Almerindo Lessa, que começou por citar algumas histórias clínicas de doentes com insuficiência renal aguda por intoxicações voluntárias com mercúrio ou infecções post-aborto, que foram tratadas com métodos conservadores de depuração renal (ex-sanguino — transfusões e diálises peritonias). Depois analisou os princípios teóricos e técnicos das diálises peritonias, sua execução e acidentes, e acabou por considerar as novas possibilidades terapêuticas, por associação desses meios conservadores à cortizona e à hibernação.

A segunda comunicação apresentada era da autoria do Dr. Fortunato Levy, e versou o tema «Prostatectomias». Nela, o autor apresentou os seus comentários, baseados na última série de 112 prostatectomias por ele realizadas no período de 1950-53. O Dr. Fortunato Levy discutiu as indicações operatórias, assim como a melhor técnica a empregar, concluindo, mais uma vez, que é indispensável, para o cirurgião, o domínio de várias técnicas, competindo-lhe a escolha da indicação, em cada caso, que é condicionado pelas características próprias de cada doente. A terminar, disse que aplicando com critério os princípios por ele apontados, se consegue a mortalidade a um nível muito baixo, apesar do alargamento das indicações operatórias.

Hospital de Marinha

Organizado pela Direcção do Hospital de Marinha, está a decorrer naquele estabelecimento de assistência um ciclo de conferências dedicado ao seu corpo clínico.

No dia 1, o capitão-tenente médico Dr. Mendes Belo, versando o tema «Os serviços de saúde nos navios e unidades da Armada», tratou, com grande proficiência, dos relevantes serviços prestados pelos médicos nos serviços da Armada, assunto que desenvolveu de forma a interessar toda a assistência.

*

No dia 6, o Dr. José Galvão Rocha ocupou-se de «A acção do médico naval como higienista».

O conferencista, que fez a exposição do tema, disse que o médico naval necessita de especiais conhecimentos para elevar o nível sanitário das tripulações dos navios.

SERVIÇOS MÉDICO-SOCIAIS

Federação de Caixas de Previdência

Da nosologia dos beneficiários com baixa por doença durante o ano de 1952 no Posto Clínico n.º 84 — Vilar (Porto)

JOSÉ DE SOUSA MONTEIRO

(Médico-chefe)

Enquanto que superiormente não se concluem os estudos designados pelo Ex.^{mo} Presidente para a organização duma estatística total, — *nosológica* e *nosonecrológica* abrangendo com sentido de uniformidade de critérios todos os Serviços Clínicos da «Serviços Médico-Sociais» e enquanto que continuamos a aguardar confiadamente a efectivação de tão indispensável medida de organização técnica, tão importante sob os aspectos médico, social e económico, vamos contribuindo com o nosso labor, ainda que modesto, para que do estudo da «*Nosologia dos beneficiários com baixa*» possamos proporcionar aos organismos de fiscalização competentes algumas indicações para o estudo e adopção de medidas higiénico-profilácticas porventura úteis e necessárias em algumas das actividades profissionais a que pertencem os beneficiários do Posto 84 — Vilar — que com baixa por doença estiveram incapacitados para o trabalho.

E se quisermos já referir que este estudo diz respeito a 801 beneficiários que durante o ano de 1952 tiveram 41.038 dias de incapacidade para o trabalho, e meditando neste prejuízo económico, parece-me que ainda vale a pena gastar tempo em estudos desta natureza, debruçando-nos sobre estes problemas, porquanto, como já o afirmei em meu relatório de 31 de Dezembro de 1948 —

Evitar tanto quanto possível o risco da doença e não cobrir apenas o risco da doença através duma medicina de previdência social que não excede grandemente o âmbito da medicina curativa, deverá ser em minha opinião um dos principais objectivos da «Serviços Médico-Sociais», da Federação de Caixas de Previdência.

O estudo que vamos apresentar terá que ser apreciado sob o ponto de vista de que esta ligeira contribuição para o estudo da nosologia, embora incidindo sobre a quase totalidade dos beneficiários que estiveram com baixa durante o ano de 1952 refere-se a um aglomerado populacional limitado 4.410 beneficiários das freguesias de Massarelos, Miragaia e S. Nicolau e assim os «índices» e «valores» obtidos, embora colhidos com exacto rigor, têm que ser apreciados com a devida cautela e na medida do que se pode interpretar com seriedade através dum estudo estatístico nosológico pouco amplo.

Prestada esta explicação prévia a que não desejei furtar-me, passemos então à «*Nosologia dos beneficiários com baixa durante o ano de 1952*».

1 — O Posto Clínico n.º 84 — Vilar, localizado na freguesia de Massarelos, abrange as populações de beneficiários das freguesias de Massarelos, S. Nicolau e Miragaia da cidade do Porto.

O total desta população de beneficiários com direito a assistência clínica era de 4.140 em 31 de Dezembro de 1952 e apresentava a seguinte distribuição por freguesias:

Freguesias	Benef.	Agregados	SOMA
Massarelos .	1.695	2.054	3.749
S. Nicolau .	1.616	1.169	2.785
Miragaia .	1.099	1.235	2.334
TOTAL .	4.410	4.458	8.868

Esta população de beneficiários — distribuída em grande parte pela zona ribeirinha, constituindo um aglomerado populacional em grande maioria de moderada condição social, sofrendo a influência climática da beira rio, vivendo em zonas de deficientes condições higiénicas habitacionais, com um agregado familiar numeroso, que globalmente excede o número de beneficiários, donde acentuada debilidade económica, — está atribuída principalmente às Caixas Sindicais: Comércio, Têxtil, Metalúrgicos, Tipógrafos, Barqueiros, Hoteleira, Panificação, Empregados de Escritório, Automóveis e Vinhos

Em 31 de Dezembro de 1952 constatava-se que o total de agregados familiares excedia o número total de beneficiários e a distribuição geral por Caixas Sindicais era a seguinte:

CAIXA SINDICAL	Benef.	Agreg. F.	SOMA
Comércio . . .	1.274	926	2.200
Têxtil . . .	769	454	1.223
Metalúrgicos . . .	561	496	1.057
Tipógrafos . . .	387	447	834
Barqueiros . . .	352	497	849
Hoteleira . . .	190	199	389
Panificação . . .	157	123	280
Escritório . . .	137	103	240
Automóveis . . .	90	186	276
Vinhos . . .	84	96	179
Org. Económicos .	68	88	156
Mar. Mercante . .	58	86	144
Farmacêuticos . .	57	59	116
Ourives . . .	51	53	104
Barbeiros . . .	50	34	84
Marceneiros . . .	49	26	75
Fósforos . . .	36	36	72
Vidreira . . .	16	13	29
Espectáculos . . .	15	—	15
Arroz . . .	7	4	11
Corticeira . . .	4	—	4
Conservas . . .	2	1	3
Climentos . . .	2	3	5
D. Ferreira . . .	2	—	2

2 — Os factores — *profissão* — sua natureza e condições higiénicas da sua prestação, *condição social moderada*, *debilidade económica* por salário médio e agregado familiar numeroso e *habitação pouco higiénica com influência climática da beira-rio* condicionaram na devida medida a nosologia das 986 baixas concedidas por doença em 1952 aos beneficiários que oscilaram entre os números 4.818 em 2 de Janeiro de 1952 e 4.410 em 31 de Dezembro de 1952.

O movimento de baixas por doença e altas por aptidão para o trabalho durante o ano de 1952 foi a seguinte:

	N.º	
Existiam .	180	Baixas transitadas do Posto 83 em 2/1/52
Entraram .	986	Baixas concedidas no Posto 84
Sairam . .	936	Altas concedidas no Posto 84
Ficaram .	182	Baixas existentes no Posto 84 em 31/12/52

A oscilação mensal do movimento de baixas — total de baixas e baixas com duração superior a

30 dias foi a seguinte (ver gráfico n.º 1):

MESES	Total de baixas	Baixas com duração superior a 30 dias
Janeiro . . .	130	—
Fevereiro . . .	185	126
Março . . .	164	121
Abril . . .	147	101
Maio . . .	147	112
Junho . . .	178	110
Julho . . .	160	121
Agosto . . .	166	114
Setembro . . .	177	122
Outubro . . .	170	117
Novembro . . .	165	113
Dezembro . . .	182	131

A oscilação mensal do índice de baixas por doença ou seja a percentagem do número de baixas em face do total de beneficiários foi a seguinte (ver gráfico n.º 1):

MESES	Índice de baixa por doença do total de baixas	Índice de baixas por doença - baixas c/ duração sup. 30 d.
Janeiro . . .	2,9	—
Fevereiro . . .	3,9	2,7
Março . . .	3,5	2,6
Abril . . .	3,2	2,2
Maio . . .	3,2	2,4
Junho . . .	3,9	2,4
Julho . . .	3,5	2,6
Agosto . . .	3,6	2,5
Setembro . . .	3,8	2,7
Outubro . . .	3,8	2,6
Novembro . . .	3,7	2,5
Dezembro . . .	4,5	2,9

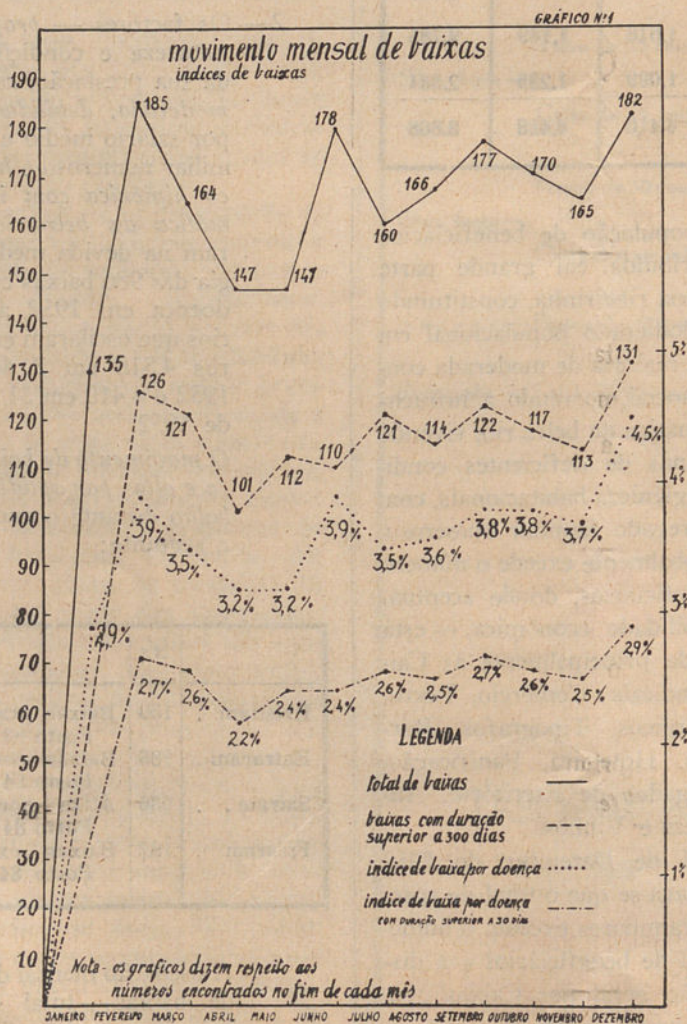
3— O nosso estudo «Da nosologia dos beneficiários com baixa» durante o ano de 1952 foi iniciado nos começos de Janeiro de 1953 e nesta data não se encontravam já ao nosso dispor todas as «Histórias Clínicas» referentes aos beneficiários doentes que motivaram as 986 baixas por doença concedidas em 1952, dado que se tinha já verificado a saída regulamentar de algumas «Histórias Clínicas» por óbitos, mudanças de residência e cancelamentos definitivos da assistência clínica.

Assim, este nosso estudo incide apenas sobre 801 beneficiários que motivaram 880 baixas por doença com 41.036 dias de incapacidade para o trabalho.

Ainda se esclarece, por necessário, que adoptamos para a classificação das doenças a lista abreviada da classificação da «Organização Mundial de Saúde» desdobrando alguns «grupos de causas» para um melhor e mais pormenorizado conhecimento da nosologia e consideramos apenas a doença principal nos doentes que apresentavam simultaneamente mais de uma doença.

4— A distribuição nosológica dos 801 casos de doença e dias correspondentes da incapacidade para o trabalho foram os seguintes:

N.º da lista abrev.	GRUPOS DE CAUSAS	Número de casos	Dias de Baixa
1	Tuberculose dos pul.	72	7.885
3	Sífilis e suas sequelas	27	1.823
4	Febre tifoide.	1	6
17	Outras doenças infecciosas e parasitárias		
a	Parotidite.	2	64
b	Colibaciose	1	18
c	Blenorragia	1	6
d	Úlcera Mole	3	22
e	Nicolas-Fabre	1	32
f	D. parasitária	1	6
18	Tumores malignos	1	29
19	Tumores benignos.	3	322
20	Diabetes	1	98
21	Anemias	9	568
22	Lesões vasculares afectando o sistema nervoso	3	150
24	Reumatismo articular	46	2.019
26	Doença arterioesclerótica e degenerativa do coração.	1	147
27	Outras doenças do coração.	29	2.659
28	Hipertensão com doença do coração	2	255
29	Hipertensão sem menção de doença cardíaca	8	606
30	Gripe	115	2.530
31	Pneumonia e broncopneumonia	3	354
32	Bronquite.	29	1.617
33	Úlcera do estomago e duodeno.	19	1.522
34	Apendicite	12	750
36	Gastrite, duodenite, enterite e colite	41	1.845
37	Cirrose do figado.	3	192
38	Nefrite e nefrose	5	613
40	Complicações da gravidez, do parto e do estado puerperal	14	635
a	Aborto	5	198
46	Outras doenças:		
a	Doenças das fossas nasais e anexos.	1	6
b	Fibrose pulmonar	11	820
c	Empastamento hilar	3	183
d	Congestão pulmonar	3	80
e	Abcesso pulmonar	2	154
f	Pleurisia e pleurite	7	188
g	Bócio	5	519
h	Psicoses	11	608
i	Nevralgias e nevrites	14	495
j	Doenças dos ouvidos.	3	174
k	Doenças dos órgãos da visão	4	226
l	Gangrena	1	66
m	Varizes.	3	101
n	Hemorroidas.	3	125
o	Doenças da cavidade bucal	1	65
p	Amidalite	45	538
q	Colecistite	18	1.256
r	Outras doenças do fígado	5	281
s	Doenças dos órgãos genitais da mulher	15	756
t	Dermatoses	17	248
u	Úlcera varicosa e ulcera crónica da perna	18	585
v	Doenças dos ossos e das articulações.	7	868
x	Convalescência operatória	38	1.822
y	Síndrome asténico	45	2.056
z	Outras doenças	6	174
z1	Doenças de causa não especificada ou mal definida	5	108
z2	Sem doença	1	6
47	Fracturas	9	600
48	Queimaduras	2	15
50	Todas as outras lesões - contusão, escoriação, feridas contusa e incisiva	41	837
a	Alcoolismo crónico	1	60
b	Intoxicação alimentar	2	90
c	Acidentes por corpos estranhos	1	6
SOMA.		801	41.036



Novidade!

Femandren M

Combinação injectável de estrogéneo + androgéneo

Um prolongado efeito hormonal está indicado, por exemplo em

- TRANSTORNOS GRAVES NO CLIMATÉRIO
- MANIFESTAÇÕES DE CARÊNCIA APÓS CASTRAÇÃO
- GERIATRIA

As ampolas cristalíferas de Femandren M de 1 cc contêm uma suspensão aquosa de 2,5 mg de monobenzoato de estradiol e 50 mg de isobutirato de testosterona, ambos na forma de microcristais

Apresentação do Femandren*:

Linguetas* (comprimidos sublinguais): Frasco com 30 linguetas

Ampolas cristalíferas M: Caixa com 1 ampola cristalífera

* Marcas registadas

Produtos CIBA, Limitada — Lisboa

Quantidade	Preço	Descrição
100	1,00	Comprimidos
10	0,10	Comprimidos
5	0,05	Comprimidos
2	0,02	Comprimidos
1	0,01	Comprimidos
100	1,00	Ampolas cristalíferas
10	0,10	Ampolas cristalíferas
5	0,05	Ampolas cristalíferas
2	0,02	Ampolas cristalíferas
1	0,01	Ampolas cristalíferas

Quantidade	Preço	Descrição
100	1,00	Comprimidos
10	0,10	Comprimidos
5	0,05	Comprimidos
2	0,02	Comprimidos
1	0,01	Comprimidos
100	1,00	Ampolas cristalíferas
10	0,10	Ampolas cristalíferas
5	0,05	Ampolas cristalíferas
2	0,02	Ampolas cristalíferas
1	0,01	Ampolas cristalíferas

5 — A incidência ou percentagem de cada grupo de causas e o índice médio de duração de doença ou seja a média de dias de incapacidade para o trabalho atribuído a cada caso de cada «grupo de causas» estão determinados nos quadros seguintes:

Quadro A — Indica os «grupos de causas» que se apresentaram com um número de casos igual ou superior a 10;

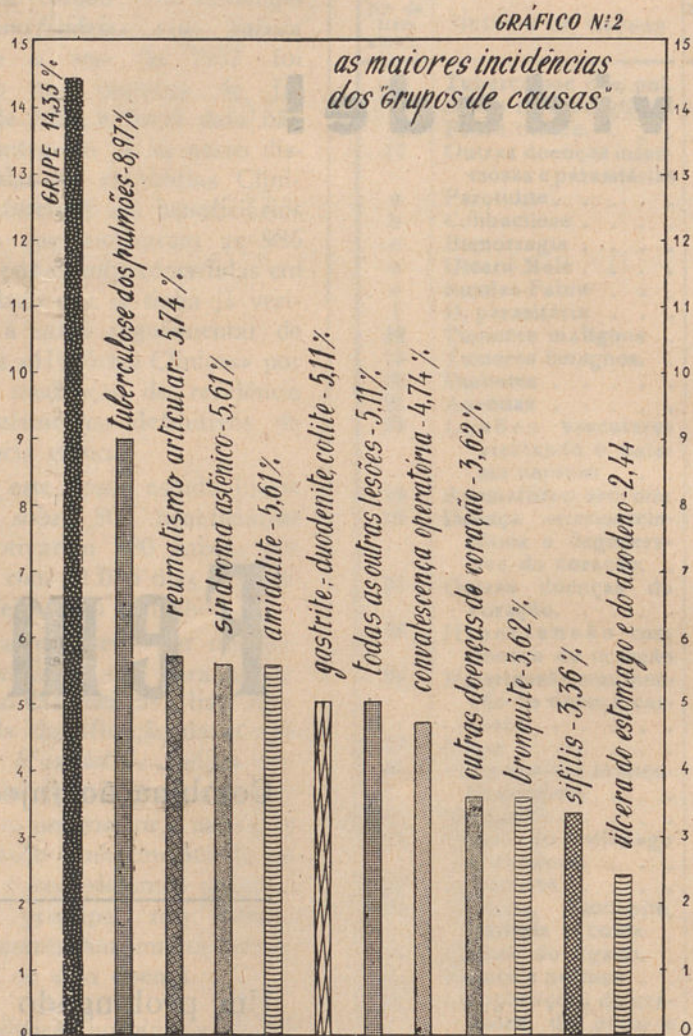
Quadro B — Indica os «grupos de causas» que se apresentaram com um número de casos de 5 a 10;

QUADRO A

GRUPOS DE CAUSAS	N.º de casos	Porcentagem	Total dias baixa	Índice médio dur. doença
Tuberculose dos pulmões . . .	72	8,97	7.885	109,5
Sífilis e suas sequelas . . .	27	3,36	1.823	67,4
Reumatismo articular . . .	46	5,74	2.019	43,8
Outras doenças do coração . . .	29	3,62	2.659	91,6
Gripe	115	14,35	2.530	22
Bronquite	29	3,62	1.617	55,7
Úlcera do estomago e do duodeno . . .	19	2,44	1.522	80,1
Apêndice	12	1,49	750	62,5
Gastrite, duodenite, enterite e colite . . .	41	5,11	1.845	45
Complicações da gravidez . . .	14	1,74	635	46,7
Fibrose pulmonar	11	1,37	820	74,5
Psicoses	11	1,37	608	55,2
Nevralgias e nevrites	14	1,74	495	35,3
Amidálite	45	5,61	538	11,5
Coquecistite	18	2,24	1.256	69,7
Doenças dos órgãos genitais da mulher . . .	15	1,87	756	50,4
Dermatoses	17	2,12	248	14,5
Úlcera varicosa e crónica da perna	13	1,62	585	34,4
Convalescença operatória . . .	38	4,74	1.822	47,8
Síndrome astênico	45	5,61	2.056	45,6
Todas as outras lesões	41	5,11	837	20,4

QUADRO B

GRUPOS DE CAUSAS	N.º de casos	Porcentagem	Total dias baixa	Índice médio dur. doença
Anemias	9	1,12	268	63,1
Hipertensão sem doença cardíaca	8	0,98	606	75,7
Nefrite e nefrose	5	0,62	613	122,6
Aborto	5	0,62	198	39,6
Pleurisia e pleurite	7	0,87	188	26,8
Bócio	5	0,62	519	103,8
Outras doenças do fígado	5	0,62	231	46,2
Doenças dos ossos e das articulações	7	0,87	868	124
Outras doenças	6	0,74	174	29
Doenças de causa não especificada	5	0,62	108	21,6
Fracturas	9	1,12	600	67,3



6 — Nos «quadros» seguintes analisam-se pormenorizadamente os «grupos de causas» que consideramos de maior interesse sob aspectos médico e económico-social, assim destacados para as conclusões finais.

Estes «grupos de causas» são os seguintes:

- A — Tuberculose dos pulmões;
- B — Gripe;
- C — Reumatismo articular;
- D — Síndrome astênico;
- E — Gastrite, duodenite, enterite e colite;
- F — Todas as outras lesões — contusão, escoriação, feridas contusa e incisa;
- G — Convalescença operatória;
- H — Outras doenças do coração;
- I — a) Lesões vasculares afectando o sistema nervoso central;
- b) Hipertensão sem menção de doença cardíaca;
- c) Hipertensão com doença do coração;
- d) Doença artério-esclerótica e degenerativa do coração;
- J — Sífilis;
- K — Úlcera do estômago e do duodeno;
- L — Úlceras varicosa e crónica da perna;
- M — Bronquites;

- N — Psicoses;
- O — Amigdalites.

A — Tuberculose dos pulmões

Por demais o sabemos que à tuberculose dos pulmões lhe cabe este primeiro lugar, pois constitui o «problema n.º 1» da «Serviços Médico-Sociais», presentemente a caminho de soluções satisfatórias.

A incidência da T. P. por profissões foi a seguinte:

QUADRO N.º 2

CAIXA SINDICAL	N.º de Benef.	N.º de casos de Tub. Pulm.	Incidência %
Comércio	1.274	14	1,09
Textil	769	13	1,69
Barqueiros	352	9	2,55
Tipógrafos	387	9	2,34
Metalúrgicos	561	8	1,42
Hoteleira	190	7	3,68
Vinhos	84	3	3,57
Panificação	157	2	1,26
Fósforos	36	2	5,55
Marceneiros	49	1	2,00
Ourives	51	1	1,90
Barbeiros	50	2	4,00
Autómóveis	90	1	1,11
SOMA	4.050	72	1,77

Adistribuição dos casos de T. P. por sexos e profissões, número de baixas e

dias de incapacidade de trabalho, foi a seguinte:

QUADRO N.º 3

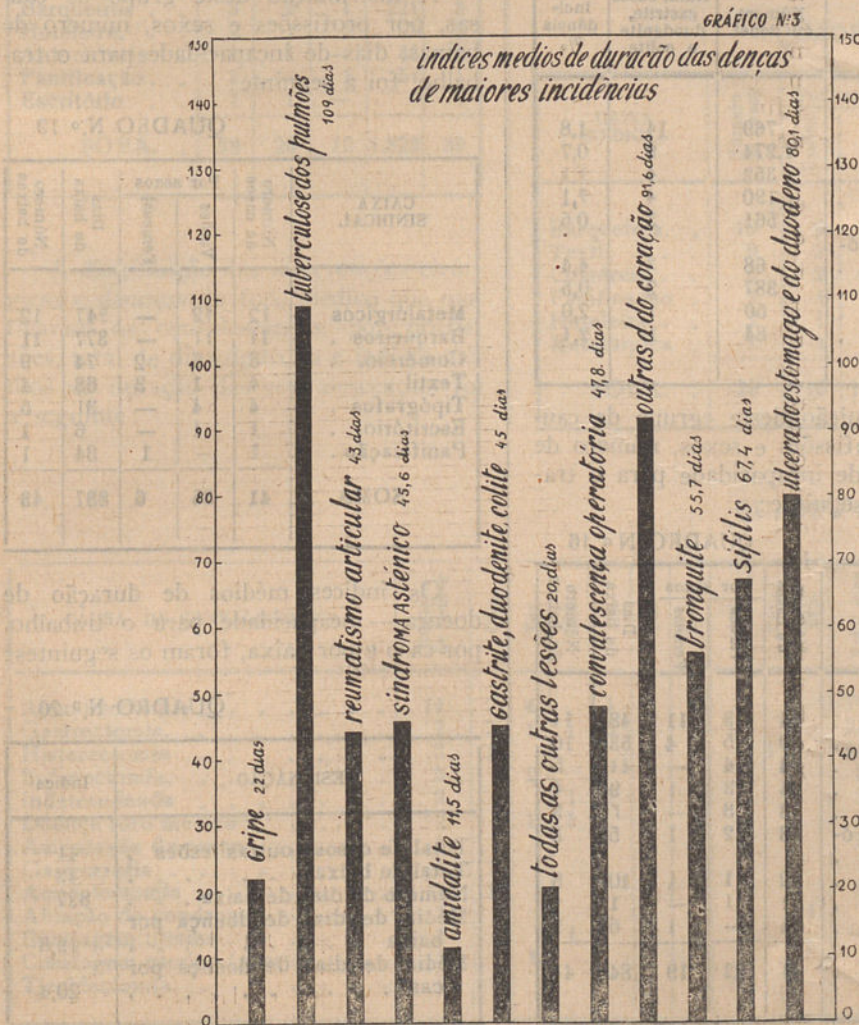
CAIXA SINDICAL	N.º de casos de Tub. Pulm.	Por sexos		Dias de baixa	N.º de baixas
		Varões	Fêmeas		
Comércio . . .	14	9	5	1,264	18
Textil . . .	13	4	9	1,626	17
Barqueiros . . .	9	9	—	1,438	9
Tipógrafos . . .	9	8	1	816	10
Metalúrgicos . . .	8	8	—	1,315	11
Hoteleira . . .	7	7	—	422	9
Vinhos . . .	3	3	—	182	3
Panificação . . .	2	—	2	369	5
Fósforos . . .	2	2	—	119	3
Marceneiros . . .	1	1	—	31	1
Ourives . . .	1	1	—	30	1
Barbeiros . . .	2	2	—	217	3
Automóveis . . .	1	1	—	56	2
SOMA . . .	72	55	17	7,885	92

A distribuição da T. P. por freguesias e respectivas incidências foi a seguinte:

QUADRO N.º 4

FREGUESIAS	Populaç. de benef. em 31/12/52	Núm. de casos de Tub. Pul.	Incidência %
Massarelos . . .	1,695	32	1,88
Miragaia . . .	1,099	21	1,91
S. Nicolau . . .	1,616	19	1,15

Os índices médios de duração de doença — incapacidade para o trabalho, por caso e por baixa, foram os seguintes:



QUADRO N.º 5

DESIGNAÇÃO	Índices
Total de casos	72
Total de baixas	92
Números de dias de baixa	7,885
Média de dias de doença por caso	109,5
Média de dias de doença por baixa	85,6

B — Gripe

A gripe de forma respiratória, com carácter benigno, apresentou-se como o «grupo de causas» de mais elevada incidência.

A incidência da gripe, por profissões foi a seguinte:

QUADRO N.º 6

CAIXA SINDICAL	Núm. de Benef.	N.º de casos de gripe	Incidência %
Textil	769	30	3,9
Comércio	1,274	28	2,2
Metalúrgicos	561	25	4,4
Tipógrafos	387	9	2,3
Hoteleira	190	4	2,1
Escritório	137	4	3
Barqueiros	352	4	1,1
Vinhos	84	2	2,2
Panificação	157	2	1,2
Ourives	51	1	2,0
Económicos	68	1	1,4
Barbeiros	50	1	2,0
Marceneiros	49	1	2,0
Farmácia	57	1	1,7
Corticeira	4	2	—
SOMA	4,180	115	

A distribuição dos casos de gripe, por profissões e sexos, número de baixas, dias de incapacidade para o trabalho, foi a seguinte:

QUADRO N.º 7

CAIXA SINDICAL	Número de casos gripe	Por sexos		Dias de baixa	Número de baixas
		Varões	Fêmeas		
Textil	30	7	23	592	31
Comércio	28	18	10	366	28
Metalúrgicos	25	25	—	588	25
Tipógrafos	9	7	2	222	9
Hoteleira	4	3	1	72	4
Escritório	4	3	1	21	4
Barqueiros	4	4	—	110	5
Vinhos	2	2	—	30	2
Panificação	2	1	1	26	2
Ourives	1	1	—	44	2
Económicos	1	1	—	29	1
Barbeiros	1	1	—	6	1
Marceneiros	1	1	—	117	1
Farmácia	1	—	1	95	1
Corticeira	2	1	1	209	2
SOMA	115	75	40	2,530	118

Os índices médios de duração de doença — incapacidade para o trabalho, por caso de baixa, foram os seguintes:

QUADRO N.º 8

DESIGNAÇÃO	Índices
Total de casos de gripe	115
Total de baixas	118
Número de dias de baixa	2,530
Média de dias de doença por cada baixa	21,4
Média de dias de doença por caso gripe	22

C — Reumatismo articular

O reumatismo articular que se situa no terceiro lugar da incidência geral, mostrou a incidência por profissões seguintes:

QUADRO N.º 9

CAIXA SINDICAL	Núm. de Benef.	Núm. de casos Reum. Articul.	Incidência %
Textil	769	14	1,8
Comércio	1,274	10	0,8
Barqueiros	352	6	1,6
Metalúrgicos	561	4	0,7
Vinhos	84	4	4,7
Panificação	157	3	1,9
Farmácia	57	1	1,7
Tipógrafos	387	1	0,2
Escritório	137	1	3,0
Org. Económicos	68	1	1,4
Corticeira	4	1	—
SOMA	3,850	46	

A distribuição dos casos de reumatismo articular por profissões e sexos,

número de baixas, dias de incapacidade para o trabalho, foi a seguinte:

QUADRO N.º 10

CAIXA SINDICAL	Núm. de casos de Reumatism.	Por sexos		Dias de baixa	Núm. de baixas
		Varões	Fêmeas		
Textil . . .	14	4	10	454	14
Comércio . .	10	8	2	252	10
Barqueiros .	6	5	1	501	10
Metalúrgicos .	4	4	—	173	5
Vinhos . . .	4	4	—	124	4
Panificação .	3	—	3	76	3
Farmácia . .	1	1	—	15	1
Tipógrafos .	1	1	—	102	2
Escritório .	1	1	—	188	1
Org. Económicos .	1	1	—	3	1
Corticeira . .	1	—	1	81	1
SOMA . . .	46	29	17	2.019	52

Os índices médios de duração de doença — incapacidade para o trabalho, por caso e por baixa, foram os seguintes:

QUADRO N.º 11

DESIGNAÇÃO	Índices
Total de casos de reumatismo . . .	46
Total de baixas	52
Número de dias de baixa	2.019
Média de dias de doença por cada baixa	38,6
Médias de dias de doença por caso de reumatismo	43,6

D — Síndrome asténico

Quadro clínico ambíguo, sem causa aparente, dominado pelos sintomas astenia, anorexia e emagrecimento — o *síndrome asténico* situou-se no quarto lugar da incidência geral com 45 casos.

A incidência do *síndrome asténico* por profissões foi a seguinte:

QUADRO N.º 12

CAIXA SINDICAL	Núm. de Benef.	Num. de casos Sindr. Asten.	Incidência %
Textil	769	17	2,2
Metalúrgicos	561	12	2,1
Tipógrafos	387	4	1,0
Comércio	1.274	4	0,3
Panificação	157	2	1,2
Vinhos	84	2	4,2
Barqueiros	352	1	0,2
Ourives	51	1	2,0
Fósforos	36	1	2,7
Escritório	137	1	0,7
SOMA	3.808	45	

A distribuição dos casos de *síndrome asténico* por profissões e sexos número de baixas dias de incapacidade para o trabalho foi a seguinte:

QUADRO N.º 13

CAIXA SINDICAL	Número de casos Sindr. Asten.	Por sexos		Dias de baixa	Número de baixas
		Varões	Fêmeas		
Textil	17	—	17	937	19
Metalúrgicos	12	11	1	497	12
Tipógrafos	4	2	2	137	4
Comércio	4	1	3	124	4
Panificação	2	—	2	56	2
Vinhos	2	1	1	26	2
Barqueiros	1	1	—	116	1
Ourives	1	1	—	20	1
Fósforos	1	1	—	50	2
Escritório	1	—	1	93	2
SOMA	45	18	27	2.056	49

Os índices médios de duração de doença — incapacidade para o trabalho, por caso e por baixa, foram os seguintes:

QUADRO N.º 14

DESIGNAÇÃO	Índices
Total de casos de síndrome asténico	45
Total de baixas	49
Número de dias de baixa	2.056
Média de dias de doença por baixa	41,9
Média de dias de doença por caso	45,6

B — Gastrite, duodenite, colite e enterite

Este «grupo de causas» situou-se no 5.º lugar da incidência geral com 41 casos registados e a sua incidência por profissões foi a seguinte:

QUADRO N.º 15

CAIXA SINDICAL	Número de Benef.	Núm. casos gastrite, duodenite e colite	Incidência %
Textil	769	14	1,8
Comércio	1.274	9	0,7
Barqueiros	352	4	1,1
Hoteleira	190	4	2,1
Metalúrgicos	561	3	0,5
Org. Económicos	68	3	4,4
Tipógrafos	387	2	0,5
Barbeiros	50	1	2,0
Vinhos	84	1	2,1

A distribuição deste «grupo de causas», por profissões e sexos, número de baixas, dias de incapacidade para o trabalho, foi a seguinte:

QUADRO N.º 16

CAIXA SINDICAL	Número de casos	Por sexos		Dias de baixa	Número de baixas
		Varões	Fêmeas		
Textil	14	3	11	484	14
Comércio	9	5	4	538	10
Barqueiros	4	4	—	448	5
Hoteleira	4	3	1	99	4
Metalúrgicos	3	3	—	10	3
Org. Económicos	3	2	1	53	3
Tipógrafos	2	1	1	100	3
Barbeiros	1	1	—	11	1
Vinhos	1	—	1	62	1
SOMA	41	22	19	1.845	44

Os índices médios de duração de doença — incapacidade para o trabalho, por caso e por baixa, foram os seguintes:

QUADRO N.º 17

DESIGNAÇÃO	Índice
Total de casos de gastrite, duodenite, etc.	41
Total de baixas	44
Número de dias de baixa	1.845
Média de dias de doença por baixa	41,9
Média de dias de doença por caso	45

F — Todas as outras lesões — contusão, escoriação, feridas contusa e incisa

Este «grupo de causas» situou-se também no 5.º lugar da incidência geral com igual número de 41 casos registados e a sua distribuição por profissão foi a seguinte:

QUADRO N.º 18

CAIXA SINDICAL	Número de Benef.	Número de casos outras lesões	Incidência %
Metalúrgicos	561	12	2,1
Barqueiros	352	11	3,1
Comércio	1.274	8	0,6
Textil	769	4	0,5
Tipógrafos	387	4	1,0
Escritório	137	1	0,7
Panificação	157	1	0,6
TOTAL	3.637	41	

A distribuição deste grupo de causas, por profissões e sexos, número de baixas, dias de incapacidade para o trabalho, foi a seguinte:

QUADRO N.º 19

CAIXA SINDICAL	Número de casos	Por sexos		Dias de baixa	Número de baixas
		Varões	Fêmeas		
Metalúrgicos	12	12	—	247	12
Barqueiros	11	11	—	377	11
Comércio	6	6	2	74	9
Textil	4	1	3	68	4
Tipógrafos	4	4	—	31	5
Escritório	1	1	—	6	1
Panificação	1	—	1	34	1
SOMA	41	35	6	837	43

Os índices médios de duração de doença — incapacidade para o trabalho, por caso e por baixa, foram os seguintes:

QUADRO N.º 20

DESIGNAÇÃO	Índice
Total de casos — outras lesões	41
Total de baixas	43
Número de dias de baixa	837
Média de dias de doença por baixa	19,6
Média de dias de doença por caso	20,4

G — *Convalescença operatória*

Este grupo de causas situou-se no 6.º lugar da incidência geral com 38 casos registados e a sua distribuição por profissões foi a seguinte:

QUADRO N.º 21

CAIXA SINDICAL	Número de Benef.	Numero de casos	Incidência %
Comércio . . .	1.274	13	1,0
Textil.	769	9	1,1
Tipógrafos . . .	387	4	1,0
Metalúrgicos . .	561	4	0,7
Barqueiros . . .	352	3	0,8
Hoteleira. . . .	190	2	1,0
Automóveis. . .	90	1	1,0
Panificação. . .	157	1	0,6
Escritório . . .	137	1	0,7
SOMA.	3.917	38	

A distribuição deste «grupo de causas» por profissões e sexo, número de baixas, dias de incapacidade para o trabalho foi a seguinte:

QUADRO N.º 22

CAIXA SINDICAL	Número de casos	Por sexos		Dias de baixa	Número de baixas
		Varões	Fêmeas		
Comércio . . .	13	13	—	400	13
Textil.	9	1	8	639	9
Tipógrafos . . .	4	4	—	233	4
Metalúrgicos . .	4	3	1	166	5
Barqueiros . . .	3	2	1	221	3
Hoteleira. . . .	2	1	1	54	2
Automóveis . . .	1	1	—	46	1
Panificação . . .	1	—	1	54	1
Escritório . . .	1	1	—	5	1
SOMA.	38	26	12	1.822	39

A distribuição das intervenções cirúrgicas e doenças do foro médico que motivaram as convalescências, por profissões, total de dias de baixa e índices médios da duração das convalescências, foi a seguinte:

CAUSA DA CONVALESCENÇA	Número de casos	Com.	Tex.	Met.	Tip.	Bar.	Hot.	Aut.	Pan.	Esc.	Total dias baixa	Índices médio dur. conv.
Gastrectomia.	7	2	1	1	2			1			317	45,2
Histerectomia	3	1				1			1		234	78
Safenectomia.	3		2				1				52	17,3
Indeterminada	2			1	1						93	46,5
Doença foro médico	2		1	1							95	47,5
Amputação da perna	1					1					54	54
Gastrorrafia	1	1									13	13
Amidalectomia	1	1									13	13
Ablação de condroma	1									1	5	5
Curetagem uterina	1			1							43	43
Curetagem uterina (aborto)	1		1								27	27
Tiroidectomia.	1	1									82	82

Os índices médios de duração de doença — incapacidade para o trabalho, por caso e por baixa, foram os seguintes:

QUADRO N.º 24

DESIGNAÇÃO	Índices
Total de casos.	38
Total de baixas	39
Número de dias de baixa	1.822
Média de dias de doença por baixa	46,6
Média de dias de doença por caso	47,6

H — *Outras doenças do coração*

Este «grupo de causas» situou-se no 7.º lugar da «incidência geral» com 29 casos registados e a sua distribuição por profissões foi a seguinte:

QUADRO N.º 25

CAIXA SINDICAL	Número de Benef.	Número de casos	Incidência %
Barqueiros . . .	352	10	2,7
Textil.	769	9	1,1
Comércio	1.274	5	0,3
Panificação. . . .	157	2	1,2
Hoteleira	190	2	1,0
Metalúrgica. . . .	561	1	0,1
SOMA.	3.308	29	

A distribuição deste «grupo de causas» por profissões e sexos, número de baixas e dias de incapacidade para o trabalho foi a seguinte:

QUADRO N.º 26

CAIXA SINDICAL	Número de casos	Por sexos		Dias de baixa	Número de baixas
		Varões	Fêmeas		
Barqueiros. . .	10	9	1	1.179	12
Textil.	9	2	7	688	9
Comércio	5	2	3	496	5
Panificação . . .	2	1	1	121	2
Hoteleira	2	1	1	131	3
Metalúrgica . . .	1	1	—	44	1
SOMA.	29	16	13	2.659	32

QUADRO N.º 23

CAUSA DA CONVALESCENÇA	Número de casos	Com.	Tex.	Met.	Tip.	Bar.	Hot.	Aut.	Pan.	Esc.	Total dias baixa	Índices médio dur. conv.
Gastrectomia.	7	2	1	1	2			1			317	45,2
Histerectomia	3	1				1			1		234	78
Safenectomia.	3		2				1				52	17,3
Indeterminada	2			1	1						93	46,5
Doença foro médico	2		1	1							95	47,5
Amputação da perna	1					1					54	54
Gastrorrafia	1	1									13	13
Amidalectomia	1	1									13	13
Ablação de condroma	1									1	5	5
Curetagem uterina	1			1							43	43
Curetagem uterina (aborto)	1		1								27	27
Tiroidectomia.	1	1									82	82

Os índices médios de duração de doença — incapacidade para o trabalho, por caso e por baixa, foram os seguintes:

QUADRO N.º 27

DESIGNAÇÃO	Índices
Total de casos.	29
Total de baixas	32
Número de dias de doença	2.659
Média de dias de doença por baixa	83
Média de dias de doença por caso	91,6

I — *Lesões valvulares afectando o sistema nervoso central. Hipertensão sem menção de doença cardíaca. Hipertensão com doença do coração. Doença arterio-esclerótica e degenerativa do coração.*

Pelo interesse nosológico agruparam-se estes quatro «grupos de causas», dadas as suas relações clínicas, e as suas respectivas distribuições por profissões foram as seguintes:

QUADRO N.º 28

CAIXA SINDICAL	GRUPOS DE CAUSAS			
	Lesões v. afectando s. n. cen.	Hipert. s/ menção d/c.	Hipert. c/ doenç. cor.	Doen. Art. esclerót.
Barqueiros. . .	1	2	1	
Textil.		2		
Metalúrgicos . .		1		
Vinhos		1		1
Comércio	1	1		
Panificação . . .	1	1		
Org. Económicos. . .			1	
SOMA.	3	8	2	1

A distribuição por estes grupos de causas, de número de casos, dias de incapacidade para o trabalho e índices médios de duração das doenças, por caso, foi a seguinte:

QUADRO N.º 29

GRUPOS DE CAUSAS	Número de casos	Dias de baixa	Média de dias doença p. caso
Lesões vasculares afectando o sistema nervoso central	3	150	50
Hipertensão sem doença cardíaca	8	606	75,7
Hipertensão c/ doença do coração.	2	255	127,5
Doença arterioesclerótica	1	147	147

(Continua)

V I D A M É D I C A

E F E M É R I D E S

Portugal

(De 4 a 8 de Abril)

Dia 4—Na sua reunião a Direcção Administrativa do Hospital de Crianças D. Maria Pia, do Porto, pretende ampliar o edificio desta instituição, nomeadamente as instalações médicas. Estão previstos alargamentos nos serviços de R. X e Cirurgia Cardiovascular. É apreciada a proposta de remodelação do quadro médico-cirúrgico, apresentada pelo sub-director clínico, Prof. Fonseca e Castro.

—Em Lisboa, na Sociedade de Ciências Médicas, o Prof. Adélino Padesca preside a uma sessão científica, secretariado pelos Drs. Joaquim Martins e Ivaldo Fonseca.

O Dr. Adriano Burguete lê uma comunicação do seu antigo condiscípulo, Prof. Costa Sacadura, que não comparece.

A seguir, o Dr. Joaquim Martins apresenta trabalhos observados na sua clínica sobre o problema das fistulas biliares externas na sua etiologia, fisisiopatologia clínica e respectiva terapêutica.

—Em Lisboa, o Dr. Vasconcelos de Menezes, do Centro Médico-Social da M. P., profere, na Faculdade de Letras, uma palestra de divulgação da Campanha de Profilaxia da Tuberculose, que está a ser promovida por aquela organização nacional em colaboração com a Assistência Nacional aos Tuberculosos e na qual cooperam valiosamente, quer o Centro Universitário, quer as diversas associações de estudantes dos estabelecimentos de ensino superior.

—Segundo um diploma oficial, a Companhia dos Caminhos de Ferro Portugueses é autorizada a ceder ao Estado, com destino ao Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, nas condições acordadas e para o mesmo fim, todos os bens móveis que constituem o conjunto denominado Sanatório das Penhas da Saúde.

—Em reconhecimento da portaria que criou o Sindicato Nacional dos Farmacêuticos da Índia Portuguesa e do regulamento do exercício farmacêutico, a assembleia geral daquele organismo elege, por aclamação, seus sócios honorários, os ministros do Ultramar e governador geral do Estado da Índia.

5—Realiza-se, na sede do Centro Universitário do Porto, da Mocidade Portuguesa, uma conferência do Prof. Álvaro Rodrigues, que versa o tema: «Algumas impressões de uma missão oficial à Índia Portuguesa».

Assistência selecta e numerosa. Faz a apresentação o Prof. Rios de Sousa e o conferencista começa, depois, por relatar os resultados da sua viagem, feita juntamente com os Profs. Fraga de Azevedo, Cândido de Oliveira e Vaz Serra.

6—Na Academia das Ciências de Lisboa, em sessão privada da classe de Ciências, a que preside o Prof. Egas Moniz, procede-se à eleição do sócio efectivo que ocupará a vaga deixada pelo falecido Prof. Moreira Júnior. A eleição recai no Prof. Reinaldo dos Santos. Ao abrir a sessão o presidente emite um voto pelas melhoras do Dr. Júlio Dantas.

Efectua-se, a seguir, a reunião da sessão plenária da Academia, presidida também, pelo Prof. Egas Moniz.

Durante a reunião entra na sala o cientista espanhol Prof. Lopez Ibor, da Universidade de Madrid, que é muito cumprimentado.

Aquele homem de ciência é apresentado pelo Prof. Barahona Fernandes, que se refere à importância dos seus trabalhos científicos.

O Prof. Lopez Ibor apresenta à Academia uma notável comunicação intitulada «O problema corpo-alma na Medicina

actual», que a assistência acompanha com interesse.

—De Lisboa para Genebra, onde vai assistir a uma reunião de hidrologistas, segue o Dr. Mário Rosa, professor do Instituto de Hidrologia.

—No Governo Civil do Porto toma posse a Comissão Instaladora e Administrativa do Hospital Escolar do Porto, constituída pelos Profs. Hernâni Monteiro e Ernesto Moraes e pelo Dr. Coriolano Albino Ferreira, representando, respectivamente, a Comissão de Construções Hospitalares, a Faculdade de Medicina e o Ministério do Interior.

Assistem à posse o Reitor, Prof. Amândio Tavares e o Dr. Amadeu Miranda Mendes, vice-provedor da Misericórdia do Porto, tendo discursado o Governador e os empossados.

—É nomeado monitor da Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, de Coimbra, o sr. José Pinto Teles, que desempenhava as funções de Enfermeiro-chefe dos Hospitais da Misericórdia.

—O Dr. Vasconcelos Menezes repete a sua palestra na Escola Superior Colonial, em Lisboa.

7—Em Lisboa, no Serviço de Neurologia do Hospital dos Capuchos, realiza-se, uma prova de patologia, do concurso para neuro-cirurgião dos H. C. L. a que é concorrente o Dr. António Vasconcelos Marques.

—Noticia-se que a folha oficial publicou um decreto que estabelece o regimen de condicionamento a que fica sujeita a indústria de preparação de especialidades farmacêuticas e outros medicamentos, soros, vacinas e produtos congêneres para uso humano.

8—A imprensa diária noticia que está orçado em 1.640 contos o concurso público para a instalação de ascensores e montacargas eléctricos do edificio da Faculdade de Medicina da Cidade Universitária de Coimbra.

A G E N D A

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Para o provimento do lugar vago de professor catedrático da cadeira de Farmacologia e Terapêutica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

—Para o provimento do lugar de facultativo municipal do 2.º partido com sede na freguesia de Cerdal (Valença), zona sul, abrangendo esta e as freguesias de Arão, Fontoura, Gandra, S. Julião, S. Pedro da Torre, Silva e Taião.

Integrada no I Ciclo Cultural, promovido pela direcção e conselho cultural da Associação Académica, o professor da Faculdade de Medicina, Dr. A. da Rocha Brito, vai realizar uma conferência subordinada ao título «Galos e galinhas nos doutoramentos de outros tempos—A vida de um escolar de medicina no século XVI».

Estrangeiro

Em S. Paulo Brasil, devem realizar-se este ano os seguintes congressos: Panamericano de Oftalmologia, de 17 a 21 de Junho; Internacional (XIX) de Oto-rino-neuro-oftalmologia, de 11 a 17 de Junho; Latino-americano de Ginecologia e Obstetrícia, de 10 a 15 de Julho; Panamericano de Pediatria, de 15 a 21 de Julho; Panamericano de Gastroenterologia, de 19 a 27 de Julho; VI Internacional do Cancro, de 23 a 29 de Julho; para este mesmo mês está marcado o sul-americano de Angiologia.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 28-4-54 a 30-4-54)

28-4

Dr. José Abrantes da Conceição, sub-chefe de entreposto da Administração Geral do Porto de Lisboa—provido, em comissão de serviço e interinamente no cargo de adjunto do director do Hospital Miguel Bombarda, enquanto durar o impedimento do titular do cargo, Dr. Rafael Paulo dos Santos Ribeiro.

—Dr. Manuel Domingos Angélico—exonerado, a seu pedido, do lugar de médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado na Guiné, para que fora nomeado por portaria de 31 de Dezembro de 1953, inserta no «Diário do Governo» n.º 33, II série, de 9 de Fevereiro do corrente ano, lugar de que não chegou a tomar posse.

—Dr. Oscar Carlos Teixeira de Almeida—nomeado, precedendo concurso, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português e colocado em Angola, na vaga resultante de ter sido nomeado, em comissão, nos termos do artigo 4.º do Decreto n.º 34.627, de 25 de Maio de 1945, na missão de estudo e combate à doença do sono da Guiné o Dr. Carlos Gustavo Lehmann de Almeida.

—Dr. Ciro de Sousa e Andrade—nomeado, precedendo concurso, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português e colocado na Guiné na vaga do Dr. Ângelo Flecha Ançã, que, por portaria de 14 de Agosto de 1953, publicada no «Diário do Governo» n.º 210, de 8 de Setembro do mesmo ano, foi exonerado, a seu pedido.

29-4

Dr. Jaime Aurélio da Cruz Almeida Neves, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, desligado do serviço, para efeitos de aposentação.

—Dr. António Francisco Pereira Baptista, médico de 1.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, desligado do serviço, para efeitos de aposentação.

—Dr. Armando Jacques de Brito Rodrigues—nomeado, precedendo concurso, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português e colocado em Angola, na vaga do Dr. Manuel Sebastião Pedreira, que, por portaria de 1 de Junho publicada no «Diário do Governo» n.º 144, de 22 do mesmo mês do ano de 1951, foi promovido à classe imediata.

—A Câmara Municipal de Castanheira de Pera declara que, por deliberação tomada em sua sessão de 21 do corrente, resolveu nomear para médico municipal do 2.º partido, com sede no lugar do Coentral Grande, freguesia do Coentral do referido concelho o Dr. Delmino Baeta Lopes Cortés.

—Decreto-Lei que autoriza a Companhia dos Caminhos de Ferro Portugueses a ceder ao Estado, com destino ao Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, todos os bens móveis e imóveis que constituem o conjunto denominado «Sanatório das Penhas da Saúde».

30-4

Dr. João Eurico Correia Lisboa, classificado em mérito relativo no concurso para interno graduado de oftalmologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

—Dr. Luís Ribeiro de Almeida, médico de 1.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, desligado do serviço para efeitos de aposentação.

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

Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Dir. do Sanat. Sousa Martins da Guarda), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de 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 Huot (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

