

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

V ANO—N.º 133
18 de Março 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

Inyectavel

APRESENTAÇÃO

INFANTIL — 150.000 U. O. de Penicilina
NORMAL — 400.000 U. O. de Penicilina
F O R T E — 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.
Luís A. C.-R. CAYOLLA DA MOTTA— <i>Imunizações Activas contra as Principais Doenças Infecto-Contagiosas, com interesse em Saúde Pública</i>	213
M. MARQUES DA GAMA— <i>O Congresso da Sociedade Europeia de Hematologia</i>	215
MOVIMENTO MÉDICO— <i>ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS—O «Nervosismo» na patogénese do reumatismo e o valor do papel do tecido conjuntivo</i>	227
<i>Aneurismas arteriovenosos da artéria pulmonar</i>	231
<i>Aneurismas da aorta</i>	232
<i>Tratamento cirúrgico dos Aneurismas intracranianos</i>	233

SUPLEMENTO

	Pág.
<i>As receitas de estupefacientes</i> —J. ANDRESEN LEITÃO	177
<i>Ecos e Comentários</i>	178
<i>Exemplos que fundamentam a discordância com o projecto sobre a responsabilidade de encargos na assistência hospitalar</i> —M. DA SILVA LEAL	179
<i>O aviso prévio do Prof. Cid dos Santos</i>	182
<i>Noticiário diverso.</i>	

PARA A ANEMIA PROVOCADA POR CARÊNCIA DE FERRO, O

COFRON ELIXIR

(MARCA REGISTRADA)

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

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

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

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

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

Cada duas colheres das de sopa contêm:

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

À venda em frascos de 120 c.c.



ABBOTT LABORATÓRIOS, LDA.

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

Imunizações Activas contra as Principais Doenças Infecto-Contagiosas, com interesse em Saúde Pública



(Esquemas acerca das idades, tipo geral de vacinas, doses, vias de administração e revacinações mais convenientes contra as principais doenças infecto-contagiosas, especialmente as próprias da infância) (*)

LUIZ A. C.-R. CAYOLLA DA MOTTA

(Médico da D. G. S. — Interno dos H. C. L.)

Neste breve trabalho, apenas procuraremos referir, muito brevemente, algumas indicações práticas a propósito dos métodos de imunização activa (vacinação) hoje em dia mais aconselhados, na profilaxia das principais doenças infecto-contagiosas, em especial as próprias da infância.

Por se tratar de assuntos já muito debatidos e expostos em diversos trabalhos, não faremos, aqui, quaisquer considerações, gerais ou particulares, acerca das bases teóricas das vacinações, tipos de vacinas, sua preparação e padronização, indicações, estudos imunitários, experiências efectuadas, resultados obtidos, contra-indicações gerais e particulares, etc..

Referiremos, exclusivamente, uns ESQUEMAS DE VACINAÇÃO em que apenas serão abordados, para cada uma das vacinações, simples ou mixtas, a considerar, os seguintes pontos, de interesse para o médico prático: 1) idades ideais para cada primo-vacinação e para as diversas revacinações; 2) tipo geral de vacinas mais apropriado para cada caso (indicações de carácter geral); 3) doses; 4) vias de administração mais aconselhadas; e 5) revacinações.

Só serão referidas, entretanto, as vacinações que têm, no momento actual, qualquer interesse justificado em Saúde Pública, como método eficaz de profilaxia.

É pois evidente que serão particularmente consideradas as vacinações contra as principais doenças infecto-contagiosas próprias da infância e, em particular, aquelas cujo valor profilático e inocuidade suficiente já estão claramente assegurados pela prática (variola, difteria, tétano e tosse convulsa).

De entre os diversos pontos a considerar, nos esquemas que se seguem, indicam-se as normas mais recentes, preconizadas pelos diversos comités de peritos, nacionais e internacionais, algumas já oficialmente divulgadas e aconselhadas por organizações internacionais especializadas, como o «Centro Internacional da Infância» (em 1951, 1952 e 1953), os diversos comités de peritos da «Organização Mundial da Saúde» (como o «Comité de peritos de vacinações contra as doenças contagiosas correntes da infância», em 1950 e em 1953) e a última Conferência internacional daqueles peritos e dos chefes de

laboratórios preparadores de vacinas (em Dubrovnick, Out. 1952) (**).

Na primeira parte deste trabalho serão abordadas as PRINCIPAIS VACINAÇÕES COM INTERESSE EM SAÚDE PÚBLICA, CONSIDERADAS ISOLADAMENTE. Em primeiro lugar, referir-se-ão as indicações esquemáticas principais a propósito das mais importantes infectopatias próprias da infância e contra as quais existem, hoje, métodos seguros, eficazes e bastante inocuos de imunização activa, os quais, de uma maneira geral, se apontam por ordem crescente das idades em que as respectivas primo-vacinações estão mais indicadas, quando consideradas isoladamente: 1) contra a tuberculose, 2) contra a tosse convulsa, 3) contra a variola, 4) contra a difteria, 5) contra o tétano e 6) contra as febres tifoides e paratífoides. Apontar-se-ão, em seguida, 7) as vacinações contra as principais doenças «pestilências» e outras doenças exóticas, que incluem as vacinações contra o cólera, a peste, as disenterias bacilares, o tifo exantemático e outras rickettsioses e a febre amarela. Finalmente, far-se-ão algumas referências, muito breves, a 8) outras vacinações que têm, por ora, pouco ou nenhum interesse em Saúde Pública, quer porque se trata de vacinações cuja aplicação em massa, como método de profilaxia, não está indicada ou não é economicamente possível, quer porque se trata de vacinações que ainda não ultrapassaram a fase experimental (ex.: as imunizações activas contra a influenza, o sarampo, a parotidite epidémica, a raiva, a hepatite epidémica por vírus, a poliomielite, as infecções estreptocócicas e as estafilocócicas, as bruceloses, etc.).

Em uma segunda parte, mais breve, serão rapidamente considerados os esquemas mais aconselhados (na opinião dos peritos) dos PRINCIPAIS MÉTODOS DE VACINAÇÕES MIXTAS, COM INTERESSE EM SAÚDE PÚBLICA e de que só se referirão aqueles com maior interesse na profilaxia de algumas das mais importantes infectopatias da infância e que já deram seguras provas das suas eficácia e inocuidade suficientes (como é, por exemplo, o caso das vacinações duplas anti-diftérica e anti-tetânica e da vacinação triplíce anti-diftérica, anti-tetânica e anti-pertussis).

A) VACINAS (IMUNIZAÇÕES ACTIVAS) CONSIDERADAS ISOLADAMENTE

1) VACINAÇÃO CONTRA A TUBERCULOSE (pelo B. C. G.) — Se se considerar indicada, deve efec-

(*) Neste artigo, de índole essencialmente prática, não se abordam quaisquer dos problemas teóricos das vacinações, em geral ou em particular, problemas esses já tratados nesta revista. Apenas se divulgam, de uma forma esquemática, as idades ideais para a primo-vacinação, o tipo geral de vacinas, as doses, as vias de administração e as revacinações mais aconselhadas, para cada uma das principais doenças infecciosas, com especial relevo para as próprias da infância e, em particular, para aquelas para a profilaxia das quais já existem vacinas eficazes e oficialmente recomendadas pelos diversos comités de peritos de vacinações (do «Centro Internacional da Infância» e da «Organização Mundial da Saúde»).

(**) A propósito, refere-se que, de 14 a 20 de Março de 1954, se reunirá, em Franckfurt-am-Ma'n, uma nova «Conferência Internacional sobre Imunizações (activas e passivas)», em seguida à comemoração dos centenários de E. von Behring e de P. Ehrlich, conferência em que teremos a honra de participar, como delegado da D. G. S..

tuar-se logo que a criança readquire o peso de nascença. Obriga a um isolamento (não rígido), seguido de provas à tuberculina cerca de 8-10 semanas após a vacinação e, depois, cada 1-2 anos; se a criança se tornar tuberculina-negativa, e se um «B. C. G.-test» for também negativo, revacinar com o B. C. G., se se considerar indicado.

Métodos de vacinação mais indicados: por via intradérmica, por escarificação cutânea, ou por micropuncturas (o processo mais recente e, talvez, um dos melhores). O método de vacinações por via oral, que pretende conseguir, ao mesmo tempo, a imunidade e a desensibilização dos vacinados, é muito mais simples e económico e parece ser um método ideal em Saúde Pública, especialmente em países técnica e economicamente menos desenvolvidos, mas necessita ainda de estudo adicional antes de poder ser recomendado pelas autoridades sanitárias, indiscriminadamente, bem como pelos comités de peritos responsáveis.

Outros tipos de vacina contra a tuberculose, ainda em estudo e aperfeiçoamento, ainda não foram recomendados pelos comités de peritos das vacinações contra as doenças infecto-contagiosas correntes da infância (da O. M. S., da F. I. S. E., do C. I. E., etc.).

2) VACINAÇÃO CONTRA A TOSSE CONVULSA

— Vacinação, por via intramuscular profunda (especialmente se se trata de vacinas adsorvidas), entre o 3.º e o 12.º mês de vida, em três doses mensais (o intervalo entre cada dose não deve ser inferior a 4 nem superior a 12 semanas, devendo ser, habitualmente e por comodidade administrativa, de um mês); deve procurar-se que a dose eficaz esteja contida em 0,5 c.c., no máximo em 1 c.c., de líquido vacinal a injectar. Quanto à idade exacta em que a vacina anti-*pertussis* se deve iniciar, isso dependerá, um pouco, do panorama epidemiológico local e do critério das autoridades sanitárias locais, conforme as indicações fornecidas pela morbidade e mortalidade específicas por grupos etários, e as maiores, ou menores, facilidades administrativas de reunião em massa das crianças em idade para vacinar. Só dois critérios se afiguram legítimos aos peritos internacionais de vacinações (segundo as suas últimas reuniões, de 1950 e 1953):

a) *Vacinação precoce*—Se a mortalidade por tosse convulsa for, como é de regra, mais pesada no primeiro ano de vida, a vacinação anti-*pertussis* iniciar-se-á mais cedo, pelo 3.º mês de vida (em três injeções, nos 3.º, 4.º e 5.º meses); havendo mesmo muitos autores, suecos, ingleses e norte-americanos, que a iniciam já no 2.º mês de vida, uma vez que a criança passa a ser, habitualmente, susceptível já pelo 3.º mês de vida. Como os lactentes mais novos parecem não formar tão bem, nem tão completamente, anticorpos, aquele esquema exige que, antes da dose de reforço que se deve sempre fazer antes da ou à entrada para a escola, se deverá administrar, às crianças mais precocemente vacinadas, uma dose intermédia de reforço, no fim do seu primeiro ano de vida — pelo 18.º-24.º mês. Outros autores — os que iniciam a vacinação no 2.º mês de vida — fazem mesmo, por excesso de precaução, quatro doses mensais (nos 2.º, 3.º, 4.º e 5.º meses) como vacinação inicial e administram uma primeira dose de reforço pelo (14.º) — 18.º — (24.º) mês, isto é, entre a primovacinação e a segunda dose de reforço, dada à entrada para a escola. Para vacinação dos lactentes, o tipo de vacina anti-*pertussis* preferido e aconselhado pelos peritos é o das suspensões adsorvidas ou precipitadas (pelo alumínio, hidróxido de alumínio, ou fosfato de alumínio), sempre em injeção intramuscular profunda.

b) *Vacinação tardia* — Quando se não receia tanto a tosse convulsa no primeiro ano de vida, como sucede, recentemente, nos países de maior desenvolvimento técnico-económico, em que o emprego precoce e liberal de antibióticos e de quimioterápicos veio diminuir muito a mortalidade infantil por aquela doença e pelas suas complicações, então, parece mais racional fazer-se a primovacinação anti-*pertussis* no segundo semestre de vida. Neste esquema, há a certeza de que a grande maioria das crianças formarão, bem, anticorpos suficientes (se a

vacina for boa, evidentemente). Além disso, o facto de a morbidade, por tosse convulsa, ser maior no grupo 1-5 anos, do que no de menos de 1 ano, e a dificuldade administrativa de voltar a reunir todas as crianças, que já foram vacinadas no primeiro semestre de vida (quando ainda estão sob os cuidados dos centros de protecção materno-infantil), aproximadamente por altura do seu segundo aniversário (em que ainda não caíram sob a alçada sanitária das autoridades escolares), a fim de se lhes administrar a dose de reforço intermédia (pelos 18-24 meses) que a vacinação precoce implica, levam, também, muitas autoridades sanitárias a preferir a primo-vacinação no segundo semestre da vida. Argumentam ainda que, protegidas estas crianças e diminuída a morbidade específica geral (de 70 % a 85 %, se as vacinas forem eficazes), conseguir-se-á, assim, indirectamente, a protecção dos lactentes mais jovens, em que a tosse convulsa é mais grave.

Nesta segunda modalidade, a vacinação deve, pois, efectuar-se entre o 6.º e o 12.º mês, em três doses mensais, preferivelmente no 6.º, 7.º e 8.º meses de vida. Este esquema de vacinação, habitualmente, só exige uma única dose de reforço, ou revacinação, que se deve efectuar: a) ou entre os 2 e os 4 anos, b) ou, mesmo, um pouco mais tarde, à entrada para a escola, pelos 4-5-(6) anos; os 5 anos constituem, quanto a nós, a idade ideal para esta revacinação, não só por razões de ordem epidemiológica, como também por motivos de ordem administrativa.

Em qualquer dos esquemas, parece conveniente efectuar-se nova revacinação, só com uma dose de reforço também (igual sempre a uma das doses da primo-vacinação), pelos 10 anos de idade, mesmo que as crianças tenham sofrido episódios clínicos sugestivos de tosse convulsa (pois pode ter-se tratado de infecções pelo *H. paraptussis*, que não confere imunidade cruzada com o *H. pertussis*). Note-se, entretanto, que alguns autores dizem poder ser dispensável a revacinação aos 10 anos, em países, ou locais, onde as estatísticas de morbidade provarem ser rara a doença acima daquela idade.

Em todas estas vacinações tardias e nas revacinações são de preferir as vacinas constituídas por simples suspensão de bacilos, do que as vacinas adsorvidas, ou precipitadas, que dão, mais frequentemente, origem a reacções locais. Exceptuam-se, desta regra, as crianças vacinadas mais precocemente, no primeiro semestre de vida, em que as vacinas adsorvidas, ou precipitadas (pelo alumínio, ou por gels de hidróxido ou de fosfato de alumínio), permitem obter melhor resposta imunitária e não dão, geralmente, origem a reacções locais tão marcadas como entre as crianças mais crescidas.

A via de administração deve ser, sempre, a intramuscular profunda, o que minimizará as reacções locais; tal via é obrigatória nas vacinas adsorvidas.

3) VACINAÇÃO CONTRA A VARÍOLA — Deve efectuar-se logo após o primeiro trimestre de vida. Se, porventura, a vacinação contra a tosse convulsa for precoce, a anti-variólica efectuar-se-á pelo 5.º-6.º mês de vida; se aquela for tardia, pelo 3.º mês, de forma a que não coincidam. As revacinações devem efectuar-se cada 5 anos (cada 2-3 anos nas regiões tropicais e equatoriais), pelo menos, e sempre que exista qualquer risco particular de infecção.

Os únicos métodos de vacinação anti-variólica hoje preconizados, pelos comités de peritos (nacionais e internacionais), são o das micropuncturas, ou o das pressões múltiplas. É indispensável a anotação dos resultados da primo-vacinação e das revacinações, segundo as últimas recomendações dos comités de peritos da O. M. S. (notações: A, B, C e D); um resultado «negativo» obriga a tantas repetições quantas as necessárias até que se obtenha uma resposta imunitária concreta.

4) VACINAÇÃO CONTRA A DIFTERIA — Não esquecer que para jugular a difteria sabe-se, hoje, ser indispensável imunizar, e manter imunizada, pelo menos 70 % a 80 % da população infantil com menos de 10 anos de idade.

A primo-vacinação anti-diftérica efectuar-se-á no

primeiro semestre de vida, visto ser só após o 6.º mês que, em geral, se perde a habitual imunidade passiva à difteria, concedida pelas mães. Deve ser feita em 2 a 3 injeções mensais, a partir do 6.º mês de vida, portanto.

O tipo de vacina preferido e preconizado pelos peritos é o de «toxóide» (ou «anatoxina» dos autores franceses) adsorvido ou precipitado por sais minerais (alúmen, hidróxido ou fosfato de alumínio coloidal), de que bastam 2 injeções intramusculares, separadas por um mês de intervalo (não menos de 4 nem mais de 12 semanas de intervalo), para se conseguir uma boa imunidade, que, para se manter até aos 10 anos de idade, só necessitará de uma dose de reforço a administrar pelos 5 anos, ou à entrada para a escola (mesmo que a criança seja ainda, então, Schick-negativo, aquela revacinação deverá efectuar-se pelos 5 anos, segundo aconselham, em 1953, os peritos). Aos 10 anos efectuar-se-á uma nova reacção de Schick, sendo possível; para alguns autores só serão, então, revacinados (outra dose de reforço, igual, também, a qualquer das doses parciais da primo-vacinação) os Schick-positivos; entretanto, a maioria aconselha a revacinar ainda todos, aos 10 anos, mesmo os Schick-negativos (Comité de peritos de vacinações da O. M. S.). Só acima dos 10 anos será obrigatória a prova de Schick antes de qualquer vacinação anti-diftérica e só se revacinarão os indivíduos Schick-positivos.

As doses parciais devem conter a concentração necessária de toxóide (=anatoxina, dos franceses) em 0,5 c.c., no máximo em 1 c.c., de líquido a injectar, a fim de se minimizarem, quanto possível, as reacções locais.

A primo-vacinação anti-diftérica pode fazer-se, no 2.º semestre de vida, associada à vacinação anti-pertussis, com vantagem. Esta e outras associações serão, entretanto, discutidas mais à frente, a propósito das *vacinas associadas ou mistas*.

A primo-vacinação anti-diftérica de adultos, ou a revacinação de jovens com mais de 10 anos (ou de adultos) que se revelem, no decurso de uma investigação de qualquer epidemia, Schick-positivos, não se deve efectuar com o mesmo tipo de vacinas adsorvidas, ou precipitadas, que se recomendam para crianças mais novas, nem mesmo após provas de Moloney negativas, visto se sujeitarem, então, a desagradáveis reacções locais e gerais. Para tais casos, recomendam-se, como vacinas ideais, floculados de uma mistura anatoxina-antitoxina (que podem, entretanto, sensibilizar ao soro de cavalo, que serve de veículo à antitoxina), ou simples anatoxina formolizada solúvel purificada (ou toxóide solúvel purificado).

Mais recentemente, têm-se apontado e utilizado com êxito outros tipos e outros métodos de vacinação anti-diftérica nos adolescentes e adultos que, por ventura, ainda se revelem Schick-positivos e em que as vacinas até aqui em uso poderiam produzir reacções demasiado penosas. Um desses métodos modernos consiste em 3 injeções intradérmicas de 0,1 c.c., de um toxóide fraccionado pelo álcool, administradas, com um mês de intervalo entre cada uma, a todos os indivíduos com mais de 10 anos e Schick-positivos, mesmo que sejam Moloney-positivos, sendo nulas ou mínimas as reacções provocadas por este método. Um outro tipo de vacina, recentemente preconizado em casos idênticos, é o de floculados de toxóide-antitoxina dissolvidos e não adsorvidos, em uma única dose.

Outros tipos de vacinas anti-diftéricas que parecem muito eficazes e prometedoras (como, por exemplo, a anatoxina com factor adjuvante natural, a anatoxina protomina, etc.), necessitam ainda de mais algum tempo de ensaios antes de poderem ser formalmente recomendados pelos peritos internacionais, da O. M. S., do comité de vacinações.

5) VACINAÇÃO CONTRA O TÉTANO—Embora se possa administrar isoladamente, em qualquer idade, a partir do 6.º mês de vida, sob a forma de toxóide (anatoxina), adsorvido — forma preferível na infância — ou solúvel — mais indicada nos adultos —, a vacina contra o tétano é, habitualmente, associada, com vantagem, à

vacina anti-diftérica, quando se pretende administrar, pela primeira vez, às crianças ou aos lactentes.

Desde que seja administrada, pela primeira vez, no primeiro semestre de vida, em injeção intramuscular, em 3 doses de 0,5 a 1 c.c. (que devem conter a concentração necessária de toxóide), com um mês de intervalo entre cada dose (não menos de 4 nem mais de 12 semanas de intervalo), basta que a primeira dose de reforço seja dada à entrada para a escola, pelos 5 anos, e a segunda pelos 10 anos.

Doses de reforço (de 1 c.c.) devem ser dadas, depois, cada 5 anos, indefinidamente se o perigo de infecção é grande e constante (ex.: militares, jardineiros, moços de estrebria, em períodos de guerra, etc.) e sempre que se verificarem feridas suspeitas de contaminação tetânica. Neste último caso, se a vacina (dose de reforço, de um toxóide formolado solúvel) for administrada logo após o ferimento, para os indivíduos previamente vacinados segundo o esquema atrás apresentado, é, regra geral, dispensável o emprego do soro, que tem o perigo de sensibilizar ao soro de cavalo (animal em que se preparam, habitualmente, os soros anti-tetânico e anti-diftérico).

Numerosos autores afirmam, entretanto, que, após a dose quinzenal de reforço administrada pelos 25 ou, mesmo, após a administrada pelos 20 anos, a imunidade persiste por toda a vida e que só em situações apropriadas será aconselhável injectar uma dose de reforço, sempre igual às doses parciais da primo-vacinação (1 c.c., no máximo 2 c.c., de toxóide ou anatoxina solúvel).

Nas primo-vacinações anti-tetânicas de adultos, ou nas revacinações (doses de reforço) de crianças com mais de 10 anos, deve empregar-se, exclusivamente, toxóide, ou anatoxina, simples solúvel (preferivelmente purificado), em vez de vacinas adsorvidas.

6) VACINAÇÃO CONTRA AS FEBRES TI-FOIDE E PARATIFOIDES — Em regiões de endemia é aconselhável fazer, ao mesmo tempo do que a vacinação dos adultos, também a vacinação das crianças, a qual, para alguns, se pode já iniciar aos 12 meses de vida, enquanto que, para outros, não deve começar antes dos 18-24 meses e, para outros ainda, só a partir do 5.º ano de vida. A grande maioria dos autores modernos aconselham, em período de epidemia, a vacinação de toda a população em causa, a partir dos 2 anos de idade, inclusivé.

Faz-se em três doses parciais, administradas com 1 a 4 semanas de intervalo entre cada uma, por via subcutânea, com uma vacina trivalente, preparada, preferivelmente, com estirpes locais. As doses parciais são, habitualmente, de 0,5, 1 e 1 c.c. (metade para crianças dos 2 aos 10 anos) e, embora se administrem, em geral, com 1 semana de intervalo, parece obter-se melhor resposta imunitária se esse intervalo for de 2 a 4 semanas ou, até, de um mês; em períodos de epidemia, interessa, contudo, abreviar aquele intervalo para 1-2 semanas.

A revacinação, com uma dose igual à última dose da primo-vacinação, deve fazer-se cada 1-2 anos, no caso de persistirem as condições locais, ou profissionais, de risco. Hoje, julga-se, em regra, suficiente a revacinação cada 2 anos.

Certos autores afirmam que após 5 a 10 revacinações anuais, ou cada dois anos, se adquire uma boa imunidade para toda a vida, passando só a ser justificada qualquer dose de reforço em casos de epidemia, ou em qualquer outra circunstância em que o risco de infecção seja grande.

De passagem, salienta-se que o perigo da «fase negativa» post-vacinal, apontada por tantos autores, não parece ser de temer, como a prática o tem demonstrado.

Quanto ao tipo, ou tipos, mais aconselhados, de vacinas anti-tifoides e paratifoideas (T. A. B.), embora o assunto transcenda a modesta índole deste artigo-esquema, salienta-se que, na opinião dos peritos, existem, com valor muito aproximado, diversos tipos bons de vacinas mortas (especialmente as de tipo Felix, em que as bactérias são mortas pelo álcool), desde que as estirpes de bacilos tíficos

e paratíficos obedeçam a um certo número de condições indispensáveis, que estaria fora da índole deste trabalho apontar.

7) VACINAÇÕES CONTRA AS PRINCIPAIS DOENÇAS «PESTILENCIAIS» E OUTRAS «DOENÇAS EXÓTICAS» — Outras vacinações mais raras, ou «exóticas» (contra as doenças «pestilenciais», como a *febre amarela*, *disenterias bacilares*, o *tifo exantemático* e outras *rickettsioses*, o *cólera*, a *peste*, etc.), só estão indicadas em certas regiões do globo, onde aquelas doenças são frequentes, ou para viajantes que a elas se destinam, e são reguladas por convenções internacionais. Excepto a da febre amarela, que se pode administrar sem perigo desde a nascença, qualquer das outras só é aconselhável, pelo menos, após o (6.º)-12.º mês de vida, quando não mais tarde.

Não se permitirão, habitualmente, associações destas vacinações «exóticas», entre si, ou com as mais comuns (atrás apontadas), e, até, se preferirão espaçadas, no caso de terem de se efectuar diversas vacinações (comuns e «exóticas»).

No caso particular da febre amarela, chama-se, especialmente, a atenção para o facto de que se se tiver que efectuar, também, uma vacinação, ou revacinação, anti-variólica, esta deve, sempre que possível, seguir aquela, pelo menos umas (2)-3-4 semanas após a vacinação anti-amarílica.

Apenas de passagem, apontam-se algumas indicações, breves e esquemáticas, acerca de algumas vacinações «exóticas», exclusivamente a propósito dos pontos, limitados, já atrás definidos na introdução.

a) *Vacinação contra o Cólera* — Pode fazer-se em todos os indivíduos em que esteja indicada, a partir do 1.º aniversário, mas não nos lactentes; entretanto, só raramente se aconselha antes dos 2 anos de idade. Fazia-se em 3 injeções subcutâneas, de 0,5 a 1 c.c., de suspensões bacterianas mortas, mas sabe-se, hoje, serem suficientes duas injeções, de 0,5 c.c. e de 1 c.c., com 1 a 3 semanas de intervalo; nas crianças com menos de 5 anos, metade da dose. Dose de reforço, de 0,5 a 1 c.c., cada 6 meses (ou anualmente, segundo alguns autores), sempre que se habitar em região de endemia, ou em períodos epidémicos, pois o período de imunidade concedida (imunidade, de resto, nunca total) parece não ser, com segurança, superior a 6-(12) meses.

b) *Vacinação contra as Disenterias bacilares* — Vacinas mixtas em 3 doses, de 0,5, 1 e 1 c.c., administradas, por via subcutânea, com intervalos de 1 semana (até 2-3 semanas). Doses de reforço cada 6 meses, se se julgar indicado. Nas crianças com menos de 3-5 anos, administrar-se-á metade da dose; não vacinar crianças com menos de 1-2 anos.

c) *Vacinação contra a Peste* — Vacinas mortas e vacinas vivas atenuadas, estas com maior poder protector, embora não completo. Injeção subcutânea de duas doses de 0,5 c.c., com um intervalo de 7-14 dias. Doses de reforço, se for indicado manter a imunidade, cada 3 a 6 meses, conforme o grau de risco da infecção. Não é aconselhável vacinar crianças com menos de 1-2 anos de idade (nas crianças só se devem empregar vacinas mortas). Ensaio prometedores parecem mostrar que as vacinas vivas atenuadas, em inalações pulmonares, têm um certo valor na profilaxia da peste pulmonar, para a prevenção da qual se têm revelado impotentes as outras vacinas comuns. Os comités internacionais de peritos ainda se não pronunciaram, definitivamente, a favor de qualquer tipo de vacina, deixando isso ao critério das autoridades sanitárias locais.

d) *Vacinação contra o Tifo exantemático* — Vacinas simples, ou mixtas (estas incluindo vacina contra o *tifo epidémico* e vacina contra o *tifo murino*), que, embora não protejam em absoluto, permitem que os vacinados sofram formas muito benignas da infecção; note-se que, com o emprego dos modernos insecticidas, raticidas e com os antibióticos de largo espectro de acção, estas vacinas contra o tifo exantemático, bem como as contra a

peste e algumas outras doenças «exóticas», perderam muito da sua importância, por motivos óbvios. As vacinas, simples ou mixtas, contra o tifo exantemático, mais uniformemente recomendadas são as preparadas segundo o método de Cox e devem administrar-se em três doses idênticas, de 1 c.c. (0,5 c.c. nas vacinas mais concentradas), por via subcutânea e com intervalos de 1 (a 3-4) semanas entre cada dose; aquelas doses devem reduzir-se a metade em crianças com menos de 2-3 anos. Tais vacinas podem administrar-se a partir do 6.º mês de vida, mas só excepcionalmente se fazem a crianças com menos de 1 ano. Note-se que as reacções gerais verificadas após estas vacinações costumam ser menores nas crianças do que nos adultos. Devem efectuar-se revacinações (uma dose de reforço de 1 c.c., do mesmo tipo de vacina) anualmente, se se quiser manter a imunidade adquirida em nível adequado.

e) *Vacinações contra outras Rickettsioses* — Não só não têm, hoje, interesse prático, como também ainda nem sequer passaram do plano experimental.

f) *Vacinação contra a Febre Amarela* — Dois tipos: α) *Vacina Rockefeller 17 D* — Vacina preparada a partir de uma estirpe de um vírus vivo atenuado, adaptado ao macaco, liofilizada, para dissolver no momento do emprego e se administrar em injeção subcutânea; é a mais inócua de todas e muito eficaz. Pode ser administrada a recém-nascidos, sem qualquer perigo; consiste em uma única injeção subcutânea de 0,5 c.c., dose esta idêntica para adultos, crianças e lactentes. A imunidade que confere mantém-se por 4-6-8 anos; pelas convenções internacionais da O. M. S. a revacinação — para todos aqueles que se dirigem às ou que vêm das zonas de endemia — deve efectuar-se de 4 em 4 anos (mais recentemente, alargou-se este período para 6 anos), sempre com uma dose de reforço idêntica (0,5 c.c.). β) *Vacina do Instituto Pasteur de Dakar* — Vacina preparada de uma estirpe viva neurotrópica de um vírus atenuado adaptado ao ratinho, liofilizada também, mas para administrar em escarificações cutâneas (3 escarificações de 6-8 mm. cada, sobre 3 gotículas da vacina). Só se deve administrar a adultos (com mais de 15 anos, inclusivé); e está sobretudo indicada, segundo os autores franceses, para os indivíduos em maior perigo de contrair a febre amarela selvática. Em locais de grande e permanente perigo, admitem-se revacinações cada 2 anos, embora sejam habitualmente suficientes cada 4-6 anos. Em certos casos, a vacina tipo β) faz-se cerca de 2-3 semanas após a tipo α), com o fim de conseguir uma imunização mais intensa e mais duradoura, nos casos em que o risco da infecção é mais de recear. Já acima se referiu o inconveniente perigoso da associação da vacina anti-amarílica com a anti-variólica (maior perigo de encefalites post-vacinais); devem efectuar-se com, pelo menos, 3 semanas de intervalo, devendo, caso possível, aquela preceder esta última.

8) OUTRAS VACINAÇÕES (*pouco difundidas como método de profilaxia em massa, ou ainda em estudo*) — Faz-se, finalmente, uma breve referência a algumas outras vacinações contra certas doenças comuns, mas que estão ainda hoje pouco difundidas, ou porque o seu largo emprego não é ainda possível ou se não recomenda, ou porque não têm interesse em Saúde Pública, bem como a outras vacinações que não passaram ainda da fase experimental, embora esta pareça prometedora. Estão, por exemplo, no primeiro caso as imunizações activas contra a *gripe ou influenza*, contra a *raiva*, contra as *infecções estreptocócicas*, contra as *infecções estafilocócicas*, contra a *parotidite epidémica*, etc.; e, no segundo caso, as vacinações contra as *bruceloses*, contra a *coriza comum*, contra o *sarampo*, contra a *hepatite epidémica por vírus*, contra a *poliomielite*, etc..

Por se tratar de vacinações ainda não lançadas na prática corrente (como as que anteriormente se referiram), e que, em muitos casos, ainda nem sequer passaram da fase experimental, bem como porque o emprego, em massa, de qualquer delas não parece ser, por ora, possível, nem económica ou sanitariamente justificado, não se farão

P V R

Imunoterápia não específica associada à Penicilina

COMPOSIÇÕES

Injectável

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G	600.000 U.
Penicilina G Procaínica	300.000 U.
Penicilina G Potássica	100.000 U.
Soro imunizante não específico de antígenos lipoproteicos e sais biliares associados a essências antissépticas	5 c. c.

Supositórios

1.000.000 U.

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G	600.000 U.
Penicilina G Procaínica	300.000 U.
Penicilina G Potássica	100.000 U.
Suspensão imunizante não específica, preparada com albuminóides, gorduras animais e sais biliares	0,3 grs.
Quinina básica	0,120 >
Gomenol	0,001 >
Eucaliptol	0,001 >
Cânfora	0,001 >
Vitamina A	30 000 U.
Vitamina D ₂	3.000 U.
Manteiga de cacau q. b. p.	3 grs.

500.000 U.

Metade da dose da composição anterior.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Terapêutica e profilaxia dos resfriados e, duma maneira geral, em todos os estados infecciosos, susceptíveis à Penicilina, em que se pretenda activar as defesas naturais do organismo.

APRESENTAÇÃO

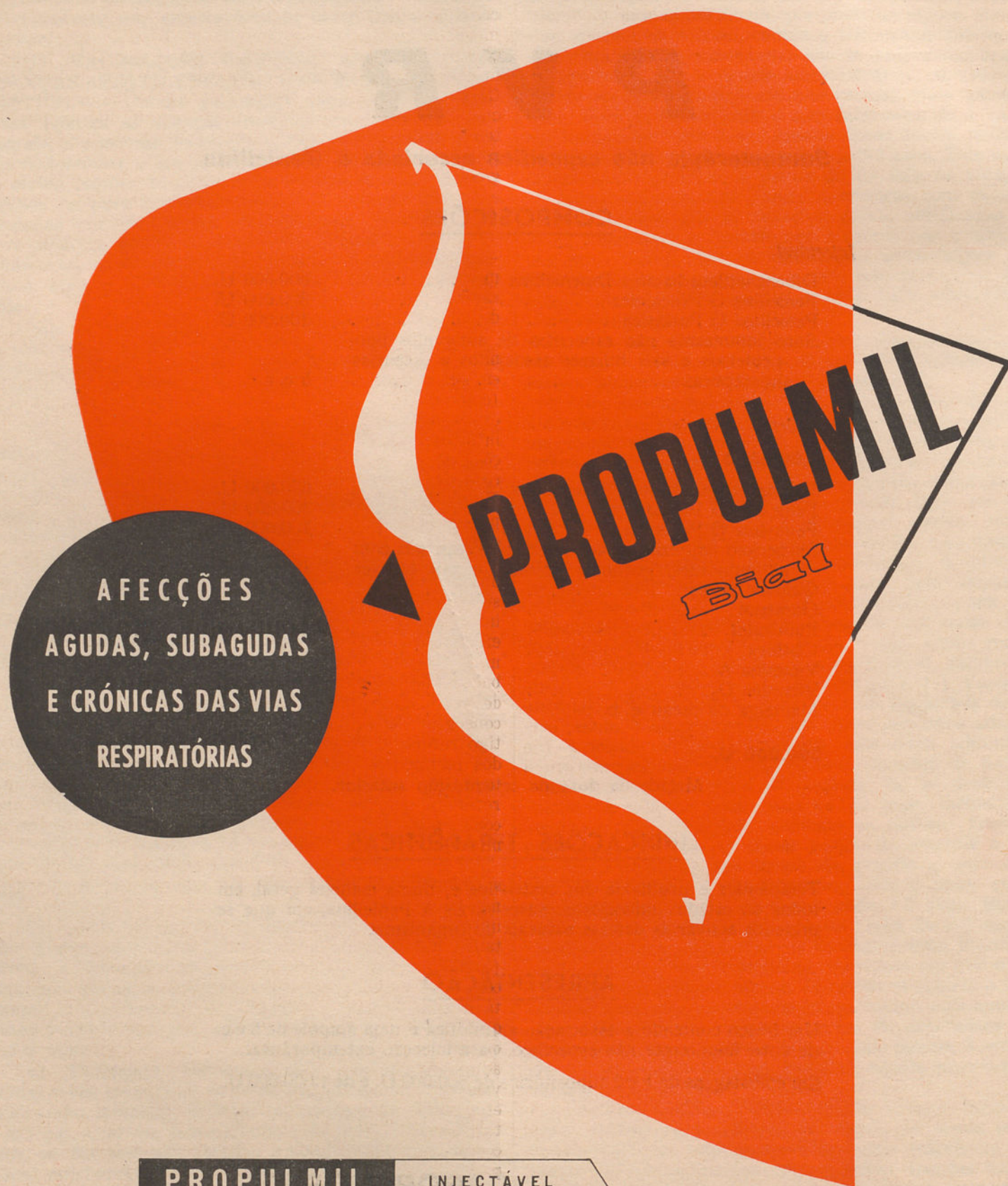
Um frasco contendo a associação antibiótica e uma ampola de 5 c.c. de soro imunizante não específico, para injeção extemporânea.

Em embalagens de 1 e 2 supositórios de 500.000 U. e de 1.000.000 U.



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



AFECÇÕES
AGUDAS, SUBAGUDAS
E CRÓNICAS DAS VIAS
RESPIRATÓRIAS

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.

quaisquer considerações, ainda que breves, a seu respeito. Apenas a título de excepção e por curiosidade de momento se apontam breves notas a propósito das vacinações contra a gripe, a poliomielite, o sarampo, a parotidite epidémica, as infecções estreptocócicas e estafilocócicas, as bruceloses e a raiva (exclusivamente acerca dos únicos pontos que, sobre vacinações, se têm abordado neste breve trabalho).

a) *Vacinação contra a Influenza, ou Gripe* — Embora se possam já conseguir resultados muito apreciáveis com esta vacinação, ela enferma de algumas desvantagens que não permitem ainda que seja oficialmente recomendada pelos diversos comités de peritos que dela se têm ocupado. As suas principais desvantagens, quanto ao seu emprego em massa, são: 1) impossibilidade de preparação em quantidades suficientes, 2) custo elevado, 3) protecção limitada, 4) reacções locais, às vezes consideráveis, especialmente com as vacinas que permitem obter uma imunidade mais prolongada, e, principalmente, 5) impossibilidade de protecção contra uma epidemia causada por qualquer nova estirpe que não esteja incluída na vacina e que seja, antigénicamente, muito diferente das estirpes vacinais. Hoje, pretende-se que as vacinas anti-influenza englobem o maior número das estirpes conhecidas mais frequentes, geralmente na proporção de cerca de 20 % do tipo B com 80 % do tipo A (incluindo-se, entre estas, desde 1947, a estirpe F. M. 1, do sub-tipo A¹, muito importante sob o ponto de vista profiláctico). As vacinas constituídas por simples suspensões formolizadas de líquido alantoideu de ovos infectados apenas permitem uma imunidade de escassa duração — 1,5 a 3 meses, no máximo —, sendo, sob este ponto de vista, um pouco superiores as preparadas por adsorção, ou precipitação, pelo fosfato de alumínio coloidal. Mais recentemente, o emprego de adjuvantes tem permitido alongar o período de duração da imunidade concedida; parecem especialmente prometedoras aquelas que incluem, como adjuvantes, certos óleos minerais muito fluidos (como o «bayol F») e um detergente (como o «arlacel A»), que permitem a obtenção de anticorpos específicos em nível 20 vezes superior ao obtido com as outras vacinas, persistindo a imunidade, ao que parece, por 1 ano pelo menos e, provavelmente, mesmo por 2 anos. É deste tipo, por exemplo, a recente vacina anti-influenza do exército dos E. U. A., que se faz, na dose de 0,5 c.c., por via subcutânea, com revacinações, se indicado, cada 1-2 anos; note-se que este tipo de vacina pode dar origem a reacções locais penosas. Oficialmente, ainda se não aconselha, por ora, qualquer tipo de vacina contra a influenza.

b) *Vacinação contra a Parotidite epidémica* — Têm-se obtido já resultados muito animadores, nos E. U. A., Inglaterra e França, com vacinas mortas preparadas de culturas em ovos. Aplicam-se por via subcutânea, na dose de 0,5 c.c., ou por via intradérmica na de 0,1 c.c., preferivelmente em 2 injeções, com 2 semanas de intervalo. Obtiveram-se também bons resultados com pulverizações de vírus morto, ou atenuado, à entrada do canal de Stenon. Pode fazer-se a vacinação, se se julgar aconselhada, a partir de 1-2 anos de idade; nada se sabe ao certo, entretanto, acerca dos períodos de imunidade conferida pela vacinação, nem da conveniência de revacinações. A vacinação contra a parotidite epidémica não está, contudo, oficialmente recomendada pelo comité de peritos da O. M. S., porque, enquanto não houver a segurança de que aquela vacinação protege definitivamente, por toda a vida, corre-se o risco, ao vacinar as crianças mais jovens, de poder retardar o aparecimento de uma infecção que, regra geral benigna, só é grave após a puberdade, pelas consequências que pode trazer, então, sobre as gónadas.

c) *Vacinação contra as Infecções Estreptocócicas (em particular contra a Escarlatina)* — Os peritos do comité internacional de vacinações contra as doenças infecciosas mais comuns da infância, são de opinião que, dadas a relativa benignidade da escarlatina, nos últimos anos, em todo o mundo, e a facilidade que presentemente existe em se poderem dominar, rapidamente, a grande maioria das in-

fecções estreptocócicas com os modernos antibióticos, bem como o conhecimento de métodos simples, eficazes e económicos de quimio e de antibiótico-profilaxia daquelas infecções, a vacinação anti-estreptocócica não tem, presentemente, qualquer indicação habitual, como método de profilaxia em massa, em Saúde Pública. Pensam, entretanto, que vacinas mais eficazes e melhores, do que as que existem presentemente, podem, eventualmente, vir a ter interesse na profilaxia da escarlatina, por exemplo, em regiões em que a doença se manifeste com maior gravidade e virulência, ou em indivíduos particularmente expostos (ex.: enfermeiras de enfermarias de escarlatinosos, etc.).

d) *Vacinação contra as Infecções Estafilocócicas* — Apenas têm indicações clínicas e só muito excepcionalmente se poderá encarar a sua aplicação em massa (mesmo assim só em certas pequenas colectividades). Tipos e doses de aplicação muito individuais e variados.

e) *Vacinação contra as Bruceloses* — Embora tenha já sido possível obter alguns sucessos profilácticos em certas espécies pecuárias, com vacinas vivas atenuadas (como é o caso do B-19 para os bovinos, por exemplo), não existe ainda nenhuma vacina para aplicação humana, com intuídos profilácticos, que reúna, ao mesmo tempo, condições de real eficácia (no sentido da profilaxia) e de inocuidade, que permitam a sua recomendação pelos peritos. Estão em curso alguns ensaios acerca destas vacinas, mas parece estar-se ainda longe de se conseguir uma solução com interesse epidemiológico prático.

f) *Vacinação contra a Raiva* — De aplicação apenas limitada aos indivíduos com ferimentos ou contactos suspeitos, segundo as normas que todos conhecem e não interessa referir em pormenor. Nos últimos anos têm-se efectuado tentativas para o aperfeiçoamento de vacinas mais inócuas, melhor suportadas e não causando perturbações neurológicas e parece que as preparadas a partir de culturas em ovos embionados poderão, talvez, vir a conseguir tal desiderato. Sairia fora do âmbito deste artigo referir dosagens, em relação às idades, peso e datas dos ferimentos dos vacinados, visto se tratar de um método de vacinação especializado. Apenas de passagem, refere-se que nas mordeduras mais profundas o emprego concomitante de soro animal hiperimune parece ter permitido muito bons resultados.

g) *Vacinação contra a Poliomielite* — Embora ansiosamente aguardado, tal método de imunização activa não passou ainda da fase de ensaio, embora já existam interessantes experiências em campo, algumas de resultados muito animadores. Umhas vacinas empregam vírus (cultivados em tecidos) mortos, em suspensão simples ou com adjuvantes (que pretendem aumentar o poder imunizatório e, sobretudo, prolongá-lo por mais tempo), enquanto que outras vacinas se compõem de vírus vivos atenuados ou apatogénicos para o homem (como, por exemplo, o vírus adaptado ao cérebro de coelhos). Não é possível citar doses, vias de administração, períodos de imunidade concedida, etc., visto tudo se encontrar ainda em plano experimental; crê-se, entretanto, que, muito brevemente, se poderão conseguir vacinas eficazes, seguras, baratas e facilmente padronizadas. A propósito, refere-se que, nos últimos dois anos, se tem divulgado, especialmente nos E. U. A., um método de profilaxia da poliomielite por meio de imunizações passivas, através da administração de soro-globulina imune (=gama-globulina); trata-se, contudo, de um método que nada tem a ver com a imunização activa, único assunto de que o presente artigo se ocupa. Quanto a nós, o futuro da profilaxia da poliomielite está no aperfeiçoamento dos seus métodos de vacinação (imunização activa) e não nos de protecção passiva (*).

h) *Vacinação contra o Sarampo* — Não se conhece qualquer agente imunizante activo eficaz contra esta in-

(*) Em futura publicação, a aparecer, dentro em breve, neste mesmo jornal, procuraremos fazer uma mais detida revisão dos problemas de imunização (activa e passiva) na poliomielite (*Poliomielite: principais métodos da sua imunização específica*).

fecção da infância e, no caso de tal se vir a conseguir, só interessará, na prática, se for capaz de conferir imunidade perpétua com uma única dose e com um mínimo de riscos; na realidade, se assim não for, uma vacina que confira uma protecção apenas temporária, limita-se a afastar o aparecimento do sarampo, da segunda infância (onde ele é mais benigno) para mais tarde, inclusive para a idade adulta, onde é, habitualmente, mais grave. Aqui, como no caso da parotidite epidémica, na falta de uma vacina naquelas condições, é preferível deixar que as crianças se imunizem, para toda a vida, pelos meios naturais, isto é, através dos contactos e infecções (tantas vezes benignas ou, até, inaparentes, embora quase sempre imunizantes); e só em casos especiais, se procurará evitar, ou, pelo menos, atenuar, a infecção dos contactos, por intermédio da administração de soro de convalescentes, ou de gama-globulina (métodos de imunização passiva temporária).

i) *Vacinação contra a Hepatite epidémica comum (por vírus)* — Embora se refiram resultados preliminares encorajadores, a limitada produção do vírus, em culturas *in ovo*, tènicamente difíceis, não permitiu ainda que esta vacinação tenha ultrapassado a sua fase experimental. O simples emprego de provas intradérmicas específicas parece poder conceder, só por si, uma certa imunidade.

j) *Outras vacinações* — Estão fora do âmbito deste trabalho quaisquer considerações acerca de outros processos de imunização activa com pouco, ou nenhum, interesse em Saúde Pública.

B) VACINAS (IMUNIZAÇÕES ACTIVAS) MIXTAS, OU ASSOCIADAS, PRINCIPAIS (*)

1) *VACINAÇÃO MIXTA CONTRA A DIFTERIA E O TÉTANO* — São especialmente indicadas as vacinas tipo toxóide adsorvido, ou precipitado, pelo alumínio, hidróxido de alumínio, ou fosfato de alumínio (este último sal é, modernamente, considerado melhor do que qualquer dos outros dois, para o fim em vista). Devem ser administradas a partir do 6.º mês de vida, em 2 ou 3 injeções intramusculares, cada uma de 0,5 a 1 c.c., que deve conter a dose necessária de toxóides; aquelas injeções far-se-ão com o intervalo de 1 mês (mínimo de 4 e máximo de 12 semanas de intervalo). Uma dose idêntica de reforço será administrada aos 5 anos (ou, pelo menos, à data da entrada para a escola); contudo, segundo alguns autores, parece ser aconselhável injectar, antes da vacinação à data da entrada para a escola, uma prévia dose de reforço, um ano após a primo-vacinação (18.º-20.º-24.º mês de vida), especialmente nos países, ou locais, em que a entrada para a escola primária se faz mais tarde, ou em que não existam escolas pré-infantis. Uma terceira dose, idêntica, de reforço far-se-á pelo 10.º ano de vida (saída da escola, entrada no liceu).

A partir desta idade só se devem administrar doses de reforço apenas de toxóide tetânico, solúvel, por via sub-cutânea, ou de toxóide adsorvido ou precipitado, por via intramuscular, cada 5 anos, como atrás se disse em A) 5).

2) *VACINAÇÃO MIXTA CONTRA A DIFTERIA, O TÉTANO E A TOSSE CONVULSA* — Embora se trate de vacinas muito popularizadas nos últimos anos e disfrutando de incontestáveis vantagens, especialmente sob o ponto de vista económico e administrativo, que as tornam particularmente úteis em Saúde Pública, os peritos do Comité de vacinações da O. M. S. (em 1953) não podem ainda recomendar oficialmente o emprego indiscriminado destas vacinas tríplexes, visto

não existir por ora, em seu entender, número suficiente de experiências em campo que respondam satisfatoriamente a todas as questões que a sua administração põe. (Assim, por ex.: embora já se saiba, com segurança, que a imunização anti-diférica não é perturbada, se é que não é exaltada, pela adição de suspensões do *H. pertussis*, não há ainda, contudo, provas suficientes de que se não verifica qualquer diminuição do poder imunitário do componente anti-*pertussis*, pelos toxóides diftérico e tetânico; como também ainda se não sabe bem se é maior a percentagem de reacções locais e gerais com estas vacinas mixtas do que com as vacinas simples, nem se é maior, com aquelas, como alguns autores têm apontado, o risco do desencadeamento de uma poliomielite, sem ou com paralisia particular do membro injectado; etc.).

De qualquer maneira, os peritos da O. M. S. reconhecem, a este tipo de vacina mixta, ou associada, grande valor e recomendam um aumento das investigações acerca da sua eficácia, complicações, etc., em todo o mundo. E, apesar de tudo, não contraídicam, habitualmente, a sua aplicação; apenas não se julgam de posse de um número suficiente de elementos que lhes permita recomendá-las, oficialmente, tão categórica e indiscriminadamente como o fazem para com os componentes imunitários, isolados, daquela associação tríplex.

Só se devem empregar, como vacinas mixtas tríplexes, vacinas com toxóides (=anatoxinas), diftérico e tetânico, altamente purificados, adsorvidos ou precipitados por sais minerais especiais de grande pureza (alúmen, hidróxido de alumínio coloidal ou, preferivelmente, fosfato de alumínio coloidal), a que, um pouco mais tarde, se adicionará uma suspensão de *H. pertussis*, preparada segundo condições especiais, que os peritos apontam. (Hoje, parece importante deixar «envelhecer», um pouco, as preparações de toxóides adsorvidos, antes de se lhes acrescentar a vacina anti-*pertussis* que, se se junta demasiado cedo, parece ir desalojar, parcialmente, os toxóides das partículas coloidais metálicas). Estas vacinas mixtas devem conter as doses necessárias (apontadas pelos peritos da O. M. S.), de toxóides diftérico e tetânico e de *H. pertussis*, em 0,5 c.c., ou em 1 c.c. como máximo. Devem administrar-se, sempre, por via intramuscular profunda, a fim de evitar a formação de abscessos estéreis, ou outras reacções locais penosas. O meio de conservação ideal destas vacinas parece ser o mertiolato (ou talvez, também, os novos desinfectantes catiónicos derivados de bases quaternárias de amónio), mas nunca o fenol (que algumas vacinas ainda utilizam).

Quanto à idade ideal para a sua administração, há aqui a considerar, como na vacinação contra a tosse convulsa e, justamente, porque esta vacina tríplex contém o componente anti-*pertussis*, dois esquemas diferentes de vacinação, cada um com os seus defensores, mas cuja escolha final deve derivar, em última análise, do estudo da morbimortalidade, das facilidades económicas, sociais e administrativas e de outras características locais. Serão as Autoridades Sanitárias locais que dirão, para cada país, ou região, qual o esquema preferível, a adoptar, para a administração destas vacinas tríplexes:

a) *Vacinação precoce* — Inicia-se sempre no primeiro semestre de vida, pelo 3.º mês (2.º, 3.º ou 4.º mês, conforme os autores), e consiste na administração de, pelo menos, 3 doses. Há quem administre 4 doses, sobretudo se se começa no 2.º mês e se as estatísticas sanitárias locais revelam a existência habitual de muitos casos de tosse convulsa, com uma mortalidade elevada, de cerca de 70 %, ou mais, no primeiro ano de vida e, muito particularmente, se um número importante de mortes ocorre abaixo dos 6 meses de idade. As 3 (ou 4) doses parciais devem ser injectadas com intervalos de 1 mês (4 semanas como mínimo e 12 como máximo, parecendo ser ideal o intervalo de 5-6 semanas, embora o de 1 mês seja, administrativamente, mais indicado).

A primeira dose de reforço, igual a uma das doses parciais, deve administrar-se cerca de 1 ano depois, pelo (15.º)-18.º-20.º-(24.º) mês de vida. Uma segunda dose de reforço, desta vacina tríplex, será administrada pelos 5

(*) Apenas se referem as vacinas mixtas com maior interesse na infância e as únicas recomendadas pelos comités internacionais de peritos da especialidade (da O. M. S., F. I. S. E., C. I. E., etc.).

anos, o que coincide, mais ou menos, com a entrada para as escolas pré-infantis. Aos 10 anos, injectar-se-á outra dose de reforço, que, para alguns autores, poderá ser já, exclusivamente, de uma vacina dupla, apenas com toxóides diftérico e tetânico, visto ser, a partir daquela idade, já bastante remota a possibilidade de uma tosse convulsa; muitos outros autores, entretanto, administram ainda a vacina tríplice completa (uma dose de reforço) aos 10 anos de idade. A partir de então, só é legítima a administração periódica do toxóide tetânico (adsorvido por sais metálicos, como os acima indicados, ou, preferivelmente, sob a forma de toxóide formulado solúvel — melhor suportado pelos adultos —), cada 5 anos e sempre que outras circunstâncias o indiquem — ver A) 5) e B) 1).

Embora não seja económico, prático, nem viável, em um programa de Saúde Pública, uma administração mais frequente de doses de reforço do que a que se acaba de indicar, é evidente que, sempre que possível, e, especialmente, em clínica privada, as doses de reforço se devem procurar injectar não só um ano e 4-5 anos após a primo-vacinação, como ainda mais frequentemente — por exemplo, com intervalos de 2, ou, mesmo, de um só ano, até à ocasião da entrada para a escola, desde que, como é evidente, não exista qualquer contra-indicação. Após a entrada para a escola é que já não vale a pena fazer outro reforço, senão pelos 10 anos de idade, no fim da escola infantil.

Vantagens principais da primo-vacinação mixta tríplice (anti-difteria, tetânica, e tosse convulsa) quando efectuada precocemente, como atrás se indicou: 1.^a) protege as crianças contra a tosse convulsa o mais cedo possível, evitando, assim, a grande mortalidade infantil causada por esta infecção (a qual é de cerca de 70 % até ao fim do primeiro ano de vida), infecção que é sobretudo de reacar nos lactentes com menos de 6 meses de idade, em que é, quase invariavelmente, fatal; 2.^a) o número total de injeções imunizantes, a receber por cada criança que se queira vacinar contra a tosse convulsa, na idade mais apropriada, será menor se se empregarem estas vacinas tríplices, segundo o esquema de administração precoce, do que se se administrasse, a cada criança, apenas a vacina anti-*pertussis* isolada, pelo 2.^o-3.^o mês de vida, e as outras vacinas se administrassem só mais tarde; 3.^a) o risco de aparição de uma poliomielite, ou de uma paralisia paralisia, como sequela post-vacinal eventual, é muitíssimo mais remota entre as crianças cuja imunização é precoce (começando pelo 3.^o mês), visto a poliomielite ser, habitualmente, muito rara entre as crianças com menos de 6 meses de idade.

Inconvenientes da primo-vacinação tríplice precoce: 1.^o) se é certo que a mortalidade por tosse convulsa é maior antes do primeiro aniversário, também é certo que a maior morbidade por aquela doença (cerca de 90 %), bem como as mais elevadas morbidade e mortalidade por difteria, só se verificam entre 1 e 5 anos de idade, o que poderia dispensar, em parte, uma vacinação tríplice muito precoce e indicar, pelo contrário, como mais vantajoso, o iniciar-se, aquela vacinação, só após o primeiro semestre de vida; 2.^o) a imunidade conseguida pela vacinação dos lactentes com menos de 6 meses é inferior à obtida nos com idade superior; e, se é certo que uma dose de reforço efectuada por altura do 2.^o aniversário, entre as crianças que foram, previamente, imunizadas muito precocemente (como acima se indicou, a propósito do método de vacinação precoce), é, então, excelente, por exaltar as defesas específicas na ocasião em que a morbidade por tosse convulsa e difteria é máxima, também é verdade que, habitualmente, é administrativamente difícil fazer reunir todas as crianças daquela idade, numa altura em que deixaram de estar sob a vigilância dos centros de protecção infantil, ou materno-infantil (até ao ano) e em que, por outro lado, ainda não estão integrados nos serviços de saúde escolar; 3.^o) pelo que atrás se indicou, são óbvias as dificuldades práticas e económicas de fazer cumprir, com rigor, um esquema correcto de imunizações mixtas tríplices de início precoce, como anteriormente se referiu.

b) *Vacinação tardia* — Deve efectuar-se em 3 injeções intramusculares profundas, dadas com um mês de intervalo (4 semanas como mínimo e 12 meses como máximo), e administradas no segundo semestre de vida, embora antes do primeiro aniversário. Pode, pois, iniciar-se entre o 6.^o e o 10.^o mês, mas, geralmente, costuma começar-se pelo 6.^o-8.^o mês. Com este esquema, de início um pouco mais tardio do que o indicado em B) 2) a), apenas parece ser indispensável uma dose única de reforço (igual a uma das doses parciais), a administrar pelos 5-6 anos de idade, isto é, aproximadamente, na altura da entrada para a escola, ou para qualquer organismo pré-escolar; trata-se de uma óptima altura, visto recair sobre uma idade em que quase todas as crianças já estão ou devem estar sob vigilância médica obrigatória (Saúde escolar). Uma nova dose de reforço de vacina tríplice será administrada, com vantagem, à saída da escola primária, pelos 10 anos de idade.

A partir desta idade, só se justifica, habitualmente, a revacinação quinquenal contra o tétano; contra a difteria só seria aconselhável a revacinação em indivíduos que, previamente estudados, se revelem, ao mesmo tempo, como Schick-positivos e Moloney-negativos, como atrás se explicou em A) 3).

Principais vantagens da vacinação tríplice de início mais tardio (no segundo semestre de vida): 1.^a) grandes facilidades de efectivação prática e económica, visto as idades de vacinação e as de revacinação caírem em ocasiões em que as crianças estão, habitualmente, sob qualquer vigilância médica oficial, ou obrigatória, o que torna muito mais fácil efectuar campanhas de vacinação em massa, eficazes; 2.^a) vai imunizar as crianças imediatamente antes da idade que inicia o grupo étario em que são maiores as morbidades por tosse convulsa e por difteria (cerca de 90 % dos casos de ambas aquelas doenças ocorre entre 1 e 5 anos), o que permite conferir uma protecção máxima durante os anos em que o risco de infecção é maior, com um mínimo de injeções e com grandes facilidades práticas e administrativas; 3.^a) fazendo diminuir, apreciavelmente, o número de crianças de mais de um ano atingidas pela tosse convulsa e também, por consequência, a frequência da doença, o método de vacinação tardia vai, indirectamente, proteger as crianças mais novas (de menos de 1 ano), que deixam de ter tantas oportunidades de se infectarem, a partir das mais velhas, por ter diminuído a morbidade entre estas; sendo assim, deixará de haver tanta razão para uma imunização mais precoce, que, justamente, se iniciava tão precocemente só por causa da tosse convulsa; de resto, 4.^a) a terrível mortalidade por tosse convulsa, entre as crianças de menos de um ano é, presentemente, bastante menor do que até há poucos anos, dado o emprego precoce de antibióticos e de quimioterápicos apropriados, não só no combate a esta doença, como a muitas das suas complicações, o que parece tornar cada vez menos indispensável a vacinação precoce; 5.^a) exige menos doses de reforço do que o esquema de vacinação precoce indicado em B) 2) a), sendo pois, o esquema de administração tardia, mais prático, mais simples, mais económico e mais aceitável pelas populações.

A propósito da dose de reforço que se aconselha aos 10 anos de idade (quer nos esquemas de começo precoce, quer nos de início mais tardio), há autores que dizem que, se as estatísticas de morbidade local provarem ser rara a tosse convulsa acima dos 10 anos, então essa dose de reforço aos 10 anos bastaria que fosse de uma vacina dupla: anti-diftérica e anti-tetânica. Aos 15 anos já só estaria indicada uma vacina simples — só a anti-tetânica — excepto se as provas de Schick e de Moloney mostrarem que é ainda aconselhável a revacinação contra a difteria; mas esta última eventualidade será excepcional.

A propósito da revacinação anti-diftérica de adultos ou de jovens com mais de 10 anos de idade, não esquecer que, se indicada — o que será excepcional —, não se deverá efectuar por meio de vacinas mixtas, com toxóides adsorvidos, dado o perigo de reacções violentas (ver os três últimos parágrafos de A) 4), acerca deste assunto).

3) VACINAÇÃO MIXTA CONTRA A FEBRE TIFÓIDE E TÉTANO — Tal associação de vacinas está indicada apenas em certos grupos profissionais (ex.: militares), ou em certas regiões. Não se reconhece, entretanto, grande interesse nesta associação, uma vez que os períodos de revacinação para a de febre tifóide (cada 1-2 anos) não coincidem com os do tétano (cada 5 anos). Pode administrar-se desde os 18-24 meses, embora não se aconselhe, habitualmente, antes dos 5 anos. Entretanto, só em adultos, que vivam em determinadas circunstâncias, se pode encontrar alguma vantagem nesta associação. Faz-se em 3 doses mensais, por via subcutânea, com revacinações cada 2-5 anos (cada 2 anos se o risco de infecção pelas salmonelas tífica e paratíficas for considerável, cada 5 anos se for menor).

4) OUTRAS VACINAÇÕES MIXTAS — Têm sido empregados outros tipos de vacinações mixtas e diversas outras associações de vacinas, que, entretanto, se não citam por não terem sido, até à data, recomendadas nem aprovadas por quaisquer comités de peritos da especialidade, como também porque não têm qualquer interesse prático actual em Saúde Pública. Chama-se, pelo contrário, a atenção para o perigo que a associação de certas vacinações pode representar, como se disse em A) 7).

RESUMO

São abordados, neste artigo, de forma resumidamente esquemática, alguns pontos, de índole essencialmente prática, acerca das principais vacinações (imunizações específicas activas) contra as doenças infecciosas correntes, com interesse em Saúde Pública, como métodos de profilaxia, eficaz, daquelas infecções. Dá-se particular relevo às vacinações contra as doenças contagiosas correntes da infância, contra as quais existem, hoje já, métodos de profilaxia suficientemente eficazes e inócuos, por intermédio de imunizações específicas activas: varíola, difteria, tétano e tosse convulsa.

Na primeira parte deste artigo são consideradas as principais vacinações hoje em uso, isoladamente. Indicam-se, em primeiro lugar, aquelas que são mais importantes, eficazes e inócuas e que estão oficialmente aceites e recomendadas pelos comités de peritos internacionais (da Organização Mundial da Saúde, do Centro Internacional da Infância, etc.); tais vacinações abordam-se por ordem crescente das idades em que as respectivas primo-vacinações são mais indicadas: 1) contra a tuberculose, 2) contra a tosse convulsa, 3) contra a varíola, 4) contra a difteria, 5) contra o tétano, e 6) contra as febres tifóide e paratífoides. Em seguida, referem-se e discutem-se: 7) as principais vacinações contra as doenças «pestilenciais» ou «quarentenárias» e outras doenças «exóticas» (o cólera, a peste, o tifo exantemático, a febre amarela, as disenterias bacilares, etc.). Em último lugar, apontam-se: 8) outras vacinações que têm, por enquanto, pouco ou nenhum interesse em Saúde Pública, quer porque a sua aplicação, como método de profilaxia em massa, não está sanitária, administrativa, ou economicamente indicada (ex.: vacinações contra a influenza, contra a parotidite epidémica, contra as infecções estreptocócicas, contra as infecções estafilocócicas, contra a raiva, etc.), quer porque a sua aplicação comporta demasiados riscos ou, ainda, porque não passaram do plano experimental ou dos primeiros ensaios «em campo» (ex.: vacinas contra as bruceloses — vacinas humanas de valor exclusivamente profiláctico — contra o sarampo, contra a poliomielite, contra a hepatite epidémica por vírus, etc.).

Em uma segunda parte consideram-se as vacinas mixtas, ou associadas, com maior interesse em Saúde Pública, particularmente a anti-diftérica e tetânica e a

vacina triplíce anti-diftérica, tetânica e pertussis, que têm o maior interesse prático na profilaxia de importantes doenças infecto-contagiosas correntes da infância.

Não se referem, neste artigo, quaisquer bases teóricas das vacinações, imunidade, tipos particulares de vacinas, sua preparação, etc.. Apenas se indicam, para cada uma das que acima se referiram, os seguintes pontos, de interesse prático: a) posição oficial actual (1953) dos mais importantes comités internacionais (da O. M. S., da F. I. S. E., do C. I. E.) e nacionais (E. U. A., R. U., Suécia e França), em relação ao reconhecimento, aceitação e recomendação, ou não, das diversas vacinas em causa, bem como a sua opinião acerca dos pontos que se seguem; b) idades ideais para primo-vacinação e para a administração das necessárias doses de reforço; c) tipo geral de vacinas mais apropriado para cada caso (apenas indicações de carácter geral, sem descer a pormenores); d) doses; e) vias de administração mais aconselhadas; e f) revacinações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS PRINCIPAIS

- 1 — «Cours sur le diagnostique biologique des maladies transmissibles de l'enfance» (Organizado pelo «Centre International de l'Enfance», Paris, Out.-Dez., 1952) — apontamentos pessoais do A.
- 2 — Felix, A. — The preparation, testing and standardization of typhoid vaccine. *The J. of Hyg.*, 49 (2/3): 268; London, 1951.
- 3 — «Influenza — A review of current research», by various Authors. *World Health Organization*; Genève, 1954.
- 4 — «Memorandum on vaccination against small-pox» — *Ministry of Health*; London, 1952.
- 5 — Parish, H. J. — «Bacterial and viral diseases: antisera, toxoids, vaccines and tuberculin in prophylaxis and treatment». *E. Livingstone, Ltd. ed.*; Edinburgh, 1948.
- 6 — Parish, H. J. — «Recent advances in active immunization (Diphtheria, Whooping-cough, Tetanus and Tuberculosis)». *Brit. Med. J.*, 1952, Nov. 8: p. 1010; London, 1952.
- 7 — Pedro-Pons, A. — «Tratado de Patologia e Clínica Médica», Vol. de Enf. Infecciosas (tomo IV); *Salvat ed.*; Barcelona, 1952.
- 8 — Pullen, R. L. — «Diagnostico y tratamiento de las enfermedades transmissibles» (trad. espanhola); *Interamericana, ed.*; México, 1951.
- 9 — Stanley-Banks, H. — «Modern Practice in infectious fevers», *Butterworth ed.*; London, 1951.
- 10 — «The prevention of whooping-cough by vaccination» — A Medical Research Council investigation — *Brit. Med. J.*, June 30, 1951; 1: 1464; London, 1951.
- 11 — «The therapeutic substances regulations» — *Ministry of Health* — Statutory instrument n.º 1937; London, 1952.
- 12 — «Vaccination contre les maladies contagieuses courantes de l'enfance». *Rapp. techn. N.º 6 de l'O. M. S.*; Organization Mondiale de la Santé, Genève, 1950.
- 13 — «Vaccination contre les maladies contagieuses courantes de l'enfance» (Cours international organisé par le «Centre International de l'Enfance»; Paris, 1951); *C. I. E. ed.*; Paris, 1952.
- 14 — «Vaccination contre la diphtérie, la coqueluche et le tetanus. Vaccinations anti-diphthérique et anti-coquelucheuse (les développements plus récents) — Rapport d'une conférence des chefs de laboratoires préparant les vaccins anti-diphthériques et anti-coquelucheuses». *Rapp. technique N.º 61 de l'O. M. S.*; Organization Mondiale de la Santé, Genève, 1953.
- 15 — Weaver, H. W. — Progress in research on poliomyelitis. *Publ. Health Reports*, 68 (7): 669; Washington, 1953.
- 16 — Wilson, G. — «Active prophylactics in general use in Great-Britain» — *Min. of Health: inf. part. prest. à D. G. S.*; 1953.
- 17 — E numerosas separatas, resumos e comentários, a propósito do assunto, no *Bulletin of Hygiene*, vols. de 1950 a 1953.

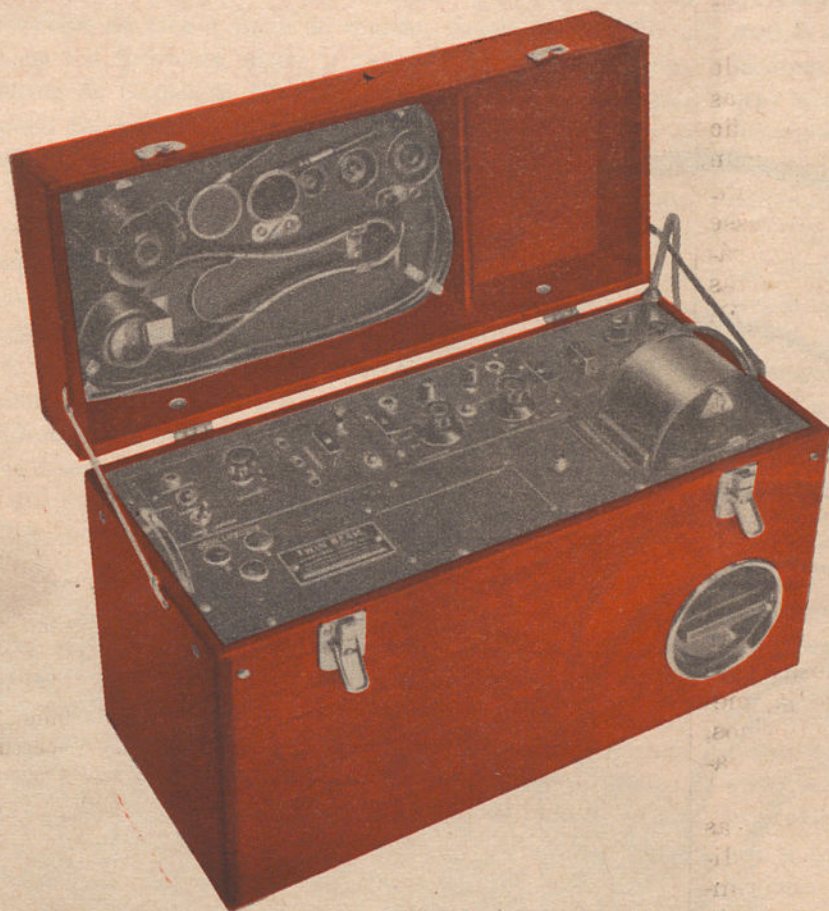
SANBORN CO

1917 1954

CAMBRIDGE, 39 MASS. U. S. A.



Electrocardiógrafo «Twin-Beam Cardiette»

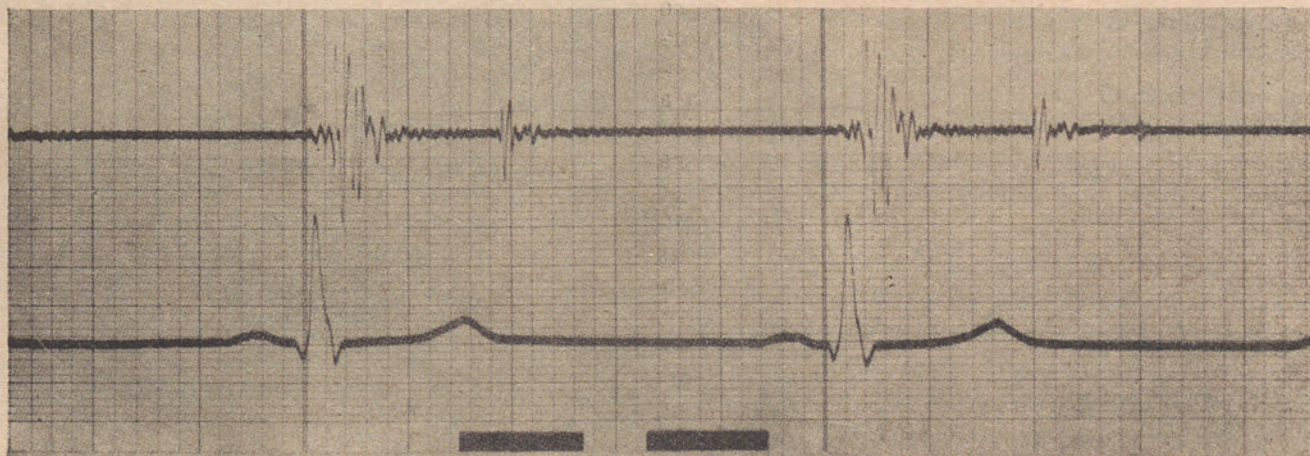


Com sistema óptico para registo fotográfico simultâneo ou individual de dois canais :

fonocardiogramas
electrocardiogramas
pulso venoso, etc.

Outros modelos de aparelhos construídos pela «Sanborn Co» :

Viso-Cardiette
Twin-Viso
Poly-Viso
Electromanómetro
Instomatic Cardiette
Metabolismo, etc.



Assistência técnica permanente prestada por técnicos especializados da nossa secção de Electro-Cardiologia.

Representante exclusivo em Portugal :

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

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

O Congresso da Sociedade Europeia de Hematologia

M. MARQUES DA GAMA

O IV Congresso da Sociedade Europeia de Hematologia, realizou-se em Amsterdam, de 8 a 12 de Setembro de 1953. A organização desta jornada hematológica, que reuniu cerca de 500 médicos de toda a parte do mundo, incluindo o Japão, as Filipinas e a Indonésia, esteve a cargo do Dr. S. J. de Vries, presidente da Sociedade Holandesa de Hematologia. A sessão inaugural foi presidida pelo Dr. P. Muntendam, Secretário de Estado da Saúde Pública, do Ministério dos Assuntos Sociais e da Saúde Pública. O Dr. Muntendam encerrou a série de discursos da sessão inaugural e ao chamar a atenção para o valor do sangue, falou das suas funções principais: respiratória, nutritiva, excretória, imunitária intercâmbio humoral equilíbrio aquoso do organismo regulação da pressão osmótica e do equilíbrio iónico, regulação do equilíbrio-ácido-base do organismo, etc., e destacou a importância do seu conhecimento profundo, por todos os médicos, dadas as repercussões hemáticas verificáveis na maioria das doenças.

E a terminar, evocou a sua qualidade de médico de família, para manifestar a sua esperança em que o progresso científico e técnico, longe de afastar os médicos do sentido da sua profissão, os reintegre cada vez mais na sua missão natural e humana.

As primeiras sessões do Congresso foram dedicadas a uma revisão de conjunto sobre o estado actual da «imunohematologia». Dacie resumiu os diversos tipos de anticorpos que se podem pôr em evidência nas «anemias hemolíticas adquiridas». Na maioria dos casos, existem anticorpos anormais absorvidos pelos glóbulos vermelhos, ou livres no soro dos doentes, que se podem pôr em evidência pela prova de Coombs indirecta (aglutinação de hemácias lavadas por soro de coelho antiglobulinas humanas).

A importância desta prova torna-se cada vez mais evidente. Os anticorpos são em geral não específicos e podem actuar quer como iso-anticorpos, quer como auto-anticorpos. Podem distinguir-se anticorpos «quentes», que são provavelmente «gamma globulinas» e existem habitualmente sob a forma incompleta; a sensibilização «in vitro» é independente dos compostos termolábeis do soro. Os anticorpos «frios» existem sob a forma incompleta, actuando a baixa temperatura com uma sensibilização «in vitro» dependente da presença de constituintes termolábeis do soro e que são hemolíticos em potência.

Damshek põe em evidência o notável desenvolvimento durante os últimos quinze anos do conceito de imuno-hematologia. As primeiras doenças imuno-hematológicas descritas, foram as que afectaram os glóbulos vermelhos. — Donath e Landsteiner descreveram auto e iso-hemolisinas na «hemoglobinúria paroxística à frigore». — Chauffard e Troisier descreveram uma auto-hemolisina. — Widál, Abrami e Brulé encontraram auto-aglutininas na «anemia hemolítica adquirida». — Banti e Damshek produzem experimentalmente anemias hemolíticas com hetero-anticorpos.

As «imuno-trombocitopénias agudas ou crónicas» são de aquisição mais recente. Harrington, Stefanini e outros, descreveram anticorpos com acção sobre as plaquetas. De resto, parece que nos casos agudos, há ao mesmo tempo uma alteração dos glóbulos rubros, das plaquetas e das paredes vasculares.

Sobre as «imuno-leucopénias», devemos destacar a comuni-

cação de Moeschlin e colaboradores, com estudo experimental sobre o mecanismo da agranulocitose. A agranulocitose era, até há pouco, considerada principalmente como uma alteração da medula óssea. As investigações de Moeschlin sobre as agranulocitoses de tipo anafilático (piramido, amidopirina) ou de origem infecciosa imunológica, como na pneumonia atípica a vírus, mostram que nestes casos se verifica aglutinação dos leucócitos circulantes, e desaparecimento subsequente destes no sangue periférico.

Nos casos de leucopénia em que a medula óssea seja rica em células, com desvio no sentido da imaturidade e que nos levava habitualmente a falar em «inibição medular» ou «inibição da maturação», podemos admitir, à luz dos novos conceitos de imunogranulocitopénia, que muitas vezes estas alterações, não serão expressão duma inibição, mas pelo contrário revelam uma solicitação muito intensa e repetida da medula por uma destruição leucocitária periférica exagerada.

Enfim, existem provavelmente também «doenças imuno-vasculares».

O segundo dia foi especialmente dedicado à eritropoiese e ao metabolismo da hemoglobina.

Segundo H. Benard e colaboradores, investigações experimentais fundadas em métodos de investigação diferentes, trouxeram alguns factos novos sobre o metabolismo da hemoglobina. Estes autores puderam verificar, com o uso da glicocola ou do ácido acético contendo carbono radioactivo, que a biosíntese da hemoglobina não estava localizada unicamente na medula óssea, mas se operava também em parte no sangue periférico. Os constituintes da hemoglobina, ferro e protoporfirina são constantemente reutilizados.

Pareceu-nos de interesse a comunicação de Goddby, de Londres, «sobre os efeitos no metabolismo porfirínico, no coelho, dos barbitúricos, do sedormid e compostos relacionados».

Este autor verificou que os compostos possuindo pelo menos um agrupamento «allyl» produzem uma coproporfirinúria, ao passo que os barbitúricos «diallyl» são capazes de provocar, além disso, em certos animais uma excreção urinária de uroporfirina.

C. M. Plum, da Dinamarca, a propósito da «Porfirinúria medicamentosa» conta-nos que no verão de 1952, num hospital de doenças mentais, observou quatro casos de porfirinúria aguda, com morte dum doente. Neste caso encontrou-se aumento da porfirina na urina e no líquido pericárdico. A autópsia demonstrou alterações no cérebro, fígado e baço. Os quatro doentes tinham sido tratados durante quinze dias com Trional. Em outros doentes tratados com Pentymal, este autor verificou também alguns casos de porfirinúria e o exame químico do sangue revelou alterações, com baixa do potássio, do fósforo e do cálcio do soro.

Estas observações sugerem-nos a necessidade da maior prudência na administração de certas drogas, de que hoje se usa e abusa e, a necessidade dum exame minucioso do sangue com o fim de despistar os efeitos tóxicos.

Muito interessante a comunicação de G. Discombe e C. S. Treip, de Londres, sobre «Porfíria cutânea». Observaram cerca

de 150 casos, em idades variando de 1 aos 60 anos, sendo a maior frequência entre os 2 e 10 anos. Observações recentes levam a admitir que a porfíria congénita e a porfíria adquirida (porfíria cutânea tarda) são determinadas pela mesma anomalia enzimática fundamental, uma incapacidade geneticamente determinada de metabolizar a porfirina, tão rapidamente, como normalmente. O excesso de porfirina no sangue é eliminado pela bÍlis, mas se existe uma produção exagerada de porfirina, resultante da ingestão duma droga ou de exposição ao sol, ou se há alteração da função hepática, verifica-se um aumento de porfirina no plasma e dermatose bolhosa.

Heilmeyer apresentou uma comunicação sobre a Hemocromatose, baseada na observação de 35 casos, valorizando para o diagnóstico, a biópsia por aspiração da medula e do fígado e determinação histoquímica do ferro do tecido.

H. Lúdin faz uma interessante comunicação sobre «Hem siderose por transfusões sanguíneas» e insiste na importância da punção esternal no diagnóstico da hem siderose.

O terceiro dia foi dedicado a Leucémias agudas, punção de gânglios linfáticos e papel das plaquetas na coagulação.

As comunicações sobre leucémia mostraram-nos que esta doença continua a constituir motivo de preocupação para a maioria dos médicos. Damshek numa revisão rápida do problema, destacou o aumento impressionante de frequência da doença em todo o mundo. Assinalou o valor da hereditariedade, pois têm sido constatado discrasias sanguíneas nos parentes dos doentes leucémicos, com frequência 17 vezes superior em relação a um grupo comparável. Na etiologia das leucémias, Damshek cita a importância dos vírus, das drogas (crisarobina, benzol, tar) e detem-se na análise das radiações pondo em evidência que, se desconhecemos muitos dos factores causadores da leucémia, não podemos ignorar a acção nociva das radiações. A importância destas, já era conhecida de longa data, pela frequência da doença nos radiologistas, mas foram as consequências afastadas do bombardeamento atómico de Hiroshima que nos trouxeram maior conhecimento do assunto. Três a quatro anos depois de um único bombardeamento, duma só irradiação, assistiu-se a um aumento da incidência das leucémias. Esta incidência que era anteriormente de 1,5 por 100.000, passou a 8,2 por 100.000 a partir de 1948 e continua nesta taxa em 1951.

Estas considerações permitem-nos chamar a atenção para o perigo dos exames radiológicos (sobretudo radioscópicos) repetidos, e, para a necessidade da maior cautela no uso da roentgenoterapia.

Na terapêutica não houve nenhum avanço e as comunicações referem-se ao uso de drogas já nossas conhecidas (Anti-fólicos, Mercaptopurina, Cortisona e ACTH para as formas agudas, RX, Uretano, TEM e Mileran para as formas crónicas).

A. Pavlosky e H. Castellanos, de Buenos Aires, apresentaram os resultados da sua experiência sobre «A punção ganglionar nas afecções neoplásicas» adquirida durante cerca de 20 anos. A. Pavlosky acentuou o interesse crescente do método, descreveu a evolução desde as primeiras etapas, sobretudo do ponto de vista morfológico, destacou no estado actual o valor do uso de novas técnicas histoquímicas, microscopia de fase, microscópico electrónico, cultura de tecidos, etc. Apresentou vários casos da sua colecção, acentuou a importância de precisar os caracteres distintivos das células cancerosas e as dificuldades em as distinguir de certos processos proliferativos, sem desvio blastomatoso destes elementos.

Carlos Trincão, de Lisboa, fez uma interessante comunicação sobre «O adenograma na doença de sono»; descrevendo o

quadro citológico do adenograma na doença de sono e as modificações que sofre depois do tratamento específico.

O estudo das plaquetas sanguíneas deu lugar a interessantes revisões de conjunto. S. van Creveld, de Amsterdam, no seu trabalho sobre «A patologia funcional das plaquetas» põe em destaque o papel desempenhado pelas plaquetas nas diversas fases da coagulação do sangue, especialmente devida ao facto de se ter podido demonstrar e isolar diferentes factores nos trombocitos. O factor 1 que acelera a conversão da protrombina em trombina; o factor 2 que favorece a conversão do fibrinogénio em fibrina sob a influência da trombina e o factor 3, capaz de neutralizar a heparina e por outro lado, responsável pela acção das plaquetas na formação da tromboplastina do sangue, em combinação com o factor anti-hemofílico e o chamado factor Christmas no plasma. O autor põe em evidência a significação clínica do factor 3, num caso de diatese hemorrágica, em que este factor existia em tão pequena quantidade nas plaquetas, sem que houvesse diminuição do número destas (Trombopatia hemofílica).

O último dia do Congresso foi dedicado ao estudo da fisiologia e patologia da coagulação. Entre as comunicações principais, a de Macfarlane, de Oxford, teve como tema «A situação presente dos factores aceleradores na conversão da protrombina». Trabalhos recentes têm demonstrado que além dum extracto tissular (ou de plaquetas) e do cálcio, outros factores são necessários para a activação da protrombina. Um desses factores adicionais foi chamado «factor V» por Owren e depois «pro-acelerina». Um segundo, chamado «factor VII» por Koller, foi denominado «proconvertina» por Owren. Koller julgava que estes dois factores, V e VII, aceleravam a acção da «Tromboplastina» sobre a protrombina, mas segundo Owren, a «convertina» provinha da proconvertina (factor VII) e activava directamente a protrombina. Macfarlane demonstrou, que estes factores, e outros, dão origem a um activador lábil mais potente da protrombina e denominou-o «Tromboplastina», conforme a designação clássica. A sua formação depende pelo menos de cinco factores: os factores V e VII, as plaquetas, o factor anti-hemofílico e o novo «factor Christmas». Na ausência de qualquer destes factores, observa-se uma diminuição da formação da tromboplastina e uma perturbação da coagulação. Normalmente esta tromboplastina aparece bruscamente no meio sanguíneo vários minutos depois do contacto com a parede do vaso. Esta tromboplastina é mais potente que todo o extracto *tissular*, pois pode coagular o plasma em 8 segundos. Segundo Macfarlane, os chamados factores «aceleradores» desempenham uma parte activa na reacção que dá origem à tromboplastina e não aceleram a acção da tromboplastina sobre a protrombina.

Além do número elevado de comunicações que totalizaram a bonita cifra de 110, houve exposições científicas e comerciais nas salas do edifício do Instituto de Medicina Tropical, onde decorreu o Congresso, e demonstrações científicas (Test de leuco-aglutinação, punção da medula óssea, etc.), que foram seguidas pelos congressistas por televisão e uma visita ao Instituto de pesquisas nucleares e do ciclotrão da N. V. Philips.

A importância da investigação experimental no campo hematológico transcende das comunicações apresentadas ao Congresso. O seu valor científico não diminui pelo facto de não vislumbrarmos já os seus benefícios ou aplicações práticas, pois as aplicações da ciência, podem ser imediatas ou só chegarem mais tarde. As pesquisas devem prosseguir conscienciosamente e sem quebra de continuidade, investigando-se e procurando-se conhecer cada vez melhor e, transmitindo permanentemente aos outros, o fruto da experiência adquirida.

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

O «Nervismo» na patogénese do reumatismo e o valor do papel do tecido conjuntivo

No último Congresso Internacional de Reumatismo, o Prof. A. I. Nertevrov, de Moscovo, apresentou uma comunicação, que transcrevemos da «Mèdecine et Hygiene», sobre um assunto que merece ser divulgado e que traduz as ideias directrizes de Pavlov sobre a ingerência do sistema nervoso central na fisiologia e na patologia.

O problema posto por uma questão tão complicada, como é a do reumatismo, merece que as bases, de princípio, sejam submetidas, periódicamente, a uma revisão séria, a uma análise científica e a uma síntese: Temos de louvar os organizadores deste congresso que versaram, no seu programa, o estudo da patogénese do reumatismo em geral e também, em especial, o seu ponto de vista acerca do papel do tecido conjuntivo neste processo.

Sabe-se que, no reumatismo, os principais problemas estão na etiologia e patogenia desta doença, que estão ainda em discussão apesar do grande número de pesquisas que lhes foram consagradas. Pensamos que eles mantêm-se não pela carência de dados materiais, de factos, mas pela falta duma posição de princípio, duma aproximação teórica proveniente da estreiteza e particularismo de muitas concepções actuais.

A síntese da enorme quantidade de factos fundados numa base clínico-fisiológica, foi obstruída por uma análise de ordem patológica, primeiramente baseada numa aproximação organo-patológica, depois, em certas concepções provenientes do papel do tecido conjuntivo e, por fim, numa reacção incerta, baseada na reactividade geral.

Nos trabalhos de I. P. Pavlov, de M. K. Pétrova, de N. A. Podkopaiev, de S. I. Métalnikova, de A. D. Spéransky, de A. D. Ado e outros, verifica-se que a imunidade e a alergia são funções evolutivas de ordem fisiológica, como as funções da regulação, da circulação, da respiração, que se encontram sob a dependência do *sistema nervoso*.

É sob este ângulo que se podem considerar normalmente as posições teóricas da patologia infecciosa em geral e do reumatismo em especial.

*

Esta comunicação baseada numa experiência de 20 anos de estudos reumatismais, tem por fim resolver o problema duma teoria *infecto-neurogénica* na patogenia do reumatismo.

Desde as clássicas investigações de G. I. Sokolovizky e de Bouillaud, tem-se admitido que o reumatismo é uma forma especial duma afeção infecciosa ou infecto-alérgica, na génese da qual está uma *infeção focal*, em que uma tonsilite desempenha o principal papel.

Na patogénese do reumatismo, o papel da angina, da tonsilite crónica ou doutra infecção focal apresenta, na minha opinião, um duplo aspecto: em primeiro lugar, o aparecimento dum foco local, determinando uma irritação patológica aguda, no caso da angina, ou crónica, no caso da tonsilite; em segundo lugar, a resistência duma angina aguda e contínua, com acessos periódicos, combinada com uma tonsilite crónica, introduzindo produtos toxi-infecciosos no organismo. Estes produtos, que se produzem nas amígdalas infectadas, determinam uma irritação das zonas de inervação das amígdalas. Daí resultam modificações funcionais, por via reflexa, do aparelho nervoso afe-

rente, seguidas de perturbações funcionais dos centros nervosos reguladores superiores. As pesquisas de A. D. Ado e de K. V. Stroïkova confirmam uma génese primária neuro-reflexo-génica, que está na origem da sensibilização e da alergia, ao contrário do que se previa anteriormente, ou seja, uma génese celular ou humoral destes processos.

Pelo aparecimento dos produtos toxi-infecciosos na corrente sanguínea, às impulsões locais reflexas do sistema nervoso vêm juntar-se os efeitos reflexos provenientes de numerosas zonas vasculares, sem falar na provável actividade directa destes produtos toxi-infecciosos sobre os elementos constitutivos do sistema nervoso central. A acção reflexa bem como o efeito infeccioso proveniente das amígdalas lesadas devem ser considerados como um novo elemento patogénico estimulador dos mecanismos de defesa do organismo. Os efeitos contínuos dos produtos tóxicos tonsilares terminam, na verdade, em modificações importantes dos aparelhos neuro-reflectores, que são atingidos em primeiro lugar, mas também doutros aparelhos como o coração, as articulações, o fígado e os rins. Estas modificações interessam, secundariamente, os órgãos nos processos patológicos em relação com as perturbações primárias da regulação nervosa. Daí resulta que o sistema nervoso central recebe uma corrente insólita, desorganizada, que, como demonstram as investigações da Escola de Pavlov, é susceptível de alterar, por muito tempo, o equilíbrio do cortex cerebral e as relações mútuas entre a excitação e a inibição.

Com efeito, as excitações patológicas provenientes dos diversos dispositivos neuro-reflectores e enteroreceptores aos quais se associam, provavelmente, os efeitos tóxicos directos sobre as células cerebrais, determinam uma alteração da actividade dos centros nervosos reguladores superiores terminando, por indução, nas modificações da actividade dos centros vegetativos subcorticais.

A possibilidade dessa acção nociva sobre a actividade do cortex cerebral e dos centros vegetativos subcorticais foi estudada experimentalmente por A. G. Ivanov-Smolensky, nas intoxicações pelo estreptococo.

Além disso, as investigações experimentais de M. K. Pétrova, discípulo de Pavlov, assim como de A. M. Bezredka, M. A. Gaïkovsky, N. N. Sirotinina dão uma confirmação concreta da importância do estado funcional do cortex cerebral no desenvolvimento do processo infeccioso.

Destas investigações, pode-se inferir que, no desenvolvimento do processo infeccioso, além da acção maciça, modo de contaminação e virulência da infecção, desempenham um papel de primacial importância o estado dos centros nervosos superiores assim como o ataque destes centros pelos produtos tóxicos.

A origem infecciosa neurogénica da reacção imunobiológica no reumatismo, à qual se dá, actualmente, o nome de *reactividade alérgica*, explica o grande polimorfismo do síndrome clínico reumatismal e, também, a variabilidade desta reactividade e dos sintomas conexos desta doença.

Estudando escrupulosamente o síndrome reumatismal, seguindo o *dinamismo* da sua evolução, os resultados do tratamento e os surtos desta doença, chegamos a descobrir toda a série de perturbações do sistema nervoso central, e sobretudo, as manifestações nocivas da inervação vegetativa central.

A este propósito vamos referir as investigações de N. I. Leporsky que, por meio da cronaxia óptica, pôde estabelecer no reumatismo agudo, uma diminuição da excitabilidade do cortex cerebral. Os resultados obtidos por Leporsky são confirmados pelos da nossa clínica (R. V. Gavalova).

Na origem dos sintomas do reumatismo, é-nos possível encontrar manifestações da alteração da regulação do sistema nervoso central. Por exemplo, no decurso duma reacção térmica acentuada, apresentando um carácter explosivo da temperatura e, por outro lado, uma temperatura sub-febril tenaz, em certos reumáticos, na falta duma evolução reumatismal observa-se, ao mesmo tempo, uma dissociação frequente da temperatura ligada às perturbações cardíacas e articulares. Estas manifestações encontram a sua explicação nas *perturbações da termo-regulação central*.

O estado imunobiológico do reumático caracteriza-se por uma alternância de acessos agudos, seguidos de períodos de remissão com ataque simétrico das articulações; isto implica a produção de oscilações em relação com processos de incitação e de frenação dos centros córtico-cerebrais.

Uma alteração marcada da regulação vegetativa central e uma modificação do trofismo é caracterizada pela sudação, característica dos reumáticos, pelas oscilações da temperatura e pelo ataque articular e, muitas vezes, pela atrofia rápida dos músculos em relação com as articulações, por alterações tróficas dos tegumentos, secura da boca, etc.

Depois das investigações de G. P. Botkine de V. N. Tchérnigovskiy, de A. V. Riklle, de D. I. Goldberg e outros autores soviéticos, podem-se considerar como demonstrados os seguintes factos: a leucocitose neutrófila e a eosinopenia apresentam-se no acmé num ataque de reumatismo; além disso, a diminuição da leucocitose e a sua substituição pela linfocitose, por vezes em relação com uma monocitose com eosinofilia no fim dum acesso; aumento da velocidade de sedimentação na fase mais aguda do acesso e diminuição progressiva nas etapas de cura.

Todas estas manifestações e outras, como as modificações da fórmula sanguínea no decurso do reumatismo, podem ser consideradas, hoje em dia, como índices de clínica e de laboratório, não em virtude duma acção infeciosa e tóxica directa sobre o sistema sanguíneo, como se admitia até aqui, mas como um *indicador de certos processos de excitação e de frenação do cortex cerebral e dos centros vegetativos subcorticais*.

Como se verifica em bibliografias muito antigas, as alterações reumatismas da glândula tiróide, as perturbações menstruais na fase aguda da doença e as perturbações funcionais das suprarrenais e da ante-hipófise, recentemente postas em relevo por Hench, Kendall e outros autores, testemunham não só uma alteração dos órgãos de secreção interna, mas, sobretudo, uma perturbação de toda a regulação neuro-hormonal tão complicada em que esta regulação não é mais do que um elo da regulação geral.

ACÇÃO NERVOSA SUPERIOR

As alterações, não só funcionais como anatómicas do sistema nervoso central, no reumatismo, apenas divulgadas nas velhas publicações, têm sido, actualmente, estabelecidas solidamente por uma série de trabalhos soviéticos recentes, consagrados à morfologia e à clínica (V. V. Mikheiev, V. K. Veletzky, N. S. Kamensky, A. S. Tchistovitch).

Tendo-nos dedicado, ultimamente, ao estudo da influência do sistema nervoso superior, segundo as ideias de I. P. Pavlov, pudemos estabelecer a influência deste sistema nas formas clínicas do reumatismo. Deste modo, em 10 indivíduos, 7 são dum tipo de actividade nervosa superior (A. N. S.), enfraquecida e instável, apresentando um declínio grave. Nestes sete doentes, 5 reumáticos foram atingidos de complicações e dum prolongamento da afeção. Além disso, em 50 indivíduos, possuindo uma actividade nervosa superior (A. N. S.) bem equilibrada, não se manifestaram formas graves de reumatismo, senão em 22 doentes.

As nossas investigações nestes dois últimos anos mostram que, no decurso do tratamento salicilado, empregando os raios X e os raios ultra-violetas, a *medicação pelo sono provocado e prolongado* não reforça de maneira nenhuma e até enfraquece o efeito destes tratamentos. Deste modo, no reumatismo, como noutras doenças infecciosas, tudo o que tende a aumentar os processos de frenação na esfera da actividade nervosa superior (A. N. S.) não melhora o efeito curativo dos meios recomendados no tratamento do reumatismo.

Estas conclusões estão dentro dos pontos de vista de Leporsky e dos da nossa clínica: os processos corticais, nos doentes atingidos de reumatismo agudo, encontram-se, momentaneamente, no estado de depressão donde resulta que um efeito medicamentoso suplementar, determinando um enfraquecimento da acção do cortex cerebral, é seguido duma diminuição do efeito curativo.

Considerando o que acaba de ser brevemente exposto, pode-se verificar que as manifestações reumatismas primárias e secundárias, funcionais e organo-morfológicas, correspondendo a perturbações da esfera de actividade nervosa superior (A. N. S.), apresentam-se-nos sob um novo aspecto. Estas perturbações do sistema nervoso central, de carácter sobretudo funcional, revelam-se tanto à base da patogénese como da clínica do reumatismo.

O PAPEL DO TECIDO CONJUNTIVO

Os pontos de vista expostos neste congresso por Kellgren, Teilum, Hartmann e Ragan, assim como as interessantes investigações de Tourneur, Justin-Besançon, Wain, Lustembacher, Coste, Bourel e Imbert, como os anteriores trabalhos de sábios soviéticos sobre a patogénese e a morfogénese das alterações reumatismas têm insistido, sobretudo nas reacções biológicas, biofísicas e morfológicas do *sistema conjuntivo*, cujo papel, em muitos processos vitais, tem sido estudado a fundo pela escola de A. A. Bogomoletz. A reactividade do tecido conjuntivo na patogénese de numerosas infecções, e no reumatismo, não oferece nenhuma dúvida.

Os meus colaboradores M. G. Astapenko, G. E. Pertchikova, L. V. Iévleva, N. N. Plemianikova, empregando o método de Lendis, os testes de Leschinsky, Kavetsky, Kaufmann, bem como os nossos métodos pessoais, têm encontrado, no decurso de reumatismos e doutras artrites infecciosas, uma acentuação da permeabilidade capilar, uma diminuição de actividade dos elementos histiocitários das zonas peri-vasculares, um enfraquecimento da fagocitose monocitária e doutras manifestações duma alteração do estado funcional dos elementos do tecido conjuntivo.

Trata-se, agora, de determinar o papel desempenhado pelas modificações do tecido conjuntivo na patogénese e as manifestações clínicas do reumatismo e das artrites infecciosas. A questão está em saber se estas manifestações terminam numa modificação do desenvolvimento e da marcha da doença, como alguns pretendem, ou se apresentam-se como efeitos secundários do desenvolvimento do processo infeccioso no organismo.

Exporemos, mais adiante, toda a série de investigações e de considerações que nos têm levado a considerar como secundárias as alterações do tecido conjuntivo no decurso do reumatismo.

Citamos já as investigações de N. A. Podkopaieva, de S. I. Métalnikova, A. D. Spéransky, P. F. Zdrovovskiy, G. V. Vigotchikova, A. N. Gordenko, A. D. Ago que estabeleceram experimentalmente o mecanismo neuro-reflector da regulação imunobiológica à qual se podem incorporar as manifestações de sensibilização e de alergia. A nossa colaboradora, G. I. Pertchikova em doentes que se preparam para uma intervenção, tem verificado, em relação com uma excitação neuro-psíquica, o aumento da permeabilidade capilar, anteriormente normal. Esta permeabilidade aumentada volta ao normal sob influência da narcose.

Numa outra série de estudos do mesmo autor, verificou-se que, no decurso dum bloqueio pela novocaína, seis indivíduos, de dez, tiveram a permeabilidade capilar mais diminuída; em três indivíduos permaneceu normal e, em um, aumentou.

Noutras investigações, feitas na nossa clínica, verificou-se que como resultado dum intenso eritema, devido ao efeito das radiações ultra-violetas, a permeabilidade capilar aumenta no local irritado. Todavia se, duas horas após a aplicação de raios

PRODUTOS DE FAMA MUNDIAL E ELEVADO INTERESSE CIENTIFICO

EM PORTUGAL ENCONTRAM-SE À VENDA OS SEQUINTES PREPARADOS:

AMINOPTERIN

Tratamento da Leucemia Aguda

ARTANE

Trihexifenidil — Tratamento do síndrome parkinsoniano

AUREOMICINA CRISTALINA

Antibiótico

COMPLAMOM

Tratamento de todas as formas de anemia

DELFIGOL COM METIONINA

DIGITALIS

Tratamento das doenças do fígado

EXTRACTO HEPÁTICO COM VITAMINA B₁₂ E FOLVITE

Anti-Anémico — 15 U. de extracto hepático com 20 gramas de vitamina B₁₂ e 5 mgr. de ácido fólico por cc.

FOLVITE

Ácido Fólico — Anti-Anémico

FOLVRON

Ácido Fólico com Ferro — Tratamento das anemias secundárias

GEVRAL

Suplemento minero-vitamínico para geriatria

GRAVIDOX

Vómitos da gravidez

HETRAZAN

Dietilcarbamazina — Parasiticida orgânico contra as filárias, ascáris, etc.

INTRAHEPTOL

Extracto de fígado por via endovenosa, para tratamento das cirroses hepáticas

LEDERCILINA PARENTÉRICA

300.000 U. O. de Penicilina G Procaína Cristalina e
100.000 U. O. de Penicilina G Potássica Cristalina

LEDERPLEX

Vitamina B Complexa Parentérica

LEDINAC

Granulado (com Folvite) — Associação de: amino-ácidos, proteínas, vitaminas, minerais e hidratos de carbono, para o restabelecimento do equilíbrio ácido-básico

NORMOCYTINA

Anti-Anémico injectável — Vitaminas B₁₂ e B_{12b}

PRENATAL

Dieta suplementar vitamínica e mineral para a profilaxia pré-natal e durante a lactação

PROPILTIOURACIL

Tratamento do hipertiroidismo

TEROPTERIN

Ácido Pteroil-Triglutâmico para a terapêutica anti-cancerosa

TRI-IMUNOL

Vacina mista: Diftérica, Tetânica e Pertussis

TUBERCULINA

Prova do adesivo com tuberculina

VACINA ANTI-CATARRAL MISTA

Para a profilaxia e tratamento da «constipação vulgar», etc.

VACINA ANTI-VIRUS GRIPAL TIPOS A e B

Vacina contra a gripe

VARIDASE

(Estreptokinase 100.000 U.; Estreptodornase 25.000 U.)

VI-MAGNA

Combinação das vitaminas: A, B₁, B₂, B₆, C, D, PP
Pantotenato de Cálcio e Ácido Fólico

AGENTES PARA DIAGNÓSTICO

ANTIGÊNEOS

Lederle

LABORATORIES DIVISION

AMERICAN Cyanamid COMPANY

NEW YORK — U. S. A.

Representantes Exclusivos para Portugal e Colónias

ABECASSIS (IRMÃOS) & C.^A

RUA CONDE REDONDO, 64-3.º — LISBOA

RUA DE SANTO ANTÓNIO, 15 — PORTO

UM NOVO CONCEITO
NA MEDICAÇÃO DA
HIPER - ACIDEZ GÁSTRICA

Calcamine

H I G I E N E

GLICOCOLA E CARBONATO DE CÁLCIO

NEUTRALIZANTE PODEROSO
ACÇÃO IMEDIATA E PROLONGADA
PERFEITAMENTE INÓCUO

CAIXAS DE 12 E 48 COMPRIMIDOS

LABORATÓRIOS DA COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE



ultra-violetas, se procede a um bloqueio da espádua, pela novocaína, nota-se, em todos os indivíduos, uma diminuição da permeabilidade capilar em relação com as causas de contróle.

Tenho verificado que, no decurso das minhas investigações sobre as aplicações de raios ultra-violetas, os banhos sulfurosos e as aplicações de lama são seguidos dos mesmos efeitos sobre a permeabilidade capilar e sobre a actividade fagocitária dos histiócitos das zonas peri-vasculares. Tenho que lembrar os factos clínicos bem conhecidos que dizem respeito ao efeito terapêutico da aplicação de diversos meios fisioterápicos e balneares. Constatam-se reacções diferentes, dum mesmo grupo nosológico, no decurso de tratamentos análogos. Estes factos, que se explicam correntemente por uma irritação inespecífica, são explicados pela intervenção dum importante mecanismo central. Este mecanismo está, evidentemente, ligado ao sistema nervoso central.

No decurso de todos os tratamentos empregados, desempenham um certo papel as reacções do aparelho conjuntivo; não será de mais admitir que este se encontra em relação directa com as reacções do sistema nervoso central. Recentemente, G. D. *Zallessky* e colaboradores fizeram uma comunicação a este congresso sobre o papel do sistema nervoso na regulação da permeabilidade capilar.

CONCLUSÕES

Esta exposição chama a nossa atenção para a importância preponderante das reacções do sistema nervoso sobre os diferentes excitadores, nas infecções. Elas manifestam-se como reflexos condicionados no seio dos elementos do tecido conjuntivo. É o que se passa, aparentemente, no tecido conjuntivo na

patogénese do reumatismo, nos seus aspectos clínicos e nas respostas reaccionais aos diversos modos de tratamento.

No fim desta comunicação gostaria de acrescentar que a teoria infecto-neurogénica, na patogénese do reumatismo, permite, melhor que qualquer outra, obter bases para lançar uma vista geral do importante material acumulado. À luz desta nova concepção podem-se esclarecer os problemas da *profilaxia* e do *tratamento* do reumatismo. Positivamente, a aplicação do «Nervismo», de *Botkine* e de *Pavlov* à questão da patogénese e da clínica do reumatismo, permite discriminar os pontos fracos dos dados teóricos emitidos sobre o problema do reumatismo e abrir caminho a investigações científicas ulteriores.

Entre estas investigações, importa exaltar a importância que há em estudar, nos reumáticos, tanto adultos como crianças, o estado do sistema nervoso central, o lugar concedido à regulação das funções vegetativas e, em relação com a clínica, as indicações importantes da imunogénese.

Os estudos, que se empreendam neste sentido, permitirão resolver muitos problemas científicos e práticos importantes tais como, por exemplo, o da grande frequência do reumatismo na criança, e do ataque de determinado indivíduo entre um grande número de outros, portadores de infecções focais, o da falta ou da fraqueza da imunidade reumatismal, o da passagem dum reumatismo agudo a um reumatismo crónico, etc.

Reflectindo nestes problemas podemos concluir que as soluções apresentam um carácter mais lato, mais geral, um carácter de princípio que ultrapassa muito o do reumatismo.

Para resolver estes problemas e outros da medicina contemporânea, impõe-se a criação dum trabalho colectivo dos médicos que pertencem às diferentes especialidades, representantes da ciência do mundo inteiro.

RESUMOS DE COMUNICAÇÕES FEITAS AO CONGRESSO DE CIRURGIA DE LISBOA

(Setembro, 1953)

(Conclusão)

Coligidos do «*Journal International de Chirurgie*», por amável deferência do Secretário Geral do Congresso.

Aneurismas arteriovenosos da artéria pulmonar

F. D'ALLAINES

(Paris)

Debaixo deste título deve agrupar-se um conjunto de lesões cuja característica é a presença dum ou mais curto-circuitos artério-venosos ao nível da circulação pulmonar.

Esta é uma doença muito rara, 0,3 % em 1.000 casos (Broussais). No entanto, é provável que existam casos desconhecidos ou de manifestação tardia que aumentam o número de frequência.

A associação com outras anomalias vasculares é clássica e importante (doença de Osler-Rendu). A doença entra assim no quadro das anomalias congénitas do desenvolvimento do sistema vascular, cujos aspectos e localizações são vários e muitas vezes múltiplas.

A anatomia patológica é, portanto, muito variável. O caso mais simples é a fístula arteriovenosa dum grande vaso (aneurisma artério-venoso), mas a doença pode tornar-se, pouco a pouco, mais complexa pela presença de fístulas múltiplas, angiomas pulmonares múltiplos, e chegar até à angiomatose pulmonar difusa e bilateral.

Se a anatomia é variável e complexa, o processo fisio-patológico é muito simples e resume-se nos dois seguintes princípios clínicos:

— O escape de sangue arterial pulmonar diminui a oxigenação ao nível dos pulmões.

— A passagem do sangue não oxigenado para as veias pulmonares ocasiona a cianose que varia conforme a importância daquela fuga de sangue.

Clínica.

A tendência familiar e hereditária é certa. Manifesta-se poucas vezes pela presença de aneurismas artério-venosos, pulmonares entre os antecedentes hereditários ou colaterais, mas sobretudo pela constatação de anomalias vasculares que ocupam outras localizações (circulação periférica ou visceral).

O sintoma principal é a cianose (80 % dos casos) com todo o seu cortejo clínico clássico. Aparece mais frequentemente na segunda infância e na adolescência.

A dispneia é bastante marcada.

Os transtornos nervosos discretos são bastante frequentes.

A presença de angiomas cutâneos e viscerais é muito frequente e permite orientar o diagnóstico.

O diagnóstico que deve suspeitar-se pela simples radiografia, é confirmado com grande facilidade pela angiocardiógrafia.

A evolução é lenta e progressiva. Alguns casos são compatíveis com uma vida normal. Não requerem nenhum tratamento.

Nas formas marcadas, a doença evolui lentamente até chegar às complicações mortais de anoxemia ou até às hemorragias pleuro-pulmonares fatais.

O tratamento é unicamente cirúrgico. É necessário ser o mais económico possível.

Extirpação da bolsa aneurismática, se ela existe, ou obliteração da simples fístula, constituem a técnica ideal.

A lobectomia é uma intervenção de escolha. Nalguns casos

pode-se fazer uma ressecção pulmonar segmentária ainda mais económica, sobretudo indicada nas formas múltiplas.

A pneumectomia, a laqueação da artéria correspondente, são raramente indicadas e respondem a casos muito especiais.

A cura rápida e integral é a regra depois da operação.

Aneurismas da aorta

(Análise de 216 casos operados)

A. H. BLAKEMORE

(Nova Iorque)

Excepto em 3 dos 216 casos, a sífilis ou arteriosclerose foram o agente etiológico.

O declínio da frequência dos aneurismas sífilíticos, no decorrer dos anos, foi revelado neste estudo, enquanto que aumentaram notavelmente os aneurismas arterioscleróticos da aorta.

A experiência serve para acentuar a importância de certas características anátomo-patológicas do processo sífilítico em confronto com o aneurisma arteriosclerótico, quando afectam a hemodinâmica e a escolha do tratamento cirúrgico.

Neste trabalho demonstram-se os resultados obtidos com a terapêutica cirúrgica nos 216 casos e a tendência para aperfeiçoar os métodos operatórios do aneurisma da aorta.

O nosso interesse sobre o tratamento dos aneurismas começou em 1935 com a evolução do método do arame electro-térmico. Sendo esta a primeira técnica que estabeleceu uma relação entre o débito de sangue circulante e a coagulação sanguínea, era de esperar que uma grande percentagem de aneurismas podiam ser tornados inactivos durante um período de tempo mais longo.

O método electro-térmico para medir o débito do sangue circulante pelo qual um arame fino de prata é introduzido no aneurisma por meio duma agulha em segmentos de 10 metros, revelou que o débito do sangue circulante pode variar de 300 % em aneurismas de idêntico tamanho.

A rapidez de circulação do sangue é maior nos aneurismas de tipo fusiforme e diminui nos de pequena entrada, quer dizer nos de tipo sacular. Em virtude do volume do sangue circulante ser o factor mais importante que regula a coagulação dos aneurismas, a sua determinação constitue uma medida importante no método electro-térmico por meio duma agulha, para determinar a quantidade de arame que é necessário introduzir em cada caso.

O segundo aspecto importante no método electro-térmico é o depósito contínuo de proteínas coaguladas sobre o arame aquecido; a temperatura do arame eleva-se a 15° C para indicar o volume do sangue circulante. Em seguida a esta observação aumenta-se a corrente e a temperatura do arame alcança 80° C. O aquecimento do arame a esta temperatura origina o depósito sobre ele de um coelho proteico que estimula a coagulação do sangue dentro do recesso do saco aneurismático. Pelo contrário, em casos de aneurismas do tipo fusiforme a parte do arame que cruza o centro onde a corrente do sangue é máxima, mantém-se fria e não se forma nenhum depósito proteico estimulante de coagulação. Esta diferente característica dos vários tipos de coagulação torna o método electro-térmico para os aneurismas muito seguro em casos de aneurismas da aorta, de tipo fusiforme, nos quais uma obstrução inadvertida desse vaso seria desastrosa.

Nestes casos, a introdução adicional e o aquecimento dum segmento de 10 metros de arame, pode determinar uma coagulação concêntrica de modo a reduzir a amplitude da corrente sanguínea ao diâmetro do resto da aorta. Em casos de aneurismas do tipo fusiforme situados distalmente em relação às artérias renais, a introdução de segmentos adicionais de arame tem por efeito «quebrar» a corrente sanguínea, impedindo a sua progressão, e estimulando, assim, o desenvolvimento duma circulação colateral. Pode-se então encarar a possibilidade de obliteração completa do lume aórtico, se o crescimento contínuo da bolsa aneurismática impõe essa decisão.

Um longo período de inactividade de muitos aneurismas tem sido conseguido, empregando este método da electro-coagulação. Por outro lado temos restringido o emprego da palavra «cura» para aqueles casos de aneurisma da aorta situados distalmente em relação às artérias renais, nos quais afora a coagulação do aneurisma é possível eliminar os efeitos da pressão da onda sanguínea.

O estudo de nossos casos, indica que o problema futuro dos aneurismas se circunscribe aos arterioscleróticos da aorta terminal. Felizmente que estes quase invariavelmente são distais em relação às artérias renais.

A fim de evitar os inconvenientes de introduzir na aorta vários segmentos de fio metálico, aplica-se em certos casos uma laqueação reduzindo o diâmetro do vaso, justamente por cima do saco aneurismático.

A experiência tem demonstrado que a aorta esclerosada pode ser apertada sem risco, mediante uma grande cinta de borracha e sempre que entre este material e a aorta se interponham de 16 a 20 camadas de politeno (substância plástica irritante).

Alguns aneurismas foram envolvidos com a fita plástica irritante, com resultados díspares. Outros foram enrolados em fio de aço inoxidável que está muito longe de ter o mesmo efeito estimulante da coagulação que possui o fio aquecido e revestido do depósito proteico. Afora isso, não sendo um método controlável, não é recomendável para o tratamento com fio do aneurisma fusiforme da aorta.

A descompressão da parte superior do tórax por meio da separação da metade superior do esterno, foi empregado com resultados satisfatórios para suprimir a compressão da traqueia pelo aneurisma.

Nalguns casos os aneurismas sífilíticos de ampla secção têm sido ressecados da aorta com êxito, e a ressecção total do aneurisma fusiforme com restabelecimento da corrente sanguínea mediante enxertos aórticos, é possível só em casos seleccionados.

Aneurismas da aorta

F. SPATH

(Graz)

Apresenta-se neste trabalho uma revisão cronológica dos processos empregados para solucionar os problemas cirúrgicos dos aneurismas da aorta:

- a) por exclusão do aneurisma;
- b) por reforço das suas paredes para evitar a ruptura;
- c) pela combinação destes dois métodos;
- d) por ressecção seguida de sutura lateral da parede da aorta (nos aneurismas saculares) ou substituição mediante um enxerto autógeno ou homólogo (nos fusiformes).

A exclusão do aneurisma por laqueação não pode levar-se a cabo noutros casos que não sejam em determinados segmentos da aorta, e exige sempre que se proceda com grande lentidão. Os antigos métodos de laqueação são quase sempre seguidos de secção do vaso e de hemorragias fatais. Últimamente propôs-se rodear circularmente o vaso com tubos de borracha envolvidos em politeno ou então em tubos (aneis) de laminaria.

Estes materiais determinam uma proliferação cicatricial dos tecidos que pode ser de grande utilidade nos casos de aneurismas saculares em que convém fazer uma excisão circular.

No mesmo sentido podem ser de eficácia os métodos de coagulação dentro do saco, seja por procedimentos de electro-coagulação ou por aquecimento do fio introduzido no saco, ou por ambos os meios simultaneamente.

Nos aneurismas fusiformes parece aconselhável o emprego de materiais sintéticos para envolver o saco, que afora o proteger as paredes, determina uma proliferação cicatricial das mesmas com uma retracção muito benéfica. Este procedimento é superior ao simples reforço da parede aneurismática mediante fascias.

Na maior parte dos casos obtêm-se os melhores resultados combinando lógica e acertadamente os métodos paliativos até agora mencionados.

A ressecção do saco aneurismático constitue o único meio de tratamento radical. Nos aneurismas truncáticos ou saculares a extirpação é muitas vezes possível, seguida de sutura das paredes laterais da aorta. Nos aneurismas fusiformes, a continuidade arterial só pode ser restabelecida mediante o emprego de enxertos. Esta operação não oferece hoje nenhuma dificuldade insuperável, quando se trata de aneurismas localizados na aorta abdominal, por baixo da saída das artérias renais, e quando as paredes da aorta oferecem boas condições. Nas localizações mais altas é preciso contar com problemas que são difíceis de vencer, como por exemplo intensas oscilações da tensão arterial.

Todos estes procedimentos são considerados neste tra-

balho de acordo com as suas indicações, a localização e a natureza das lesões, assim como as experiências colhidas até agora. Assim, discutem-se os problemas da técnica da ressecção e as suas perspectivas actuais.

Tratamento cirúrgico dos Aneurismas intracranianos

F. VISALLI

(Roma)

O número das operações feitas nos aneurismas intracranianos aumentou sensivelmente no decurso destes últimos anos. Isto deve-se em grande parte à generalização da angiografia cerebral. Este exame deve ser sempre bilateral e completo, executando-se ao mesmo tempo que o exame clínico que continua a ocupar o primeiro lugar no diagnóstico dos aneurismas intracranianos e das suas complicações. Ele permite não só um diagnóstico com respeito à natureza e ao local, mas também o estudo das condições particulares locais e gerais da circulação arterial e venosa intracraniana. O conhecimento destas condições tem uma importância decisiva sobre a condução da operação em cada caso particular.

O autor apresenta 73 casos de aneurismas intracranianos operados e considera as particularidades anátomo-clínicas e angiográficas mais importantes. A hemorragia subaracnoideia representa a complicação mais frequente e mais temível. É pouco frequente que a ruptura do aneurisma dê lugar a um hematoma cerebral ou a uma hemorragia intraventricular; mais rara ainda é a hidrocefalia por obliteração post-hemorragica nos espaços subaracnoideos ou no aqueduto de Sívio.

O autor passa em revista os vários métodos de tratamento cirúrgico dos aneurismas intracranianos, discutindo as suas indicações e contra-indicações.

Com respeito à laqueação da carótida primitiva, cuja indicação principal seria a dos aneurismas infraclinoideos da carótida interna, esta deve ser considerada quase totalmente sem perigo quando se pratica em indivíduos que não são hipotensos e que não tenham tido hemorragias subaracnoideas recentes, e quando os exames clínicos e angiográficos demonstram uma boa circulação colateral do cérebro. A idade avançada do doente não constitui uma contra-indicação absoluta; 7 dos 41 doentes nos quais o autor praticou a laqueação da carótida primitiva, tinham passado a idade de 70 anos.

Para evitar as complicações post-operatórias têm muita importância não só o tratamento pré-operatório e a técnica da laqueação, mas também a assistência e os cuidados post-operatórios.

No que diz respeito à intervenção directamente sobre os aneurismas, é preciso considerá-la hoje como a operação de escolha para certas formas anátomo-clínicas, graças aos constantes progressos da técnica operatória e à possibilidade de recorrer a meios especiais de anestesia. Entre os diferentes métodos cirúrgicos de intervenção directa deve fazer-se, desde que seja possível, o estrangulamento do «colo» aneurismático, mediante a aplicação de clips ou laqueações. Outros métodos podem também encontrar uma aplicação útil.

No fim o autor refere-se aos resultados post-operatórios imediatos e distantes, sublinhando os progressos adquiridos no curso dos últimos anos que tornam o prognóstico menos grave.

A Regeneração óssea e cartilaginosa

J. TRUETA

(Oxford)

A regeneração óssea e cartilaginosa foi estudada por este Centro, clínica e experimentalmente. Divide-se este estudo em três grupos principais:

- 1) Regeneração causada por traumatismos.
- 2) Regeneração causada por doença.

- 3) Excesso de crescimento causado por aumento da circulação metafisária.

No primeiro grupo o nosso principal interesse foi concentrado na regeneração que tem lugar nas fracturas, fazendo um estudo detalhado da participação do sistema circulatório na formação do calo. Foi levada a cabo uma investigação em animais, usando o coelho para experiência. Em 120 coelhos causamos fracturas nas mais variadas condições de controle, e o progresso da formação do calo foi estudado em animais de controle e noutros em que a circulação perióstica, metafisária ou da artéria nutritiva foi interrompida. Noutros animais efectuou-se a interrupção simultânea em dois dos três sistemas circulatórios. As mudanças na regeneração do osso nestas circunstâncias foram estudadas e o papel dos vasos, determinado. Nalguns animais a interrupção vascular foi efectuada sem fracturar o osso. A importância dos vasos periósticos foi posta em evidência, particularmente ao obstruir a cavidade medular com um método baseado no procedimento de Küntscher.

A segunda investigação efectuou-se usando material clínico, recolhido na sala de autópsias e ressecando ancas.

O material clínico foi compilado de casos que tinham sido operados de ressecção do colo femoral pelo método de Girdlestone ou de ressecção da cabeça do fémur pelo procedimento dos irmãos Judet. Por estes dois métodos analisamos 33 cabeças de fémur e um certo número de entre elas foi injectado por via arterial.

Noventa e uma cabeças procedentes da sala de autópsias foram também analisadas notando-se que um certo número sofriam de osteoartrites avançadas.

Uns duzentos casos clínicos de osteoartrites com muitos filmes radiográficos foram também seleccionados para completar este estudo. A nossa opinião é que a característica mais saliente do processo osteoartrítico consiste na regeneração óssea e que nesta regeneração o sistema vascular tem um papel de maior importância.

A terceira investigação demonstrou que o débito sanguíneo toma parte preponderante no crescimento dos ossos longos e que alterações da circulação óssea podem acarretar aumentos no crescimento ósseo semelhantes aos acarretados pela osteomielite e por traumatismos.

O incremento da circulação metafisária, produzido pela interrupção da artéria nutritiva e a obstrução da cavidade medular, causa um aumento da actividade da cartilagem de conjugação e o conseqüente hipercrecimento.

Este estudo efectuou-se tanto clinicamente como por experimentação no animal.

Conclusões.

1. Existe uma unidade básica entre a regeneração óssea consecutiva a traumatismos e a que tem lugar nalguns processos degenerativos tais como a osteoartrite.

2. A regeneração óssea vai unida a um processo de proliferação vascular que determina a estrutura do calo da fractura assim como a formação dos osteófitos na osteoartrite.

3. Da mesma maneira que os traumatismos despertam no osso o mecanismo de reprodução que jazia dormente desde o fim do período do crescimento, a osteoartrite intenta moldar de novo as articulações afectadas, valendo-se dum processo de regeneração similar do produzido pelas fracturas ou do que é típico dos primeiros anos de vida. A debilitação da estrutura óssea causada pela revascularização é responsável, na osteoartrite, da desorganização do osso ao longo da área de sustentação, a que produz a esclerose, os pseudo-quistos, etc. e que, finalmente, é responsável do colapso ósseo. Porém, ainda depois da desintegração óssea avançada, a regeneração óssea pode ter lugar se a transmissão do peso se faz incidir sobre uma zona óssea ainda sã. Nestas condições a revascularização tem lugar e com ela a regeneração óssea, e em certas ocasiões até a cartilaginosa.

4. A redistribuição sanguínea nos ossos longos pode dar lugar a um encurtamento ou a um aumento de crescimento antes da fusão das epífisis.


5. A circulação sanguínea do osso é o factor mais importante para regular o crescimento assim como a regeneração óssea.

(Estes trabalhos efectuaram-se em colaboração com os Drs. J. D. Morgan, M. H. Harrison e A. X. Cavadias).

TRANSPULMIN

PARA O
TRATAMENTO DA
BRONCO-PNEUMONIA
E OUTRAS AFECÇÕES
BRÔNQUICAS
AGUDAS E
CRÓNICAS

IMPORTADORES E DISTRIBUIDORES PARA O IMPÉRIO PORTUGUÊS

ALVES & C.^A (IRMÃOS) 
LARGO DO CHIADO, 12-1.º — LISBOA

FABRICANTES:

CAMDEN CHEMICAL CO. LTD.

61, Gray's Inn Road

LONDON — W. C. 1

S U P L E M E N T O

AS RECEITAS DE ESTUPEFACIENTES

Como é do conhecimento de todos os médicos, o decreto que regula o comércio e o emprego clínico dos estupefacientes tem o n.º 12.210 e a data de 24 de Agosto de 1926.

Estão os médicos familiarizados com o seu texto e o seu espírito e formulam as suas receitas, dos estupefacientes previstos no art.º 2.º e nas adendas que foram acrescentadas posteriormente à lista primitiva, de acordo com o art.º 6.º.

O parágrafo 2.º deste artigo diz:

«As farmácias não fornecerão para o público os estupefacientes enumerados no artigo 2.º sem receita de médico habilitado, que, além da sua firma habitual, nela escreverá, em caracteres bem legíveis, o seu nome por extenso e a morada, assim como o nome e a morada do doente. Estas receitas ficarão transcritas em livro especial».

Compreende-se bem o intuito do legislador: para acautelar a saúde pública é necessário saber bem a quem se destinam os estupefacientes e quem os receita. Com este intuito, a obrigatoriedade do nome do doente e morada e do nome do médico e morada. A autenticidade da receita será dada pela «firma habitual» do médico.

O farmacêutico, responsável pelo avião da receita, não tem possibilidade de verificar a autenticidade da firma do médico. Se num certo número de casos a conhece e pode cotejar com outras que tenha guardadas e isto verifica-se sobretudo nos pequenos centros em que existem poucos médicos e só uma ou duas farmácias, outras vezes isto não sucede. Nas grandes cidades e nomeadamente em Lisboa, o número de médicos é de tal forma grande e as farmácias tão variadas que na maioria dos casos não é possível ao farmacêutico reconhecer a firma do clínico.

Muitas vezes a firma habitual do médico é ilegível e o farmacêutico não tem qualquer processo de verificar se na realidade a receita é verdadeira.

Para obviar a este inconveniente, a

lei manda que «o médico nela escreverá, em caracteres bem legíveis, o seu nome por extenso e a morada», o que facilitará ao farmacêutico em caso de dúvida o pôr-se em contacto com o médico. Quere dizer, o que garante a autenticidade da receita é a firma do médico, o seu nome em caracteres bem legíveis é um meio de facilitar a verificação da sua autenticidade.

Porque é assim, costumam os médicos passar as suas receitas de estupefacientes em papel timbrado, o que tem os elementos necessários ao cumprimento da lei *impressos* e não *escritos* pelo médico, que neste caso não costume repeti-los, pois está certo achar-se no espírito da lei.

Tem vantagens o impresso timbrado sobre o nome escrito pelo próprio?

É indiscutível que é assim. Nenhum dos dois meios é uma garantia de autenticidade, contudo há relativamente mais garantias no impresso que no escrito pelo punho. Qualquer pessoa, que o queira pode mandar imprimir receitas com o nome de um médico ou roubar receitas já feitas a um médico. Também qualquer pessoa pode escrever o nome de um médico por extenso e em caracteres bem legíveis. No entanto, o primeiro caso obriga a uma premeditação que o segundo pode não ter e não é feito, logicamente, para receitas isoladas, o que tem a vantagem de facilitar uma acção policial se ela for necessária.

Como elemento informativo, o papel timbrado ainda tem uma grande vantagem, pois tem, de comum, mais pormenores que o simples nome e morada. Quase sempre traz a especialidade do clínico, cargos que exerce, morada do consultório e telefone. Todos estes elementos podem facilitar a tarefa do farmacêutico de verificação da autenticidade da receita.

É nestas condições que na cadeira de Farmacologia se ensina sempre—eu assim tenho procedido nas aulas de formulário há vários anos—que o médico «escreverá em caracteres bem legíveis, o seu

nome por extenso e a morada»... «quando estes elementos não estiverem impressos na receita». Este é o costume empregado pela enorme maioria dos clínicos e que tem sido sempre tomado como justo.

De há um tempo para cá, creio que por motivo de um julgamento por falsificação de receitas, foi determinado aos farmacêuticos que se cingissem à letra da lei. Ora esta não se interessa por que o papel seja timbrado ou não, diz «o médico escreverá». Creio que o espírito da lei e o costume estabelecido são com isto atraído sem qualquer espécie de vantagem.

Inconvenientes tem-nos havido, pois que se têm criado conflitos entre médicos, alguns ilustres, que dizem ter feito sempre assim e farmacêuticos que se negam a aviar as receitas. Ainda pior é o facto de que muitos farmacêuticos tomam a responsabilidade de aviar as receitas que consideram no espírito da lei, enquanto outros cingindo-se à sua letra ou a determinações superiores, o não fazem. Daqui o facto de um doente ir com a receita a uma farmácia onde lha não aviam e depois a outra onde já o fazem, o que é desprestigiante e uma fonte de conflitos: médico-doente-farmácia.

É portanto urgente que o assunto seja devidamente esclarecido.

O Sr. Subsecretário de Estado da Assistência Social, que tem definido e estabelecido justa legislação sobre tantos capítulos da saúde pública, poderá, segundo creio, resolver rapidamente a questão. É necessário, para isso, dar uma interpretação oficial à lei em que se deverá entender que o médico escreverá o seu nome por extenso e a morada *quando estes elementos não estejam já impressos no papel da receita.*

J. ANDRESEN LEITÃO

ECOS E COMENTÁRIOS

HOSPITAIS PARA AS CASAS DOS PESCADORES?

Um dos motivos da divergência, que sempre manifestamos, com respeito ao que se tem passado nos Serviços Médico-Sociais — Federação de Caixas de Previdência é este organismo ter procurado instalar serviços, sobretudo especializados, quando poderia aproveitar outros, já existentes ou que facilmente se aperfeiçoariam, que funcionam em estabelecimentos dependentes do Subsecretariado de Estado da Assistência Social. Seguindo o caminho que trilhou, a «Federação» (chamemos-lhe assim, por comodidade, e que é aliás a denominação corrente) prejudicou-se, evidentemente, não só no aspecto financeiro, mas também no aspecto de eficiência técnica. Os beneficiários da Federação poderiam usufruir certos serviços em melhores condições, com mais eficiência, economia para o organismo segurador e vantagens de ordem científica para a medicina portuguesa. Felizmente, esse desejo, manifestado nos primeiros anos da Federação, de se estender cada vez mais a instalação de serviços próprios, indo até à fundação de hospitais, esbarrou com obstáculos e o programa não seguiu; há, porém, a lamentar, ultimamente, a organização de serviços próprios de radiologia.

Falamos hoje neste assunto porque nos chega a notícia de que a Junta Central das Casas dos Pescadores — a cuja actividade, por mais de uma vez, temos prestado homenagem — pensa em construir um hospital num dos principais portos de pesca do País, precisamente numa região que, dentro em pouco, disporá de excelentes possibilidades hospitalares. Essa Casa dos Pescadores tem agora assegurada, por intermédio do hospital local (com o qual fez, há anos, um contrato extremamente vantajoso para ela, em condições muito económicas), a assistência especializada de que necessitam os seus beneficiários, tanto em regime ambulatório como em regime de internato. A que vem, pois, mais esse hospital, sobrepondo-se à rede hospitalar organizada pelo Ministério do Interior? Vão-se criar encargos, às Casas dos Pescadores, possivelmente incompatíveis para as suas finanças?

Apelamos para o bom senso e boa vontade de colaboração que sempre têm manifestado os dirigentes das Casas dos Pescadores, que conseguiram organizar uma rede de assistência que é notável e eficiente e que merece elogios; chamamos, principalmente, a atenção para este assunto do Sr. Comandante Henrique Tenreiro, a quem tanto devem os pescadores portugueses, e cujo dinamismo e espírito de iniciativa nunca é demasiado encarecer.

Só com a colaboração — tantas vezes

o temos dito! — entre os organismos de previdência e de assistência poderemos organizar no País uma eficiente assistência às classes pobres, fornecendo-lhes os meios de diagnóstico e de tratamento correspondentes aos actuais progressos da medicina. Neste aspecto, a rede hospitalar dependente do Ministério do Interior, que cada vez mais se intensifica e se aperfeiçoa, é que deve formar a principal base de colaboração para a assistência que prestam os organismos de previdência, incluindo as Casas dos Pescadores, que, aliás, têm sido, até agora, os que

mais se têm esforçado por fazer uma assistência completa, muito melhor do que a da Federação, através de vários hospitais, com os quais estabeleceram convênios proveitosos para ambas as partes.

M. C.

LITERATURA NAS EMBALAGENS MEDICAMENTOSAS

Várias vezes se tem defendido em «O Médico» a ideia de que não devia ser permitida a introdução nas embalagens contendo os medicamentos, do habitual folheto de propaganda alardeando as vantagens e virtudes do produto e destinadas ao doente e à sua família. Já foquei este ponto em editorial e também assim o fez o Dr. António José Lúcio. As razões são óbvias, quer pela ânsia que causam no doente quando referem doenças graves que este tem e não sabe, ou não tem e imagina ter, provocando um trauma psíquico susceptível de criar neuroses, quer porque facilita a medicação dos familiares do doente que descobrem no papelinho as indicações daquilo que sentem.

Porque corresponde aos nossos pontos de vista publicamos hoje com grande prazer a cópia de uma carta-circular que recebemos de um laboratório nacional, cujo nome omitimos por natural melindre.

«Lisboa, Fevereiro de 1954.

Departamento Científico

Ex.^{mo} Sr. Doutor:


Laboratórios... no intuito de estreitarem a colaboração com os Ex.^{mos} Médicos, não só na manufactura de medicamentos com a melhor técnica farmacêutica, mas em tudo que se relacione com o legítimo e legal exercício da medicina, resolveram abolir o costume, de juntar nas embalagens de venda uma literatura com desenvolvidos conceitos médicos e largas indicações terapêuticas, substituindo tal documento por simples cartões, com ligeiras considerações sobre o medicamento.

Continuam os nossos Laboratórios a editar literaturas detalhadas que não se incluem nas embalagens dos medicamentos e apenas se destinam aos Ex.^{mos} Clínicos».

Quere-nos parecer que esta carta nos vem dar um forte apoio, mostrando que da parte dos laboratórios se compreende o papel que desempenham na defesa da saúde pública.

J. A. L.

VITAMINAS




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

1 cc de soluto 35 gotas = 50.000 U. I. vit. A + 5.000 U. I. vit. D (calciferol)

1 ampola bebível = 400.000 U. I. vit. A + 600.000 U. I. vit. D (calciferol)

Frascos de 10 cc

Caixa de 1 ampola bebível (3 cc)



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

MOSAICOS NORTENHOS

LIV

Exemplos que fundamentam a discordância com o projecto sobre a responsabilidade de encargos na assistência hospitalar

Afirmei, na crónica anterior, o desacordo com o projecto do diploma ultimamente enviado às Câmaras com o fim de se estabelecerem os princípios fundamentais da responsabilidade dos encargos resultantes da assistência hospitalar.

O que disse deve bastar para quem ande enfronhado nos problemas em causa, mas pode ser moderadamente convincente para a maior parte das pessoas. Daí nasceu a ideia da exemplificação, trabalho que me proponho executar hoje, chamando apenas à ribalta os casos mais flagrantes e mais chocantes, deixando na obscuridade dezenas de outros, que nem serão citados, não por serem banais, mas sim porque a sua enumeração acabaria por enfastiar.

O que hoje se vai dizer marca bem a insuficiência ou impotência do nosso *seguro-doença* e denuncia a razão das críticas que se fazem e da antipatia criada à sua volta, antipatia que aumentará se a *Câmara Corporativa* e a *Assembleia Nacional* não modificarem substancialmente o projecto, na parte que vem dando pasto para estes comentários.

Infelizmente, ainda se não procurou remediar o mal e quanto mais tempo passa, pior atmosfera se cria a uma instituição que devia ser acarinhada, tantos e tão grandes serviços poderia prestar no campo político-social. É isto que se não vê, tal a pertinácia em manter erros doutrinários, erros de organização e de administração que, no conjunto, origi-

nam uma obra atrofiada, anómala e insuficiente.

A RAZÃO DO DESACORDO

Penso que no caso de um trabalhador inscrito numa *Caixa de Previdência* e, portanto, ao abrigo do *seguro-doença*, ter necessidade de recorrer à assistência hospitalar por se encontrar doente, quem, em primeiro lugar, deve suportar os encargos daí resultantes, é a própria *Caixa*, por ser a entidade responsável pelo *seguro na doença*, ou os *Serviços Médico-Sociais* — *Federação de Caixas de Previdência*, por ser esta a organização que está a executar o *seguro*.

Nem o doente ou trabalhador, nem o cônjuge, nem os pais, nem os filhos, nem os irmãos—é que, de forma alguma, devem suportar tais encargos, visto o doente estar abrangido por um *seguro* e para ele contribuir, obrigatoriamente, com uma parte do seu salário.

Pode argumentar-se que a regulamentação do *seguro-doença* já prevê e admite a exclusão de certos casos, mas o certo é que essas exclusões atingem tão elevado grau, que prejudicam e empanam as realizações que se esperavam da *Previdência*.

É esta a razão do desacordo que manifesto quanto ao projecto enviado pelo Governo à *Câmara Corporativa* e à *Assembleia Nacional*.

Se houvesse conjugação de acção entre os sectores da *Assistência* e das *Corporações*, não assistiríamos a trabalhos

parcelares que, por não serem submetidos a uma directriz uniforme, provocam injustiças flagrantes.

O projecto que se vai discutir é o exemplo claro daquela anomalia e não é bom, precisamente porque aqueles dois departamentos da nossa governação seguem separados e mantêm critérios diferentes e até opostos.

VER PARA CRER

São muitos os exemplos dolorosos a que dá lugar o *seguro* parcial que entre nós se organizou.

— Se um trabalhador ao abrigo do *seguro-doença* tem uma diarreia — é tratado convenientemente; se sofre de uma colite, de uma hepatite, de uma duodeno-gastrite ou colecistite — também consegue tratar-se.

Mas se a colecistite é calculosa e as cólicas se vão repetindo, ou se tem uma apendicite — o caso já toma outras proporções; ou vai sofrendo com prejuízo e até perigo da sua vida, ou chega à conclusão de que o *seguro* de nada lhe vale nessa emergência e recorre à *Assistência*; mas aqui responsabilizam-no, no total ou em parte, pelas despesas e podem ir, se for necessário, obrigar os pais, os filhos ou os irmãos a assumirem pelo menos uma parcela desses encargos.

— Mas se o trabalhador, de qualquer sexo, que recorre aos Postos da *Federação* apresenta um cancro do recto, um cancro do cólon ou um cancro do estô-

O ANTI-REUMÁTICO DE GRANDE ESPECTRO TERAPÊUTICO

POLIARTRINE

DRAGEIAS

(Fenilbutazona + o-Oxibenzoilamida + Vitamina B₁)

OS RESULTADOS TERAPÊUTICOS COM A **POLIARTRINE** VERIFICAM-SE ANTES DE SE ATINGIR A DOSE EM QUE, VULGARMENTE, APARECEM AS REACÇÕES SECUNDÁRIAS DA FENILBUTAZONA

*

LABORATÓRIO FIDELIS

magos; ou se a localização cancerosa é num seio, no útero ou tem qualquer outra localização — nos *Serviços Médico-Sociais* o melhor que podem fazer é aconselhar o doente a perder a esperança de ali ser tratado e a recorrer à Assistência, que terá que o suportar, apesar de estar abrangido pelo *seguro-doença*.

— Se tiver uma dor de dentes — o trabalhador encontra nos serviços da *Federação* bom acolhimento; mas se houver uma sinusite maxilar que imponha tratamento cirúrgico... o *seguro* põe-se de parte... e o doente que se arranje.

— Se um trabalhador se tuberculiza e tem a indicação de uma terapêutica cirúrgica ou de um internamento em Sanatório — o *seguro-doença* esquiva-se e abandona o doente.

— Se surge uma indicação intervencionista num fibroma uterino ou quisto ovárico; numa calcrose renal ou da bexiga; num caso de tumor da próstata — o sistema é o mesmo: o doente que se arranje como puder...

— O mesmo acontece se houver uma osteomielite, uma fractura exposta do braço ou da perna, ou qualquer outra doença óssea ou articular, que imponha internamento hospitalar.

— Se o doente é do foro neuro-psiquiátrico e precisa de recorrer ao Centro de psiquiatria ou a qualquer outra organização especializada — a *Federação de Caixas de Previdência* põe-se à margem e a *Assistência* que exija do doente ou da família a satisfação das responsabilidades; o mesmo se dará se houver necessidade de um internamento.

— Mas o drama assume muito maiores proporções quando surge uma complicação grave que impõe uma actuação rápida; cito apenas os casos do edema agudo do pulmão, do pneumotórax espontâneo, da perfuração gástrica ou duodenal, da forma aguda da apendicite, da hemorragia por gravidez extra-uterina, ou da septicémia.

E agora permitam que chame a atenção dos que me lêem, para a posição do médico da *Federação* quando se en-

contra diante de um caso destes e tem que declarar a incapacidade do organismo que serve, precisamente quando a vida do doente periga...

São estes casos que desprestigiam o *seguro* e não há estatísticas, nem reclamaes que suavizem os comentários ásperos que todos os dias se fazem, a propósito dos casos correntes que vão surgindo.

AS MISERICÓRDIAS E A ASSISTÊNCIA

No projecto que venho comentando também se responsabilizam «as instituições que houverem prestado a assistência», que, na grande maioria dos casos, são as *Misericórdias*.

Temos, pois, que os principais elos do nosso sistema assistencial, também são duramente atingidos pela incapacidade é insuficiência do *seguro na doença*, porquanto, também os seus «fundos e receitas» vão servir — se os próprios assistidos, os cônjuges, os descendentes, ascendentes e irmãos não puderem — para cobrir os encargos da assistência hospitalar.

No entanto, todos conhecem as dificuldades das *Misericórdias* e a penúria em que vivem, bem oposta ao luxo com que se montaram os *Postos da Federação*. A opulência, vamos encontrá-la, exactamente, na organização que se apresenta como incapacitada, materialmente, para suportar o *seguro total*!

Vê-se, pois, que, pelo projecto apresentado, as *Misericórdias* mais uma vez são prejudicadas, recaindo sobre elas os encargos que a outros deveriam competir, visto cobrarem importâncias especificamente destinadas a esse fim.

É talvez por se compreender e sentir a anomalia desta situação, que se anuncia no Art. 2.º do projecto «a cooperação do Estado na satisfação dos encargos de assistência», a qual se verificará como já se vem fazendo, «através da concessão de subsídios por força das dotações orçamentais destinadas a fins de assistência».

Uma análise detalhada conduzir-nos-ia à conclusão de que este auxílio do Estado

às *Misericórdias* não compensará, em muitas delas, o que dispendem com a assistência que fazem à legião dos que estão abrangidos pela *Previdência*.

PREGAR NO DESERTO

Prestes a terminar esta crónica, que pode ser catalogada como um repositório da insuficiência ou impotência do actual *seguro-doença*, pergunto se valerá a pena manter-me na posição que adoptei, pleiteando com persistência — e até com impertinência — a favor de um *seguro real e perfeito*, em oposição ao *seguro parcial*, embora pomposo, que nos oferecem.

A incapacidade que os dirigentes do *seguro* têm revelado para obter uma solução satisfatória dos múltiplos problemas que criaram com a má concepção dada ao *seguro-doença* e a sua defeituosíssima execução, chega a desalentar.

No entanto, não se pode deixar de escalpelizar os erros, porque daí há-de, necessariamente, resultar a sua correcção — é uma questão de tempo. Eu sou dos poucos que ainda têm esperança...

M. DA SILVA LEAL

Sociedade Portuguesa de Pediatria

No dia 5 de Fevereiro efectuou-se uma sessão da Sociedade Portuguesa de Pediatria, a que presidiu o Prof. Lúcio de Almeida. Os trabalhos iniciaram-se com uma comunicação do Prof. Carlos Salazar de Sousa e do Dr. Ferreira Gomes, apresentada pelo primeiro e intitulada «A punção-biópsia hepática em Pediatria».

Depois de algumas considerações sobre a técnica, a inocuidade e o valor da punção-biópsia hepática, os autores apresentaram casos da sua prática pessoal, fazendo, acerca de cada um considerações sobre o valor do método e a série de problemas que a prática veio levantar.

O trabalho que foi documentado com numerosas microfotografias, constitui a primeira estatística pediátrica publicada em Portugal.

Seguiu-se a Dr.^a D. Maria de Lourdes Levy, que estudou 46 casos de electroencefalogramas de 18 casos de meningite tuberculosa, através do que acentuou o valor que têm a prática desses exames seriados. Comentou os vários tipos de electroencefalograma, as dificuldades da classificação de alguns traçados e terminou dizendo que o seu trabalho é apenas o primeiro de uma série que apresentará, oportunamente, sobre o mesmo assunto.



E. TOSSE & C.^a
HAMBURGO

Bismogenol

O MAIS PODEROSO ADJUVANTE DOS ANTIBIÓTICOS MODERNOS

Combinação Bismogenol-Penicilina: 1 c. c. Bismogenol, 2 vezes por semana durante oito dias e complementarmente 0,6 mega Depósito / Penicilina em suspensão oleosa, 3 vezes por semana. A dose total e a duração do tratamento variam e dependem do comportamento das reacções serológicas. O Bismogenol e o Depósito / Penicilina podem ser aspirados na seringa para injeção simultânea (Helmeczi e outros).

REPRESENTANTE GERAL: SALGADO LENCART

Rua de Santo António, 203 — PORTO

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

ACÇÃO ANTIBIÓTICA COM REFORÇO DAS DEFESAS NATURAIS

IMUNOBIÓTICO

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

IMUNOBIÓTICO-E

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

APRESENTAÇÃO:

IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA

IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

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

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

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

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

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

A CADA FRASCO CORRESPONDE UMA AMPOLA
DE LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

CAIXAS DE 1, 3, 5 e 10 DOSES

LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8 - LISBOA

DEPÓSITO EM ANGOLA: JALBER, L.^{DA} - CAIXA POSTAL, 710 - LUANDA

A MEDICINA EM S. BENTO

O AVISO PRÉVIO DO PROF. CID DOS SANTOS

Extratos do «Diário das Sessões»

(Continuação do número anterior)

Discurso do Deputado Dr. Urgel Horta

O Sr. Urgel Horta:— Sr. Presidente: ao iniciar as considerações que pretendo fazer, directamente relacionadas com o aviso prévio apresentado a esta Assembleia Nacional pelo illustre colega e Deputado Sr. Dr. João Cid dos Santos, cumpro um dever, a que não posso nem devo faltar, patenteando a S. Ex.^a a elevada consideração que lhe é devida, quer pessoalmente, quer pelo seu elevado valor profissional, sobejamente revelado através da sua vida de professor eminente, agradecendo-lhe ao mesmo tempo a oportunidade que me ofereceu de poder abordar em plano diferente, nunca descendo ao pormenor, as questões de assistência e ensino médico, tão intimamente ligadas na sua acção.

Vozes:— Muito bem!

O Orador:— E ao desenvolver as considerações que me proponho quero fazer uma declaração: sou político, e nesta qualidade vim até à Assembleia Nacional, Político defensor do engrandecimento da Nação, defensor do Estado Novo, defensor dos princípios que fizeram de Salazar o Chefe incontestado da Revolução, e como político quero aqui afirmar que confio inteiramente na acção do Sr. Ministro do Interior, que, com a responsabilidade do Sr. Presidente do Conselho, tão bem tem sabido desempenhar as funções do seu elevado cargo.

Vozes:— Muito bem!

O Orador:— Sr. Presidente: os problemas da assistência, os problemas da saúde, interessam a toda a humanidade, e hoje, mais do que nunca, precisam de ser convenientemente estudados, para da sua resolução se tirar o melhor e mais justificado proveito, na saúde de um povo.

Por todo o Mundo se multiplicam as obras de assistência, bem alicerçadas na sua parte material, profissional e moral, na finalidade dum aperfeiçoamento da raça humana, pela aplicação dos meios necessários ao tratamento das doenças e à prevenção das mesmas. O Mundo de hoje não é o Mundo do passado.

Operou-se em todos os campos da actividade humana uma transformação notável: os problemas da assistência, da assistência hospitalar, e os problemas do ensino médico tomaram tal acuidade e tal importância que podem considerar-se problemas de interesse nacional, e o seu valor tem sido bem eloquentemente reconhecido no nosso País, pela obra que o Governo e os cientistas têm realizado.

Os problemas graves da medicina não foram olvidados, e à sua volta, à volta da sua gravidade, com o desenvolvimento da medicina colectiva e a redução da medicina individual, têm surgido os mais diversos critérios para a sua solução. Mas problema de tão grande amplitude comporta mil dificuldades na sua actualização e teremos de trabalhar sem descanso e com firme vontade para atingirmos o fim almejado.

O aviso prévio feito pelo Deputado Sr. Dr. João Cid dos Santos diz propriamente respeito ao Hospital Escolar de Lisboa. Nas suas afirmações e nos seus reparos, quer de ordem architectónica, quer da organização administrativa, quer da aplicação da assistência e de administração de ensino médico, somente revelou um pensamento de ordem pessoal: critério de cientista, liberto de todos os compromissos e obedecendo apenas à sua consciência de professor distinto, que não necessita de adjectivação

elogiosa para engrandecimento dos seus méritos.

E recorde que S. Ex.^a, no circunstanciado aviso prévio, condensou em vinte postulados, chamemos-lhe assim, os benefícios reconhecidos a uma obra verdadeiramente revolucionária, como S. Ex.^a a classificou.

Esses benefícios apontados bastariam — tão grandes e tão evidentes eles são — para consagrar a obra que o Sr. Presidente do Conselho concebeu, o Governo realizou e a Nação, com assombro, viu erguer, e que ficará sendo um dos mais brilhantes marcos da história dos últimos vinte e cinco anos de intenso e proficuo trabalho em favor de um povo.

Vozes:— Muito bem!

O Orador:— Mas S. Ex.^a adiante, numa parte do seu notável discurso, depois de divagar largamente sobre os problemas de construção e instalação dos serviços, em relação à planta do edificio, divagação critica feita por vezes pormenorizadamente, recorda que a razão de ser do aviso prévio é a necessidade de apontar as faltas, e não a de demonstrar os benefícios que havia resumido nos princípios enumerados.

Eu não posso seguir o mesmo caminho, e afirmo que as faltas e os erros existentes são pequenos, em relação ao tamanho da obra, que quase se apagam, se esquecem até, para admirar louvar e engrandecer uma realização levada a cabo com enorme sacrificio e persistência e pela qual suspiravam as escolas de medicina desde a sua fundação. E cabe aqui dizer que a modesta Escola Portuense de Medicina, fundada em 1825, ansiava já então pela criação do Hospital Escolar, onde pudessem estudar e praticar os futuros médicos que a frequentassem.

E em 1867 — há portanto oitenta e sete anos — numa mensagem dirigida ao Governo de S. Magestade para reforma do ensino, advogava e pedia um hospital privativo, onde professores e alunos pudessem exercer a sua actividade. E essa pretensão, vinda de há largos anos por aqueles que já então sabiam encarar problemas sérios e difíceis, solucionando-os, tornou-se realidade.

Temos o Hospital Escolar de Lisboa, e a Faculdade de Medicina do Porto tê-lo-á dentro em breve, pois o adiantamento da sua construção assim o garante.

E ao Sr. Ministro das Obras Públicas, que tanto interesse tem mostrado em tão grande empreendimento, aqui lhe deixo, em nome da minha terra, o agradecimento que lhe é devido.

Vozes:— Muito bem, muito bem!

O Orador:— Sr. Presidente: meia dúzia de palavras de história referentes à criação dos Hospitais-Faculdades, e ao preferi-las eu quero mais uma vez prestar homenagem ao Sr. Presidente do Conselho, que a concebeu e realizou, obra gigantesca de que muitos descreveram no seu cepticismo doentio e derrotista. S. Ex.^a soube responder ao apelo da Nação que a exigia.

E os hospitais fizeram-se ou estão em via de concluir-se.

Vozes:— Muito bem!

O Orador:— Resolvida a sua construção, escolheu-se para presidente da comissão técnica que a devia orientar o Prof. Francisco Gentil, da Faculdade de Medicina

de Lisboa, o Prof. Hernâni Monteiro, da Faculdade de Medicina do Porto, e os engenheiros Jácome de Castro e Tavares Cardoso, que deram muito do seu esforço à obra a que intensamente se dedicaram.

Os Hospitais ocupariam um e outro a mesma superficie, teriam a mesma capacidade e igual número de camas: 1.500. Mais tarde, no do Porto houve que reduzir o número de camas para 1.200, diminuindo o número de andares referentes às quatro torres.

Principiaram-se os estudos preliminares, e a missão que ao Prof. Francisco Gentil foi destinada era indubitavelmente missão de extrema responsabilidade; mas a sua forte personalidade, tantas vezes experimentada, e a dos seus colaboradores — e seja-me agora permitido destacar o Prof. Hernâni Monteiro, illustre homem de ciência, espírito disciplinado, inteligência viva, cultura invulgar, bem conhecido e admirado — ofereciam garantia plena ao bom resultado de semelhante tarefa.

Data de 1933 o decreto da criação dos Hospitais, e em 1931 o professor Gentil partiu para o Congresso de Cirurgia, realizado em Roma, levando também a missão de visitar os melhores centros hospitalares europeus, estudando a sua organização em obediência ao pensamento do Sr. Presidente do Conselho. Hospitais da Itália, Suíça, Alemanha, Suécia, Dinamarca, Bélgica, França e Espanha foram objecto de estudo, como prova o relatório apresentado pelo illustre professor.

Feita a conveniente preparação técnica, por quem tão brilhantes provas havia dado na criação do Instituto do Cancro, procedeu-se a um inquérito junto de todos os professores catedráticos das Faculdades de Medicina para conhecimento da sua opinião sobre a obra que iria ser iniciada.

Foram então seleccionados os técnicos que melhores e mais sólidas vantagens poderiam oferecer e o plano confiou-se ao célebre architecto alemão Diestel, considerado então um dos melhores da época. Basta dizer, em abono da sua competência, que Diestel foi o homem escolhido para o projecto do Hospital Cantonal de Zurique e o Estado Alemão entregou-lhe a confecção dos projectos do Hospital Escolar de Berlim.

Não lhe faltavam, portanto, títulos bem justificativos do seu valor real. E a obra realizou-se decorridos perto de vinte anos sobre a data do seu começo. Em certo momento, e devido à conflagração europeia, Diestel não pôde prestar a assistência que era necessária, mas outros continuaram essa tarefa. É natural que a sua falta haja influido na execução dos planos previstos.

Torna-se oportuno contar aqui um facto passado entre o Prof. Hernâni Monteiro e Diestel, quando aquele illustre professor se mostrava pesaroso pela razão de se não iniciarem no Porto as obras de construção ao mesmo tempo que em Lisboa:

«Sr. Professor — disse Diestel —, não esteja desgostoso pelo facto de as obras não terem início ao mesmo tempo aqui e no Porto, pois só lucrará com este facto o seu hospital». E continuou: «Uma obra de tal grandeza, como é a dos hospitais escolares, acusa sempre erros, defeitos, só verificados após a construção. Não de parecer alguns aqui. Lá em cima serão evitados». E Diestel tinha inteira razão. Cometem-se erros em todas as profissões. E a obra está pronta a ser observada por todos e por todos criticada; mas preste-se a justiça que é devida ao Governo, que pro-



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 INTELECTUAIS, FADIGA, FALTA DE FORÇAS, ESGOTAMENTO, GRAVIDEZ, AMAMENTAÇÃO, PERTURBAÇÕES GASTROINTESTINAIS E ALIMENTARES, INFECÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS, CONVALESCENÇAS

cedeu de harmonia com os interesses nacionais, entregando a missão a personalidades que se desempenharam com consciência e competência de semelhante encargo.

O Governo nunca negou as facilidades precisas, pondo na efectivação da obra o seu melhor empenho, obra admirada por nacionais e estrangeiros.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — E feito este ligeiro bosquejo histórico, Sr. Presidente, quero falar do Hospital Escolar do Porto, a cuja inauguração se procederá num período de tempo que pouco deve ultrapassar um ano. Estamos convencidos de que alguns dos erros que podem ser apontados ao de Lisboa não acusará o nosso Hospital Escolar.

Assim, no Hospital Escolar do Porto eliminaram-se algumas das deficiências apontadas ao de Lisboa. E conseguiu-se ainda um melhor aproveitamento do espaço. Apesar dos cortes executados, a área de aproveitamento do Hospital Escolar do Porto é sensivelmente maior, traduzindo-se numa grande área de reserva inexistente no de Lisboa; mas um e outro terão a mesma função.

«A todos os hospitais centrais caberão as funções de assegurar a assistência hospitalar da referida região, atender os casos clínicos da zona que os hospitais regionais não possam tratar e exercer as funções pedagógicas que lhes pertençam como formações sanitárias dos centros universitários.

A todos — em Lisboa aos Hospitais Cívicos e ao Hospital Escolar — ficam a competir as mesmas funções, tanto no que respeita à assistência hospitalar, como relativamente às funções pedagógicas. Deste modo o regime actualmente em vigor para os Hospitais da Universidade de Coimbra, para o Hospital de Santo António e Maternidade Júlio Dinis, no Porto, e para o Hospital Júlio de Matos, em Lisboa, estabelecimentos na dependência do Ministério do Interior, é tornado extensivo a todos os hospitais centrais».

E, posto isto, peço com o maior empenho que activem mais, se tal é possível, as obras do Hospital do Porto, de que o ensino e a assistência têm necessidade absoluta. E o Porto, que com tanta razão se queixa por ver muitas vezes esquecidos os seus interesses, menosprezadas as suas intenções, não compreendidos os seus anseios e

não satisfeitas as necessidades a que uma terra tão activa, tão laboriosa e tão disciplinada tem direito, é e será sempre grato àqueles que de longe em longe repartem com ele o quinhão dum todo de que ele é justamente credor..

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Sr. Presidente: o ensino médico no Porto tem sido feito com dispêndio de energia e sacrifício por parte de professores e alunos, que só aqueles que ali formaram a sua mentalidade e o seu espírito profissional podem avaliar. A velha Escola Médica, que o Governo transformou em Faculdade em 1911, tem suportado o seu calvário no cumprimento da missão que lhe cabe.

No acanhado edificio da Faculdade, que sofreu grande reforma entre 1928 e 1930, aumentando a sua capacidade e embelezando o seu aspecto, estão instalados os Institutos de Anatomia Descritiva e Topográfica, Anatomia Patológica, Fisiologia, Histologia, Química Fisiológica e Higiene, Laboratório Nobre e Biblioteca e os serviços que dizem respeito à sua administração.

A medicina legal encontra-se no respectivo Instituto. Em frente, no Hospital Geral de Santo António, funcionam os serviços clínicos, e funcionam por concessão graciosa e favor especial da Santa Casa da Misericórdia à Faculdade de Medicina — e todos os agradecimentos são devidos a essa benemérita instituição, não havendo palavras que possam traduzir o quanto lhe deve o Porto e o País inteiro.

A Faculdade exerce ali as suas funções docentes, sem preocupação de outra ordem que não seja fazer assistência exercendo a sua função do ensino médico. Dali têm saído médicos notáveis e cirurgiões abalizados, embora sejam pouco satisfatórias as condições de trabalho em que ali viveram.

No Hospital de Santo António encontram-se os serviços de clínica médica e cirúrgica, patologia médica e cirúrgica, propedéutica e pediatria, cabendo a cada um dos serviços uma enfermaria de homens e outra de mulheres.

A cadeira de obstetria e ginecologia é ministrada na Maternidade Júlio Dinis, hoje integrada no Instituto Maternal. Bacteriologia e doenças infecciosas são regidas

no Laboratório e no Hospital Joaquim Urbano, e psiquiatria no Hospital Conde de Ferreira, repartindo-se a oftalmologia-otorrinolaringologia, a urologia, a dermatologia e a traumatologia pelas consultas respectivas do Hospital da Misericórdia. Por aqui se poderá avaliar a dificuldade do ensino em edificios acanhados e antiquados, muito separados entre si, dispersos pela cidade.

E neste regime tão incómodo e tão difícil tem vivido a Faculdade em que muito me honro de ser formado. A necessidade de se activar a construção e a instalação do ensino médico no Hospital Escolar é, portanto, de uma evidência flagrante, e estou convencido de que, com a boa compreensão e a boa colaboração entre a comissão que superintende no Hospital Escolar e os professores da Faculdade, tudo correrá dentro dos preceitos que se exigem para bem finalizar e para bom aproveitamento tirar de uma realização que o Porto sabe agradecer.

Pelo adiantamento em que já se encontra a construção pode bem fazer-se uma ideia precisa do que vai ser quando acabada. E a distribuição das instalações onde funcionarão os diferentes serviços está feita, com completo acordo do Prof. Hernâni Monteiro, que em tudo superintende, e os restantes professores da Faculdade, sem o mais pequeno atrito.

Seja-me permitido aludir às instalações das especialidades, notavelmente da oftalmologia, ramo a que dedico a minha actividade profissional. Elas satisfazem completamente o seu fim, muito embora se reconheça que em certos casos as dimensões e a localização das salas não seja a melhor.

Há que atender, porém, a que a um dado espaço concedido a um serviço com determinada estruturação nem sempre é possível uma divisão impecável da área distribuída.

Além das instalações para internamento, das salas de espera, consulta e observação, da sala para exames especiais, salas de operações, etc., há a notar a existência de gabinete para o director, instalação para médico e enfermeiro permanente, arquivo, biblioteca, sala de assistentes e também espaço para um pequeno museu.

Os tracomatosos são tratados ou internados em sector contíguo, mas separado, devidamente isolado, como convém.

A ligação dos serviços de oftalmologia com a parte restante do Hospital permite fácil acesso aos doentes internados nas diversas clínicas, com a vantagem de no andar imediatamente superior e inferior, na mesma perpendicular, se localizarem os serviços de otorrinolaringologia, serviços com os quais a patologia ocular obriga a trabalho comum com frequência.

Não faltam condições para uma actividade clínica eficiente e um trabalho de investigação proveitoso. E o que aqui se verifica pode bem generalizar-se a todo o Hospital Escolar.

Sr. Presidente: não seria descabido transcrever do livro *Renaissance de l'Architecture Médicale* a opinião de Jean Walter, architecto das Faculdades de Medicina de Paris, Ancara e Lille, que refere:

O desejo de cada director, de cada professor, de cada médico, de ter um serviço tão completo quanto possível, manifesta-se muitas vezes de tal maneira que chegaríamos, se o architecto não reagisse, a edificios incomportáveis em razão da sua extensão.

Quantas vezes tenho visto homens eminentes exigirem espaços inúteis para não terem menos que outros colegas, cujas necessidades eram nitidamente superiores.

Por esta opinião nos parecer bem fundamentada, aqui a deixamos, esperando que ela se torne compreensiva aos olhos de quantos podem tê-la cultivado, atendendo somente às suas conveniências pessoais.

Não sucederá assim no Hospital Escolar do Porto, pois dentro da sua organiza-

EPILEPSIA E SINDROMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS E CARDIO-VASCULARES

A L E P S A L

Sinergia medicamentosa da Feniletilmalonilureia (Luminal-Gardenal)
com a Cafeína e a Atropina

FÓRMULA DOS LABORATÓRIOS
GENÉVRIER

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

nova conveniência na terapêutica de largo espectro

Fáceis de engolir, as drageias de Terramicina dão uma nova flexibilidade à administração durante períodos prolongados e são especialmente indicadas para tratamento eficaz e bem tolerado dos doentes que preferem drageias a qualquer outra forma oral.

*Apresentação: Frascos de 8, 16 e 100 drageias a 250 mg.
Frasco de 25 drageias a 100 e 50 mg.*

Terramicina
MARCA DA OXITETRACICLINA ANFÓTERA

Pfizer



PFIZER INTERNATIONAL SERVICE CO. INC.
25, BROAD STREET, NEW YORK 4, N. Y.

TERRAMICINA
PENICILINA
ESTREPTOMICINA
DIHIDROESTREPTOMICINA
COMBIÓTICO
BACITRACINA
POLIMIXINA

Unicos Distribuidores:

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

Representantes de

Pfizer

FUNDADA EM 1849

O maior Produtor de Antibióticos do Mundo

ção clínica e administrativa as lições de hoje servirão de bom proveito para delas tirarmos o rendimento exigido ao nosso labor profissional.

Mas, Sr. Presidente, existe um problema básico, que se nos afigura o mais importante e o mais delicado, aquele cuja solução me parece mais difícil e que se refere à organização do ensino médico em Portugal. É necessário conseguir aquilo que nos falta, e recorde, quando há pouco o Prof. Marañon regressava da sua viagem à América, que um jornalista lhe perguntou se lhe não tinham causado admiração os grandes hospitais e magníficos laboratórios que havia visitado. E ele respondeu: «Sim, vi coisas magníficas, mas o elemento principal e melhor é sempre o homem». Quer dizer: o hospital será um bom hospital se o pessoal for igualmente bom, competente, sabedor.

Não se tem poupado o Governo para que assim suceda. E o número, sempre crescente, de técnicos enviados ao estrangeiro para aumentar o seu cabedal de conhecimentos bem o atesta. E que o Governo pretende o que nós pretendemos: fazer cada vez mais e fazer melhor.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O *Orador*: — Mas, Sr. Presidente, é precisa a reforma e o ensino médico actualizado nos seus conhecimentos, exigindo-se ao candidato a aluno das nossas Faculdades a cultura de que tem necessidade ao prestar provas de admissão.

O médico, integrado na sua verdadeira missão, necessita possuir boa cultura, sólida preparação moral e intelectual e educação revelada em todos os actos da sua vida profissional e da sua vida de sociedade. A organização hospitalar e a finalidade das Faculdades que a orientam tem de ser encarada à luz das realidades, preparando os médicos para a prática da medicina corrente — clínicos gerais — saindo destes aqueles que formarão o grupo de especialistas em todos os ramos da clínica, da higiene ou do laboratório e os professores e investigadores.

Estudada a organização do curso médico geral, com os períodos necessários para a boa aprendizagem das cadeiras-bases, ou seja o estudo do homem normal, seguir-se-á o período destinado, com as patologias, ao estudo do homem doente. E um último período prático de bom trabalho clínico, observando os doentes, fazendo as respectivas fichas, estabelecendo os diagnósticos, indicando terapêutica para os casos estudados, dando ao futuro médico aquele espírito de clínico que se obtém com um trabalho dirigido e orientado pelos mestres que sabem ter sobre o aluno a influência devida ao seu valor e ao seu exemplo. E daqui, com uma larga preparação geral e médica, se partiria para o ensino superior, para as especialidades, para os cursos de aperfeiçoamento, para o ensino e para a investigação.

Na organização completa dos estudos médicos, Sr. Presidente, está a chave de um grande problema. E este, mais melindroso que qualquer outro, aguarda solução. Que os conselhos das Faculdades e o Ministro da Educação Nacional, em completo acordo, estudem a organização que se impõe para progresso e avanço da medicina.

Olhem para a França, para a Inglaterra, para os Estados Unidos, com a sua organização tão perfeita, e ali poderemos encontrar remédio para a nossa inferioridade.

E diremos, como o ilustre Prof. Leriche: «mas toda e qualquer reforma séria do ensino médico que não se contente apenas com palavras e aparências comporta a reorganização dos serviços hospitalares, no seu conjunto, para economia de homens, de tempo e de dinheiro e maior e melhor rendimento de trabalho».

E o Prof. Gentil escreve:

Nos hospitais, que devem adaptar-se à medicina actual, transformando-se

em centros médicos, é indispensável criar condições para educar o pessoal, para ensinar e estudar as clínicas, nas consultas, nos centros de diagnóstico e de terapêutica, como nos laboratórios, tudo quanto diga respeito à aprendizagem profissional de médicos e de enfermeiros.

E com este espírito foi traçado o plano dos dois grandes hospitais escolares!

Vozes: — Muito bem!

O *Orador*: — Sr. Presidente: mais uma vez, por tudo quanto se tem passado à volta do aviso prévio do Sr. Deputado Dr. João Cid dos Santos, se demonstrou que se impõe a centralização dos diferentes sectores da assistência pública, hoje dispersos, fragmentados, exercendo por vezes uma acção isolada.

Seria da máxima conveniência, para prestígio da assistência e da medicina, que se uniformizassem, dependendo exclusivamente de um Ministério cuja criação se impõe: o Ministério da Saúde Pública. Assim, pensamos ser de grande utilidade a sua criação e, mais ainda, ser orientado, dirigido por um licenciado em Medicina, que pela sua formação profissional está ligado directamente aos problemas da vida e da saúde.

E ao terminar seja-me permitido dirigir sinceras palavras de saudação e homenagem ao Governo, confiando na sua acção posta ao serviço da causa em que todos andamos empenhados.

Disse.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O orador foi muito cumprimentado.

O Sr. Presidente: — Vou encerrar a sessão. A de amanhã, à hora regimental, tem a mesma ordem da de hoje.

Está encerrada a sessão.

Eram 19 horas e 30 minutos.

O Sr. Presidente: — Vai passar-se à segunda parte da ordem do dia, que é a continuação do debate sobre o aviso prévio do Sr. Deputado Cid dos Santos.

Tem a palavra o Sr. Deputado Manuel Cerqueira Gomes.

Discurso do Deputado Dr. Manuel Cerqueira Gomes

O Sr. Manuel Cerqueira Gomes: — Sr. Presidente: quero que as minhas primeiras palavras, ao começar esta nova legislatura, sejam para saudar V. Ex.^a. E não numa atitude meramente protocolar, mas como irreprimível e sincera expressão do meu apreço pela correcção, pela elegância e pela inteligência com que V. Ex.^a dirige os nossos trabalhos, e ainda de agradecimento pela equilibrada compreensão que tenho encontrado em V. Ex.^a para os meus direitos e deveres na vida desta Assembleia.

Se o pecado da lisonja repugna ao meu temperamento, também me sai espontaneamente do coração a justiça que devo aos homens.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O *Orador*: — Ex.^{mas} Srs. Deputados: para VV. Ex.^{as} as minhas afectuosas homenagens.

No aviso prévio que aqui nos trouxe o Sr. Prof. Cid dos Santos há, fundamentalmente, a análise dum caso da nossa assistência hospitalar. Dum caso com que ele chocou no andar das suas atribuições pedagógicas.

O caso mereceu-lhe estudo atento e, na disciplina da sua profissão—médico que é e médico distinto—desfiou-o diante da Assembleia como sói proceder-se nos casos cli-

nicos: começou pelos antecedentes, demorou-se na descrição dos sintomas e dos sinais, procurou a explicação patogénica e aconselhou, no remate, uma solução terapêutica. Esta foi mesmo proclamada como motivo ou razão do aviso prévio: as insuficiências e as faltas destacaram-se para essencialmente se lhes procurar remédio. Tal como na medicina, onde tudo se ordena e desemboca no propósito máximo de curar a doença.

Cumprimento o Sr. Prof. Cid dos Santos. Para mim, tratou o seu caso com carinho, com verdadeiro amor; meteu-se nele e encheu-se dele, querendo sinceramente dominá-lo e vencê-lo. Foi objectivo até onde se pode ser objectivo; mesmo nas observações clínicas os factos passam por nós, somos nós que os captamos, que os hierarquizamos e os traduzimos num inevitável condicionalismo pessoal. Mas foi clínico, individual; o caso não se elevou até um plano onde contribuisse para esclarecer os problemas gerais, e se estes aparecem invocados, aqui ou além, é ainda com o intuito de apoiar o caso particular.

Não acompanho o Sr. Prof. Cid dos Santos na individualidade do seu caso e muito menos nos pormenores da fenomenologia, isto é: se o espaço chega, se o real valor do conteúdo não diz com a capacidade do continente, se há dependências exíguas para o fim a que se destinam, se existem serviços sem dono e outros em que o dono pode entrar em conflito com os colaboradores.

Nesta minha intervenção, que por várias razões há-de ser curta, eu quero passar acima do caso particular e deter-me em alguns problemas gerais que o aviso prévio aborda ou suscita. E a tanto me decido por estes problemas andarem desde há anos enlaçados em especiais circunstâncias da minha actividade e sobre eles haver assumido a responsabilidade de uma posição.

Vou referir-me primeiro às Faculdades de Medicina. A função essencial das Faculdades é formar ou criar médicos.

Vozes: — Muito bem!

O *Orador*: — Ora a medicina, por muito que as épocas a particularizem, tem de ser o estudo do homem total; e o ensino da medicina deve ser feito, organizado e conduzido de forma que o ensino atinja progressivamente a visão da totalidade e da unidade do homem nas suas reacções da saúde e da doença.

Começando pelo aprendizado da morfologia, subindo pelo estudo das funções, adestrando-se nos meios de diagnóstico, esclarecendo-se com os quadros da patologia, o ensino remata na clínica, onde o geral se adapta ao individual e o homem se recorta em particularidade distintiva.

Aqui, no topo alto da clínica, se faceta o médico; dá-se-lhe a real dimensão do homem. Podem as clínicas repartir-se em secções, mas o professor das clínicas tem de ficar por cima de todas as particularidades, mesmo sacrificando preferências pessoais, e mostrar que os bocados só têm valor na articulação do conjunto.

Vozes: — Muito bem!

O *Orador*: — Quer isto dizer que há nas Faculdades de Medicina disciplinas essenciais: uma cadeia de conhecimentos nucleares para a formação do médico.

Não quero agora indagar, porque me desviaria do sentido, se no regime actual das Faculdades de Medicina esta formação basilar do médico está devidamente assegurada. Só em breve apontamento posso dizer que o não está; que, além da má organização cronológica das disciplinas, com erros palmares, a visão do homem é ainda apenas somática e isolada; estuda-se sómente o orgânico, e orgânico desconectado de quanto o influencia; falta a perspectiva da biologia geral, falta todo o aspecto psicológico, falta o enquadramento no domínio social, partes necessárias para

APRESENTAÇÃO ORIGINAL DE ESTREPTOMICINA

VENDIDA AO PÚBLICO ATRAVÉS DAS FARMÁCIAS

SOLUÇÃO DE DIHIDRO MERCK

(Sulfato de Dihidroestreptomicina, em soluto estável)

- PARA ADMINISTRAÇÃO IMEDIATA
- NÃO EXIGE REFRIGERAÇÃO
- MAIOR SEGURANÇA
- MANEJO FÁCIL
- DOSAGEM MAIS PRÁTICA

No tratamento pela estreptomicina...

SOLUÇÃO DE DIHIDRO MERCK

1 gr. = 2 c. c. 10\$50

5 gr. = 10 c. c. 47\$50

DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS:

Soc. Comercial Crocker, Delaforce & C.^a
s. a. r. l.

chegar à real dimensão do homem — ele e as suas circunstâncias.

No ensino médico estamos ainda com o dualismo cartesiano, alheios ao ressurgimento da síntese global dos valores humanos.

O homem continua partido em duas metades distintas, e para as disciplinas do ensino médico só o corpo continua a interessar.

É este médico geral que as Faculdades devem criar e trazer pela mão às portas da vida. Essencialmente reside aqui a sua função. Significa isto que, para tal formação, as Faculdades não necessitam de serviços especializados?

De maneira nenhuma. Mas os serviços especializados devem ajudar, completar, e não deformar, a visão do médico. Por cima, sempre ordenando e coordenando, está a obra e a tarefa dos mestres da clínica.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Certamente que não acaba aqui a carreira do médico; digamos antes que principia. Uns vão para o exercício imediato da profissão, repartem-se pelas cidades ou pelas províncias, e alguns, mesmo na ausência dos focos de ensino, conseguem destacar-se em núcleos de valor. Outros ficam pelos centros universitários ou hospitalares e detêm-se nos serviços a enriquecer os seus conhecimentos.

Uma nova função se abre com isto para as Faculdades de Medicina — a do ensino complementar e com ele todo o difícil problema do ensino dos pós-graduados. Onde fazê-lo? Exclusivamente nos serviços das Faculdades e para tanto dar-lhes extensão conveniente? Sem dúvida que o ideal seria apetrechar as Faculdades com todos os serviços especializados, de modo a poderem ministrar cabalmente o ensino dos pós-graduados.

Mas, primeiro, este ideal não se atinge hoje por nenhuma parte, nem mesmo nos países mais ricos, embora aqui e além um ou outro serviço culmine sobre os congéneres do Mundo pelo valor pessoal de quem o dirige; em contrapartida, por toda a parte as modalidades e as necessidades da assistência vão erguendo, para fora da órbita universitária, institutos especializados, onde as diferentes doenças se estudam e tratam com grande riqueza de material.

Nós não fugimos à regra e, além dos serviços especializados dos nossos Hospitais Cívicos, temos já a funcionar, independentemente das Faculdades, a obra de protecção à infância, maternidades, hospitais ou institutos para tratamento do cancro, da tuberculose e de outras doenças infecto-contagiosas. E é de bom direito que quem quer aperfeiçoar ou melhorar os conhecimentos possa ir para onde encontre maior número de casos, mais rico apetrechamento, mais consagrada direcção, seja no próprio país seja fora dele.

Segundo, o ensino dos pós-graduados não é um ensino que habilite para o exercício da profissão. É um ensino de valorização profissional, de aperfeiçoamento das habilitações conferidas pelas Faculdades. E como tal não entra necessariamente na função essencial das Faculdades. Pode estar nelas por acréscimo, por extensão; mas pode estar fora sem que elas sofram na sua legítima razão de ser.

O problema não tem, como se vê, uma solução obrigada. É susceptível de várias, conforme as circunstâncias de cada país, ainda que a tendência seja para o alargamento extra-escolar da especialização médica. Assim o defendeu a Ordem dos Médicos, em nome dos princípios e com a força das nossas condições, e assim o compreendeu o Governo ao legislar, a pedido da Ordem, sobre a disciplina das especialidades médicas.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — E falemos agora do Hospital Escolar. Curvo-me, antes de mais, diante da grandiosa realização. Como portu-

guês, agradeço ao meu Governo a obra com que honrou o País; como médico, louvo todos quantos possibilitaram, conceberam e realizaram tão poderoso instrumento da nossa assistência.

Não perdi ainda a memória; sei o que éramos anos atrás, como vivíamos: ora de promessas, ora de sonhos, ora em distúrbios. E vejo o que vamos sendo, que milagres de esforço, de tenacidade e de altura estão a florir nas nossas terras.

Agora foi este, e lá no Porto trabalha-se afanosamente para acabar o outro Hospital Escolar — não sei se melhor, não sei se já mais apurado, mas sei que mais junto de mim, mais perto do meu coração, que todos os dias por ele passa e pára a revigorar-se na fé dos homens.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

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

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

Desde que se conceptuou e prescreveu, desde que os Hospitais Escolares têm de funcionar enquadrados na assistência hospitalar geral, é perfeitamente lógico que a sua direcção se situe na mesma ordem das direcções dos outros elos da cadeia hospitalar. Lógico porque, além do mais, é útil e necessário: o mesmo critério administrativo deve regular as diferentes regiões assistidas e pela rotação do mesmo sector oficial se devem entrelaçar e completar as necessidades assistenciais de cada zona.

Um plano geral de assistência implica uma direcção geral; uma e não várias. E se ao Ministério do Interior compete, por agora, a responsabilidade de superintender na assistência hospitalar, montando, entrelaçando e combinando os respectivos órgãos, na sua mão, e na sua mão exclusiva, deve reunir-se esta função.

Se mais razões não houvesse — e já aqui algumas outras foram largamente explanadas — estas bastavam para justificar aos meus olhos que a direcção dos Hospitais Escolares fique entregue ao mesmo sector oficial que vai dirigir os restantes órgãos da nossa assistência hospitalar.

Isto não implica, nem deve implicar, com a vida das Faculdades: o recrutamento dos professores e dos auxiliares pode e deve continuar nas normas dos estatutos universitários; as aulas práticas ou teóricas podem e devem desenvolver-se segundo os programas elaborados nas próprias disciplinas; os serviços, tanto laboratoriais como clínicos, podem e devem aproveitar todas as possibilidades existentes.

Isto não quer dizer que os problemas técnicos deixem de pertencer à competência das Faculdades nem significa que na acção pedagógica as Faculdades devam sofrer intromissão ou menoscabo de autonomias. Há aqui domínios perfeitamente distintos, que só se encontram no objectivo último de assistir aos que sofrem.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Um terceiro problema geral levantado pelo aviso prévio é o da melhoria de serviços dentro do Hospital Escolar.

Não parece justo negar ao titular de qualquer serviço o direito de procurar melhorá-lo e engrandecê-lo. Em toda a parte do Mundo se encontram serviços mais bem dotados ou mais amplamente apetrechados segundo o valor, a influência ou até a persistência do homem ou dos homens que neles trabalham. É um facto caracteristicamente humano.

A instituição Faculdade não sofre com ele, não se diminui pelo enriquecimento de um serviço, qualquer que seja o seu lugar na hierarquia das disciplinas; o benefício das partes é sempre o benefício do todo.

E como, em verdade, os serviços «são perenes» — os homens passam e os serviços ficam — sempre os acréscimos e os progressos resultam em lucro final da instituição.

Não há, positivamente, pecado num professor que intercede junto do Governo para obter mais amplas possibilidades de trabalho, nem há excesso do Governo ao deferir a pretensão.

Discordo, por isso, dos reparos aqui feitos quanto à instalação da cardiologia no Hospital Escolar. O professor tinha o perfeito direito de a pedir e o Governo de a conceder. Criticou-se a acção directa do professor junto do Governo? Nada a condena em princípio. Mas a crítica não subsiste, porque já aqui se provou que a exposição para a instalação do serviço também esteve presente no conselho da Faculdade. Há uma escala na preferência dos serviços? Também neste aspecto o comentário é injusto. Ninguém hoje em medicina nega à cardiologia um dos primeiros lugares na obrigação do estudo. Folgo com que o meu ilustre colega Dr. Santos Bessa tenha trazido as estatísticas nossas e alheias para provar que as doenças circulatórias se inscrevem com um nível altíssimo e crescente na morbilidade e na mortalidade gerais de todos os países. Não fosse dizer-se que eu exagerava, porque voto à cardiologia os meus favores especiais.

E falta-me, Sr. Presidente, referir um último problema geral que me despertou o caso do Hospital Escolar de Lisboa.

Vai muita coisa feita nas nossas assistência e saúde públicas. Há por estes sectores um esforço enorme de concepção e de criação. Sem dúvida que o conseguido está longe do necessário; era preciso mais, muito mais, para vencer problemas desta importância e desta magnitude.

É certo que as verbas não chegam; embora as exigências públicas tenham a sua hierarquia e nada deva primar sobre a saúde e assistência da nossa gente, o dinheiro escoá-se por uma multidão de serviços, todos a reclamar atenção e protecção.

E o dinheiro não se multiplica para dotações mais largas dentro de um orçamento em que as receitas pouco progredem ante a consciência quase geral de que a capacidade tributária vai já num nível de limite para a riqueza e para as actividades produtivas.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Mas a quem estuda os nossos problemas de saúde e de assistência choca a sua incoordenação e a sua dispersão por vários sectores oficiais. Se aqui se pode falar em duplicações de serviços, em falta de harmonia nas melhores realizações, se, no caso presente, os Hospitais Escolares chegam ao fim da construção sem que paralelamente esteja preparado o pessoal técnico, é porque as funções, as competências e as responsabilidades não estão enfiadas nem concentradas num comando único.

E são horas de o criar, é tempo de aparecer o nosso Ministério da Saúde. Vamos neste sentido ficando para trás dos países europeus e até dos americanos mais jovens; por toda a parte os Estados reconhecem

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 duma maneira geral para as gorduras).

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

a obrigação de entregar a um Ministério próprio o cuidado dos importantes problemas da saúde pública.

Já por várias vezes assim foi sugerido nos pareceres da Câmara Corporativa; já muitas mais foi pedido pela voz de ilustres membros desta Assembleia.

Eu mesmo o defendi há cinco anos na II Conferência da União Nacional, realizada no Porto, colaborei nas razões com que o tem justificado a Ordem dos Médicos, e volto a insistir, mais fortemente convencido da sua necessidade.

Vozes: — Muito bem!

O *Orador:* — Nada se pode fazer de verdadeiramente útil sem primeiro juntar, concentrar e ordenar. Mas juntar, concentrar e ordenar tudo quanto anda disperso pelos outros Ministérios, e até a previdência com a assistência.

São duas actividades que se inter-relacionam e se encontram nos meios da realização. É erro mantê-las separadas: repetem-se por uma e por outra as mesmas obrigações materializadas em duplicações de actividades e de serviços.

O que aí está é bem claro para os olhos que querem ver; já um perito da Fundação Rockefeller, depois de há anos percorrer em Lisboa os serviços da previdência e da assistência, declarou que «o tinha salientemente impressionado a duplicação das coisas num país pequeno como o nosso». E o erro vai abrindo passo a passo novas complicações, cada vez mais difíceis de solucionar.

Vale bem reflectir nos exemplos de fora: no de Espanha, que, por caminhos como o nosso, sem articulação dos serviços sanitários, levou a previdência a gigantescas criações, de exigências económicas imprevisíveis; e no de outros países europeus, como a França, a Bélgica, os Países Baixos, a Suécia, a Inglaterra, onde a segurança social não tem apetrechamento sanitário privativo porque ou se incorporou no Ministério da Saúde, ou lhe foi prescrito que devia integrar-se no plano geral de assistência traçado pelo Ministério da Saúde.

Do esforço de unidade que entre nós marca já a concentração da assistência hospitalar no único sector oficial — exactamente o problema que aqui mais se atacou — eu tenho de concluir que nos aproximamos de um departamento do Estado especialmente entregue aos problemas da saúde. Pois rematemos a evolução. E, uma vez criado o Ministério da Saúde, estude-se e delinheie-se um plano de saúde.

Chamem-se os técnicos — aqui os médicos. Compreenda-se que nos problemas da saúde devem depor os médicos, como os engenheiros nos temas de construção, como os juristas nas questões de direito.

Vozes: — Muito bem!

O *Orador:* — Escalem-se as necessidades. Ordenem-se num roteiro por onde se vá até à realização progressiva dos objectivos. E concentrando, simplificando, unificando, com um Ministério da Saúde e com um plano de saúde poderemos em poucos anos chegar, satisfatória e gloriosamente, a defender-nos das doenças evitáveis e a tratar os doentes inevitáveis.

Disse.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O orador foi muito cumprimentado.

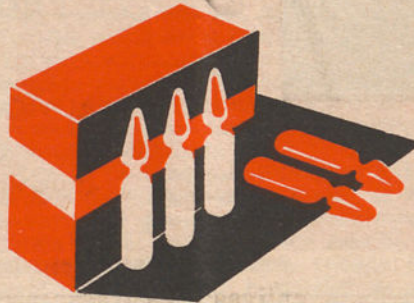
(Continua)

«Prémio Dr. João Pais de Vasconcelos»

Nos Hospitais Civis de Lisboa está aberto concurso para a concessão do Prémio «Dr. João Pais de Vasconcelos» no valor de 4.586\$79, ao qual serão admitidos os médicos que tenham terminado o internato complementar de Cirurgia nos últimos dois anos.

Os concorrentes deverão apresentar até ao dia 10 de Agosto do ano corrente seis exemplares de um trabalho, dactilografado ou impresso, sobre um assunto de Cirurgia geral, que hajam realizado a partir do 3.º ano do internato.

TERAPÊUTICA ANTI-SIFILÍTICA



SALIBI

Suspensão oleosa de salicilato básico de bismuto, em dispersão muito fina. Cada ampola de 2 cc. contém 0,15 g. de Bi metálico.

Caixa de 12 ampolas
de 2 cc.

25\$00

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

Dr. Jules Voncken

Na Escola do Serviço de Saúde Militar e a convite da Direcção de Saúde Militar, realizou no dia 30 de Janeiro uma conferência subordinada ao tema «Direito Internacional Médico», o Dr. Jules Voncken, general-médico belga, secretário-geral da Comissão Internacional de Medicina e Farmácia Militares. Presidiu o general Ferreira Passos, director do Instituto de Altos Estudos Militares, ladeado pelo Prof. Pinto Coelho, comodoro Dr. Oliveira Duarte e brigadeiro Dr. Pinto da Rocha.

Entrando no assunto da sua conferência, falou o Dr. Voncken do progresso que desde 1947 se tem verificado no Direito Internacional Médico, para o que muito contribuíram a Organização Mundial da Saúde e a mensagem do Papa endereçada aos médicos militares em Outubro último salientando a urgência de se legalizar o Estatuto Médico Mundial, futuro traço de união entre os povos, mesmo em tempo de guerra, de molde a que o médico possa cumprir o seu dever até num país ocupado pelo inimigo.

Mais adiante afirmou que a preparação da guerra biológica colocará o médico perante graves problemas de consciência que é urgente resolver, para salvaguarda da própria civilização.

Finalmente, o conferencista expôs o que sobre o assunto se tem feito na Bélgica, na Itália, no México, na França e em Cuba, esperando que em Portugal se crie a Sociedade Portuguesa de Direito Médico Internacional e o nosso País colabore naquele movimento mundial.

Prof. Costa Sacadura

O Prof. Costa Sacadura realizou no dia 14 do mês passado, na Associação das Enfermeiras Católicas, uma conferência em que falou de «O Neo-Maltusianismo; Birth Control; Esterilização; Aborto».

O conferencista demorou-se na descrição e crítica de cada um dos capítulos do seu trabalho e terminou apontando os meios a empregar contra a propagação de ideias tão nocivas como aquelas a que acabava de se referir, defendendo o alargamento das consultas pré-natais; o melhoramento e alargamento da assistência ao parto no domicílio, que fica mais barato ao Estado, e de que resultam maiores benefícios morais; e a protecção às maternidades secretas.

No final o Prof. Costa Sacadura distribuiu exemplares de obras suas, nas quais trata alguns dos assuntos versados na conferência.

MENOPAUSA

FUROSTILBENE

*1 ampola
por mês*

(Furoato de dietilstilbestrol)

Todas as perturbações tróficas e vasomotoras consecutivas à castração ou à menopausa natural.

Uma só injeção de 10 a 20 mgs. de Furostilbene é suficiente para manter uma actividade estrogénea durante um mês.

Vantagens do Furostilbene

- Possibilidade dum controle médico mensal
- Acção constante de 25 a 28 dias correspondendo ao ciclo estral normal
- Excelente tolerância, pois a sua boa absorção permite a utilização dum mínimo hormonal
- Injeção indolor

Apresentação: Caixa de 1 ampola de 1 c. c. a 10 mgs.

Esc. 30\$00

Posologia: O Furostilbene administra-se com o ritmo de 1 injeção por mês (1 ampola de 10 mgs. é suficiente na maioria dos casos)



UNION CHIMIQUE BELGE S. A.
BELGICA

Representantes :

COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE
Rossio, 59 - 2º Esqº - Lisboa - Telef. 26071

Sociedade Portuguesa de Endocrinologia

Terminou no dia 18 de Dezembro a primeira parte do Curso sobre Endocrinologia Sexual Feminina, que a Sociedade Portuguesa de Endocrinologia organizou para o corrente ano académico.

Com uma lição do Prof. A. Celestino da Costa, que versou o tema «O ovário endócrino», o Curso iniciara-se no dia 7 de Dezembro findo. O autor dividiu o seu trabalho em duas partes, descrevendo na primeira a evolução do folículo ovárico e das hormonas feminizantes. No dia 14, o Prof. Celestino da Costa voltou a falar sobre o mesmo tema, em continuação da lição anterior, constituindo esta a segunda lição do Curso.

No dia 21, o Prof. Oliveira e Silva fez a terceira lição, tendo falado de «Fisiologia da menstruação». Após a definição da menarquia, o conferencista pôs em relevo a complexidade dos fenómenos periódicos, recordando a intervenção do hipotálamo, da hipófise, do ovário e da mucosa uterina. Analisou e valorizou, depois, os sinais clínicos e as modificações físico-patológicas que acompanham o ciclo, apresentando esquemas elucidativos das correlações entre os vários órgãos que nele influem. Finalmente, baseado em investigações pessoais, discutiu o problema da intervenção directa por mecanismo hormonal, pela mediação sanguínea e dos núcleos hipotalâmicos sobre o ovário, considerando também os núcleos hipotalâmicos como intermediários na acção das hormonas sexuais femininas sobre o psiquismo, baseando-se nas suas relações funcionais, que o diencéfalo tem com o lobo orbitário e com a circunvolução frontal interna.

A quarta lição foi proferida, no dia 28, pelo Prof. Mirabeau Cruz e versou o tema «Correlações fisiológicas do ovário». O conferencista começou por acentuar a dificuldade de estudo das correlações fisiológicas das glândulas de secreção interna e afirmou haver mais vantagem no estudo da acção hormonal, do que na insistência em determinar a estrutura química das hormonas. Relatou, depois, os resultados obtidos segundo as técnicas clássicas da endocrinologia, aludindo em primeiro lugar às relações fisiológicas do ovário com as três importantes

glândulas de secreção interna: hipófise, suprarrenal e tiroideia. Terminou descrevendo as relações daquele órgão com as restantes endócrinas e outros órgãos e sistemas e nomeando os prováveis pontos de contacto do ovário com o hipotálamo.

Fazendo parte do Curso, realizou-se no dia 4 de Janeiro uma sessão clínica, na qual foram apresentados dois trabalhos. O primeiro, do Dr. Kirio Gomes, intitulava-se «Síndrome de Stein-Leventhal», e nele, o autor apresentava um caso de hirsutismo numa rapariga de 20 anos, a propósito do qual fez a revisão da bibliografia. O segundo trabalho da autoria dos Drs. Luís Botelho, Mário Fernandez, Freire da Cruz e Magalhães Colaço, foi lido pelo primeiro e versava o tema «Um caso de provável síndrome de Turner», verificado numa rapariga de 20 anos, cuja aparência não era de mais de 14. Trata-se dum caso raríssimo, que os autores estudaram largamente e acerca do qual discutiram, por fim, o comportamento terapêutico.

O Curso prosseguiu no dia 11, com uma lição do Prof. Michel Mosinger, em que o autor versou o tema «Anatomia Patológica do ovário», e em que relatou os estudos que fez dos diversos processos patológicos dos ovários na mulher e em animais, sobretudo as chamadas ovaroses e os tumores benignos e cancroes daqueles órgãos, assim como as repercussões endocrinológicas devido a essas lesões.

Por último, relatou numerosos casos, assim como os resultados das experiências executadas no Instituto de Anatomia Patológica da Universidade de Coimbra, em que conseguiu reproduzir tipos de tumores benignos do ovário, inclusivamente quistos gigantes e embriomas.

A última lição desta primeira parte realizou-se, como acima dizemos, no dia 18. Fê-la o Dr. Ferreira de Almeida e versou o tema «Farmacologia das hormonas ováricas». O conferencista fez diversas considerações acerca dos vários aspectos da farmacologia das hormonas ováricas naturais e artificiais ou de síntese e apontou os principais factores do progresso registado nesse capítulo, sublinhando a importância do conhecimento

da estrutura química dos compostos naturais, como ponto de partida para a sua produção sintética, advento das hormonas artificiais, conhecimento do seu metabolismo e do mecanismo íntimo das suas acções. A seguir fez uma súmula dos efeitos fisiológicos e farmacológicos das hormonas e criticou o actual abuso daqueles medicamentos, terminando por desejar que a prudência e a ponderação governem a sua aplicação.

A segunda parte do Curso sobre Endocrinologia Sexual Feminina, dedicada ao estudo dos problemas clínicos, teve início no passado mês de Fevereiro, e o seu programa completo foi o seguinte:

Dia 25 de Janeiro — Prof. Freitas Simões — «Endocrinologia e clínica ginecológica»;

Dia 1 de Fevereiro — Dr. Mário Fernandez — «Fisiopatologia da puberdade»;

Dia 8 — Dr. Kirio Gomes — «Semiologia das perturbações da menstruação»;

Dia 15 — Prof. Castro Caldas — «Dismenorreias»;

Dia 22 — Dr. Meleiro de Sousa — «Amenorreias»;

Dia 8 de Março — Dr. Fernando de Almeida — «Menometrorrágias disfuncionais»;

Dia 15 — Dr. Nuno de Medeiros — «Tensão pré-menstrual»;

Dia 22 — Dr. Jorge Brás — «Esterilidade»;

Dia 29 — Prof. D. Pedro da Cunha — «Endocrinologia da gravidez»;

Dia 5 de Abril — Dr.^a Maria Augusta Veiga — «Tumores funcionantes do ovário»;

Dia 12 — Dr. A. Rosário Dias — «Virilismos e hirsutismos»;

Dia 26 — Dr. Luís Botelho — «Hormonas sexuais e cancro»;

Dia 3 de Maio — Dr. Iriarte Peixoto — «Climatério»;

Dia 10 — Dr. João Santos — «Correlações psico-sexuais na mulher»;

Dia 17 — Dr. Lopes do Rosário — «Do-seamentos hormonais».

No final desta parte, «O Médico» publicará notícia detalhada do que se tiver passado no decorrer dela, com o resumo das lições apresentadas.

DOIS HIPOTENSORES DE ACÇÃO SINÉRGICA

Alcalóides de Rauwolfia serpentina

Alcalóides activos do Veratrum viride, estandardizados biologicamente (VIRILOIDE)

NUM SÓ MEDICAMENTO

RAUVILOIDE

DRAGEIAS

Permite a terapêutica ambulatória da Hipertensão

LABORATÓRIO FIDELIS

V I D A M É D I C A

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 6 a 15 de Março)

Dia 6—Na Póvoa de Varzim toma posse do cargo de Delegado do Sindicato dos Enfermeiros, naquele concelho, Ernesto Lázaro da Silva.

7—Em Ílhavo realiza-se um cortejo de oferendas em benefício do Hospital da Misericórdia, que terá rendido cerca de 150 contos, concorrendo com dez mil escudos o Ministro do Interior e igual quantia a Direcção Geral de Assistência. A Fábrica da Vista Alegre concorreu com 14 mil escudos.

—Chegam a Lisboa os Drs. Vernejoul e Métras, professores da Faculdade de Medicina de Marselha, que vêm realizar conferências entre nós, sob o patrocínio do Instituto Francês em Portugal.

—No Porto continuam as comemorações aniversárias da Assistência aos T. do N. de Portugal.

8—Passa o 3.º aniversário da posse do Dr. Ribeiro de Queirós como Subsecretário da Assistência, motivo por que é muito cumprimentado.

—Em Coimbra, na Escola de Enfermagem Dr. Angelo da Fonseca festeja-se o dia de S. João de Deus.

—Os licenciados Francisco Ervedosa Félix Machado e José Manuel Cortês Pimentel, prestam provas de doutoramento em Medicina na respectiva Faculdade de Lisboa, que funciona no Anfiteatro do Hospital Escolar.

As provas começam cerca das 15 horas, com um trabalho do Dr. Francisco Ervedosa, sobre «Eclamorismo», seguindo-se o Dr. Cortês Pimentel que tratou de «Tumores das bainhas dos nervos periféricos».

Sob a presidência do reitor da Universidade Clássica, Prof. Dr. Gabriel Pinto Coelho, o júri é constituído por todos os professores daquela Faculdade, pelos professores Dr. Moraes Frias e Ernesto Moraes, da Faculdade de Medicina do Porto, e professores Drs. Álvaro Moraes e Sousa e José Augusto Correia de Oliveira, da Faculdade de Medicina de Coimbra.

—Perante um júri constituído pelos Drs. Eugénio Mac-Bride, que preside, Ducla Soares e Melo e Castro, prestam provas e ficam aprovados, internos especialistas do internato complementar (4.º ano), de clínica médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa, os Drs. Guilherme Couvreur de Oliveira, José Pulido Valente, Rui Valentim Lourenço, António Cavaco Catita, Luís Sousa Uva e Vitor Ferreira de Jesus.

—São também nomeados internos dos Internatos dos mesmos hospitais os Drs. Tomás Guimarães de Calheiros e Menezes, João Faria Rodrigues Barbosa, José Monteiro Alves Ferreira e Jorge Gomes Saraiva, bem como a Dr.ª D. Marieta Nina de Soveral Rodrigues.

9—Noticia-se que a Misericórdia de Cabeceiras de Basto vai construir um hospital subregional que importará em 1.300 contos, com participação do Estado em metade do encargo.

—Informam de Coimbra que o Prof. Rocha Brito, convidado pela Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, aceita o encargo de aí realizar uma conferência no ciclo de estudos da Profilaxia da Velhice. Dá à conferência o título «Ser velho e estado velho».

11—O Prof. Vernejoul profere em Coimbra, nos Hospitais da Universidade, uma conferência sobre a cirurgia das esteiroses da artéria pulmonar, a que preside o Prof. Rocha Brito.

12—O Dr. Joaquim Moreira Fontes, assistente de ginecologia e obstetrícia dos H. C. L. é nomeado director do serviço daquela especialidade.

—É nomeado subdirector do Hospital da Marinha o capitão de fragata médico Dr. João António de Matos Sarrasqueiro Rossa.

—No salão nobre dos Hospitais da Universidade de Coimbra, proferem conferências os Profs. Vernejoul e Métras, de Marselha, respectivamente sobre «Cirurgia da pericardite contritiva» e «Primo-infecção, descorticação pulmonar e diagnóstico precoce do cancro do pulmão».

—Ainda em Coimbra, o Dr. Armando Gonçalves profere uma palestra de divulgação científica sobre a «História da Tuberculose».

—Reúnem em Lisboa, na Câmara Corporativa, as secções encarregadas de apreciarem o projecto de lei sobre responsabilidade pelos encargos em matéria de assistência hospitalar.

—No Porto e na Faculdade de Medicina, realiza-se mais uma sessão de trabalhos com o seguinte programa: «Acção da ACTH no carcinoma inoperável do isófaço», pelos Drs. Miguel Matos e Ignácio de Salcedo; «A vagotomia supra-diafragmática e a frenicetomia esquerda na dinâmica gastro-esofágica» (breve nota experimental), pelos Drs. Abel Tavares e Castro Correia; «Alguns aspectos do quadro hemático infantil. O hemograma até aos 30 dias», pelos Drs. Eugénio Corte-Real e Sá Oliveira.

—No Porto, o Prof. Dr. Lopes Rodrigues, director da A. T. N. P., pronuncia no Clube dos Fenianos uma conferência subordinada ao tema: «Vida e obra da A.T.N.P. na luta contra a tuberculose».

—Reúne na sede da Ordem dos Médicos, em Lisboa, a Assembleia Geral da classe, tendo sido aprovado um voto de louvor à actividade do Bastonário, Prof. Cerqueira Gomes, e do Conselho Geral,

assim como uma representação ao Presidente do Conselho de Estado, pedindo a sua intervenção a favor da classe médica.

Estrangeiro

A Liga Francesa contra o Cancro revela que essa doença mata, em França, uma pessoa de 7 em 7 minutos, ou sejam 85.000 pessoas por ano. São diagnosticados anualmente cerca de centena e meia de milhares de casos.

—Em Colónia, realizou-se nos dias 14 e 15 de Fevereiro um curso prático de doenças alérgicas.

—Em Nova Iorque, nos dias 11 a 13 de Fevereiro, realizou-se a reunião da Associação Americana de Ortopsiquiatria.

—Em Chicago reuniu-se, em Fevereiro passado, o Colégio Americano de Radiologia.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Para o provimento do lugar de médico urologista do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da província de Angola.

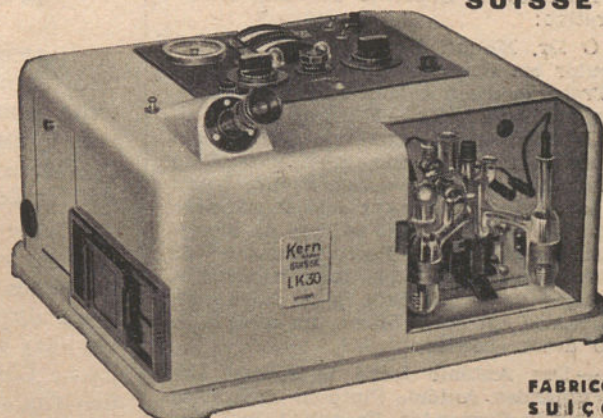
A Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa vai realizar, no Hospital dos Capuchos, em Maio próximo, o I Ciclo de Estudos Clínicos, com vista ao «prémio Aníbal de Castro». Todos os trabalhos deverão ter os limites mínimos de 15 minutos e máximo de 45, como tempo de exposição.

—Vai ser construído um dispensário

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.ª 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

antituberculoso em Lamas da Feira, concelho da Feira, obra orçada em 212 contos.

— Vai ser publicada uma portaria que autoriza a Câmara Municipal de Évora a ceder gratuitamente à Liga Contra o Cancro, com destino à construção das instalações do Centro Regional Anticanceroso da cidade, 12.675 metros quadrados de terreno.

— Passa para 18 do corrente a conferência que o Dr. António Nunes Vicente deveria ter proferido no dia 12, no C.A.D.C. em Coimbra, integrada nas sessões de deontologia médica e intitulada «A cirurgia das afecções mentais».

Estrangeiro

De 3 a 5 de Abril, realizam-se em Paris os «Colóquios sobre a função luteal».

— Em Colónia, de 21 a 22 de Abril, reúne a Sociedade Alemã de Electroencefalografia.

— Em Nápoles realizam-se os «Dias italo-franco-suiços de Bioquímica», de 21 a 24 de Abril.

— Em Munique, de 21 a 25 de Abril, realizam-se os «Dias da Sociedade Alemã de Cirurgia».

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 4-3-54 a 10-3-54)

4-3

Aviso da Santa Casa da Misericórdia do Porto (Hospital Geral de Santo António) declarando que, encontrando-se em vigor as disposições transitórias do internato clínico, previnem-se os interessados de que, por espaço de trinta dias, a contar da segunda e última publicação deste anúncio no «Diário do Governo», na secretaria do referido Hospital se recebem requerimentos pedindo a passagem de diplomas do internato geral e complementar, de conformidade com as condições afixadas no átrio.

5-3

Acórdão do Supremo Tribunal Administrativo:

O Dr. Manuel Pinto, casado, médico, morador em Coimbra, propôs no Tribunal do Trabalho desta cidade contra os Serviços Médico-Sociais — Federação de Caixas de Previdência e contra o Dr. António Joaquim Arruda, casado, médico, também ali residente, a acção sumária onde pediu que se julgassej dever ter sido classificado em primeiro lugar como médico de otorrinolaringologia para o Posto Clínico n.º 80 e, consequentemente, que fosse anulada a nomeação do Dr. Arruda para tal cargo. Publicamos em «O Médico», na íntegra, o texto deste acórdão.

— Drs. António Jorge da Silveira Peres Fernandes, António Pinto de Magalhães de Almeida Fernandes, Francisco José Tavares Ferreira de Lima, João da Silva Rocha, Jorge Silvério de Sousa Vieira e Maria da Palma Carlos, internos, contratados além do quadro dos H. C. L. — rescindidos os respectivos contratos, a partir do dia 7 de Março corrente.

— Dr. Manuel Reimão da Cunha Pinto — reconduzido por mais três anos, no cargo de professor ordinário da 6.ª cadeira (Bacteriologia e Virulogia) do Instituto de Medicina Tropical.

— Dr. José Joaquim Xavier de Faria — contratado para a prestação de serviço no quadro complementar de cirurgiões e

especialistas do Hospital do Ultramar como interno estagiário, indo ocupar uma das vagas criadas pelo artigo 67.º do Decreto n.º 39.458, de 7 de Dezembro de 1953.

8-3

Drs. Tomás Guimarães de Calheiros e Meneses, João Faria Rodrigues Barbosa, José Monteiro Alves Ferreira e Marieta Nina de Soveral Rodrigues — nomeados, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, internos do internato complementar dos serviços gerais de clínica médica dos Hospitais Cívis de Lisboa.

— Drs. Guilherme Couvreur de Oliveira e Vítor Manuel Ferreira de Jesus — nomeados, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, internos do internato complementar dos serviços gerais de clínica médica dos Hospitais Cívis de Lisboa.

— Dr. Jorge Gomes Saraiva — nomeado, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, interno do internato complementar do serviço clínico da especialidade de neurologia dos Hospitais Cívis de Lisboa.

— Dr. João Augusto Marques da Silva, médico, interino do quadro de pessoal técnico da Junta de Emigração — colocado na delegação do Porto, na vaga resultante da nomeação do médico que prestava serviço naquela delegação, Dr. João Nunes da Silva para inspector-chefe interino da referida Junta de Emigração.

10-3

Dr. Joaquim Moreira Fontes, assistente de serviço da especialidade de ginecologia e obstetrícia dos Hospitais Cívis de Lisboa — nomeado director de serviço da mesma especialidade.

— Dr. António Francisco Pereira Baptista, médico de 1.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, natural da metrópole, com mais de dois anos de exercício no último lugar — desligado do serviço para efeitos de aposentação.

Partidas e Chegadas

Prof. Francisco Cambournac

Regressou de Genebra o Prof. Francisco Cambournac, que foi recentemente eleito, conforme «O Médico» noticiou, para o cargo de director regional, para a Libéria e África do Sul, da O. M. S. das Nações Unidas.

O Prof. Francisco Cambournac, que veio em missão oficial, apresentar cumprimentos ao Governo português, em nome daquela Organização, partiu, breves dias após a sua chegada a Lisboa, para a Libéria e África do Sul, com idêntico fim.

Prof. Diogo Furtado

Partiu para Genebra, a convite da Universidade daquela cidade, o Prof. Diogo Furtado, que, como «O Médico» noticiou, ali vai dar três lições na Policlínica Universitária, na Clínica Médica e na Clínica de Neurologia, além da repetição da sua lição, proferida no recente concurso efectuado em Coimbra, intitulada «Mieloses funiculares».

Dr. Celestino Gomes

No Centro de Profilaxia da Velhice, o Dr. Celestino Gomes fez no dia 8 de Fevereiro, uma conferência intitulada «Ciência de Almanaque», na qual começou por se referir às dificuldades do higienista, para em seguida aludir às influências do biótipo, às influências astrais e às glandulares, bem como às dos alimentos e do temperamento. Falou, ainda, do sistema nervoso e das quatro idades da vida: a física, a fisiológica, a biológica e a psicológica, e terminou por aludir ao costume que existe de se fornecerem às pessoas, e principalmente aos doentes, conselhos feitos em série, como os fatos que se vendem feitos, que uma vez assentam como uma luva e outras ficam curtos nas calças ou compridos nas mangas.

Sociedade Médica dos Hospitais Cívis de Lisboa

A Sociedade Médica dos Hospitais Cívis de Lisboa, de colaboração com o «Jornal do Médico», promove no corrente mês um ciclo de palestras sobre temas de Medicina prática. As palestras apresentadas serão submetidas à apreciação de um júri e a classificada como melhor receberá um importante prémio pecuniário, que terá a designação de «Prémio Aníbal de Castro».

FALECIMENTOS

Dr. Manuel Ribeiro Esteves

Faleceu, em Caldas de Aregos, o Dr. Manuel da Silva Ribeiro Esteves, médico municipal e que exercia, também, clínica nas terras daquela vila. Era irmão dos Drs. Eurico da Silva Esteves e Ademar da Silva Esteves, e cunhado do Dr. Adérito Moreira.

Faleceram:

Em Ancião, o Dr. Artur Vieira da Mota, médico naquela vila, onde desempenhou vários cargos públicos, e foi presidente da Câmara Municipal.

— Em Bragança, a sr.ª D. Fortunata Augusta de Sá Vargas Morgado, esposa do coronel-médico Dr. Francisco José Martins Morgado, antigo director-clínico dos Hospitais Militares do Porto e de Bragança. A falecida era mãe da Dr.ª D. Emília Augusta de Sá Vargas Morgado e do Dr. José Marcelino de Sá Vargas Morgado, médicos naquela cidade, e cunhada do Dr. Eduardo dos Santos Silva, médico no Porto e antigo ministro da Instrução.

— Em Ílhavo, o sr. José Rodrigues da Preta, sogro do Dr. Ernesto Barros, médico em Aveiro.

— Em Faro, a sr.ª D. Adelaide Dias Sancho Nobre, esposa do Dr. João da Silva Nobre, médico naquela cidade.

— Em Lisboa, a sr.ª D. Maria Benvida Pereira e Silva, sogra do Dr. João de Almendra.

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. Moraes Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.ª assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos 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 Selazar 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 Sarmiento (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 Antitrombotomosa do Dispen. de Higiene Social), Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emídio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.to António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.to António), José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.to António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hospital de Santo António) — PORTO
Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Dir. do Sanat. Sousa Martins da Guarda), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matozinhos), J. Pimenta Presado (Portalegre), Joaquim Pacheco Neves (Vila do Conde), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), M. Santos Silva (Dir. do Hosp.-Col. Rovisco Pais — Tocha), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Vila Real)

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

COIMBRA — Luís A. Duarte Santos (Encar. de Cursos na Fac. de Med.); — LISBOA — Fernando Nogueira (Médico dos H. C. L.) e José Andresen Leitão (Assist. da Fac. de Med.); PORTO — 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 Hust (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.ª — 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

