

# O MÉDICO

SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 130  
25 de Fevereiro de 1954

DIRECTOR E EDITOR:  
**MÁRIO CARDIA**

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

*Afecções*

GRIPAIS E POST-GRIPAIS  
OTO-RINO-LARINGOLÓGICAS  
BRONCO-PULMONARES  
GENITO-URINARIAS  
ESTAFILOCOCCAS

UMA CONCEPÇÃO NOVA NA  
TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA

## 3 ACÇÕES

- Antibiótica específica
- Imunizante inespecífica
- Modificadora do terreno

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

### APRESENTAÇÃO

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

# OMNACILINA

## AZEVEDOS

LABORATÓRIOS AZEVEDOS  
MEDICAMENTOS DESDE 1775



# E

## SUMÁRIO

	Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
TEIXEIRA RUELA — O problema da tuberculose em Portugal .....	141	Prémio Médico-Santário — J. ANDRESEN LEITÃO .....	121
FELICIANO FALCÃO — Nota hematológica sobre o 1.º caso de Kala-azar no adulto diagnosticado em Portugal .....	144	Revista Ibérica de Endocrinologia .....	122
MOVIMENTO MÉDICO — ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — Como escolher e prescrever os antibióticos .....	149	Aspectos do exercício da Medicina, em meio rural — BERNARDINO DE PINHO .....	123
		O Professor Roberto Frias — CLÁUDIO CORRÊA D'OLIVEIRA GUIMARÃES .....	125
		O Aviso-Prévio do Prof. Cid dos Santos .....	128
		Noticiário diverso.	



**ALGICINA**  
**CÓDOL**  
**RHINOL**  
**RHEUMA**



LABORATÓRIOS  
DO  
**INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA**

# O problema da tuberculose em Portugal

## Análise das suas causas determinantes



TEIXEIRA RUELLA

(Médico-Tisiologista)

### CAPÍTULO I

#### A TUBERCULOSE E A GUERRA

A tuberculose em todas as suas formas, é uma doença cuja frequência está intimamente ligada às condições de vida dum Povo. País onde exista uma elevada percentagem de portadores da tuberculose ou exista uma alta mortalidade causada por esta doença, é certo e sabido que é um país onde a grande maioria dos seus habitantes tem um nível económico abaixo daquilo que se poderá considerar justo e humano.

As guerras, pelo seu cortejo de horrores, falta de alojamentos por destruição de bairros e cidades inteiras; excesso de trabalho; escassez alimentar; promiscuidade de vida; diminuição das condições para poder ser mantida uma razoável higiene, onde ela exista, geram miséria. O abaixamento do nível de vida das populações, além de concorrer para o aumento do número de pessoas atacadas pela tuberculose, em grande parte dos casos, porque se difunde através de populações intensamente debilitadas, faz com que o mal se apresente com tais características de gravidade, que o doente caminha a passos rápidos e agigantados para uma morte certa.

Durante a última conflagração, o piorar das condições económicas de todos os povos — envolvidos ou não no conflito — foi de tal ordem, que os números que o traduzem, marcham em paralelo com aqueles que nos dão o índice da tuberculose ou da mortalidade causada por esta doença. Confirmação plena de que muita miséria é sempre igual a muita tuberculose!

E assim, na Grécia, a desvalorização da moeda foi tal, que uma libra-ouro chegou a valer trinta biliões de «drachmas». Com uma moeda valendo tão pouco e com uma enorme falta de tudo o que era mais necessário à vida, os preços subiram vertiginosamente. Um litro de azeite, que antes da guerra custava 50 «drachmas», chegou a custar um bilião! Em Setembro de 1944, cada quilo de pão custava vinte milhões de «drachmas»; a manteiga oitocentos milhões; um par de sapatos um bilião e um fato completo cinco milhões de «drachmas»! Como consequência disto e de todas as outras vicissitudes que são apanágio das guerras, calcule-se o que foi a vida daquele Povo!

Em 1952, a mortalidade nos lactantes foi de 250 por mil! No livro da autoria de O. M. Mistal, «La Tuberculose dans le Monde», lê-se textualmente:

«Milhares de crianças e adultos morreram de fome nas ruas de Atenas. Camiões recolhiam os cadáveres que depois eram lançados em massa nas valas comuns».

Segundo números que extraímos do mesmo A. ficamos sabendo que até 1944 mais de 450 mil homens morreram de fome ou de doenças consecutivas a uma alimentação mais do que insuficiente. Perante tal cortejo de desgraça, a tuberculose aumentou enormemente, e para desse facto termos uma ideia tanto quanto possível aproximada, basta dizer que em cada grupo de 300 crianças observadas em Atenas, 200 estavam tocadas pela tuberculose! O Ministro da Saúde Pública da Grécia fez, nesse tempo, uma declaração na qual afirmou que em cada 20 raparigas entre os dezóito e os vinte anos, 15 sofriam de tuberculose! Duma maneira geral encarava-se, mesmo para depois da guerra, a impossibilidade de qualquer solução técnica perante tal invasão tuberculosa!

Na França, em 1943, as condições de vida, em consequência da guerra, eram simplesmente desastrosas. Segundo Charles Richet, «dez milhões de franceses sofriam de fome lenta e, dentre eles, dois milhões estavam ameaçados de morrerem à míngua de alimentos, fosse directamente ou fosse em consequência

do desenvolvimento de doenças infecciosas provenientes do enfraquecimento do organismo».

A fome em Paris foi de tal ordem, que ao que parece, afirma-se em «La Tuberculose dans le Monde», 30.000 gatos foram comidos por parisienses famintos e a atestá-lo — além doutros factos comprovativos — está o facto da polícia da capital francesa ter recebido, durante largo período, uma média de 300 queixas diárias referentes ao desaparecimento destes animais! Em Marselha, o racionamento concedia diariamente 10 gramas de gordura e, por mês, 3 quilos de batatas e 400 gramas de carne! A cidade de Toulon, apenas recebia 200 litros de leite por dia, para uma população que se não contava por um pequeno número de habitantes! Em consequência desta escassez alimentar e mais ainda nos centros populacionais densos, em toda a França, durante a última guerra, a mortalidade pela tuberculose aumentou muito mais do que a mortalidade causada por todas as outras doenças! Neste país, onde a mortalidade pela tísica tinha diminuído em 50 % antes da última conflagração, devido às condições de vida por ela criadas, aumentou a mortalidade em 20 % para a tuberculose pulmonar e em 30 % para a tuberculose óssea. No decorrer do ano de 1945, estas cifras foram largamente ultrapassadas.

Ainda em França, o excesso de mortes sobre nascimentos foi de meio milhão de indivíduos em quatro anos. Sem dúvida que um dos factores essenciais neste desequilíbrio foi o grande incremento que teve a mortalidade pela tuberculose.

Sobre alguns departamentos da França — de 1938 até ao primeiro trimestre de 1943 — podemos dar alguns números que, só por si, são bastante eloquentes. E assim:

Nas Bocas do Ródano, o aumento de mortalidade pela tuberculose foi de 84 %; em Isère, de 60 %; no Sena, de 64 %; no Ródano, de 49 %; em Vaucluse, de 86 %; e em Var, de 51 %.

Deve contudo dizer-se que nem em todos os departamentos franceses o aumento da mortalidade referente a esta doença se exprime por números de tanta grandeza. Aqueles em que isso aconteceu, são departamentos onde não existem grandes cidades ou vilas populosas e que, na sua maioria, são habitadas por uma população essencialmente rural.

Como com as guerras todos sofrem — agredidos e agressores — a Alemanha também acabou por amargurar intensamente a sua sede de conquista, e além da derrota que lhe foi imposta pelos Povos que nessa altura tiveram que pegar em armas para defenderem a sua liberdade realmente ameaçada, sofreu as consequências da diminuição do seu nível de vida, consequência directa das vicissitudes da guerra, que ela própria criou!

Basta dizer-se que, antes do conflito, a Alemanha alimentava uma média de 137 habitantes por quilómetro quadrado do seu território. Em Março de 1945, em consequência do enorme afluxo de refugiados vindos dos territórios perdidos e pela presença de milhões de prisioneiros e de estrangeiros empregados em «trabalho escravo», a Alemanha tinha que alimentar uma média de 304 habitantes por quilómetro quadrado ou seja quase o dobro de antes da guerra!

Até certa altura da conflagração, as necessidades alimentares dos alemães estavam longe de sequer se assemelharem às necessidades dos Povos por eles subjogados. Mas, pela resistência desses Povos e pelo curso da guerra, a situação foi-se modificando, até que em 1945 as restrições alimentares acabaram por se fazerem sentir com todo o seu peso, e a Alemanha nazi passou então a sofrer em grande escala aquilo que por sua culpa os outros já tinham sofrido, desde que a guerra começara. Assim, a partir daquele ano, o leite passou a ser racionado em um decilitro e meio por dia e as batatas foram racionadas também. Frutas e legumes, desapareceram quase totalmente do mercado.

Em meados de Abril de 1945, os habitantes de Berlim recebiam por semana um quilo de legumes, 50 gramas de manteiga, 250 gramas de carne e um decilitro de leite para três dias. Isto mesmo era um racionamento bastante teórico, pois muitas vezes as distribuições deixaram de se fazer. O mercado negro abria de tal forma as asas da sua desenfreada especulação, que um quilo de manteiga chegou a custar 700 marcos e um quilo de café 4.000!

Pelas circunstâncias criadas pela própria guerra, a população concentrou-se e — o que parece paradoxal — aumentou devido às causas atrás citadas. Os géneros alimentares, que não seriam demasiados para uma população normal, acabaram por se tornarem insuficientes. Destruições maciças, aniquilamento de meios de transporte, destruições de culturas, desaparecimento de cidades inteiras — o que gerou falta de alojamento e por ela, promiscuidade de vida — eis as consequências da guerra tanto para agredidos como para agressores, dado o grande desenvolvimento da técnica, posta ao serviço do mal... Consequências da guerra, bem entendido, apenas observadas para com ela justificarmos um abaixamento do nível de vida. E um abaixamento do nível de vida correspondendo a um aumento da mortalidade pela tuberculose. E assim, na Alemanha, no período que decorreu entre 1938 e 1942, a mortalidade pela «peste branca» aumentou em 24 %. Esta cifra foi porém ultrapassada, desde que o conflito se estendeu a todo o território germânico.

Já na guerra de 1914-18, o aumento da mortalidade pela tuberculose, na Alemanha, foi de 70 %, em virtude do longo período de fome que teve que ser suportado por aquele país.

Onde a situação se apresentava com maiores características de penúria, era nos ignóbeis campos de concentração que os nazis criaram! Nestes «campos», a média de dias de existência das pessoas que para lá entravam, era de três meses! Durante este curto período de tempo, morriam, em média, uns 13.000 encarcerados em Buchenwald, e uns 12.000 em Dachau! A fome, as torturas, a fadiga, o esgotamento do sistema nervoso, completavam a macabra tarefa das câmaras de gás, dos pelotões de fuzilamento ou dos «médicos assassinos» que, em seres humanos, faziam mortíferas experiências! Os que assim não eram violentamente aniquilados, não conseguiam em grande parte sobreviver à fome, à má instalação, à falta de higiene, à promiscuidade e aos trabalhos forçados. Submetidos durante longo tempo a uma ração alimentar mais do que paupérrima, em qualidade e em quantidade, os prisioneiros dos campos de concentração da Alemanha, à mingua de alimentos, quase que acabavam por se digerirem a si próprios, sustentando-se à custa do desgaste do seu próprio organismo! E vieram depois da guerra as fotografias dos «cadáveres em pé»!...

Os prisioneiros perdiam rapidamente 40 % do seu peso, ou seja, uma média de 40 a 50 quilos numa pessoa de 1,75 de altura. Sabe-se que 40 % dos mortos autopsiados em Dachau apresentava sinais evidentes duma tuberculose avançada! No momento da libertação foram encontrados, em todos os «campos de concentração da Alemanha», milhares de tuberculosos que, na sua maior parte, não conseguiram sobreviver aos cuidados terapêuticos que lhes foram dispensados pelos médicos das nações libertadoras!

E isto apenas para continuarmos a demonstrar que a miséria é a grande aliada da tuberculose, na medida em que ela mesma, é a sua grande causadora! Na Holanda, o racionamento permitia um decilitro de leite por dia, dois quilos de batatas e 250 gramas de gordura. Desapareceu por completo a manteiga e o açúcar. Na parte ocidental do país havia fome, com todas as suas terríveis consequências. As cozinhas populares distribuíam, apenas, meio litro de sopa magra por dia a cada pessoa! Enquanto que em 1940 estava calculado existirem na Holanda 33 milhões de galináceos, em 1944 apenas existiam 3 milhões destas aves! As ruas e as estradas eram percorridas por pessoas famintas que procuravam alimento e a penúria de víveres foi tão grande, que, mesmo o sal, desapareceu do mercado!

«Se os auxílios da Suíça e da Suécia cessassem por completo, o Povo Holandês sossobriria em menos de três meses!» Assim o afirmou nessa altura o Chefe do Governo da Holanda, Sr. M. Gerbrandy. Cada pessoa, com a alimentação que possuía, não atingia a média des 2.500 calorias diárias! A miséria era tanta — sobretudo nas províncias ocidentais — que a absoluta falta de madeira fez com que, para se enterrarem os mortos, estes fossem embrulhados em papel, em vez de metidos nos habituais caixões!

O mercado negro especulava com os preços e, assim, 800

gramas de pão custavam 30 florins! Um quilo de batatas, em venda clandestina, custava em florins um preço proibitivo.

Com tamanhas dificuldades de vida, a tuberculose não podia deixar de não aumentar e, assim, sabe-se que durante a guerra, em toda a Holanda, a mortalidade pela tuberculose aumentou em 70%! Só na cidade de Amsterdam este aumento foi na percentagem de 114 %.

Na Itália chegou a não se poder comprar uma batata inteira!... vendiam-se apenas pedaços de batata! Cada pessoa apenas tinha direito, em cada mês, a 200 gramas de trigo e a quantidade igual de gorduras. A partir de 1942, a mortalidade pela tuberculose aumentou em 25 % em todo o país.

Na Áustria, de 1937 a 1939, a taxa de mortalidade pela tuberculose, era de 107 por cada grupo de 100.000 habitantes. No período que vai de 1940 a 1943, esta cifra elevou-se para 130, referente ao mesmo número de indivíduos. Houve, pois um aumento de 22 %.

Na Inglaterra, Escócia e País de Gales, durante os anos que precederam a guerra, a mortalidade pela tuberculose tinha diminuído bastante. Em 1941, conhecia-se a existência de 230.000 habitantes das Ilhas Britânicas atacados pela tuberculose. Comparando este período de antes da guerra com o ano de 1941, constata-se:

Para a tuberculose pulmonar, um aumento de 10 % na Inglaterra e País de Gales, e um aumento de 18 % na Escócia.

Para as outras formas de tuberculose (sobretudo a meningite tuberculosa):

Um aumento de 21 % na Inglaterra e País de Gales, e um aumento de 28 % na Escócia.

Sabe-se que nas Ilhas Britânicas, durante a guerra, pelo abaixamento do nível de vida do seu Povo, só a tuberculose, em todas as suas formas, fez mais vítimas do que qualquer outra doença e só à sua parte, a meningite tuberculosa, durante o mesmo período, ceifou a vida a milhares de crianças inglesas!

Na Suíça, a mortalidade por tuberculose aumentou durante certo período da guerra, para, ainda em plena guerra, diminuir. Em 1945, em todo o território suíço existiam 70.000 tuberculosos, o que significa que em cada grupo de 100 pessoas naquele País, duas estavam contaminadas pela tuberculose. De 1943 a 1947, a mortalidade por esta doença, neste mesmo país, passou respectivamente a ser representada pelas taxas de 87, para 76 por 100.000 habitantes. A cifra mais alta naquele período é representada pela taxa de 82 mortos por tuberculose, em cada grupo de 100.000 habitantes. Não tendo a Suíça entrado na guerra, e não tendo sentido, a bem dizer, sérias faltas alimentares, explica-se o seu aumento temporário da mortalidade por tuberculose, durante um período do conflito, devido às seguintes causas:

- cansaço físico e psíquico em virtude da mobilização.
- trabalho intenso e esgotante imposto a todos pelas circunstâncias próprias da guerra.
- aumento dos géneros de primeira necessidade, o que obstava a que as classes menos abastadas se pudessem fornecer das quantidades de que habitualmente se forneciam.

Desta forma, e por estas principais causas, piorou um pouco o nível de vida do povo suíço. Mesmo sem destruições, sem deslocamentos populacionais, bastou uma ligeira diminuição do *standard* de vida suíça, para que a tuberculose começasse a ceifar mais vidas. E se não se verificou uma subida contínua na mortalidade causada por esta doença, acabando mesmo por diminuir em plena guerra a cifra que a traduz, isso se deve a medidas que foram tomadas.

Na Checoslováquia, a mortalidade tuberculosa aumentou em 25 % no que diz respeito à Boémia e à Morávia. Na cidade de Praga, o aumento foi de 37 %.

Na Roménia, o número de mortes pela tísica, também aumentou. A fome não poupou o povo romeno, apesar de ser nessa altura a Roménia um dos maiores fornecedores da Europa, sobretudo em trigo. Os alemães, após a invasão deste território, saqueavam todo o trigo que podiam! Curioso anotarmos o facto de que neste país o preço dos géneros racionados e vendidos no mercado legal, controlado pelos nazis e pelas autoridades colaboracionistas, era mais elevado do que os preços de venda clandestina. Parece um facto paradoxal, mas na realidade não é! Os agricultores escondiam tudo o que podiam para evitarem «as requisições», e aquilo que conseguiam guardar e não era encontrado nas «buscas», era vendido a um preço mais baixo do que

o preço da tabela! Belo exemplo de solidariedade dum Povo, onde os especuladores, certamente, tiveram que mudar de ofício!

Na Noruega, a mortalidade pela tísica diminuiu até 1942, sobretudo devido às excelentes condições de higiene a que o seu Povo está habituado. Contudo, regista-se um aumento no fim de 1943.

Na Suécia, onde o nível de vida parece ser bastante elevado, e onde a guerra praticamente não fez sentir a sua acção directa, as taxas referentes à mortalidade tuberculosa mantiveram-se inferiores às taxas dos dez anos que precederam a guerra.

Na Dinamarca — país que foi ocupado em condições de muita suavidade e ainda porque se trata dum grande produtor de leite e lacticínios — mesmo durante a guerra, a mortalidade pela tísica, diminuiu.

Transcrevemos seguidamente os números estatísticos coligidos pelo Dr. Yves Biraud, Director dos Serviços Epidemiológicos da Sociedade das Nações. Estes números representam a variação da mortalidade por tuberculose em todas as suas formas nos anos de 1937 a 1943. A taxa é referente a grupos de 100.000 habitantes, e os diversos países que constam deste quadro, estão ordenados por ordem decrescente do seu índice de mortalidade, no período referido.

	1937	1943	Diferenças:
Roménia .....	178	191 (1942)...	+ 13
PORTUGAL .....	152	152	0
Bulgária .....	150	176 (1942)...	14
Hungria .....	149	147	- 2 (?)
França .....	139	141	+ 2
Boémia — Morávia ...	124	156 (1942)...	+ 32
Irlanda .....	123	143	+ 20
Espanha .....	120	124	+ 4
Suíça .....	87	76	- 11
Suécia .....	86	68 (1942)...	- 18
Itália .....	85	102	+ 17
Escócia .....	74	79	+ 5
Bélgica .....	71	95	+ 24
Inglaterra e País de Gales .....	70	62	- 8
Alemanha .....	56	62 (1942)...	+ 6
Países Baixos .....	48	70	+ 22
Dinamarca .....	44	34	- 10

Do confronto destes números ressalta o seguinte:

a) Exceptuando a Hungria e a Dinamarca, todos os países invadidos durante a última guerra viram aumentada a sua taxa de mortalidade pela tuberculose. Quanto à Dinamarca, já justificamos esta excepção à regra. Quanto à Hungria, pomos em sérias dúvidas a veracidade destes números, porquanto:

1) Durante o último conflito, a vida na Hungria foi muito difícil para todas as classes da sua população, e «só no mercado negro se conseguiam por preços elevadíssimos, os géneros mais necessários à alimentação». (La Tuberculose dans le Monde). Ainda do mesmo trabalho, extraímos: «nos campos, a partir de certa altura, deixaram praticamente de se fazerem as sementeiras. O presunto chegou a custar 5.000 «pengos» e o pão 90. Além disso sabe-se que só em Budapeste, a mortalidade causada pelo bacilo de Koch durante a guerra, aumentou em 30 %.

2) E assim, penso que os números relativos à Hungria necessitariam de rectificação, se isso fosse possível.

b) Quanto às Ilhas Britânicas, encontrámos também uma disparidade entre aquilo que atrás se afirma, e aquilo que agora se lê no presente quadro. É um facto que as Ilhas Britânicas não foram invadidas, mas na opinião do tisiologista suíço Dr. O. M. Mistal, só a tuberculose pulmonar aumentou durante a guerra, numa percentagem de 18 % e as outras formas de tuberculose, aumentaram na totalidade do território das Ilhas Britânicas na percentagem de 24,5 %. Não se compreende como na realidade aparecem estas duas opiniões. A Inglaterra sofreu muito a acção directa da conflagração. Cidades inteiras foram bastante danificadas, a guerra submarina feita pelos alemães dificultou muitíssimo a importação de víveres. A vida nas Ilhas Britânicas, tornou-se muito difícil. Largas massas populacionais foram mobilizadas.

c) Curioso é verificarmos, que dos três países da Europa citados na estatística do Dr. Biraud, que embora não sofrendo a acção directa da guerra, mantiveram ou aumentaram a sua taxa de mortalidade pela tuberculose, foram a Irlanda, Espanha e Portugal.

Damos seguidamente, e apenas a título de curiosidade, os números referentes à mortalidade por tuberculose nalgumas capitais e nalgumas cidades importantes da Europa. A estatística, é do mesmo autor do quadro precedente: é também referida a grupos de 100.000 habitantes, e assinala a evolução entre 1937 e 1943. A ordem em que estão as diversas cidades, obedece à ordem decrescente.

	1937	1943
LISBOA .....	366	365
Bucareste .....	283	311 (1942)
Paris .....	164	185
Cidades Irlandesas .....	155	177
Praga .....	129	169 (1942)
Budapeste .....	124	147
Viena .....	107	136
Madrid .....	100	120
Oslo .....	98	69
16 cidades escocesas ...	91	102
Estocolmo .....	84	71
Suíça .....	80	74 (cidades com mais de 30.000 habit.)
Londres .....	79	51
Cidades alemãs .....	69	70 (mais de 30.000)
Bruxelas .....	62	85
Copenhague .....	54	47
Amsterdã .....	44	75

E nem só a fome ou o estado de sub-alimentação ou carência alimentar produzem um enfraquecimento do organismo que assim se torna mais apto a deixar-se invadir pelo bacilo de Koch e a sofrer as tristes consequências dessa invasão. A guerra, com as vicissitudes que cria, arrasta consigo a falta de higiene, a falta de alojamento, o excesso de trabalho, a escassez de repouso, a promiscuidade as alterações do sistema nervoso, em suma, uma série de circunstâncias que geram miséria e ansiedade, que lavram terrenos humanos prontos a receberem a semente da doença, que em organismos depauperados, nervosamente desequilibrados, são campo onde a semente lançada encontra todas as condições favoráveis e uma boa germinação! Não fosse a tuberculose, uma doença social!

Assim, os milhares de casas destruídas e a impossibilidade de num prazo mais ou menos curto poderem ser reconstruídas; a fuga de populações e a subsequente concentração das mesmas, em zonas que de antemão não estavam preparadas para as receber o que só por si, gera promiscuidade, habitando em túneis, caves, minas e até em esgotos, privados de todo o conforto, de aquecimento, luz e ar puro!

Em 1944, em 13 milhões de casas que existiam em Inglaterra, quatro milhões e meio foram destruídas. Só em Londres, umas 800 mil casas foram atingidas em maior ou menor grau.

Na Alemanha, um ano antes do fim da guerra, 24 cidades com mais de 200.000 habitantes e 46 com mais de 100.000, estavam já praticamente arrasadas. Em Berlim, 70 % da superfície habitável estava destruída.

Em França, nos Calvados, 100.000 pessoas não tinham casa; na Mancha, 135.000; no Sena-Inferior, 100.000; no Orn, 50.000 e no Eure, 30.000.

No Sul, em certas vilas, 3/4 partes das casas de habitação foram destruídas, e em Toulon 80%. Basta dizer-se que, segundo estatísticas de origem, tem-se conhecimento de que em Março de 1945, o número de franceses que não tinham habitação, era de 2 milhões e meio. Calcule-se por isto o que sofreu a Polónia quanto à falta de alojamentos, com a total destruição de Varsóvia e muitos outros centros importantes. E assim aconteceu na Grécia, na Jugoslávia, na Itália, etc... onde a palavra «Conventrisar» era o «mot-d'ordre» que depois de cumprido, se traduzia num total ou quase total arrasamento de tudo...

Gente e gente com as suas habitações destruídas, vivia em verdadeiros cachos humanos, na mais abjecta promiscuidade. E esta promiscuidade imposta pelas condições desumanas da guerra, facilitava o contacto e a disseminação das doenças contagiosas. E a tuberculose é uma doença contagiosa.

Segundo Kulischer, mais de trinta milhões de pessoas na Europa, tiveram que abandonar os seus lares, e no Extremo-Oriente, 45 milhões! Milhões de prisioneiros de guerra foram distribuídos por zonas das nações do Eixo Roma-Berlim-Tóquio, para «trabalho escravo» nas fábricas e oficinas de produção de armas e munições.

Quando da invasão da U.R.S.S. pela Alemanha, dois milhões e meio de cidadãos soviéticos foram transferidos para o país agressor; 80.000 para a Finlândia, Roménia, Bélgica e Noruega. Cerca de 182.000 pessoas foram transferidas pelos alemães, da Polónia ocidental, para territórios que na U.R.S.S. estavam nessa altura ocupados pelo exército germânico. Cento e vinte e cinco mil noruegueses, holandeses e belgas, levaram o mesmo destino; 16 milhões de habitantes da Polónia e dos Estados Bálticos, fugiam ao invasor nazi e refugiavam-se no território da U.R.S.S.. No que diz respeito à França, dois milhões e duzentos e quinze mil homens foram roubados ao seu país, levando o seguinte destino:

- 915.000 prisioneiros de guerra;
- 700.000 pessoas requisitadas para trabalho escravo;
- 200.000 deportados políticos;
- 120.000 deportados raciais;
- 100.000 deportados Alsacianos Lorenos;
- 180.000 naturais da Alsácia-Lorena requisitados pela Alemanha e incorporados no seu exército.

As destruições e as inundações na Holanda, obrigaram a uma emigração maciça de quatro milhões de habitantes, que se refugiaram na Inglaterra.

Todos estes grandes deslocamentos populacionais com as consequentes condições de miséria que criaram, favoreceram nas pessoas deslocadas, um estado de debilidade física que as tornava

mais receptivas ao contágio, e com melhores condições para que a tuberculose em todas as suas formas, evoluísse de maneira mais rápida.

Foi observado que em média, em cada grupo de 100 refugiados, 10 a 20 estavam a serem vítimas das consequências que lhes advinham do ataque do bacilo de Koch. Esta elevada percentagem de 10 a 20 %, é só por si suficientemente ilucidativa, para nos demonstrar o que foram as tristes condições de vida, desta multidão imensa! Gente faminta, sem eira nem beira, sujeita a tremenda depressão nervosa, a quem o terror da guerra afastou dos seus lares, buscando na incerteza duma fuga desordenada, a esperança duns dias em que o silvo aflitivo das sirenes de alarme, deixaria de lhes anunciar a destruição e a morte! Gente sem lar e sem pão, famílias inteiras que no abandono da terra, fugiam às perseguições políticas e raciais feitas a sangue-frio, por um invasor despótico e cruel!

Chegamos ao fim deste capítulo. Com tudo o que nele se diz, e porque as guerras são miséria, ele serviu não apenas para afirmar mas ainda para demonstrar, que muita miséria é sempre igual a muita tuberculose!

(Continua)

(Conferência realizada pelo Autor no Clube Fenianos Portuenses em Outubro p. p., por intermédio da Liga Portuguesa de Profilaxia Social).

## Nota hematológica sobre o 1.º caso de Kala-azar no adulto diagnosticado em Portalegre (\*)

FELICIANO FALCÃO

O parasita do Kala-azar — «doença negra» — muito frequente na Índia (só Napier em 1946 evidencia uma casuística de mais de dez mil casos) foi descoberto por *Leishman e Donovan* em 1903

Os primeiros casos da doença aparecem no Mare Nostrum com *Pianesi* em 1905, em Nápoles e *Nicolle* em 1907, em Tunes.

Por observações e estudos posteriores foi estabelecida a identidade destas duas formas da Leishmaniose — a asiática e a mediterrânea. A primeira atinge 40 % das crianças e a segunda 90 %.

No nosso País — e na península ibérica — o 1.º caso da doença foi diagnosticado por *Dionísio Álvares*, em 1910, no baço de uma criança de 8 anos cujo baço, tuberculoso, havia sido extirpado por *J. Salazar de Sousa*.

A bibliografia do Kala-azar no adulto entre nós — a contrastar com a abundância de observações na criança — é muito escassa.

Desde o 1.º caso de *Caeiro Carrasco* (1922) que se supõe não ser autoctone, há apenas publicados — que saibamos — o caso de *Adelaide Estrada* e de *Machado Vaz*, no Porto, em 1935 (o mesmo caso originou também um artigo de *João Coelho*), o caso de *Barros e Cunha* em Coimbra, em 1937 e o de *Leopoldo Figueiredo* em Lisboa (1947). E ultimamente (1948) o artigo de *Ducla Soares* sobre 5 casos (4 diagnosticados por punção esternal, como no nosso caso e 1 por punção esplénica, como no caso de *Leopoldo Figueiredo*) observados no Hospital Escolar de Santa Marta e os trabalhos de *Carlos Trincão* de entre os quais se destacam um, em 1947, sobre um caso de eliptocitose complicada de Kala-azar (que é um dos doentes incluídos no artigo de *Ducla Soares*) e dois, em 1948, sobre os achados medulares e esplénicos na Leishmaniose do adulto.

E acrescentemos (1947 e 1948) um artigo e uma conferência de *Fraga de Azevedo* sobre a epidemiologia da endemia em que este autor cita apenas quatro casos de Kala-azar no adulto no nosso País até 1943.

*Fraga de Azevedo* fala do progresso crescente da endemia Leishmaniosica nos últimos anos. Nós mesmos, em concordância com este juízo, temos diagnosticados em Portalegre, desde 1948, os primeiros oito casos de Kala-azar na criança dos quais — facto a pôr em evidência — metade é desta cidade, havendo portanto aqui um foco que se leva à consideração das autoridades sanitárias.

Nestes casos infantis, comuns nos achados hematológicos aos da generalidade dos inúmeros casos publicados entre nós (*J. Salazar de Sousa, Castro Freire, C. Salazar de Sousa, Cordeiro Ferreira, Lúcio de Almeida, Adelaide Estrada, Fonseca e Castro, Carlos Trincão*) — anemia franca com valor globular baixo, leucopénia com neutropénia e linfocitose relativa — há de especial em dois casos (artigo de *Ribeiro Ponte* na Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura) o achado de Leishmanias no sangue periférico que é raridade manifesta na forma mediterrânea, em oposição à forma asiática em que o parasita no sangue da picada do dedo é frequente. *Fraga de Azevedo* regista apenas dois casos na nossa bibliografia: um de *Adelaide Estrada* e de *Fonseca e Castro*, outro de *Pereira Leite*. Na bibliografia espanhola encontramos um caso de *Llopis Rey* e outro de *Baquero Gil*.

A bibliografia espanhola sobre o Kala-azar no adulto é muito mais abundante. A começar nos primeiros casos — o de *Vila*, em Tortosa (1914) (o 1.º caso infantil é de *Pittaluga e Villa*, em 1912) e o de *Ortega Corrochano* em Talavera de la Reina, em 1923, e os casos de *Pittaluga*, as publicações surgem numerosas após a guerra civil (1936). Pela literatura consultada tomámos conhecimento dos casos de *Escribano de la Torre*, dos de *Andreu Urrea* e colab. (10 casos diagnosticados por punção esternal), de *Peláez Redondo* (6 casos também diagnosticados por punção esternal), e os de *Santelices de la Mora e Fernandez Cos, Elósegui, Luengo* (2 casos diagnosticados por punção esternal), *Gonzalez Calvo* (1 caso por punção esternal), *Sanchez Bayarri com Orellana e Guillén* (2 casos por punção esternal e punção esplénica), *Fuentes Gomez* (2 casos por punção esplénica), *Arroyo Sevilla* (1 caso por punção esplénica), e *Galindo Antón*.

*Galindo Antón* (1949) cita mais os casos de *Jiménez Díaz* e *Castro Mendoza*, de *Nágera Angulo* e de *Peña Yañez*. E calcula à roda de 100 o número de casos registados.

*Jiménez Díaz* e *Andreu Urrea* atribuem o aumento dos casos de Kala-azar no adulto à presença das tropas marroquinas em Espanha na altura da guerra civil. Segundo *Andreu Urrea* os marroquinos padecem um Kala-azar idêntico ao indiano.

(\*) Prémio de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário de 1953.

# P V R

## Imunoterápia não específica associada à Penicilina

### COMPOSIÇÕES

#### Injectável

Dibenziletlenadiamina Dipenicilina G . . . . .	600 000 U
Penicilina G Procaínica . . . . .	300 000 U.
Penicilina G Potássica . . . . .	100.000 U.
Soro imunizante não específico de antígenos lipo- -proteicos e sais biliares associados a essências antissépticas . . . . .	5 c. c.

#### Supositórios

##### 1.000.000 U.

Dibenziletlenadiamina 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 >
Comenol . . . . .	0,001 >
Eucaliptol . . . . .	0,001 >
Cânfora . . . . .	0,001 >
Vitamina A . . . . .	30.000 U.
Vitamina D <sub>2</sub> . . . . .	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 — MASSAMÁ-QUELUZ-Telef. QUELUZ 27  
EXPEDIENTE—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24875  
PROPAGANDA—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24604  
Delegação no Porto — Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º — Telef. 21383  
Deleg. em Coimbra — Av. Fernão de Magalhães, 32-1.º—Telef. 4556

Terapêutica omnivalente  
das infecções bacterianas com

O produto  
original!

# OMNADINA-PENICILINA »HOECHST«

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

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

Acção imunobiológica  
e antibiótica

\*Marca registada



Frasco-ampolas com  
200 000 U.I.

Frasco-ampolas com  
400 000 U.I.

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

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



O nosso caso vem juntar-se à reduzida bibliografia nacional contribuindo assim para a difusão do conhecimento desta doença em franco incremento.

Segue-se o relato laboratorial:

Data: 24/7/951 — Francisco V. de P., de 42 anos de idade, residente em Arronches. Enviado pelo colega Ribeiro Ponte a fim de esclarecer uma febre arrastada de natureza indeterminada.

Análise citológica de sangue — série branca:

leucócitos: 4.100 por mm.<sup>3</sup>

fórmula leucocitária: neutrófilos — 63,5 %  
eosinófilos — 1,0  
basófilos — 0,5  
monócitos — 7,5  
linfócitos — 27,5 %

100,0

Pesquisa de hematozoário: negativa.

Em 1/8/951: com a febre persistente volta de novo e fazem-se as seguintes pesquisas:

a) hemograma: hemoglobina — 68 %  
valor globular — 0,92  
eritrócitos p. mm<sup>3</sup> — 3.690.000  
leucócitos » » — 2.750

fórmula leucocitária:

neutrófilos — 64,5 %  
eosinófilos — 1,0  
basófilos — 1,0  
monócitos — 5,5  
linfócitos — 28,0 %

100,0

anisocitose 2 +  
poiquilocitose 1 +

b) velocidade de sedimentação: 1.<sup>a</sup> hora — 39 mm. (Westergreen)

c) prova de Huddleson para a febre de Malta — negativa

d) reacção de Widal — negativa

e) pesquisa de hematozoário e febre recorrente — negativa

f) colhe-se sangue para hemocultura (que posteriormente se mostra negativa). Em 9/8/951: a sintomatologia continua igual. De objectivo apenas uma palidez ostensiva e uma grande astenia. E uma febre irregular e renitente, de semanas de duração. O baço — ou pela espessa camada abdominal ou porque realmente a hipertrofia não é acessível — não se palpa.

Fazem-se as seguintes indagações laboratoriais:

a) hemograma: hemoglobina — 68 %  
valor globular — 0,88  
eritrocitos p. mm<sup>3</sup> — 3.840.000  
leucócitos » » — 2.200

fórmula leucocitária:

neutrófilos — 58 %  
eosinófilos — 1  
basófilos — 0  
monócitos — 9  
linfócitos — 32 %

100,0

anisocitose 2 +  
poiquilocitose 1 +

b) ureia no sangue: 0,43 gr. por mil.

c) análise de urina: 3-4, clara, ácida, com densidade de 1.025.

albumina — vestígios acentuados.

glucose — não tem

acetona — não tem.

pigm. e sais biliares — não tem.

sedimento: raras células, poucos leucócitos (1 por campo), algumas hemácias (2-3 por campo). Alguns filamentos de muco. Raros cilindros hialinos. Bastantes cristais de oxalato de cálcio.

Perante estes achados — exclusão da endocardite e da infecção eberthiana e melitocócica, afastados o paludismo e a febre recorrente e não pensando na leucose dada a morfologia

aparentemente normal das células brancas sanguíneas — surgenos a ideia da punção esternal para esclarecimento deste estado leuco e neutropénico.

Em 11/9/951:

a) hemograma: hemoglobina — 69 %  
v. globular — 0,86  
eritrócitos — 3.980.000  
leucócitos — 3.000

fórmula leucocitária:

neutrófilos — 61,5 %  
eosinófilos — 1,0  
basófilos — 1,0  
monócitos — 8,0  
linfócitos — 28,5 %

100,0

anisocitose 1 +  
poiquilocitose 1 +

As plaquetas — aparentemente normais em número pelo exame do esfregaço.

b) tempo de hemorragia — 3 minutos.

tempo de coagulação — 6 minutos (Lee-White)

c) punção esternal: abundantes Leishmanias incluídas nas células do retículo e livres e também em raros segmentados, bastonetes e metamielócitos neutrófilos.

d) mielograma: hemohistioblastos — 0,3 %  
proeritroblastos — 0,2  
eritroblastos bas. — 3,4  
» policro. — 29,0  
» ortocro. — 11,0

megacariócitos — 1,3

hemocitoblastos — 0,2

mieloblastos — 0,6

promielócitos neutrófilos — 0,8

mielócitos neutrófilos — 12,5

mielócitos eosinófilos — 1,2

metamielócitos neutrófilos — 19,1

metamielócitos eosinófilos — 1,4

polin. neutrófilos baston. — 11,8

polin. neutrófilos segment. — 4,0

polin. eosinófilos — 0,4

polin. basófilos — 0,0

monócitos — 0,2

linfócitos — 0,8

plasmócitos — 3,2

células brancas

————— = 1

cél. verm. nucleadas

De acordo com os valores normais do mielograma (*Trincão, Rohr, Leitner*) há no nosso caso um aumento dos eritroblastos policromatófilos e um desvio para esquerda na série leucopoiética com predomínio dos metamielócitos neutrófilos associados à diminuição das formas mais maduras. Há também um ligeiro aumento dos plasmócitos (vimos duas destas células bi-nucleadas) e dos megacariócitos (1).

Além das fases normais da mitose (em especial nas células brancas, mielócitos e metamielócitos neutrófilos, predominantemente na metáfase e anáfase) vimos bem aparentes no esfregaço medular atípicas na reprodução celular com mitoses multipolares ou poliploides de tipo tetraplóide. Observámos na série granulocítica — e nas formas mais maduras, mielócitos neutrófilos e sobretudo em metamielócitos e bastonetes — certas destas atípicas: células com dois núcleos (vimos um neutrófilo bastonete tetraplóide) e em algumas com núcleos desiguais; células com núcleos gigantes (por «endomitose») e outras com pequenos núcleos secundários. Estas mitoses atípicas (poliploidia de tipo reaccional) relacionam-se com a hiperactividade intensa da

(1) 5/9/951: últimas análises feitas ao doente que posteriormente teve alta (tratado pelo colega Ribeiro Ponte com Glucantime):

hemoglobina — 70 %  
valor globular — 0,78  
eritrócitos por mm.<sup>3</sup> — 4.440.000  
leucócitos por mm.<sup>3</sup> — 5.800

fórmula leucocitária:

neutrófilos — 69,5 %  
eosinófilos — 4,0  
basófilos — 0,5  
monócitos — 7,5  
linfócitos — 18,5 %

medula óssea. *Leitner* considera estas atípicas na série granulocítica como indicadoras de lesões severas da medula em estados patológicos graves.

Exceptuando os megacariócitos em que as mitoses poliploides são normais e pondo de parte as leucoses, esta reprodução anómala foi observada na série leucopoiética em certas condições patológicas: por *Rohr* na agranulocitose e por *Fieschi* na pneumonia. E na série eritroblástica — nos normoblastos na anemia de *Cooley* e nos megaloblastos na anemia de *Biermer*.

*Carlos Trincão* nos seus estudos medulares no Kala-azar encontrou estas atípicas nos eritroblastos.

Os achados medulares e a citopénia periférica rubra e branca no nosso caso correspondem a uma inibição esplenogénica da mielopoiese, de acordo com o conceito de Hiperesplenismo. Este conceito da acção mielodepressora do baço que remonta a *Banti* (1894) e através *Eppinger* e *King* (que criaram os termos de Hiperesplenía e Hiperesplenismo) chega por *Frank* e *Kaznelson* até os nossos dias com a autoridade de *Naegeli*, *Ferrata* e *Fieschi*, dá a *Dameshek* com os trabalhos de *Wiseman*, *Doan* e *Wright* um estudo amplo do mecanismo e dos estados patológicos condicionadores destas citopénias esplenogénicas de que o nosso caso é exemplo.

*J. Salazar de Sousa*, em 1910, com o 1.º caso de Kala-azar diagnosticado entre nós já vislumbrara o papel do baço hipertrofico na repercussão sobre a medula óssea causando a anemia e a leucopénia. E em 1924 fala desta inibição esplenogénica da medula feita por via humoral.

### RESUMO

Apresenta-se o 1.º caso de Kala-azar no adulto diagnosticado em Portalegre com os achados hematológicos, periféricos e medulares. Descrevem-se na medula óssea mitoses atípicas na série leucopoiética. Dá-se nota sumária da casuística do autor sobre o Kala-azar na criança (8 anos). Alude-se à bibliografia nacional e espanhola sobre a Leishmaniose do adulto. E correlacionam-se os achados hemáticos e medulares com o conceito de Hiperesplenismo.

### BIBLIOGRAFIA

#### a) Sobre Kala-azar:

- Almeida, Lúcio de*: Coimbra Médica, 7, 649, 1940.  
*Almeida, Lúcio de*: Coimbra Médica, 8, 11, 65, 1941.  
*Almeida, Lúcio de e Tóvares de Sousa, M.*: Gaz. Méd. Port. 2, 481, 1949  
*Alvarez, Dionísio*: citado por Trincão (in Subsídios).  
*Andreu Urra, J., Regli, E. e Andreu Urra, F.*—Rev. Cl. Esp., 1, 25, 1940.  
*Arroyo Sevilla, E.*—Rev. Cl. Esp., 15, 364, 1944.  
*Baquero Gil*—citado por Cabrero.  
*Barros e Cunha, M.*—Coimbra Médica—4, 680, 1937. Citado por Trincão.  
*Bergman, Staehelin y Salle*—Trat. Med. Int.—Ed. Labor, 1942.  
*Benhamou, Ed.*—in Encycl. Med. Chir. (Maladies Infectieuses). 1935.  
*Boix Barrios, J.*—K. infantil, Ed. Morata, Madrid, 1943.  
*Cabrero, G.*—Rev. Cl. Esp., 31, 107, 1948.  
*Carrasco, Caeiro*—citado por Trincão (in Subsídios).  
*Coelho, João*—citado por Ducla Soares e Trincão.  
*Castro Freire, L. de*—Rev. Port. Ped. e Puer.—8, 53, 1945.  
*Coelho Freire*—Lisb. Med. 11, 257, 1934.  
*Ducla Soares, A.*—Amatus Lus., vol. VII, n.º 2, 1948.  
*Elósegui*—citado por Sanchis Bayarri, Orellana e Guillén.  
*Escribano de la Torre* (1939)—citado por Trincão e Sanchis Bayarri.  
*Estrada, A. e Fonseca e Castro*—Port. Méd., 15, 340, 1931.  
*Estrada, A. e Machado Vaz, J.*—Lisb. Med. 12, 106, 1935, cit. por Trincão.  
*Figueiredo, L.*—Clin. Contemp.—2, 925, 1947.  
*Fonseca e Castro*—Conferências de Pediatria, III Vol.  
*Fuentes Gomez, M.*—Rev. Clin. Esp., 15, 364, 1944.  
*Fraga de Azevedo, J.*—Jorn. do Méd., 9, 153, 1947.  
*Fraga de Azevedo, J.*—Conferências de Pediatria, II vol., 1948.  
*Galindo Antón, J.*—Rev. Clin. Esp., 34, 410, 1949.  
*Giraud P. e Bernard, R.*—Pr. Méd., 53, 725, 1946.  
*Gonzalez Calvo, V.*—Rev. Clin. Esp., 5, 447, 1942.  
*Gwasch, J.*—Paludismo, Kala-azar, Fiebre recurrente. Mig. Servet, Madrid, 1943.  
*Jiménez Díaz, C. e Castro Mendoza, H.*—Rev. Clin. Esp., 2, 357, 1941.  
*Levy, M. de L.*—Rev. Port. Ped. Pueric. n.º 6, Nov.-Dez. 1947.  
*Llopis Rey, J.*—Rev. Clin. Esp. 27, 288, 1947.  
*Luengo* (1941) citado por Sanchis Bayarri.  
*Nágera Angulo, L.*—Rev. Clin. Esp., 18, 28, 1945, cit. por Cabrero e G. Antón.  
*Ortega Corrochano*—cit. por Cabrero.  
*Peláez Redondo* (1940)—cit. por Trincão.  
*Peña Yáñez*—cit. por Pila e Galindo Antón.  
*Pereda Pila, J.*—Rev. Clin. Esp., 50, 141, 1953.  
*Pittaluga*—cit. por Galindo Antón e Sanchis Bayarri.  
*Ribeiro Ponte*—Rev. Port. Ped. Pueric.—Jan.-Fev.-1951.  
*Salazar de Sousa, C.*—Rev. Port. Ped. Pueric. 4, 143, 1941.  
*Salazar de Sousa, C.*—Rev. Port. Ped. Pueric. 1, 187, 1938.

- Salazar de Sousa, J.*—Lisboa Méd, 8, 249, 1931.  
*Sanchis Bayarri, V.*—Medicamenta, 7, 179, 1949.  
*Sanchis Bayarri, V. e Garrigues Orellana, A. e Almela Guillen, J.*—Rev. Clin. Esp., 14, 166, 1944.  
*Sanchis Bayarri, V. e Marcos Ahuir, E.*—Rev. Clin. Esp., 25, 103, 1947.  
*Santelices de la Mora e Fernández Cos*—1944—cit. por Cabrero.  
*Vila*—cit. por Sanchis Bayarri.  
*Trincão, C.*—Amatus Lus., 6, 329, 1947.  
*Trincão, C.*—O mielograma no Kala-azar. An. do Inst. Med. Trop.—vol. V, 1948.  
*Trincão, C.*—O esplenograma no Kala-azar. An. do Inst. Med. Trop.—vol. V, 1948.  
*Trincão, C.*—Subsídios para o esclarecimento de alguns aspectos dos problemas do Kala-azar—Lisboa, 1948.  
 b) Sobre hematologia:  
*Alder, A.*—Atlas de la medula ósea normal y patológica. Ed. Labor, 1943.  
*Custer, R. Philip*—An atlas of the blood and bone-marrow—W. B. Saunders, 949.  
*Dameshek, W. e Taylor, F. H. L.*—George R. Minot—Symposium on hematology—Grune & Stratton, New York—1949.  
*Ferrata, A. e Storti, E.*—Le malattie del sangue—Soc. Ed. Libreria, Milano, 1948.  
*Fortaleza Bover, G.*—El diagnóstico por la puncion esternal—Ed. Morata, 1946.  
*Fortaleza Bover, G.*—Atla de hematologia—Ed. Labor Valência, 1952.  
*Gnadwoll, R. B.*—Clinical laboratory methods and diagnosis (Vol. I). Mosby, 1948.  
*Haden-Russel, L.*—Principles of hematology—Lea & Febiger, Philadelphia—1946.  
*Heilmeyer*—Enfermedades de la sangre (tomo II do Trat. de Med. Int. de Bergman, Staehelin e Salle).  
*Israels, M. C. G.*—An atlas of bone-marrow pathology—Heinemann, Londres—1948.  
*Jiménez Díaz*—Lecciones de patologia médica—Ed. Científico-Méd.—Madrid, tomo IV.  
*Kracke, R. R.*—Diseases of the blood—J. B. Lippincott, 1941.  
*Leitner, S. J., Britton, C. J. C. and Neumark, E.*—Bone marrow biopsy—J. & A. Churchill Ltd. Londres—1949.  
*Lemierre, A., Lenormant, Ch.*—Trait. de Médecine: tome XII—maladies du sang et organes hematopoiétiques—Masson, Paris, 1949.  
*Moeschlin, S.*—Spleen puncture—Heinemann, Londres, 1911.  
*Naegeli, O.*—Trat. de hematologia clinica, ed. Labor, Barcelona, 1934.  
*Piney, A. and Hamilton*—Paterson—Sternal puncture, Heinemann, Londres, 1946.  
*Rohr, K.*—Medula ósea humana. Ed. J. Janés, Barcelona, 1952.  
*Salazar, A.*—Hematologia, ideais e factos novos, Portuc. Ed. Porto, 1945.  
*Schilling, V.*—El cuadro hemático y su interpr. clín., Labor, 1947.  
*Sturges, C. C.*—Hematology, Ch. C. Thomas, 1948, Springfield.  
*Whitby, L. E. H. y Britton, C. J. C.*—Alter. de la sangre, Salvat. Ed., 1949.  
*Weil, P. E. et Perlès, S.*—La ponction sternale, Masson, Paris, 1938.  
*Winrobe, M. M.*—Clinical hematology, Lea & Febiger, Philadelphia, 1947.  
 c) Sobre Hiperesplenismo:  
*Alexandrides, C.*—Hyper, Hypo or Dysplenism?—Proc. of the third Intern. Congress of the Int. Soc. of Hematology—Cambridge, 1950, Grune & Stratton, New-York—1951.  
*Castro Freire, L. de*—Indic. de la esplenectomia en ciertos aspectos de hipersplenía (púrpura e hemosid. pulmonar)—Rev. Esp. Ped. 7, 707, 1951.  
*Celestino da Costa, J.*—Gaz. Med. Port. (Hiperesplenismo) 4, 1.139, 1951.  
*Charocopos, Spiros A.*—Hypersplenism during Kala-azar and typhoid fever—Congress of the Int. Soc. of Hematology—Cambridge—1950.  
*Dameshek, W. and Estren, S.*—The spleen and hypersplenism, Grune & Stratton, 1947.  
*Doan, C. A. and Wright, C.*—primary congenital and secondary acquired splenic panhematopenia, Blood, 1, 10, 1946.  
*Meredith, H. C., Early, J. K. and Becker, W.*—tuberculous splenomegaly with the hypersplenism syndrome, Blood, 4, 1.367, 1949.  
*Mallarmé, J. Heppi, J. et Benoit, M.*—les esplenomegalies neutropéniques. Résultats thérapeutiques. Interpr. nosologique—Sang., 18, 141, 947.  
*Natelson, R. P.*—cyclic neutropenia with giant follicular lymphoblastoma and lymphosarcoma. Report of a case with splenectomy—Blood, 8, 923, 1953.  
*Trincão, C.*—Symposium de hematologia y hemoterapia. O tratamento do Kala-azar pela esplenectomia. Ed. Miguel Servet, Barcelona, 1948.  
*Viar Bayo, J.*—Hipersplenía—Rev. Clin. Esp. 45, 29, 1952.  
*Wiard, Barbara A. and Robbins, St. L.*—Hypersplenism. A case report with post mortem study—Blood, 7, 631, 1952.  
*Wiseman, B. K. and Doan, C.*—primary splenic neutropenia—Ann. Int. Med. 14, 1097, 1942.  
*Zollinger, R. M., Martin M. and Williams, R. O.*—surgical aspects of hypersplenism—J. A. M. A., 149, 24, 1952.  
 d) Sobre mitoses atípicas:  
*Wolf, J. A. and von Hofe, F. H.*—familial erithroid multinuclearity—Blood, 6, 1.274, 1951.

# MOVIMENTO MÉDICO

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

## ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

### Como escolher e prescrever os antibióticos

*Apareceu recentemente uma monografia (da colecção «Comment traiter» —ed. Flammarion) sobre os antibióticos, da autoria de René Martin e de Bernard Sureau. Transcrevemos a seguir o capítulo intitulado: «Como escolher e prescrever os antibióticos».*

Desde 1936 que assistimos ao aparecimento duma longa gama de sulfamidas, de toda a série de sulfonas e de antibióticos fúngicos.

Perante uma tal abundância, qual é a respectiva indicação de cada um destes agentes antimicrobianos? Sobre que dados pode estabelecer-se a escolha do antibiótico? Haverá razões para os associar?

E sob que directrizes?

Tal é o estudo que vamos empreender agora que conhecemos bem a posologia e as indicações standard de cada um deles.

#### A ESCOLHA DO ANTIBIÓTICO

Em primeiro lugar, lembremo-nos que os antibióticos devem reservar-se para as afecções graves. É necessário que não sejam utilizados um pouco à sorte, como hoje se tem muita tendência a fazer, sob o risco de vermos multiplicarem-se as estirpes resistentes e ficarmos desarmados quando estivermos em face duma infecção grave.

Devemo-nos lembrar, também, que nunca devemos instituir um tratamento nos primeiros dias da doença, antes de se estabelecer um diagnóstico clínico preciso. Muitas vezes, desde que a temperatura atinja 39° ou 40°, e diante da inquietação e da pressão do doente ou de seus familiares, prescreve-se a penicilina ou um outro antibiótico. Esta terapêutica é, muitas vezes, inútil: num grande número de casos trata-se duma infecção não influenciada pelos antibióticos. Por vezes, a afecção responde ao antibiótico, mas o tratamento proposto precocemente para «ganhar tempo» vai mascarar o germen, modificar os resultados do laboratório e retardar a acção do tratamento adequado e eficaz.

Todavia, os antibióticos têm permitido a cura de muitas afecções graves, cujo germen nunca foi isolado; mas, por vezes, também, a doença tratada desta maneira continua a evoluir e a agravar-se; o agente patogénico não foi eliminado, mas ficou camuflado, e apenas deixa como recurso um tratamento o mais polivalente possível.

Se a afecção é grave e não se pode esperar mais tempo, antes de prescrever o antibiótico, praticar sempre colheitas (hemocultura, punção lombar, exsudato rino-faríngeo, etc.) susceptíveis de facilitar o diagnóstico.

A instituição dum tratamento de experiência, feito na ausência de diagnóstico, justifica-se quando se trata duma afecção grave, atípica, sem sinal clínico demonstrativo e quando as pesquisas de laboratório falharem. Esta eventualidade, reservada a casos especiais, constitui uma excepção.

#### Indicação «standard» dos antibióticos

Na grande maioria dos casos, posto o diagnóstico, institue-se, também, um tratamento baseado nas indicações «standard» dos antibióticos.

Os resultados clínicos e o estudo dos germens de laboratório permitem constituir uma lista teórica de infecções e de micro-organismos sensíveis a um determinado antibiótico.

Estas indicações «standard» que muitas vezes são inexactas, podem resumir-se no quadro I.

Têm, apenas, um valor relativo, encontrando-se frequentes excepções, e estão sujeitas com o tempo a numerosas variações. Dão portanto, preciosos esclarecimentos ao clínico.

a) O germen é sensível apenas a um único antibiótico,

o que é raro, ou, então, nitidamente mais sensível a um dos antibióticos estudados do que aos outros.

É o caso, por exemplo, do bacilo de Eberth; o problema é simples, prescreve-se o cloranfenicol e a cura não se faz esperar.

Na tuberculose, a estreptomycinina é o antibiótico de escolha e as discussões incidirão sobre as associações a fazer.

b) O germen é sensível a vários antibióticos, o problema já é mais delicado; são, agora, considerações de tolerância ou de toxicidade do produto, de difusão através das serosas que devem guiar a escolha. A penicilina, sendo melhor tolerada, é para ela que vão as nossas preferências. Contudo, a repetição das injecções de penicilina pode ser um inconveniente e permitir a escolha dum produto que se administre por via oral.

Os tratamentos instituídos segundo as indicações standard dão, num grande número de casos, belos sucessos terapêuticos, e nós não deixaremos de reclamar, sistematicamente, exames de laboratório laboriosos e onerosos. Todavia se o tratamento não conduz aos resultados esperados, é necessário estudar a sensibilidade do germen e o nível terapêutico no sangue.

#### PESQUISA DA SENSIBILIDADE DO GERMEN SUA UTILIZAÇÃO

Os germens podem comportar-se diferentemente, em contacto com os antibióticos. Esquemáticamente, podemos distinguir como L.-P. Garrod, quatro tipos de comportamento: a inibição, a resistência, a dependência e a estimulação.

O terapeuta investiga a inibição. Esta pode produzir-se por três mecanismos diferentes. Ou o antibiótico é simplesmente bacteriostático; neste caso, o germen continua a viver, mas não pode multiplicar-se mais, torna-se presa dos leucócitos que asseguram a sua eliminação definitiva; é a maneira habitual de agir dos antibióticos, em doses clínicas; ou, então, o antibiótico é bactericida, e os germens são destruídos.

Consideraremos, sobretudo, o interesse dos antibióticos bactericidas; verificamos que, actualmente, existem dois antibióticos correntes que são sobretudo bactericidas: a penicilina e a estreptomycinina. Em doses muito elevadas estes dois antibióticos podem mesmo tornar-se bacteriolíticos.

Geralmente, os métodos, empregados no laboratório atestam apenas o poder bacteriostático do antibiótico, e determinam a concentração de antibiótico necessária para impedir o desenvolvimento duma estirpe.

Há sempre interesse em recordar as concentrações aproximadas de antibióticos, obtidas por um tratamento de intensidade média no sangue, o que permite classificar o germen nas diversas categorias que são mencionadas no quadro II.

Para a estreptomycinina, por exemplo, um tratamento de 2 gr., em vinte e quatro horas, dão uma concentração humoral da ordem de 10 mg/cm<sup>3</sup> somente os germens vivendo em meios que contêm mais de 10 mg/cm<sup>3</sup> serão considerados como resistentes.

*É variável o comportamento das estirpes da mesma espécie microbiana em relação a um dado antibiótico.*

Com estirpes da mesma espécie microbiana, colocadas em frente dum determinado antibiótico apresentam sensibilidades muito variáveis que se repartem segundo uma curva em campânula.

QUADRO I

	Sulf.	Pen.	Estrep.	Aur.	Cl.	Terr.	Erit.	Mag.	Bac.	Pol.	Associação
Deve-se escolher um antibiótico determinado pelas provas laboratoriais											
Infecções de estafilococos .....											P+SP+C
Infecções de pneumococos .....	+	+++	+	++	++	+++	+++	+++			
Endocardites de estreptococos B hemolíticos .....	+++	+++	++	++	+	+++	+++	++	++		
Endocardites de estreptococos viridano .....	++	++	++	++	+	++	+++	++			P+S
Infecções de enterococos .....	±	±	±	++	++	+	++	+			P+S
Meningites meningocócicas .....	+++	+++	+	++	+++	++	++	+	++		
Uretrites de gonococos .....	++	+++	+++	+++	++	+++	+++	+++	++	+	
Afecções urinárias por Escherichia coli .....	+		+++	+++	+++	+++				++	
Klebsiella pneumoniae (Friedländer) .....	+		+++	++	+++	++	++			++	
Proteus .....	+		++	±	++	±	+				
Piociânico .....	±		±	±	±	+				++	
Tífico .....			+	+	+++	++				++	
Salmonella .....			++	+	+++	++				++	
Disenteria bacilar .....	++		+++	+++	+++	+++				++	
Peste .....	+++		+++	+	+	+				+	
Tularémia .....			+++	+++	+++	+++					
Bruceloses .....	++		++	+++	+++	+++					S+AS+C
Meningites pelo bacilo de Pfeiffer .....	++	+	++	++	+++	++	±			+	
Coqueluche .....			±	+	++	+	+++			+	
Infecções pelo bacilo de Ducrey .....	+	+	+++	++	++	++					
Infecções pela Seisteria .....		++	++	+++	++	++					
Difteria .....		++(s)		+(s)	+(s)	++(s)	+++ (s)	++(s)	++(s)		
Carbúnculo .....	+++ (s)	++(s)	+++ (s)	++(s)	+++ (s)			+(s)			
Tétano .....		+(s)				++(s)		+(s)			
Gangrena gasosa .....		+++ (s)	+(s)	++(s)	++(s)	++(s)	+++ (s)	+(s)	++(s)		
Tuberculose .....	++ sulfona		+++								
Lepre .....	+++ sulfona		+				+++	+++			
Sífilis .....		+++		++	++	+++			+		
Sodoku .....		+++	++	++	++	++					
Rickettsioses .....			+++	+++	+++	+++					
Febres recorrentes .....		+++	+	++	++	++					
Leptospiroses .....		+++		++		++				++	
Virus:											
Psitacose .....	++			+	+	+					
Pneumonias atípicas .....				++	++	++					
Zona .....				+		+					
Vacina .....				++	+						
Linfogranulomatose inguinal .....	++	++		++	++	+++					
Mononucleose infecciosa .....		±			-						
Disenteria amebiana .....				+		++					
Actinomicose .....	++	+++				++					
Tricomonas .....				+		++					
Paludismo .....				in situ		in situ					

(Quadro estabelecido segundo diversas publicações anglo-saxónica e segundo a nossa experiência)

Nota — +++ = antibiótico de escolha indicado em primeiro lugar;  
 — ++ = antibiótico de escolha indicado em segundo lugar;  
 — + = antibiótico a empregar em terceiro lugar;  
 (s) = com seroterapia.

QUADRO II

## Sensibilidade das bactérias aos diferentes antibióticos

	E. sensíveis	E. limites	E. escapando ao trat. normal	E. resistentes
Penicilina .....	0,1 U. O./cm <sup>3</sup>	0,1-1 V. O./cm <sup>3</sup>	1-10 U. O./cm <sup>3</sup>	10 U. O./cm <sup>3</sup>
Estreptomina .....	1 Mg/cm <sup>3</sup>	1-10 Mg/cm <sup>3</sup>	10-100 Mg/cm <sup>3</sup>	100 Mg/cm <sup>3</sup>
Aureomicina .....	1,5 Mg/cm <sup>3</sup>	1,5-8 Mg/cm <sup>3</sup>	8-100 Mg/cm <sup>3</sup>	100 Mg/cm <sup>3</sup>
Cloromicetina .....	3 Mg/cm <sup>3</sup>	3-20 Mg/cm <sup>3</sup>	20-100 Mg/cm <sup>3</sup>	100 Mg/cm <sup>3</sup>
Terramicina .....	1,5 Mg/cm <sup>3</sup>	1,5-8 Mg/cm <sup>3</sup>	8-100 Mg/cm <sup>3</sup>	100 Mg/cm <sup>3</sup>

# PROPULMIL

## Bial

INJECTÁVEL

SUPOSITÓRIOS

Caixas de 1 e de 6

Gripe

Traqueítes

Bronquites

Congestões pulmonares

Pneumonias

Broncopneumonias

Consagrada associação, em doses óptimas, de:

*Penicilina**Vitaminas A e D**Quinina**Essência de Niauli**Eucaliptol**Cânfora**Hexaidroisopropilmetilfenol*

(este último, só no PROPULMIL Injectável)

# PROPULMIL

INFANTIL

## Bial

SUPOSITÓRIOS

Caixas de 1 e de 6

### Perfeita tolerância

### Rápida e poderosa eficiência terapêutica



# NEO-FLORESIL

CREME HIDROSSOLÚVEL ANTIFLOGÍSTICO, ANTIÁLGICO E TERMOGÊNIO, ISENTO DE GORDURAS

MENTOL  
 GOMENOL  
 GUAIACOL  
 CÂNFORA  
 EUCALIPTOL  
 ÁCIDO SALICÍLICO  
 CREOSOTA  
 ESSÊNCIAS DE WINTERGREENN,  
 HORTELÃ PIMENTA  
 TOMILHO e ROSMANINHO  
 EM VEÍCULO FÁCILMENTE PENETRANTE.

APLICAÇÃO CÔMODA, PRINCIPALMENTE EM PEDIATRIA, POR FRICÇÃO, NAS BRONQUITES,  
 PNEUMONIAS, BRONCOPNEUMONIAS, ARTRALGIAS, MIALGIAS, NEVRITES, ETC.

BISNAGAS DE 20 E 40 GRS.




TERAPÊUTICA PELA BACITRACINA, COM

## Noviltricina

A MAIS RECENTE E EFICIENTE ASSOCIAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS

BACITRACINA LEOFILIZADA . . . . .	10.000 U. I.
SULFATO DE DIHIDROESTREPTOMICINA 0,5 GRS. EXPRESSO EM*BASE	
PENICILINA PRODURAL . . . . .	400.000 U. I.
SOLVENTE UMA EMPOLA DE . . . . .	3 CC.

BLENORRAGIA E FURUNCULOSE EM TODAS AS SUAS EVOLUÇÕES. ENDOCARDITE LENTA, PNEUMONIAS, MENINGITES, INFECÇÕES GONOCÓCICAS, INFECÇÕES MIXTAS E EM TODAS AS SITUAÇÕES DE PENICILINO-RESISTÊNCIA, SÍFILIS.

apresentado pelos laboratórios  Novil

Para uma certa espécie microbiana é impossível dizer, *a priori*, se a estirpe isolada é sensível ou resistente. As indicações standard, por este facto, têm um valor muito relativo.

Em cada espécie obtém-se para cada antibiótico, uma curva cuja forma é característica da espécie. Examinando estas curvas, constata-se que o gonococo é muito sensível à penicilina e que, praticamente, não conhece estirpe resistente. Contudo, o estreptococo apresenta em relação à penicilina curvas complexas que refletem a heterogeneidade deste grupo. É, sobretudo, neste último caso, quando a curva em campânula se estender para a direita, que será necessário pesquisar a sensibilidade dos germens, sendo agora grande a frequência dos germens resistentes.

Chabbert classificou, em 1950, no nosso laboratório, 700 estirpes provenientes de diversos doentes. O quadro seguinte resume as percentagens das estirpes resistentes ou escapando ao tratamento:

QUADRO III

Germens ensaiados	Penicilina	Estreptomina	Aureomicina	Cloromicetina	Terramicina
	p. 100	p. 100	p. 100	p. 100	p. 100
Estafilococos ...	58	16	7	8	6
Streptococos ...	6	36	2	4	3
Pneumococos ...	19	27	10	6	
Enterococos ...	93		12	6	
B. coliformes ...		39	57	19	12
Protens ...		36	100	5	
B. ptocianico ...		80	84	84	60
Hemofilos ...	43	23			
Salmonella ...		4	37	2	

Estas percentagens mostram quanto é infiel a indicação standard, e toda a parte que se deixa ao acaso *se não* se classificam os germens antes de empreender um tratamento.

Todavia, se a curva em campânula obtida com determinado antibiótico em relação a determinado germen era fixa, estável no tempo, poder-se-ia, quase com certeza, determinar o antibiótico que teria o máximo de probabilidades de actuar. Assim, em 1950, a terramicina tinha 94 p. 100 de conseguir os seus fins, numa afecção estafilocócica.

Actualmente, em 1953, estes números não são, infelizmente, mais verdadeiros, o comportamento duma espécie microbiana em frente dum antibiótico modificando-se com o tempo, o que vem evidenciar a sua utilidade para a pesquisa da sensibilidade dos germens.

*O comportamento das estirpes duma mesma espécie microbiana em frente dum antibiótico modifica-se com o tempo.*

A evolução permanente das estirpes, ideia partida de Charles Nicolle, é hoje um facto clássico; não podemos estudar aqui a luta empreendida entre o organismo e o germen. Vamos assinalar, a título de exemplo, o que se passa com o estafilococo. Este germen foi durante muito tempo considerado como um germen eminentemente sensível à penicilina; actualmente, os estafilococos que segregam penicilina tornam-se cada vez mais frequentes, multiplicam-se as estirpes penicilino-resistentes, donde a frequência dos insucessos terapêuticos. O número de estafilococos resistentes tem aumentado consideravelmente, nestes últimos anos; no começo de 1952, nos hospitais, a percentagem de estirpes resistentes atingia 75 p. 100. Na cidade, a percentagem de estirpes resistentes à penicilina passava de 22 p. 100 a 40 p. 100 em 1950, 55 p. 100 em 1951 e 65 p. 100 em 1952.

O estafilococo, resistindo pela produção de penicilinase, é, então, o que se encontra mais frequentemente tanto nos doentes hospitalizados como nos doentes da cidade.

Esta evolução é susceptível de produzir-se com outros antibióticos?

Há alguns anos, segundo as estatísticas estabelecidas por Chabbert, encontravam-se: 16 p. 100 de estafilococos resistentes à estreptomina, 8 p. 100 de estafilococos resistentes à cloromicetina e 7 p. 100 de estafilococos resistentes à aureomicina. Em 1952, as estirpes estudadas no hospital Pasteur dão: 20 p. 100 de estafilococos sensíveis a todos os antibióticos, 18 p. 100 de estafilococos resistentes à penicilina e sensíveis aos outros antibióticos, 12 p. 100 de estafilococos resistentes à penicilina e à estreptomina e sensíveis aos outros antibióticos. Mas, temos observado, sobretudo, o aparecimento de grandes percentagens

de novos tipos: o tipo resistente aos cinco grandes antibióticos correntes, 23 p. 100; o tipo somente sensível ao cloranfenicol, 20 p. 100.

Estes exemplos mostram bem que a variação de resistência dos germens é um fenómeno verdadeiro para todos os antibióticos, mas que, todavia, varia muito segundo os germens e o antibiótico.

Segundo o antibiótico empregado, as variações de resistência dos germens diferem muito.

A *penicilino-resistência* adquirida *in vitro* como *in vivo* é relativamente lenta e discreta, excepto para o estafilococo, como acabamos de ver.

A *estreptomina-resistência*, pelo contrário, é clássica e frequente tanto *in vitro* como *in vivo*. A instantaneidade do seu aparecimento é bem conhecida; em especial, no decurso das afecções por bacilos de Friedländer, é vulgar ver-se a resistência duma estirpe passar de 12 a 50.000 mg/cm<sup>3</sup>, em quarenta e oito horas. No decurso dum tratamento pela estreptomina, em especial, duma afecção por bacilos de Friedländer, devemos insistir brutalmente e com energia para «forçar» a cura em quarenta e oito horas, sob pena de vermos aparecer resistências irreduzíveis. Nas meningites de *Hemophilus influenzae*, Alexander e Leidi isolam, igualmente, estirpes que se tornaram resistentes; Finland e colab. encontravam fenómenos análogos com o colibacilo, o proteus, etc.

Em matéria de tuberculose, a estreptomina-resistência não é menos ameaçadora. Et. Bernard refere uma estatística pessoal baseado no estudo de 284 doentes, onde verifica que, em doentes que receberam 1 a 39 gr. de estreptomina, 65,9 p. 100 de estirpes são sensíveis e 18,2 p. 100 de estirpes são muito resistentes; em doentes que receberam 40 a 79 gr. de estreptomina, 43,4 p. 100 de estirpes são muito resistentes, além de 67,9 p. 100 estirpes muito resistentes.

O *cloranfenicol*, a *aureomicina* e a *terramicina* vêm também aparecer resistências no decurso do tratamento; elas aparecem lentamente, segundo o tipo penicilínico.

Conhecem-se, igualmente, resistências adquiridas em frente da *eritromicina* e da *magnamicina*, aparecendo, também, segundo o tipo penicilínico.

As investigações de Monnier mostram que existe entre a *aureomicina* e a *terramicina* e, em menor grau, entre estes antibióticos e o *cloranfenicol*, uma *resistência cruzada*, importante, pelo menos experimentalmente. Os factos clínicos não são tão demonstrativos.

Este estudo, um pouco teórico, tem mostrado o interesse que há em procurar, desde que o tratamento não dê os resultados desejados, a sensibilidade das estirpes aos antibióticos.

*Pesquisa da sensibilidade dum germen «in vitro».*

As técnicas propostas são muito numerosas e mostram-se, em grande parte, reservadas ao laboratório.

A técnica de difusão simples, clara, rápida, permite obter em menos de vinte e quatro horas sem prévio isolamento, a taxa de sensibilidade dos germens dum produto patológico, mesmo polimicrobiano, em frente dos antibióticos correntes; ela não tem uma precisão relativa (1 50 p. 100), mas é suficientemente satisfatória para as necessidades da clínica.

Qual é o valor que se pode atribuir a esta taxa?

A taxa de sensibilidade dum germen, em frente dum antibiótico, não tem a precisão e não é, de modo nenhum, comparável a uma taxa fornecida por um doseamento químico. A técnica, que temos descrito corresponde a uma certa taxa de inibição do germen, em certas condições, sempre as mesmas, mas existe uma infinidade doutras técnicas que darão uma cifra diferente.

Todos estes valores situam-se numa certa ordem de grandeza, bastante fraca; se, para os trabalhos de investigação, são úteis taxas precisas, em clínica podemos-nos servir destas técnicas que dão a ordem de grandeza da sensibilidade dos germens, o que permite classificá-los numa das quatro categorias de que já temos falado.

Todas estas categorias não têm, de resto, o mesmo significado.

*Estirpes resistentes.*

Esta resposta negativa permite eliminar o ou os antibióticos completamente inactivos sobre o germen em causa. Neste caso, existe um paralelismo, quase absoluto, entre a clínica e o labo-

ratório. Baseados nisto, podemos abandonar uma terapêutica inútil e, muitas vezes, perigosa sobre muitos pontos de vista.

*Estirpes que escapam ao tratamento.*

Resistem apenas a um tratamento de intensidade média e, aumentando a taxa terapêutica por um tratamento intensivo podendo-se incluir no grupo das estirpes sensíveis. É o que se produz, correntemente, nas endocardites de enterococos cujo germen é inibido somente por 6 a 8 unidades de penicilina, escapando então a um tratamento normal. Um tratamento penicilínico da ordem de 15 a 20 milhões unidades de penicilina, em 24 horas, administrado, se necessário, em perfusões, permite obter uma taxa terapêutica de 15 U.O./cm<sup>3</sup> e a cura do doente.

mente no líquido humoral considerado, como um determinado tratamento.

Conhecendo-se as sensibilidades do germen e a taxa terapêutica, teoricamente, o problema é simples. É suficiente comparar a taxa de sensibilidade do germen *in vitro* à taxa terapêutica. Se a sensibilidade do germen é inferior à taxa terapêutica, o tratamento tem toda a probabilidade de ser coroado de êxito; por prudência e para averiguar as variações possíveis da taxa de antibióticos, Garrod preconiza, como taxa terapêutica, o dobro da sensibilidade do germen ao antibiótico escolhido.

O quadro seguinte mostra, segundo numerosas dosagens praticadas no nosso laboratório do hospital Pasteur, nos adultos, a taxa terapêutica sanguínea obtida com diversos antibióticos, empregados em diversas doses (Quadro IV).

QUADRO IV

Doses em 24 horas	Penicilina em milhões de unidades					Estreptomina em gramas			Cloranfenicol, Aureomicina, Terramicina em gramas								
	1	2	3	10	20	1	2	3	2			3			4		
									C	A	T	C	A	T	C	A	T
Taxa terapêutica média obtida (1) .....	0,40	0,80	1,5	8	14	3	8	17	4	1,5	1,5	9	4	4	16	7	7

(1) Expresso em unidades Oxford para a penicilina, para os outros antibióticos em Mg/cm<sup>3</sup>

*Estirpes sensíveis estirpes limites*

Para estas estirpes, o teste permite chegar à conclusão da possibilidade de tratamento. Mas, no seio destas categorias, dificilmente se pode tomar nota das actividades respectivas, *in vitro* para estabelecer o tratamento. Se, no conjunto, são atingidas pelo tratamento mais estirpes sensíveis que estirpes limites, numa afecção especial, poder-se-á ser levado a constatar que estas últimas são perfeitamente atingidas pelo antibiótico.

Neste particular, em que não existem regras precisas, a experiência clínica e a comparação do resultado terapêutico com os esclarecimentos dados pelo laboratório permitirão formular uma opinião. Os limites das categorias são afinal baseados mais nas noções clínicas do que nas comparações das taxas, e são, por este facto, susceptíveis de se modificar à medida que se desenvolverem os tratamentos pelos antibióticos recentes.

Pensamos que o teste de sensibilidade, se não permite resolver de maneira completa, definitiva, o problema terapêutico, todavia conduz a um ensinamento útil, indispensável em certos casos.

O método dos discos, simples, não necessitando de nenhum material especial, ao alcance de todos, merece tornar-se um exame corrente. Este método permite eliminar os antibióticos inactivos e reter um ou vários produtos susceptíveis de actuar. No primeiro caso, quando um só antibiótico é activo em face dum determinado germen, termina o papel do laboratório; não acontece o mesmo quando as doses dão ao clínico uma gama mais ou menos extensa de produtos activos.

O teste de sensibilidade *in vitro* não permite seleccionar, com toda a certeza, o melhor antibiótico, porque não existe naturalmente uma concordância estreita, como já temos assinalado, entre as taxas inibidoras, observadas *in vitro*, e os resultados terapêuticos. Além disso, o método dos discos é incapaz de nos esclarecer sobre os efeitos bactericidas do antibiótico e sobre o interesse das associações medicamentosas, problema capital, que vamos estudar, na conduta de certos tratamentos.

*Investigação da «Taxa Terapêutica»*

O laboratório, pelas técnicas de diluição ou de difusão, pode determinar, facilmente, as concentrações humorais. Dos diferentes resultados obtidos, é possível tirar uma noção da taxa terapêutica, que será a taxa mais baixa, mantida permanente-

Este quadro, além do valor indicativo, tem também o papel de nos dar uma ideia interessante de ordem de grandeza.

A pesquisa da taxa terapêutica no decurso dum tratamento é, muitas vezes, rica de ensinamentos. Além disso, muitas vezes, com o insucesso do tratamento preconizado pelo laboratório, o germen mostra-se sensível ao antibiótico, devido à concentração do produto no sangue ou então a uma taxa terapêutica anormalmente baixa para a dose prescrita.

Últimamente, tratando uma endocardite de enterococos, verificamos que este germen era inibido por 6 U.O./cm<sup>3</sup> de penicilina. Perante esta resposta, prescrevemos 10 milhões de unidades de penicilina em 24 horas, o que devia dar-nos uma taxa terapêutica da ordem de 8 U.O./cm<sup>3</sup>. Não se obtendo nenhuma melhoria depois de 5 dias de tratamento, fez-se um contróle da taxa de penicilina. A resposta do laboratório explicou o insucesso: não se encontrou mais de 2 U.O./cm<sup>3</sup> de penicilina no sangue. Aumentando a dose até 18 milhões e, sobretudo, introduzindo o medicamento em perfusão durante 16 horas em 24 a taxa sanguínea elevou-se para 15 U.O./cm<sup>3</sup> e obteve-se a cura.

INTERESSE DA PESQUISA DO PODER BACTERICIDA DUM ANTIBIÓTICO

O interesse do poder bactericida foi proposto por Spiger (1950), Jawetz, Gunnison e Coleman, Burnell (1952), e foi sobretudo preconizado para determinar a associação sinérgica de antibióticos.

Desde 1951, com Chalbert, retomamos este estudo, que nos tem levado a modificar um pouco o que nós temos escrito sobre o interesse, para a conduta do tratamento, de procurar «o antibiótico de escolha». Todavia, pela técnica dos discos, procurava-se o antibiótico tendo, em face do germen estudado, o poder bacteriostático mais elevado; assim se determinava « antibiótico de escolha». Porém, este termo parece-nos impróprio. O antibiótico que apresenta o poder bacteriostático mais notável não é necessariamente, sobretudo em certas infecções, como a doença de Osler, o que dá melhores resultados terapêuticos. Os métodos de titulação por difusão não são levados em conta em presença do poder bactericida dos antibióticos.

Numa doença debilitante em que pouco se conta com as defesas naturais do organismo, como a doença de Osler, para que não sobrevenha a recaída nos dias ou meses que se seguem à detenção do tratamento, é indispensável que o antibiótico preconizado seja fortemente bactericida.



Existe acção bactericida, quando o número de germens duma cultura a que se junta um antibiótico é, num dado tempo, inferior ao número de germens cultivados. Com os antibióticos correntes, nas zonas onde não se observa o crescimento, encontram-se muito menos germens do que os que se cultivaram. Houve, então, destruição ou acção bactericida do produto.

Esta destruição varia com a concentração e o tempo. Com fortes concentrações, e durante vários dias, muitas vezes, consegue-se obter uma lise total. Para se colocar nas condições que mais se assemelham às observadas na clínica, é interessante notar o que se passa nas concentrações terapêuticas encontradas nos humores. Nesta zona, subsiste sempre, na cultura, um certo número de germens chamados *sobreviventes*. Se a concentração do antibiótico baixa ou desaparece, estes germens são susceptíveis de multiplicar-se.

Estes «sobreviventes» isolados, cultivados, depois colocados em frente dum antibiótico, dão uma descendência tendo a mesma distribuição de sensibilidade que a estirpe original. Não se trata, então, de verdadeiros germens resistentes. Eles não foram destruídos porque estavam numa fase de crescimento sobre o qual o antibiótico não podia actuar.

O valor dum antibiótico sobre um germen pode, então, exprimir-se pelo número de sobreviventes que deixa nas concentrações terapêuticas. A ordem de grandeza destes sobreviventes é muito variável e pode ir de 50 p. 100 dos antibióticos, antes de todos os bacteriostáticos e poucos bactericidas como a aureomicina, a 1 p. 10.000 ou 1 p. 100.000 para a estreptomocina e penicilina, mais bactericidas, passando para 10 p. 100, por exemplo, para a cloromicetina; todas as cifras dependem, além disso, essencialmente da estirpe sobre a qual actua o antibiótico.

Nestes últimos meses o estudo do poder bactericida era longo e delicado; tinha sido proposto sobretudo para procurar precisar as associações de escolha de dois antibióticos; era necessário preparar extensas gamas destes dois antibióticos, de maneira a enquadrar largamente o ponto inibidor; depois, em cada tubo, o número de sobreviventes era contado pelo clássico método de inumeração sobre placa de gelose. Esta técnica necessitava de dias de trabalho e não podia ser aplicada ao laboratório clínico. Actualmente, graças à técnica simplificada que Chabbert adoptou, no laboratório do hospital Pasteur, pode-se conhecer, em 48 horas, o poder bactericida dos antibióticos sobre um germen e saber a associação de escolha a prescrever.

Este método descrito no capítulo reservado ao laboratório, dá esclarecimentos muito interessantes, a confrontar com o antibiograma clássico (método dos discos), permitindo dosear o poder bacteriostático do antibiótico.

Deste estudo comparado podem tirar-se diversas conclusões:

a) o antibiograma mostra que o germen é particularmente sensível a um antibiótico, e a pesquisa do poder bactericida mostra que o antibiótico fortemente bacteriostático é igualmente bactericida, deixando menos de 0,01 p. 100 de sobreviventes. O sucesso terapêutico, então, está quase assegurado. Foi o que aconteceu com uma meningite de estreptococos que tratamos recentemente. O laboratório enviou os seguintes resultados:

QUADRO V

Concentração inibidora (método dos discos)	Pesquisa do poder bactericida e associação de antibióticos	Porcentagem de sobreviventes			
		P	S	C	T
Penicilina ..... 0,02 V. O. (germen muito sensível)					
Estreptomocina .... 4 Mg/cm <sup>3</sup>		0,01	0,01	1	10
Cloranfenicol ..... 6 Mg/cm <sup>3</sup>			1	10	10
Aureomicina ..... 5 Mg/cm <sup>3</sup>				10	100
Terramicina ..... 4 Mg/cm <sup>3</sup>					100

A penicilina inibe fortemente o estreptococo em causa; ela é fortemente bactericida, deixando menos de 0,01 p. 100 de sobreviventes; requerem-se as condições mais favoráveis para uma cura rápida que, além disso, não se fez esperar.

b) Se se tem de escolher entre dois antibióticos inibindo ambos o mesmo germen responsável pela afecção em causa, deve-se prescrever aquele que tem um poder bactericida mais elevado para esse germen.

c) Por vezes, temos dois antibióticos activos sobre um determinado germen; o primeiro, a aureomicina, por exemplo, inibe o germen a sua concentração muito baixa de 0,20 mg/cm<sup>3</sup>,

taxa muito inferior à das concentrações humorais, mas ao nível destas, deixa 10 p. 100 de sobreviventes;

o segundo, a estreptomocina inibe o germen a uma concentração mais elevada na vizinhança das concentrações humorais (5 mg/cm<sup>3</sup>), mas esta concentração deixa, apenas, 1 por 1.000.000 de germens.

Qual será o antibiótico de escolha; qual deles é que será necessário prescrever? Isto não se poderá resolver, senão por um conhecimento preciso da afecção em causa.

Numa afecção congestiva, em que as defesas do organismo desempenham um papel importante, uma lesão pulmonar aguda, por exemplo, uma taxa inibidora elevada é importante, sendo suficiente para permitir que as defesas actuem com maior eficácia; o antibiótico da escolha, neste caso que citamos, pode ser a aureomicina.

Todavia, numa afecção mal vascularizada, em que pouco intervêm as defesas naturais (é, muitas vezes, o caso de certas bolsas pleurais, em que o organismo parece incapaz de se desembaraçar dos germens, apesar da presença dos leucócitos em grande número), é necessário realizar uma esterilização a mais perfeita possível, sendo a estreptomocina o antibiótico de escolha. Na doença de Osler, é necessário, igualmente dar a preferência ao produto mais bactericida, isto parecendo especialmente verdadeiro nas endocardites de enterococos.

A pesquisa da concentração activa máxima seria mesmo, em certos casos, segundo os investigadores, muito interessante. Com certos antibióticos, como a penicilina, Eagle e colaboradores demonstraram que existe contra algumas estirpes duma concentração óptima ao poder bactericida elevado (concentração que habitualmente é vizinha da taxa inibidora); com concentrações antibióticas mais elevadas nota-se, pelo contrário, uma diminuição da acção bactericida. Este fenómeno aproxima-se de algumas observações que se fazem dos antibióticos, alternadamente dos inibidores ou dos factores de crescimento, segundo a sua concentração.

A pesquisa do poder bactericida encontra indicações muito interessantes e, no nosso serviço, desde há um ano, fazemos sempre, ao mesmo tempo que a determinação da sensibilidade do germen, a pesquisa do poder bactericida dos antibióticos correntes.

#### AS ASSOCIAÇÕES DE ANTIBIÓTICOS

##### Interesse das associações.

A experiência demonstra que, muitas vezes, pelo menos nas doses terapêuticas, o antibiótico (sulfamida ou antibiótico fúngico) está no limite da sua eficácia. É, então, lógico, para atingir com mais segurança o ou os germens em causa, recorrer a uma associação de agentes terapêuticos tanto mais lógica como no decurso do tratamento este germen pode desenvolver uma resistência a um ou outro antibiótico proposto.

Uma associação de antibióticos designa vários fins:

ou reforçar a eficácia limite dos antibióticos propostos isoladamente: pesquisa-se uma *sinergia* na associação, sinergia que se exterioriza por um aumento do poder bactericida da associação;

ou *lutar* contra uma *flora múltipla* (afecções pulmonares, por exemplo), cujas espécies têm afinidades antibióticas diferentes;

ou *prevenir* uma resistência brutal da parte do germen em frente do antibiótico «de escolha», por isso, nunca é bom prescrever, unicamente, a estreptomocina;

ou *proteger* um organismo debilitado, tratado por um antibiótico, cujo espectro antibacteriano é restricto, contra uma superinfecção eventual.

Além disso, muitas vezes, é o primeiro fim que se investiga. Todas as associações não são eficazes; algumas mesmo são nocivas; para que uma associação seja lógica, require-se as seguintes características:

*actividade* sobre o germen em causa;

*adição*, ou mesma *potencialização*, dos efeitos inibidores; não *adição* das *toxicidades*.

A) *Associações sulfamidadas* — Foram as primeiras a ser estudadas.

Desde 1943, temos notado, em vários doentes, que a associação do 1162 F às diazinas permitia obter, no sangue e no líquido céfalo-raquidiano, concentrações mais elevadas de sulfamidas do que se as sulfamidas ou as diazinas eram administradas isoladamente. Temos igualmente verificado que a mistura dos dois produtos permitia aumentar enormemente as doses totais,

doses impossíveis de atingir se prescrevessemos unicamente um só medicamento; a mistura é perfeitamente tolerada.

O 1162 F e a diazina não tendo os mesmos pesos moleculares têm, por consequência, velocidades de absorção e de eliminação diferentes; daí resulta uma espécie de potencialização, que determina no organismo uma concentração de sulfamidas mais elevada, e ao mesmo tempo mais regular. F. Nitti observou que esta mistura é mais solúvel nas urinas que cada sulfamida administrada isoladamente.

B) *Associações sulfamida-penicilina; sulfonas-estreptomina; P.A.S.-I.N.H.*

Em 1942, o aparecimento da penicilina abre a era dos antibióticos de origem fúngica; o terapeuta dispõe, então, duma primeira associação: a associação penicilino-sulfamidada, sendo fáceis as suas indicações; as sulfamidas têm indicações gerais, a penicilina tem indicações muito precisas, não se conhecendo ainda excepções; como é desprovida de toxicidade, associa-se sempre à terapêutica sulfamidada.

Esta associação representa o tratamento-tipo das afecções correntes (meningites cérebro-espinais meningocócicas, pneumonias, etc.); as suas indicações são inumeráveis. Elas estão, hoje, na nossa opinião, muito esquecidas, sendo as sulfamidas associadas aos antibióticos, chamadas a prestar bons serviços.

Sabemos o interesse que há nas associações medicamentosas na tuberculose e lembramos a vantagem que há em retardar o aparecimento da resistência do bacilo de Koch à estreptomina, em associar este antibiótico às sulfonas. Temos, igualmente, demonstrado a vantagem, que há nas associações estreptomina-P.A.S. e estreptomina-I.N.H. Porém, hoje em dia, emprega-se, muitas vezes, a tríplice associação: estreptomina-P.A.S.-I.N.H. para tratar uma tuberculose.

C) *Associações de antibióticos* — É este tipo de associações que é o mais preconizado; judiciosamente escolhidas, estas associações são muito eficazes e aumentam consideravelmente as possibilidades de tratamento. Mas elas precisam, antes de tudo, dum estudo cuidadoso, se se querem evitar os erros.

Para apreciar o valor duma associação, Jawetz, Gunisson e colaboradores demonstraram que o melhor testemunho duma associação de antibióticos está ligado ao seu poder bactericida.

Há *indiferença* quando a percentagem de sobreviventes é a mesma para a associação como para os antibióticos isolados que a compõem;

*antagonismo*, quando a percentagem é superior à que se obtém com o antibiótico isolado mais activo;

*sinergia*, quando a percentagem é inferior à que se obtém com o antibiótico isolado mais activo.

A técnica de Chabbert mostra bem o valor duma associação. Esta técnica, simples e de fácil realização, presta grandes serviços e permite em especial nas endocardites, prescrever a associação de escolha e registar bons resultados.

No conjunto, os nossos trabalhos sobre as associações vêm confirmar as investigações de Jawetz; como ele, podemos esquematisar para os *estreptococos* e *enterococos*, como se segue, os resultados e dizer que existe:

1.º uma *sinergia* penicilino-estreptomínica, especialmente para os *estreptococos*;

2.º um *antagonismo* habitual da penicilina em relação à cloromicetina, à aureomicina e à terramicina;

3.º um antagonismo, em certas condições, da estreptomina em relação à cloromicetina, à aureomicina e à terramicina.

Estas indicações conduzem a uma regra geral, mas a nosso ver muito esquemática, enunciada num editorial do *British Medical Journal*: «não se deve associar um agente bactericida (I grupo: penicilina, estreptomina, bacitracina, polimixina) a um agente bacteriostático (II grupo: cloranfenicol, aureomicina, terramicina).

Com efeito há numerosas excepções e as leis de Jawetz aplicam-se, sobretudo, aos *estreptococos*. Em todos os casos, é indispensável estudar o comportamento do germen antes de propor um tratamento.

Com respeito aos *estafilocos*, os nossos estudos *in vitro* permitem-nos afirmar como Chabbert:

a associação penicilina-estreptomínica é, muitas vezes sinérgica (50 p. 100), mas de maneira muito menos nítida do que para os *estreptococos*; a associação penicilina-cloranfenicol, que se considera como universalmente antagonista, em experiências feitas com os *enterococos*, mostra-se nitidamente sinérgica, em dois terços dos casos, quando o *estafilococo* é sensível ao cloranfenicol; não é, infelizmente, possível prever qual será, *in vivo*, a intensidade da produção de penicilinase pelo *estafilococo* e o valor sinérgico; *in vitro*, é submetido à experiência clínica. As associações de estreptomina com o cloranfenicol, a aureomicina ou a terramicina são fracamente sinérgicas em metade dos casos e somente quando a estirpe é sensível a um ou outro destes antibióticos. Os antagonismos são raros.

As associações entre os três seguintes antibióticos: cloranfenicol-aureomicina-terramicina mostram, *in vitro*, um efeito muitas vezes indiferente e, por vezes, uma sinergia fraca.

Os resultados obtidos *in vitro* com os *estafilococos* são, portanto, muito menos convincentes que os observados com o *estreptococo* ou o *enterococo*.

Em *clínica*, nas afecções de *estafilococos* a pesquisa da associação de escolha é susceptível de permitir bons resultados.

Muitas vezes há concordância entre a clínica e o laboratório. Infelizmente, com frequência, não existe a associação de escolha fortemente bactericida susceptível de determinar uma cura rápida.

Esperamos que a eritromicina e a magnamicina serão capazes de preencher este papel.

No que concerne aos outros germens, as pesquisas são muito recentes e bastante numerosas para se formular uma opinião. Trata-se dum caso de espécie, e não aconselharíamos a praticá-las, antes de estabelecer uma associação, a pesquisa do poder bactericida, que, feita pelo método de Chabbert, dá aos clínicos esclarecimentos precisos e rápidos.

Como diz Jawetz e Gunnison «os pares de antibióticos não têm um comportamento fixo e constante. Não existem pares uniformemente sinérgicos ou antagonistas». As leis indicadas por estes autores só têm um valor de orientação, mas como acabamos de ver, cada caso justifica um estudo prévio acerca da escolha dos antibióticos associados.

## Os reumatismos da espádua

S. DE SÈZE, J. DEBEYRE e A. DENIS

### I — MECANISMO, SINTOMAS, EVOLUÇÃO; PAPEL DAS CONCEPÇÕES CLÁSSICAS

Da fossa supra-espinhosa da omoplata, destaca-se um grupo muscular formado pelo infra-espinhoso e pelo pequeno redondo atrás, o infra-escapular para a frente, e o supra-espinhoso para cima. Estes músculos «rotadores» reúnem-se num largo tendão que vai envolver a cabeça do úmero. Destacando-se do acromion, o deltoide recobre este conjunto.

A articulação escápulo-umeral, tão simples à primeira vista, está constituída, na verdade, por duas articulações: entre a cabeça do úmero e a omoplata, há uma primeira articulação, que é a articulação escápulo-umeral clássica que não é interessada — em princípio — pela periartrose da espádua. Não nos referiremos mais a este. Entre a cabeça do úmero, envolvida pelo largo tendão dos músculos rotadores da espádua, e a abóbada acrómio-

-deltoideia, há uma segunda articulação, cujo deslizamento está assegurado por uma bolsa serosa denominada sub-acrómio-deltoideia. Todo o drama da periartrose da espádua passa-se, classicamente, na 2.ª articulação da espádua.

1.ª fase — *A tendinite dolorosa da espádua: a espádua dolorosa simples.*

Numa primeira fase produz-se no tendão dos rotadores uma lesão de necrose tendinosa. Esta lesão produz-se quer pela acção dum traumatismo, isto é, por efeito duma queda que vem esmagar e lesar o tendão entre o acromion e a cabeça do úmero, ou ao erguer uma carga pesada: sob influência da tracção exercida sobre a inserção óssea dos tendões rotadores produz-se, algumas vezes, o arrancamento da grande tuberosidade e, muitas vezes, uma rotura parcial das fibras do tendão supra-espi-

# BEDOZE MIL

TRATAMENTO  
DE  
ESCOLHA  
DAS  
AFECÇÕES  
NEUROLÓGICAS

VITAMINA B<sub>12</sub>

MIL MICROGRAMAS  
AMPOLAS

PRONTO ALÍVIO  
DAS  
NEVRITES DO TRIGÉMIO  
CIÁTICAS  
POLINEVRITES  
NEURALGIAS CÉRVICO-BRAQUIAIS  
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 B<sub>12</sub> 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.

AGORA... **Um grama** DOSES DIÁRIAS

CLORIDRATO DE **Aureomicina** CRISTALINA

**Lederle**



Empregada até ao presente em mais de 10.000.000 de casos clínicos, são superiores a 7.000 as comunicações que sobre a Aureomicina se publicaram, provenientes de todos os campos da prática médica mundial. Desde 1949 que a tendência destes estudos vem confirmando a eficácia na aplicação de doses mais reduzidas de Aureomicina, o antibiótico de espectro verdadeiramente amplo e actividade absolutamente uniforme.

**Lederle** ... uma marca de honra

O NOVO PLANO DE ADMINISTRAÇÃO DA AUREOMICINA EM DOSES REDUZIDAS:

Dose	Peso aproximado do paciente	Quantidade a administrar	Número de doses cada 24 horas
0,1 g. diário	8 quilos	Uma dose de 50 mg. duas vezes por dia, depois de comer.	2 doses
0,5 g. diário	40 quilos	Uma dose de 250 mg. duas vezes por dia, depois do almoço e do jantar.	2 doses
		Uma dose de 100 mg. cada 3 ou 4 horas, depois das refeições.	5 doses
1,0 g. diário	80 quilos	Uma dose de 50 mg., com leite, cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite.	10 doses
		Uma dose de 250 mg. cada 4 horas, excepto durante 8 horas de noite.	4 doses
1,5 g. diário	120 quilos	Uma dose de 100 mg. cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite.	10 doses
		Uma dose de 250 mg. cada 3 horas, excepto durante 6 horas de noite.	6 doses

**LEDERLE LABORATORIES DIVISION**  
 AMERICAN Cyanamid COMPANY  
 30 ROCKEFELLER PLAZA, NEW YORK 20, N. Y.



**Embalagens:** CÁPSULAS — frascos de 8 e de 16, c/ uma com 250 mg.; frascos de 25, c/ uma com 50 mg. (infantil); frascos de 25, c/ uma com 100 mg. SPERSOIDS (PÓ DISPERSÍVEL) — frasco de 75 g. PASTILHAS — frascos de 25, c/ uma com 15 mg. POMADA — tubos de 14,2 e de 28,4 g. com 30 mg. por grama. OFTÁLMICA — Colírio — frascos conta-gotas com 25 mg.; Unguento — tubos de 3,5 g. a 1 %.

\* INTRAVENOSA — frascos de 100 mg. com diluente de leucina. NASAL — frascos de 10 mg. FARINGETAS — caixas de 10 com 15 mg. c/ uma. PASTA DENTAL — boiões de 5 g. CONES DENTAIS — tubos de 12 com 5 mg. c/ um. ÓTICO — frascos de 50 mg. \* PÓ VAGINAL — frascos de 5 g. a 200 mg. por g. \* SUPOSITÓRIOS VAGINAIS — frascos de 8. \* PÓ CIRÚRGICO — fr. 5 g. com 200 mg. por g.

\* A introduzir brevemente.

Representantes Exclusivos para Portugal e Ultramar:  
**ABECASSIS (IRMÃOS) & CIA.**  
 Rua Conde Redondo, 64-3.º — LISBOA  
 Rua de Santo António, 15 — PORTO

nhoso. Por vezes, um micro-traumatismo, resultante dum trabalho fatigante, é suficiente para provocar esta lesão tendinosa, outras vezes não há causa aparente, e isto explicar-se-ia pelas condições especiais em que trabalha o músculo supra-espínho. Estas condições são tão particulares que este pequeno músculo encontra-se, por assim dizer, em estado de *surmenage* fisiológica permanente.

1.º Anatômicamente, ele percorre um estreito desfiladeiro inter-acrómio-tuberositário, onde o espaço é muito restricto.

2.º Fisiologicamente, o supra-espínho aciona uma alavanca onde a força e a resistência estão dispostas tão paradoxalmente em relação ao ponto de apoio que é difícil imaginar uma alavanca, funcionando em condições mecânicas tão defeituosas.

3.º Acrescentamos que, para certos anatomistas, a irrigação deste tendão, insuficientemente adaptado às condições criadas no homem pela estação bípede, seria muito insuficiente em relação ao trabalho intenso que lhe é exigido.

Em virtude disso, numa primeira fase, este tendão supra-espínho é desfavorecido pela natureza das lesões de necrose parcial, que podem ficar latentes (encontram-se muito quando se examinam no anfiteatro os tendões dos indivíduos de mais de 40 anos), mas que, por vezes, podem ser dolorosas.

Elas são dolorosas sobretudo durante os movimentos de abdução e constitue esta dor o único sinal da doença. A esta fase anatômica de «tendinite», corresponde uma fase clínica de «Espádua dolorosa simples», isto é, sem bloqueio.

A radiografia não nos mostra mais do que precipitações cálcicas, graças às quais a lesão se torna visível, mas que muitas vezes se confundem com as sombras ósseas. Só aparecem quando se modifica a posição da cabeça do úmero. Quer haja ou não calcificação, o quadro clínico e a evolução são os mesmos.

A evolução é variável. Por vezes, tudo aparece com o tempo. Outras vezes, a evolução é crónica, o indivíduo acaba por habituar-se mais ou menos à dor e esforça-se por evitar os movimentos que a provocam. Mas ela aparece também sob a influência dum traumatismo ou dum esforço, duma *surmenage*, ou sem causa aparente, quando a lesão tendinosa se propaga à bolsa. A lesão tendinosa sofre um surto de inflamação aguda, e esta inflamação propaga-se à bolsa, cujo folheto profundo contacta directamente com o tendão dos rotadores. Estabelece-se, então, o drama da periartrite aguda da espádua com o quadro de espádua dolorosa aguda, o que caracteriza a segunda fase da doença.

2.ª fase — *A periartrite aguda da espádua: a espádua dolorosa aguda.*

A periartrite aguda da espádua é uma tendino-bolsite aguda da espádua, e poder-se-ia também chamar a artrite aguda da 2.ª articulação da espádua, dando o quadro de espádua dolorosa aguda com dores atrozes com paroxismos nocturnos levando à insónia e à angústia e com a sua irradiação que pode descer até aos dedos, assemelhando-se a uma crise de radiculalgia cérvico-braquial.

O bloqueio da espádua, habitualmente observado neste período, é devido, em grande parte, à dor, mas também ao edema inflamatório dos tendões que se opõe ao seu deslizamento e talvez a aderências inflamatórias que se tenham organizado nas conjuntivas de deslizamento que separam o plano músculo-tendinoso dos rotadores do plano ósteo-muscular da abóbada acrómio-deltaideia: aderências que acabarão por soldar estes dois planos um ao outro suprimindo o seu recíproco deslizamento: está assim realizado o quadro de *espádua bloqueada*.

3.ª fase — *A espádua bloqueada.*

Mais ou menos rapidamente, a inflamação atenua-se e a dor vai desaparecendo. O sono volta. Os movimentos, pelo contrário, não reaparecem, porque a espádua está bloqueada. Admite-se, depois da célebre autópsia de Duplay que as aderências fibrosas se organizaram entre os dois folhetos da bolsa, estabelecendo um bloqueio mecânico, verdadeira anquilose fibrosa da 2.ª articulação da espádua.

Todavia, põe-se em dúvida que seja sempre assim. Operando espáduas completamente bloqueadas, encontramos a bolsa serosa sub-acrómio-deltaideia completamente livre de todas as aderências, sendo-nos impossível, apesar duma exploração minuciosa, encontrar a explicação anatômica do bloqueio do movimento de abdução.

De qualquer modo, esta fase da espádua bloqueada estabe-

lece-se por muito tempo. A impotência pode durar meses, 1 ano, 18 meses, 2 anos e mais, representando sob o ponto de vista profissional e social uma verdadeira catástrofe. A confiança que se dá ao doente, baseando-nos na crença, na experiência, e na tradição, de que uma espádua bloqueada acaba sempre por se desbloquear, não o satisfaz perfeitamente.

Estas são as noções clássicas acerca do mecanismo, dos sintomas e da ordem segundo a qual eles se desenrolam.

## II — TRATAMENTO CLÁSSICO

O tratamento clássico resumê-se em quatro palavras: repouso e aspirina, paciência e fisioterapia.

A fisioterapia tem 2 aspectos:

— A electroterapia com raios infra-vermelhos, diatermia, raios X em doses anti-inflamatórias.

— A cinesiterapia, isto é, a massagem e a mobilização.

A massagem, praticada com delicadeza, impõe-se sempre (excepto nas formas agudas muito inflamatórias e hiperálgicas), por causa da sua acção calmante sobre a dor e da sua acção favorável sobre a circulação local da espádua.

Mas a cinesiterapia é coisa mais delicada. Não se deve mobilizar muito cedo para não renovar a inflamação. Não se deve mobilizar muito tarde para evitar o aparecimento rápido de aderências fibrosas que se organizam nos planos de deslizamento. Não é fácil escolher entre estes dois escolhos. Duma maneira geral, não ganhamos nada com o uso de métodos de força. Se queremos forçar uma vez sob anestesia geral, como já ensaiamos há alguns anos, se queremos forçar por várias vezes, esforçando-nos por ganhar um pouco de terreno de cada vez, como se faz vulgarmente, o resultado habitualmente mediocre, por vezes mau, não dispensa o risco, nem o sofrimento, nem as despesas. O método de extensão descontinua tem-nos dado bons resultados, mas exige uma vigilância minuciosa para evitar os acidentes de alongação nervosa. Com efeito, os resultados da mobilização activa são incomparavelmente superiores aos da mobilização passiva: é ao doente que compete mobilizar a sua espádua e de evitar mobilizá-la quando sofre. E como a melhor mobilização é a que mobiliza a espádua sem fazer trabalhar o músculo supra-espínho, a melhor técnica de mobilização activa é a que se faz debaixo de água, em piscina ou em banheira especial de Hobbard.

## III — APRESENTAÇÃO DE ALGUMAS NOÇÕES RECENTEMENTE ADQUIRIDAS E DE SUAS CONSEQUÊNCIAS TERAPÊUTICAS

### A) Tratamentos médicos.

1.º — *As infiltrações estelares.* — Já vimos que intervêm na constituição das lesões da espádua, factores mecânicos, provocando alterações tendinosas que são o ponto de partida para a inflamação. No entanto, sabemos que, na realidade, em muitas periartrites intervêm também *causas nervosas*.

a) São frequentes os casos em que a eclosão duma periartrite parece ter sido preparada ou é resultante de causas morais: inquietações, *surmenage* intelectual ou depressão nervosa.

b) Outros casos põem em evidência os factores nervosos: as periartrites da espádua resultantes duma coronarite com ou sem infarto do miocárdio.

São importantes as perturbações vaso-motoras na periartrite aguda da espádua.

Por outro lado, a sensibilidade e a actividade circulatória nas bolsas e no tecido sub-aponevrótico da espádua está regulada pelas conexões estreitas existentes entre o sistema nervoso sensitivo e neurovegetativo que se fazem no gânglio torácico e gânglio estrelado. Por estes motivos, nas infiltrações estelares podem reforçar o tratamento médico, actuando favoravelmente sobre a dor na fase álgica, favorecendo o retorno da mobilidade articular na fase de bloqueio.

2.º — *O frio. A cortisona.* — Últimamente, Michotte (de Bruxelas) defende um novo método que já entrou na prática corrente. Trata-se da aplicação do gelo que nas lesões inflamatórias dos tendões e das bolsas no período de periartrite aguda dolorosa, actua por resfriamento da espádua agindo contra a inflamação, sendo melhor que o calor empregado anteriormente, e melhor que a radioterapia considerada «anti-inflamatória».

b) A cortisona aparece actualmente como uma das melhores terapêuticas da periartrite aguda da espádua, na fase aguda álgica ou hiperálgica, fazendo desaparecer o quadro da espádua dolorosa e bloqueada pela dor.

Logo após a primeira ou segunda injeção, a dor atenua-se assim como o sono e o equilíbrio moral e psíquico do indivíduo.

Em geral, no 4.º ou 5.º dia de tratamento não há mais dores espontâneas, persistindo apenas uma dor provocada pela pressão sobre o tendão supra-espinhoso ou sobre a goteira bicipital. A limitação dos movimentos também se atenua. Alguns doentes além da dor residual conservam uma certa limitação dos movimentos de abdução, ligada a um princípio de periartrite fibrosa. Neste caso, a perseverança no tratamento cortisonico conduz rapidamente à cura.

Entretanto, certos bloqueios da espádua resistem ao tratamento, sendo necessário, então, abandonar a cortisona e empregar os tratamentos habituais.

O tratamento pela cortisona é um tratamento rápido, seguro e inofensivo. A cortisona, porém, em certas causas de bloqueio mecânico, ainda hoje mal conhecidas, não tem qualquer acção, como é fácil conceber. Contra a ineficácia deste tratamento hormonal, em certos casos, levanta-se a questão do tratamento cirúrgico.

#### B) Tratamento cirúrgico.

Indicações:

1.º — *Cirurgia preventiva da periartrite*, consistindo em tratar cirurgicamente e reparar as fracturas da grande tuberosidade e sobretudo as roturas traumáticas dum ou de vários tendões rotadores, impedindo que as lesões terminem na periartrite da espádua.

2.º — *Cirurgia curativa das espáduas dolorosas rebeldes* em certos casos em que a dor está nitidamente localizada no tendão do bicipite e sua bainha sinovial. A supressão funcional do segmento tendinoso bicipital onde se origina a dor pode curar estas dores.

3.º — *Cirurgia curativa dos casos de bloqueio da espádua muito rebelde*. Consiste em praticar uma acromiectomia libertadora; o fim da acromiectomia é imprimir uma das superfícies de fricção dolorosa evitando o bloqueio.

Os elementos que permitem fazer, no devido tempo, o diagnóstico destas lesões tendinosas, num banal «traumatizado» da espádua, são em resumo:

1.º Anamnese: depois dum esforço para erguer e deslocar uma carga pesada, sobreveio uma dor violenta, por vezes acompanhada dum estalido doloroso e seguida de impotência imediata.

2.º Exame clínico — nalguns casos, à inspecção e à palpação; vê-se e sente-se a cabeça do úmero subir sob o acrómion desde que o doente esboce um movimento de abdução do braço: sinal raro, mas muito evocador. Pelo contrário, o sinal de accrochage sub-acromial é muito frequente: no decurso dum movimento de abdução produz-se uma dor viva pela passagem à posição horizontal, desaparece se o braço continua a elevar-se e reproduz-se à descida quando o braço passa pela posição horizontal. Contudo, este sinal está longe de ser considerado patognomónico duma rotura tendinosa.

— Sinal de Moseley: uma mão está aplicada sobre a parte mais elevada do braço em abdução. Moseley baixa a extremidade superior do úmero. A outra mão segurando o cotovelo flectido em ângulo recto, faz girar a cabeça do úmero, que *pivota* assim sem tomar contacto com a abóbada sub-acromial e o ligamento coraco-acromial. Com esta manobra a mobilização torna-se fácil e indolor, enquanto que sem esta era impossível; a rotura tendinosa seria provável.

3.º Exame radiológico:

a) Segundo Leclerc, o exame rádio-dinâmico da espádua permitiria despistar a rotura do tendão supra-espinhoso. Com o braço em rotação extensa e abdução de 45º com um peso de 2 ou 4 quilos na mão, nota-se uma *ascensão anormal da cabeça*.

b) Alguns autores propõem injectar alguns cc. de Perabrodil na articulação escápulo-umeral. À passagem do líquido na bolsa serosa sub-acromial fornece a prova radiológica de que há uma comunicação entre a cavidade articular e a bolsa sub-deltaideia, sendo um argumento a favor duma rotura do tendão do supra-espinhoso.

Mas o diagnóstico de certeza, na verdade, é difícil. Todavia, procurando todos os sinais que acabamos de expor, pode-se chegar a fazer, com toda a probabilidade, uma exploração cirúrgica. Se o operador encontra uma rotura de tendão, experimentará realizar a sutura tendinosa; se a rotura é muito perto da inserção, poderá reinserir os tendões sobre a grande tuberosidade.

A operação sobre os tendões supra-espinhosos faz-se em boas condições nas seguintes circunstâncias:

1.º Se se funda um diagnóstico exacto.

2.º Se é feita precocemente.

Portanto, os cirurgiões das consultas de cirurgia geral que vêm estas espáduas dolorosas, quando elas não passam ainda de traumatismos da espádua, devem aprender a procurar os sinais da rotura dos tendões rotadores da espádua, ou, então, quando trabalham em ligação estreita com as consultas de Traumatologia ou de Reumatologia devem enviá-las imediatamente a fim de ser examinadas, estas espáduas traumatizadas, para tratá-las o mais depressa possível, evitando assim o aparecimento da Periartrite Escápulo-Umeral.

2.º — *Tratamento curativo das lesões de periartrite dolorosa devidas a lesões de teno-sinovite bicipital*.

Trata-se duma variedade de periartrite da espádua devida à inflamação da bainha sinovial do tendão do longo bicipite na goteira intertuberositária, cujos sinais principais são a localização anterior da dor subjectiva e a localização anterior da dor provocada. Por vezes uma lesão dos bordos da goteira é visível numa radiografia axial.

O tratamento faz-se suprimindo a zona de deslizamento onde o tendão do bicipite se apresenta envolvido por uma sinovial inflamada. Para isso é necessário sectionar o tendão na goteira, reinserir a extremidade inferior aos bordos da goteira ou ao tendão do coraco-bicipite. Suprimimos, assim, as dores.

Para obter bons resultados é necessário, em primeiro lugar, que o diagnóstico seja exacto e, em segundo lugar, que o tratamento cirúrgico seja seguido de mobilização activa. Esta deve ser conduzida com muito cuidado: nem muito brutal, nem demasiado tímida, sendo o doente o melhor colaborador na sua própria cura.

3.º — *Tratamento cirúrgico dos bloqueios rebeldes da espádua*.

O tratamento dos bloqueios só excepcionalmente é que será cirúrgico. Só quando os meios médicos usuais falham, quando a fisioterapia, cinesioterapia, tracções descontínuas, cortisona se tornam ineficazes, e quando a anquilose se reduz a uma perturbação mecânica irreductível é que se torna necessário aconselhar uma operação recomendada por Armstrong, pela sua simplicidade: a acromiectomia que, suprimindo uma das superfícies de deslizamento da segunda articulação da espádua, permite que a cabeça do úmero deslize sem fricção sob a abóbada deltoideia.

\*

Saindo do domínio da especulação para entrar no da prática médica corrente, verificamos que, modernamente, com a hidrocortisona, dispomos duma terapêutica de grande eficácia para o tratamento das inflamações reumatismas, mas que só é activa na medida em que é posta exactamente em contacto com as lesões. No caso da periartrite da espádua se se admite que a tendinite supra-espinhosa e a bolsite sub-deltaideia são as lesões habituais da afecção, é na bolsa sub-deltaideia e no túnel inter-acrómio-tuberositário que é necessário injectar 25 mgrs. de hidrocortisona. Nós têmo-lo feito por diversas vezes, com resultados brilhantes.

Mas também tivemos sucesso nas espáduas bloqueadas muito dolorosas, injectando a hidrocortisona no interior da cavidade articular da articulação escápulo-umeral. Portanto, segundo a concepção hoje clássica, esta articulação não toma parte na patologia da «periartrite da espádua». Com efeito, não conhecemos tudo acerca desta curiosa afecção.

É necessário continuar estas pesquisas no sentido de se encontrar o melhor ponto da injeção de hidrocortisona na «periartrite» da espádua. Contrariamente à lógica que estabelece que o progresso do conhecimento das doenças precede os progressos da terapêutica, por vezes acontece em medicina que um progresso terapêutico permite dar um passo em frente no melhor conhecimento das doenças. É o que talvez se irá passar com a hidrocortisona. Entre as consequências felizes que advêm desta descoberta anotaremos o progresso que o estudo comparado dos resultados das injeções intra-articulares e periarticulares vai registando, o que nos permitirá um melhor conhecimento do mecanismo e das lesões das espáduas dolorosas e das espáduas bloqueadas.

# resultados superiores nas dermatites

*Apresentamos*

**pomada  
de  
acetato  
de**

# **Cortef\***

marca do Acetato de Hidrocortisona (compôsto F)

A aplicação da Pomada de Acetato de *Cortef* à área cutânea atacada, coloca a poderosa acção anti-inflamatória do esteróide cortico-suprarenal mais activo ao nível dos tecidos.

Geralmente, obtêm-se resultados notáveis e imediatos: as lesões tornam-se pálidas e chatas; o eritema, o edema e a infiltração regridem; e, o prurido tende a desaparecer. Nos casos em que a duração da moléstia é limitada pela natureza desta, a rápida eliminação da sintomatologia por meio da Pomada de Acetato de *Cortef* poderá ser equivalente a uma cura, do ponto de vista clínico.

*Em grande variedade de processos dermatológicos*

## **Pomada de Acetato de Cortef em bisnagas de 5 gramas**

*Concentrações de 2,5% (25 mg. por grama) e 1% (10 mg. por grama)*

*Também apresentado em forma de Comprimidos de Cortef, para o tratamento anti-inflamatório geral frascos de 25 comprimidos de 10 mg. cada um.*

Fornece-se literatura clínica aos médicos que a solicitarem

\*Marca registada

**Upjohn**

*Productos farmacêuticos superiores desde 1886*

THE UPJOHN COMPANY, KALAMAZOO, MICHIGAN, U.S.A.

The Upjohn Company of England, Ltd., 4 Aldford St., Park Lane, London W. 1, England

# QUIMIOTERAPIA DA TUBERCULOSE

## SANIDRAZIDE

ISONIAZIDE 0,050 GR.

A dose recomendada é de 3 a 5 mgrs. por quilo de peso e por dia. A resistência do bacilo pode aparecer mas o seu significado clínico, não está completamente esclarecido. Retarda-se o seu aparecimento, combinando-a com outro tuberculostático.

## APAS

P. A. S. CÁLCICO A 0,50 GR.

A dose recomendada é de 10 a 15 grs. diários. O ácido p-amino-salicílico, nesta dosagem é em regra bem tolerado. O ião cálcico melhora a tolerância, e uma vez liberto desempenha as suas funções remineralizante e anti-hemorragica.

## CALCIDRAZIDE

ISONIAZIDE . . . . . 0,015 GR.  
P. A. S. CÁLCICO . . . . . 0,50 GR.

Associação de 2 potentes tuberculostáticos que pelo seu sinergismo retardam o aparecimento da resistência e são mais rapidamente eficazes. 3 a 4 comprimidos por 10 quilos de peso correspondem à dose habitual de cada um dos constituintes.

## NEOESTREPTOMICINA

ESTREPTOMICINA BASE (sob a forma de sulfato) . . . . . 0,5 GR.  
DIHIDROESTREPTOMICINA BASE (sob a forma de sulf.) . . . . . 0,5 GR.  
NUM FRASCO

A associação dos dois sais de estreptomicina em partes iguais, melhora a tolerância local, reduz a toxicidade e aumenta a eficiência.

...Algumas espécies de bacilos de tuberculose, desenvolvem rapidamente resistência a esta droga parecendo vantajoso que esta seja usada com a estreptomicina, ou provavelmente a concorrente ministração das três drogas (Estreptomicina + P. A. S. + Isoniazide), que provou ser o regime terapêutico mais activo...

*David T. Carr*

*J. A. M. A. 150:1170 (22 de Novembro de 1952)*

...que a associação entre si destes três medicamentos (Estreptomicina - P.A.S. e Isoniazide) aumentava a sua eficácia e enfraquecia sensivelmente os riscos de resistência.

*Fernand Cardis*

*Revue Médicale de la Suisse Romande, Fevereiro de 1953*

# LABORATÓRIO SANITAS



## SUPLEMENTO

### PRÉMIO MÉDICO-SANITÁRIO

A publicação das lições dos Cursos de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário constituiu um problema de resolução difícil. A composição e impressão de um livro com as lições, em tiragens que não poderiam, sem grave risco, ser grandes, a distribuição gratuita de numerosos exemplares a expositores e a individualidades que auxiliaram a organização dos Cursos, tornariam o livro extremamente caro.

Depois de se tentarem outras soluções, entramos, para a publicação das lições do III Curso Médico-Sanitário de Lisboa, em acordo com «O Médico» para a publicação das lições neste jornal e a impressão de um livro que aproveitando a composição poderia ser relativamente económico. Quis o Dr. Mário Cardia estipular como condições que havendo prejuízo com a venda do livro ele seria suportado por «O Médico» e havendo lucro seria entregue à Direcção dos Cursos para o que entendesse por conveniente.

Feito o balanço da venda do livro do III Curso verificou-se haver um saldo positivo de 2.842\$40 e o Director do Curso propôs ao Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos que se criasse um Prémio para um trabalho clínico a apresentar por um médico vivendo fora dos grandes centros hospitalares.

Pretendia-se com isto estimular e premiar o esforço dos Colegas que, trabalhando em meios pouco providos de recursos tanto honram a nossa profissão. O lucro da venda do livro revertia assim para o mesmo fim que o próprio livro — o aperfeiçoamento dos clínicos: aqui pelo ensino, ali pelo estímulo.

Resolveu o Conselho Regional de Lisboa nomear um júri encarregado de elaborar um regulamento e atribuir o prémio que foi fixado para 1953 em 2.000\$00. Foram nomeados para fazer parte do

júri, além do Director do Curso, os colegas João José Ferro, distinto clínico de Alcobaça e Adolfo Coelho, clínico de Lisboa cuja colaboração nos Cursos da Ordem tem sido bem apreciada pela compreensão dos problemas práticos que interessam aos colegas da Província.

A própria constituição do júri garantia, como era desejo do Conselho Regional, que o Concurso não se destinava a trabalhos académicos mas sim a aspectos práticos da vida clínica.

No preâmbulo do regulamento do prémio, do valor pecuniário de 2.000\$00, lê-se:

Com «o fim de estimular o estudo e a investigação entre os clínicos trabalhando em locais menos providos de meios de investigação e processos auxiliares de diagnóstico; porque se considera digno do maior apreço e ajuda o esforço dispendido por muitos clínicos exercendo a profissão em regiões em que de pouco mais se podem valer do que da observação clínica; porque se verifica que apesar de todas as dificuldades na execução de trabalhos clínicos e de investigação, não é raro observar-se a publicação de artigos escritos por médicos labutando em pequenos centros urbanos e em áreas rurais».

Esta é a razão, pois quanto à orientação do júri fica bem expressa:

Art. 2.º — Todos os campos da actividade e do saber médicos são admitidos no âmbito deste concurso...

Art. 4.º — O júri terá sempre em mente o meio em que o trabalho foi executado, para valorizar aqueles que foram produzidos em meios menos providos de recursos.

Foi com satisfação que o júri tomou conhecimento de quatro trabalhos apresentados ao Concurso e, facto curioso, com características bem diferentes umas

das outras, mas todos reveladores de esforço, boa vontade e valor profissional.

De entre eles foi escolhido, para ser galardoado, o trabalho do Dr. Feliciano Falcão, de Portalegre.

Ao publicar o trabalho em «O Médico» apresentamos as nossas homenagens a este esforço e a estas qualidades de trabalho que, distinguidas pela nossa Ordem, podem servir de bom e proveitoso exemplo para todos nós e de prestígio para a nossa classe.

J. ANDRESEN LEITÃO

### Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa

Sob a presidência do Prof. Xavier Morato, realizou-se no dia 26 de Janeiro uma sessão da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, tendo o Dr. Munhoz Braga apresentado uma comunicação intitulada «Obesidade e diabetes». O orador, que iniciou o seu trabalho referindo que as calorias da alimentação devem variar com a idade, o sexo, a profissão e a constituição de cada indivíduo, afirmou, a seguir, que 95 por cento das obesidades se devem a excessos alimentares, cabendo os restantes cinco por cento a deficiências glandulares, mas que todas essas anomalias se podem melhorar com dietas de poucas calorias. Demorou-se, depois, na descrição dos vários tipos daquela doença e apontou as complicações que a obesidade pode originar, como as perturbações cárdio-vasculares e a diabetes, abordando, por fim, o tratamento da diabetes e as novas variedades de insulina.

Na segunda parte da ordem dos trabalhos, a que se passou em seguida, foram aprovadas as propostas da Direcção criando duas novas secções da Sociedade, designadas Sociedade Portuguesa de Nutrição e Sociedade Portuguesa de Esterilidade, ao mesmo tempo que foram designados para presidente e secretário da primeira respectivamente o Prof. Joaquim Fontes e o Dr. Munhoz Braga, e para iguais cargos da segunda o Prof. Freitas Simões e o Dr. Pedro Monjardino.

# REVISTA IBÉRICA DE ENDOCRINOLOGIA

Apareceu o 1.º número da «Revista Ibérica de Endocrinologia», como órgão das Sociedades Portuguesa e Espanhola de Endocrinologia, editada em Barcelona (Plaza de Gala Placidia, 11). Substitue a «Acta Endocrinológica Ibérica», que se publicou no Porto, tendo como director responsável e editor o Dr. Mário Cardia.

Como os nossos leitores sabem — pois sobre o assunto publicamos em «O Médico» um comunicado — não se publicou em 1953 aquela revista, tendo sido resolvido que no início de 1954 aparecesse, editada em Espanha, nova revista, que substituiria a «Acta Endocrinológica Ibérica», que nasceu do desdobraimento da antiga revista «Acta Endocrinológica et Gynecológica Hispano-Lusitana», fundada e dirigida pelos Drs. José Cañadell e Mário Cardia; em vez desta revista, publicaram-se a «Acta Endocrinológica Ibérica» e a «Acta Gynecológica et Obstétrica Hispano-Lusitana», esta dirigida pelos Drs. Manuel Uzandizaga e Mário Cardia, que continuou a publicar-se, apresentando melhoramentos, em 1953 e que, em 1954, se publica em papel couché, continuando como revista das especialidades a que se refere o seu título, mas apresentando sempre trabalhos de interesse para a maioria dos clínicos.

\*

A nova «Revista Ibérica de Endocrinologia» tem excelente apresentação e publica-se em papel couché. Do seu Conselho Directivo, além das direcções das duas sociedades ibéricas de endocrinologia (tendo como presidentes, em Espanha, o Dr. Gregório Marañón e em Portugal o Dr. Celestino da Costa), fazem parte diversos endocrinologistas espanhóis e, dos portugueses, os Drs. Manuel Cerqueira Gomes, Bruno da Costa, Joaquim Fontes, Iriarte Peixoto, Eurico Pais e Vasconcelos Frazão; é secretário da redacção o Dr. C. Perez Vitória.

O seu 1.º número (Janeiro-Fevereiro de 1954) abre com o seguinte editorial assinado pelo Dr. Gregório Marañón:

«A Revista Ibérica de Endocrinologia inaugura com este número a sua segunda fase, animada do mesmo entusiasmo que presidiu ao seu primeiro aparecimento no campo da literatura médica.

Ao entrar na liça, o que fazemos animosamente, é nosso dever tributar um fervoroso elogio aos editores da anterior *étape*, e de modo especial ao Dr. Mário Cardia, cujo nome está ligado a tantos empreendimentos culturais de Portugal e,

portanto, de Espanha. O facho da sua inteligência e da sua generosidade ficará perduravelmente unido ao destino das sociedades de endocrinologia das duas nações irmãs.

Se hoje nos encarregamos de editar o órgão das nossas actividades científicas é, apenas, para aliviar o demasiado labor de Cardia e dos seus colaboradores, sem modificar em nada de fundamental a sua orientação. Mas tal propósito não exclue o desejo de melhorar o que já está feito. Sem esse desejo o progresso da ciência

seria impossível. Não nos limitaremos, pois, a introduzir uma leve modificação no título da revista e em variar um pouco os nomes da capa. Queremos, seguindo a tradição da nossa primeira fase, o seguinte: Primeiro, que não só os endocrinologistas ibéricos — portugueses e espanhóis — encham as nossas páginas, mas que com eles colaborem outros médicos e homens de ciência: os que olham para a endocrinologia de fora e, por isso mesmo, com visão diferente da nossa.

Queremos, em segundo lugar, que essa colaboração se estenda aos biologists de outras línguas, e muito especialmente aos que trabalham na comunidade latina, cuja fusão deve ser uma aspiração de cada um de nós.

Aspiramos também a que os trabalhos originais sejam excelentes; essa excelência depende da concisão e da clareza.

Finalmente, pretendemos que o círculo dos nossos leitores se dilate a zonas mais amplas que as actuais, no nosso país e nos outros.

A todos, saudamos cordealmente».

\*

Noticiando o aparecimento da «Revista Ibérica de Endocrinologia», que, como dissemos, é a continuação da «Acta Endocrinológica Ibérica» — mas que nada tem com a SOPIME — Sociedade de Publicações e Iniciativas Médicas (proprietária de «O Médico» e da «Acta Gynecologica et Obstétrica Hispano-Lusitana») — desejamos-lhe as maiores prosperidades e dirigimos calorosos cumprimentos aos seus dirigentes, em especial ao Dr. C. Perez Vitória — que agora, corajosamente, assumem a pesada responsabilidade de editarem a revista, para honra e proveito da endocrinologia ibérica.

## Sociedade Portuguesa de Oto-Neuro-Oftalmologia

Reuniu no dia 20 de Janeiro a Sociedade Portuguesa de Oto-Neuro-Oftalmologia, para apreciação do relatório e contas da direcção cessante, os quais foram aprovados por unanimidade. Seguidamente, foram eleitos para os cargos de presidente e vice-presidente da Sociedade, respectivamente, os Drs. Américo Pinto da Rocha, Brigadeiro e Director do Serviço de Saúde Militar, e Eugénio Miranda Rodrigues, neurologista dos Hospitais Cívicos.



## COMPLEXO B

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



LABORATÓRIOS  
DO  
**INSTITUTO  
PASTEUR DE LISBOA**

# ASPECTOS DO EXERCÍCIO DA MEDICINA, EM MEIO RURAL

BERNARDINO DE PINHO

(Inspector Superior de Saúde e Higiene  
da D. G. S.)

(Conclusão)

## VI

### Conclusões

Tratámos de alguns aspectos do exercício da medicina, em meio rural, na Suécia, na Noruega, na Escócia e em França.

Nos dois países escandinavos, há em cada distrito rural, comuna ou município, um médico de saúde pública; com a obrigação de prestar assistência médica aos habitantes.

Isto significa que os médicos rurais de saúde pública não se ocupam exclusivamente dos problemas de higiene e de medicina preventiva.

Fazem também medicina curativa, que lhes é paga pelos doentes, segundo tarifas de honorários. O vencimento fixo, pago pelo Estado, fortalece o velho sistema dos partidos médicos. Os proventos da clínica privada asseguram-lhe um alto nível de vida. Mas qualquer outro médico se pode instalar num distrito rural, para viver apenas dos honorários da sua clínica.

Em ambos os países, as enfermeiras de saúde pública desempenham, no tratamento dos doentes, um papel de grande relevo, quer auxiliando os médicos nas consultas, quer seguindo os doentes nos seus domicílios. É excelente a sua formação profissional. É um pessoal de categoria, bem treinado, que exerce manifesta influência sobre as populações.

Os farmacêuticos exercem a sua profissão em farmácias de sua propriedade, vivendo dos lucros da venda directa de medicamentos ao público.

A hospitalização, em centros hospitalares regionais, é perfeita. Os partos, nos

domicílios, vão rareando. As parturientes preferem as maternidades.

Na Escócia, os médicos do serviço nacional de saúde, em meio rural, auxiliam os médicos provinciais de saúde pública, que exercem as suas funções, em regime de *full-time*, nas capitais dos condados ou províncias. Mas são essencialmente clínicos, que vivem dos clientes inscritos nas suas listas.

Não são funcionários públicos nem recebem vencimento fixo.

Dispõem igualmente de um magnífico corpo de enfermeiras.

Observa-se a mesma tendência das parturientes para as maternidades.

Uma bela rede telefónica e um excelente serviço de ambulâncias resolvem eficientemente os problemas de hospitalização.

Em França, o médico rural exerce clínica livre, não recebendo ordenado do Estado, nem das Comunas, nem directamente do seguro social.

Prima em continuar a ser «médico de família». A saúde pública está a cargo do médico-chefe do departamento e dos seus colaboradores.

O médico rural, mesmo a trabalhar para a saúde pública, quando faz vacinações, por exemplo, recebe por acto médico (*par acte*).

Se trabalha para o Seguro Social, mesmo assim recebe os seus honorários dos clientes.

Isto significa que os clínicos franceses, bem como a sua Ordem, se mantêm fiéis ao livre exercício da profissão.

Embora seja difícil um estudo crítico da matéria versada, pois terão de considerar-se características e hábitos das populações, que muitas vezes escapam à nossa observação e ao nosso juízo, assim como a orgânica administrativa de cada país, tentaremos uma visão de conjunto de algumas das suas facetas.

Se o médico rural é obrigado a tratar dos doentes, examinar os alunos das escolas, cuidar dos operários, fazer medicina preventiva e dirigir as obras médico-sociais, e ainda servir de conselheiro das câmaras municipais, em matéria de higiene pública, não pode deixar de ter uma formação polivalente.

Recordemos que, na Suécia, o equipamento dos gabinetes médicos compreende aparelhagem de oftalmologia, otorrinolaringologia, raios X, laboratório, etc.

Do mesmo modo, as enfermeiras de saúde pública conhecem as regras da enfermagem, da visitação sanitária e algumas vezes são industriadas como parteiras.

Os médicos especializados-oftalmologistas, otorrinolaringologistas, dermatologistas, neurologistas, fisiologistas, radiologistas, etc. — exercem a sua acção sobretudo ao nível administrativo dos departamentos, condados ou províncias, em relação com hospitais, sanatórios e outros estabelecimentos de assistência médica.

Quanto ao pagamento dos serviços médicos, distinguem-se três modalidades:

- a) por um sistema misto de remuneração fixa e acto médico;

Para o CHOQUE VITAMINICO A + D

# RECTADÊ

SUPOSITÓRIOS

(VITAMINAS A + D)

Representa a FORMA IDEAL para a ADMINISTRAÇÃO das Vitaminas A e D, cujas acções TERAPÊUTICAS se COMPLETAM

LABORATÓRIO FIDELIS

- b) por avença;  
c) por acto médico.

Encontrámos a primeira modalidade na Suécia e na Noruega.

A remuneração fixa, mensal ou anual, permite a fixação do médico ao meio rural, em condições compatíveis com a dignidade da profissão. O pulso livre, com a remuneração por acto ou serviço médico, mesmo por parte do seguro social, é estímulo que leva o clínico a interessar-se pelo doente e pela constante actualização dos seus conhecimentos.

A segunda modalidade obriga a uma organização vasta e complexa. Mas deve reconhecer-se que na Grã-Bretanha se chegou a ela pouco a pouco e não de chofre.

Com efeito, a lei de 1911 — *National Health Insurance Act* — introduziu o sistema segundo o qual os assalariados descontavam semanalmente uma cota, que lhes dava direito a receber gratuitamente cuidados médicos. O médico ou recebia anualmente uma remuneração determinada ou honorário fixado por pessoa inscrita na sua lista.

Foi esta última modalidade que veio para o *National Health Service*.

Como já se disse, se o doente deseja mudar de médico, ele pode fazê-lo, com um mínimo de formalidades.

Por esta razão, e ainda por a lista de clientes variar entre largos limites, 1.000 a 4.000 inscritos, não pode dizer-se que haja em absoluto uma perda de estímulo. O médico procura ser merecedor da confiança do seu cliente, embora o trate gratuitamente.

Para alguns apaixonados do sistema, a virtude deste reside em se ter quebrado a *barreira-dinheiro*, entre o médico e o doente.

A última modalidade, pura e simples-

mente o pagamento por consulta ou acto médico, como se faz em França, é talvez a modalidade mais conforme a ética profissional contemporânea, mas é incontestável que dá origem a abusos.

Vimos que o seguro social apenas reembolsa os doentes de 80 % dos honorários médicos, em França, e de 6 coroas, por consulta, na Noruega. O doente suporta, à sua conta 20 % dos honorários clínicos em França, e 2 coroas por consulta, na Noruega.

Suporta ainda o encargo dos medicamentos, no todo ou em parte, que compra nas farmácias.

Apesar destas disposições frenadoras, há abusos.

Isto sem contar com a indisciplina de alguns médicos, que não respeitam as tarifas dos honorários.

Um outro ponto, que importa focar, é a posição do médico de saúde pública, no que respeita ao exercício da clínica.

Algures, escrevemos, a propósito dos serviços de saúde portugueses:

«Todos os directores de serviços trabalham em regime de «full-time», preceito que se está generalizando por todo o mundo. Não deixa de registar-se como uma aquisição nova, apesar de não serem unânimes os pareceres dos médicos a este respeito. Que o exercício da profissão é indispensável para se vir a ser sanitarista consciente, nenhuma espécie de dúvida. Mas quando se atinge um lugar de direcção, na idade madura, o tempo não chega para ser partilhado pela clientela e pelo serviço público. Pode fazer-se clínica hospitalar, o que a lei permite».

Aquilo que observámos nas nossas viagens de estudo está inteiramente de acordo com esta doutrina.

Na Suécia e na Noruega, como na França e na Escócia, os médicos de saúde

pública, no escalão provincial ou departamental, trabalham em regime de *full-time*, não fazendo clínica. Mas ao nível da unidade administrativa, distrito rural, comuna ou município, como vimos na Suécia e na Noruega, praticam a medicina curativa, em regime de pulso livre.

O vencimento certo, pago pelo Estado, além das vantagens já apontadas, permite exigir-lhes que se ocupem da higiene local e dos problemas da medicina preventiva e social.

A clínica leva-os a tomar contacto estreito com as populações. Nas suas visitas domiciliárias e no seu consultório, passam-lhe pela retina, em toda a sua gama, os problemas da vida humana.

Observe-se agora como é notável a atenção que as administrações de saúde pública dão hoje à higiene dentária e à preparação de dentistas.

A sua influência já chega ao meio rural.

Em França, há 1 cirurgião-dentista por 3.450 habitantes; na Noruega, a proporção é ainda mais significativa; 1 dentista por 1.940 habitantes.

Na Escócia, fazem-se esforços para aumentar a frequência das escolas dentárias, apesar delas estarem formando 125 a 140 dentistas por ano.

Na Suécia, o Governo decidiu organizar um serviço público regular de cuidados dentários, para o país inteiro.

De 3.230 cirurgiões-dentistas, que há na Suécia, 750 já trabalham nestes serviços públicos.

Por fim, repare-se como o exercício da medicina em meio rural está cada vez mais estreitamente relacionado com a montagem de centros hospitalares regionais, bem apetrechados.

É evidente que a eficiência da acção do médico rural não depende somente do seu saber; exige a colaboração de pessoal auxiliar especializado, bem como a possibilidade de alcançar rapidamente os centros hospitalares; requiere ainda educação sanitária, orgânica administrativa, boas estradas, redes telefónicas, ambulâncias suficientes, etc.

O problema é, então, de uma complexidade que ultrapassa a simples formação profissional do médico.

Lisboa, 27 de Novembro de 1953.

## Prof. Francisco Cambournac

Partiu para Genebra o Dr. Francisco Cambournac, professor do Instituto de Medicina Tropical e director do Instituto de Malariologia de Águas de Moura, que vai tomar posse do cargo de director regional da O. M. S., para que foi eleito, em 1952, numa reunião efectuada em Monróvia, por unanimidade dos representantes de todas as nações. O Prof. Francisco Cambournac, que exercerá aquele cargo durante cinco anos, dirigirá toda a acção da Organização Mundial de Saúde das Nações Unidas, no que respeita aos ramos da saúde pública no continente africano.

NUMA SÓ AMPOLA

**CALCIUM C**  
BARRAL

GLUCONATO DE CÁLCIO + VITAMINA C  
EM PERFEITA ESTABILIZAÇÃO

CADA C. C. CONTÉM 0,10 GR. DE GLUCONATO DE CÁLCIO  
E 0,04 GR. DE VITAMINA C (800 U. I.)

CAIXAS DE 10 AMPOLAS DE 5 E 10 C. C.

**LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL**

REPRESENTANTES NO PORTO: QUÍMICO-SANITÁRIA, L.<sup>DA</sup>

## VELHOS MÉDICOS DO PORTO

## II

## O PROFESSOR ROBERTO FRIAS

Entre as profissões profanas, a Medicina é aquela que mais se aproxima das virtudes morais do sacerdócio. Nenhuma outra exige maior abdicção de personalidade, se desentranha em fonte de tantos benefícios, se constitui matriz de tantas alegrias e bálsamos. A cura do corpo, proveito da vida natural e terrena, evoca a cura da alma, proveito da vida sobrenatural e celeste. Médico que visite enfermo grave e pela sua salvação se esforce, assemelha-se ao padre que leva o Viático a uma alma descrente e a liberdade da escuridão nocturna. O remédio do corpo—quanta vez amargoso!—é parente do santo óleo que redime. Através deles, a vida disputa ousadamente à morte os seus direitos. Acto de claridade—toda a claridade vem de Deus—é um acto humano que busca essência divina, surge et ambula do corpo material e perecível, transfigurado no surge et ambula da alma espiritual e imortal.

A nossa vida pessoal é sempre, como afirmou Santo Agostinho, *uma manifestação individual da grande vida comum que circula no Cristo total.*

D'aí os estreitos laços existentes entre a Teologia e a Medicina.

Enquanto a segunda encontra seus triunfos e segredos na acumulação interessante da experiência científica, a primeira encontra sua misteriosa potencialidade na força religiosa que a coloca em comunicação com Deus, e relaciona os homens com a Graça.

Formado à boa moda tradicional, no temor de Deus e no culto permanente das superiores virtudes do coração e do espírito, Roberto Frias pode e deve considerar-se como um médico católico.

Surgido para a vida da clínica, num ambiente de agreste e inferiorizante ceticismo, a personalidade do grande médico portuense revelou-se, desde logo, rica de seiva cristã e de conteúdo moral.

Nascido em Arporá, comarca de Bardés, Índia Portuguesa, a 5 de Junho de 1853, o ilustre clínico que todo o Porto venerou, era filho de pais portugueses e pertencia à décima quarta geração dos Frias, oriunda de uma antiga família de Espanha, que no século XVI deu um ramo para Portugal e, posteriormente, no reinado de Filipe III um ramo para a Índia.

Entre os seus antepassados, contam-se inúmeras personalidades de relevo, architectos, prelados, militares de nomeada como se verifica pelos arquivos da Torre do Tombo.

Relembremos aqui os nomes de alguns dos notáveis ancestrs de Roberto Frias: Nicolau de Freitas, grande architecto, engenheiro mór do exército de D. Sebastião, o nosso infortunado monarca; Theodósio de Frias, architecto de D. Filipe I, de Espanha; Sebastião Pereira de Frias, grande soldado que militou em Milão e engenheiro-construtor da ponte de Olivença; Valeriano de Frias

de Castilho, bom poeta, do qual Frei Luís de Sousa nos fala na *Vida de Frei Bartolomeu dos Mártires*, dizendo ser *pessoa inteligente em architectura.*

Quis sua família que o meu biografado seguisse a carreira eclesiástica. Não a quis ele, porém, motivo porque lhe foi retirada a mesada paterna para estudos. Dotado como Balzac, de invulgar força



PROF. ROBERTO FRIAS

de vontade e de não menos invulgar coragem em idade tão moça, leccionando para estudar, fez o seu curso médico. Nele viria a distinguir-se por méritos raros, tendo obtido o *accessit* em 1877, na repetição de Anatomia e em Fisiologia em 1880, o segundo prémio em Partos; o primeiro prémio em Química Médica e em Clínica Cirúrgica e o *accessit* em Medicina Legal.

Desde tenra idade, mostrou o grande médico e cirurgião uma tendência especial para os estudos. Tamanino, fez um exame de latim que deixou boquiabertos de pasmo os professores. Tinha Roberto Frias, então, apenas nove anos!

Sempre com grande brilho e aproveitamento, prosseguiu nos seus estudos, e, chegada a ocasião de se formar, destinaram-no os pais, como já disse, à vida eclesiástica. Nesse sentido foi enviado para Coimbra, onde fez o curso de Teologia. Pouco antes de ter de se ordenar, o Professor Roberto Frias renunciou a essa carreira e estudou Direito, optando mais tarde pela Medicina. Como a maioria dos seus discípulos, foi educado no cultivo das Humanidades, da Filosofia e da História do Cristianismo.

Veio em seguida para o Porto e aqui se matriculou na Escola Médica, instituto de tão nobres tradições.

Fazendo parte de um curso excepcional, o Professor Roberto Frias distinguuiu-se entre os seus discípulos pelos fulgores da sua privilegiada e poderosa inteligência, apta à captação rápida,

quase fulminante, de todas as ideias e problemas, por mais árduos e difíceis que se apresentassem.

Maximiano de Lemos, numa notícia publicada no *Portugal Médico* e escrita após o falecimento do Dr. Roberto Frias, refere que este, durante o curso se assinalou *pelo seu assíduo e ininterrompido labor.* O exigente e austero Professor Lebre, classificou-o como um dos seus primeiros alunos.

Quem apenas o conhecesse de vista, vendo-o passar na rua como uma sombra; o olhar sempre fixo no pavimento; um andar balanceado como o dum barquito sobre as ondas; a maleta na mão; o guarda-sol de linho cinzento no braço, não diria estar ali um dos maiores médicos do seu tempo.

Quem, pela primeira vez tomasse contacto directo com o Dr. Roberto Frias, reconhecia logo nele uma personalidade de raro senso e autoridade, dotada de invulgares qualidades intellectivas.

Era um homem de estatura normal, um pouco entroncado; calvo como Sócrates; de perfil aristocrático, bem marcado; de tez polida, levemente bronzeada; nariz de asas finas, vibráteis, um pouco feminino. Sobre a boca, bem talhada e de lábios finos, fazia dossel um farto bigode, em forma de til. Os olhos, esses, luzindo perscutantes, eram duas antenas vivíssimas, com as quais (como certo personagem de obra ficcionista), esquadri nhava o mundo, as consciências, os enigmas do céu e da terra.

O todo do grande facultativo traduzia uma tranquilidade impressionante, que se revelava tanto nas maneiras como na forma de falar. Via-se logo que estava ali um homem de saber profundo e de raras cingilâncias de espírito. Todo o seu ar era de repouso. E, no entanto, que vida activa, dinâmica não conheceu Roberto Frias, que se levantava do leito ao despontar da manhã e a ele recolhia noite alta. O seu descanso era apenas de seis horas diárias, quantas vezes perturbadas por graves casos clínicos.

Sendo embora de ilustre descendência, como já acentuei, possuidor de uma cultura excepcional (*colosso de erudição*, lhe chamou o Prof. Hernâni Monteiro, que foi seu discípulo e muito bem o conheceu), Roberto Frias distinguuiu-se por uma modéstia e afabilidade extraordinárias. A todos, ricos e pobres, acolheu com um sorriso nos lábios. Para todos teve, indistintamente, uma frase gentil, um dito de bom espírito, uma palavra de simpatia ou de conforto.

Roberto Frias falava com raro desembaraço além das línguas indianas (marata e concanim), francês, inglês e português. Num jantar alegre, oferecido a Maximiano de Lemos, fez várias orações ao homenageado, nas suas cinco línguas.

Tudo no insigne Professor da nossa Escola Médica afirmou distinção, superioridade, intellectualismo. A sua dicção,

lendo ou falando, foi grave e lenta, a sua voz prendia, cativava. Na personalidade de Roberto Frias, a espécie humana aprimorou-se, plasmando um homem de excepção. Nas linhas claras, simples e austeras da sua vida, sem dramatismos ou lances de impressionar, não houve os complexos *entretens* psicológicos, tanto do agrado dos grandes biógrafos, quer eles se chamem Paul Bourget, Stefan Zweig ou Emile Ludwig.

O meu biografado foi, incontestavelmente, a maior ilustração portuguesa do seu tempo. Foi, por isso mesmo, um clínico assombroso. Como muito bem afirmou o Dr. Lebel «le médecin pour son métier, doit connaître tous les métiers. Pour comprendre l'individu dans son cadre vital et social, il doit scruter tout ce qui est humain, s'intéresser à toute la vie et à tout ce qui est vivant».

A profissão que escolheu, em hora feliz, constituiu para Roberto Frias um verdadeiro e permanente sacerdotio.

Foi um policlinico. Conheceu perfeitamente todos os departamentos da Medicina. Os seus diagnósticos, de um rigorismo à Bichat, à Trousseau, à Claude Bernard, à Sousa Martins, eram daqueles que os franceses denominam de *éclairés*. Tinham, por isso, o valor de sólidos documentos. Valiam por escrituras. Dotado de um raro poder de intuspecção psíquica, bastava-lhe, muitas vezes, olhar um doente para lhe conhecer a enfermidade. Um caso clínico, fosse de abastado ou indigente mereceu-lhe sempre a mesma atenção, o mesmo interesse, o mesmo carinho.

E que dizer, ainda, dos seus milagres fisioterápicos? Para tratar das doenças da alma, tão graves e complexas, possuiu Roberto Frias, todos os requisitos necessários: sólidos conhecimentos de psicologia, paciência e bondade, vasta experiência profissional, simpatia pela desgraça dos seus doentes. Na verdade a fisioterapia exige um profundo e íntimo conhecimento da pessoa humana, nas suas relações com determinados estados de alma. E esse conhecimento possuía-o, em larga escala, Roberto Frias.

Aos seus clientes muito pobres, deixou ele sempre, com a indicação acertada

do remédio a tomar, o dinheiro necessário para o aviamento farmacêutico desse receituário. E, quantas vezes, os seus clientes abastados lhe mandaram perguntar se não teria havido erro nos honorários apresentados, por serem diminutos.

Além de ser um formidável clínico, Roberto Frias foi também cirurgião de nomeada, embora, como afirmou o sábio autor de «História da Medicina Portuguesa», *não fosse dotado de todas as qualidades que reclama o manejo do bisturi. Era um emotivo e faltava-lhe a frieza necessária para executar serenamente as operações de grande cirurgia. Não se eximia, porém, a praticá-las quando as julgava indicadas.*

Como professor teórico de cirurgia conseguiu, porém, ser completo. *As suas qualidades docentes* (ouçamos, agora, a autoridade indiscutível do Professor Tiago de Almeida) *afirmavam-se distintamente no estudo prévio e minucioso dos doentes; nessa cautelosa, reflectida e indispensável preparação mental do operador, para que ele saiba o que vai fazer e ao mínimo se reduzam os imprevistos, na discussão perante os alunos da patologia em foco, percorrendo vários caminhos, formulando várias hipóteses, com a capacidade e o brilho que o seu muito saber e a sua grande erudição lhe garantiam; na crítica que posteriormente fazia do seu trabalho, não se furtando como homem de ciência, de carácter e de bondade, à audição de reflexões embora viessem de seus discípulos ou de colegas menos categorizados.*

Como Professor que tanto hourou a sua cátedra, Roberto Frias possuiu em larga escala, todas as qualidades necessárias ao bom desempenho do magistério superior. As suas lições teóricas de Clínica Cirúrgica e de Clínica Médica ou de Terapêutica, mesmo feitas de improviso, porque de tudo sabia muito, podiam ombrear com as dos mais insígnies mestres estrangeiros.

O eminente facultativo portuense deixou poucos trabalhos literários ou científicos. Foi porém, um prosador e conferencista de pena apurada e elegante. Usou um vocabulário simples, embora escolhido. Prescindiu de todos os atavios de

estilo, mas soube vasar as suas ideias ou conceitos no mais puro oiro formal. E não se vê nos seus trabalhos — afirmações de uma alta e poderosa inteligência e de uma riquíssima sensibilidade estética — o abuso, sempre arrevezado, da tecnologia especialista, tanto do agrado de alguns médicos — letrados.

Por amor da sua profissão, mártir da ciência e do dever, faleceu o meu biografado em 18 de Abril de 1918, vítima do tifo exantemático, contraído quando prestava assistência clínica, aos doentes atacados desse terrível mal. E o seu enterro constituiu uma das mais impressionantes manifestações de dor que no Porto se tem realizado. Nele se incorporou, sem exagero, a população de meio burgo.

À individualidade do grande Médico, repleta de unidade e sincronismo, não se pode aplicar a frase célebre de Mauriac: *la vie de la plupart des hommes est un chemin mort qui ne mène à rien*. O seu caminho não foi um caminho morto. Não foi uma planície monótona, sem horizontes. Antes uma elevação orográfica, cheia de imprevistas altitudes e largas visões panorâmicas. A irradiação benéfica das suas virtudes cívicas e profissionais, exerceu uma acção poderosa e salutar no meio portuense, seu contemporâneo.

O notável cientista, foi uma dessas figuras raras, sobrevivência de outros tempos, em cuja integridade de carácter e em cuja simplicidade e formosura de coração tanto existiu, na verdade, para venerar.

## CLÁUDIO CORRÊA D'OLIVEIRA GUIMARÃES

### Sociedade Portuguesa de Dermatologia

Efectuou-se no dia 29 de Janeiro mais uma sessão ordinária da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia, realizada no Hospital de Santa Marta, sob a presidência do Prof. Mário Trincão. Antes da ordem da noite, foi anunciado que o III Congresso Hispano-Português de Dermatologia se realiza nos primeiros dias de Setembro próximo e que os temas do mesmo serão «Tinhas» e «Afeções cutâneas reumatóides».

Na ordem da noite, o Prof. Juvenal Esteves e o Dr. Norton Brandão, apresentaram diversos casos clínicos e doentes. Seguidamente foi proposto pelo Dr. Aureliano da Fonseca que os diferentes serviços hospitalares e outros, da especialidade, registem de futuro a sua actividade de forma a poder averiguar-se da importância prática, frequência e distribuição das doenças venéreas e das dermatoses no nosso País. O Dr. Tito de Noronha comunicou, depois, o estudo de quatro casos de nódulo doloroso da orelha, e o Dr. Fernando Barros falou acerca do método electroforético no papel e sua importância no estudo de várias doenças gerais e em dermatoses, apresentando, a propósito, vários doentes.

**MARTINHO & C. Lda.**

Tudo o que interessa à medicina e cirurgia

RUA DE AVIZ, 13-2º PORTO  
TELEF. P.P.C. 27583 • TELEG. MARTICA



REBITE POLIVITAMÍNICO DA RESISTÊNCIA ORGÂNICA

# VICOMBIL

Bial

## DRAGEIAS—XAROPE

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

Por drageia  
ou  
Por colher das de sobremesa=10 g.

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

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

## 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. Almeida Garrett

O Sr. Almeida Garrett:—Sr. Presidente: antes de iniciar a minha intervenção, peço licença a V. Ex.<sup>a</sup> para apresentar cumprimentos ao meu ilustre colega no professorado médico Sr. Dr. Cid dos Santos pela maneira clara e correcta que trouxe a esta Assembleia um assunto de manifesto interesse colectivo. E também para agradecer aos colegas médicos que vão entrar no debate a distinção que me concederam ao quererem que fosse eu o primeiro a usar da palavra.

Sr. Presidente: começarei por seriar os diversos temas versados no aviso prévio, distribuindo-os por quatro pontos:

- 1.º Conceito do Hospital Escolar como centro de assistência e de ensino;
- 2.º Necessidade de correcções na estrutura pedagógica do ensino médico;
- 3.º Aproveitamento do espaço do novo edifício, escasso para conveniente arrumação de todos os serviços por forma a permitir o regular funcionamento da instituição;
- 4.º Urgência em se estabelecer um plano geral da organização dos vários serviços hospitalares, com participação directa da Faculdade na sua elaboração.

Não tratarei do segundo ponto, da estrutura pedagógica do ensino, por me parecer que a discussão de um assunto em que é forçoso descer a pormenores técnicos interessará menos uma Assembleia política do que o enquadramento das suas linhas mestras no estudo do problema mais geral do ensino de todos os que têm de defender a saúde, problema que espero trazer aqui um dia com a devida extensão.

Também, sem desprimor para o autor do aviso prévio, não discutirei as opiniões expandidas sobre o edifício do Hospital Escolar de Lisboa e seu aproveitamento, nem o procedimento proposto para o organizar, limitando-me nestes aspectos a dizer o que sobre eles penso, como consequência de certos princípios basilares do conceito que formo de um hospital destinado ao ensino da medicina. Implicitamente vai nisto o comentário das referidas opiniões. Apenas, a propósito e como parêntese, desejo notar que as mil e quinhentas camas do novo edifício não são de mais para o ensino, antes esta cifra será pequena se não se puser travão à afluência dos alunos.


Os estudos efectuados por comissões de professores especialmente categorizados fixaram num mínimo de dez por aluno o número de camas de um hospital escolar. Ora, considerando apenas os alunos que frequentam as disciplinas professadas no Hospital, que presentemente andam à roda de duzentos em cada uma das nossas Faculdades, vemos que por aquele cálculo devia haver cerca de dois mil leitos. Mas o óptimo é inimigo do bom e o que há, apesar de ter sido projectado há muito, pela alta competência do Prof. Francisco Gentil, deve chegar bem se for bem aproveitado, dando primazia às clínicas médicas gerais — as mais importantes para a formação de alunos de um curso geral de medicina.

Vozes:—Muito bem!

O Orador:—Essencialmente, um hospital escolar é um estabelecimento de assistência semelhante a qualquer outro grande hospital, onde a arte médica tem de se exercer mediante instalações, material e

peçoal adequados à variedade dos serviços que presta. Como em qualquer outro hospital, todos os que nele trabalham, desde o médico até ao menor dos seus auxiliares, devem impregnar o seu labor de um vivo sentimento de humanidade, daquela devoção ao doente que leva a minorar, pela palavra e pela acção, o sofrimento do pobre enfermo deprimido.

Vozes:—Muito bem, muito bem!




**ALGINEX**

**A N A L G É S I C O  
D E U S O E X T E R N O**

**apresentado em forma de stick  
com excipiente especial**

**D E A C Ç ã O I N T E N S A  
E R Á P I D A**



**LABORATÓRIOS**

DO

**INSTITUTO**

**PASTEUR DE LISBOA**

LISBOA      PORTO      COIMBRA

O Orador:—A doença do corpo implica o padecimento do espírito, e a influência deste sobre a vitalidade orgânica é tão grande que muitas vezes basta fortalecê-lo para que o mal decline e retroceda. A arte clínica não é só aplicação de ciência, é também, e muito, caridade cristã.

Vozes:—Muito bem, muito bem!

O Orador:—Em matéria de assistência, nos hospitais escolares os doentes são tratados com ciência e consciência, por um corpo médico de superior qualidade, como, aliás, devem ser tratados em qualquer outro hospital.

Há, no entanto, um sector que deve ter grande desenvolvimento num hospital escolar e é o do serviço social. Por ele o aluno se habituará a não ver no doente apenas o caso clínico, mas uma pessoa que tem as preocupações inerentes à sua vida e à da sua família, com as quais é preciso contar para a acção curativa e profiláctica de novas quebras de saúde. Por ele o aluno ganhará consciência do sentido social da medicina, enquanto se espera um futuro em que a actividade hospitalar vá até à casa do doente, tanto quanto possa ser.

O que fundamentalmente distingue um hospital escolar de um hospital sómente dedicado à assistência é ser um meio para o desempenho da segunda missão que ao professorado compete: a da investigação científica, o que requer algumas especiais condições, que são principalmente as seguintes:

- 1.ª Laboratórios de medicina experimental, onde se pratiquem, em animais, ensaios de procedimentos que possam vir a utilizar-se para o diagnóstico e para o tratamento dos doentes;
- 2.ª Instrumental destinado à aplicação de novos métodos, para verificação do seu real valor;
- 3.ª Possibilidade de efectuar os exames de toda a ordem laboratorial, radiológica, etc., respeitantes aos trabalhos de investigação que saem da rotina diária;
- 4.ª Arquivo de observações clínicas, convenientemente ordenado, para que delas possam extrair-se elementos para estudos que levem ao melhor conhecimento da patologia e da eficiência dos meios terapêuticos.

Isto é: além do necessário para a assistência, um hospital escolar tem de ter a mais o que acabo de apontar e naturalmente o pessoal para lidar com ele.

Sr. Presidente: por esses motivos, e porque quase tudo isso se encontra nos serviços extra-hospitalares da Faculdade, há evidente vantagem em que Faculdade e Hospital formem um conjunto sem falhas, entrelaçando as suas actividades. E daqui nasceu a ideia de que as duas partes devem, em completa fusão, depender de uma só entidade: a Faculdade de Medicina. Essa ideia, aparentemente lógica, estará certa? Será o que na realidade convém?

Um grande hospital é, como todos sabem, um organismo extremamente complexo, cuja administração exige pessoas com particulares habilitações. A administração hospitalar excede as possibilidades do pessoal docente e auxiliar das Faculdades. Para que estas possam arcar com tal responsabilidade tem de possuir um quadro de profissionais administrativos alheios ao ensino, nitidamente separado do respeitante



# ACÇÃO ANTIBIÓTICA COM REFORÇO DAS DEFESAS NATURAIS

## IMUNOBIÓTICO

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

## IMUNOBIÓTICO-E

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

APRESENTAÇÃO:

### IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

- Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA
- Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA
- Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA
- Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA

### IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

- Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA + 0,25 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA (INFANTIL)
- Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA
- Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA
- Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA
- Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA + 1 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA (FORTE)

A CADA FRASCO CORRESPONDE UMA AMPOLA  
DE LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

CAIXAS DE 1, 3, 5 e 10 DOSES

**LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.**

C. CORREIO VELHO, 8 - LISBOA

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

à missão docente, de ensino e de investigação, tal como em hospital somente assistencial. Porque os cuidados médicos a prestar aos doentes competem exclusivamente aos professores das clínicas e aos auxiliares, àqueles deve pertencer, por serem os directores das enfermarias e serviços a elas anexos, a indicação das orientações técnicas que o director do hospital, seu parçalado em superior, aplicará tão amplamente quanto o permitirem as finanças hospitalares reguladas pelo administrador.

Director e administrador têm de trabalhar em estreita conjugação de esforços para que o hospital dê o maior rendimento em benefícios para os doentes. Essa harmonia só deixará de existir se um destes dois polos do governo da casa se afastar do outro, quer porque o director pretende coisas para que não há dinheiro, quer porque, havendo-o, cada um o quer aplicar em coisas diversas.

No primeiro caso o director mostra falta de senso prático; no segundo caso é o administrador que pretende invadir as funções do director; em qualquer dos dois há falta das qualidades de compreensão de situações e falta de verdadeiro interesse pela instituição — quer dizer: são pessoas que não servem.

Esta possível incompatibilidade tanto pode dar-se num hospital escolar como em qualquer outro; não serve como argumento para reprovar a não entrega à Faculdade da administração do seu hospital.

Em suma: direcção e administração à cabeça da vida do hospital; assistência clínica exclusivamente exercida pelo pessoal docente da Faculdade; professores, directores dos vários serviços hospitalares, constituindo um conselho técnico, com funções consultivas. Estas são, a meu ver, as linhas gerais desejáveis para a orgânica de um hospital escolar, seja qual for a entidade de que dependa.

*Vozes:* — Muito bem!

*O Orador:* — Sr. Presidente: expostos estes conceitos, cheguei ao ponto delicado da questão: o da sua aplicação ao caso do Hospital Escolar de Lisboa. Tenho de os concretizar. Rogo a V. Ex.<sup>a</sup> o favor da concessão de alguns minutos mais.

O Hospital Escolar foi colocado no sector assistencial do Ministério do Interior. Deixando de lado a consideração das vantagens de todos os estabelecimentos hospitalares dependerem de um só departamento governativo, olhando apenas para o interesse pela vida do Hospital Escolar, temos de reconhecer que a verificação dos progressos realizados nos últimos tempos na assistência hospitalar em todo o País, e sobretudo em Lisboa, dá a garantia de que o Hospital Escolar há-de ter o indispensável para uma boa assistência. Sei que há quem receie grandes atritos entre a assistência e a educação. O receio parece-me infundado se de um lado e do outro houver compreensão do que a cada um compete. O que deve, de acordo com os princípios que enunciei, dispor-se pela seguinte forma:

Caberá ao Ministério do Interior a superintendência do Hospital, delegada num director, escolhido de entre os professores de Medicina, e toda a administração hospitalar, incluindo a escolha do pessoal, com excepção de todo o corpo clínico e dos chefes dos serviços técnicos anexos, que devem gozar de completa confiança dos professores, por sua competência e probidade, e portanto devem ser recrutados por concurso de provas, perante júris de professores da Faculdade.

A Faculdade dará todo o corpo clínico e dará todo o material (instrumental, drogas, etc.) relativo a trabalhos de investigação; isto é, tudo o que está fora das regulamentares disposições do trabalho habitual. Os professores que trabalham no Hospital formarão o conselho técnico, a ouvir pelo director.

Assim, a direcção provém da Faculdade. Mas o que a exercer depende disciplinadamente, em matéria hospitalar, do Minis-

tério do Interior; é perante ele responsável. Assim, a ligação entre as duas entidades será estreita e seguramente frutuosa.

Esta solução não tem nada de original. Tem exemplos entre nós, e bem elucidativos. É semelhante à adoptada nos institutos de medicina legal, cuja direcção cabe por lei ao professor de Medicina Legal, que é simultaneamente funcionário dos Ministérios da Educação Nacional e da Justiça. E oxalá — noto de passagem — seja adoptada para os institutos de higiene que vão criar-se em Coimbra e no Porto.

Outro exemplo, e ainda melhor porque pertence ao ensino da clínica, é o dos Hospitais da Universidade de Coimbra, governados por um professor da Faculdade de Medicina, o nosso ilustre colega nesta Assembleia Dr. João Porto, que neles tem desenvolvido uma admirável acção, orientada nas modernas concepções de medicina social, de que é apóstolo e obreiro, com proveito comum à Faculdade e à assistência.

*Vozes:* — Muito bem!

*O Orador:* — Por fim, algumas palavras sobre as hesitações e as dificuldades na organização do Hospital Escolar de Lisboa. Não admira que existam, dada a grandeza da obra e o feitiço individualista da nossa gente, pouco propensa a trabalho de *équipe*. Talvez o principal motivo do estado de coisas manifestado no aviso prévio esteja na falta de uma constante e íntima cooperação dos funcionários dos três Ministérios que intervêm na obra e têm a seu cargo estabelecer a orgânica anatómica e funcional da instituição. Oxalá se promova ainda, para que se distribuam responsabilidades sem lugar para mútuas recriminações, para que tudo fique o melhor possível.

*Vozes:* — Muito bem!

*O Orador:* — Sr. Presidente: remato com uma imprescindível declaração. As opiniões que aqui trouxe são estritamente pessoais, sem injunções de qualquer espécie, nem sequer as que podiam vir da minha Faculdade. São o produto do que tenho observado e estudado em quatro décadas de serviço docente e duas de direcção de uma Faculdade de Medicina, cujo ensino clínico se faz, por empréstimo de enfermarias e consultas, num hospital de Misericórdia em precárias condições e sem orçamento para as despesas que no hospital se têm de fazer com os serviços auxiliares da clínica. Isto ensina muito. Porque, apesar de tão desfavoráveis circunstâncias, a minha Faculdade não teme o confronto dos que nela se formam e tem contribuído com parcelas apreciáveis para o progresso da ciência médica nacional. É que lá, como em toda a parte, mais importa o espírito de servir do que a riqueza material. Sem ele, esta nada vale.

*Vozes:* — Muito bem, muito bem!

*O Orador:* — Dentro deste conceito universal, nutro a esperança de que os homens que têm o encargo de estruturar e dinamizar o Hospital Escolar de Lisboa, compreensivos e devotados, hão-de levar a bom termo uma obra que honra Portugal.

Com o Hospital de Lisboa, o do Porto, já em fase adiantada, e a remodelação do de Coimbra as três Faculdades de Medicina, poderão melhorar notavelmente o ensino clínico. Calorosos louvores devem ser dados ao Governo da Nação por essas obras de tão grande valia; e reconhecer os serviços de quantos para elas contribuíram, planeando e executando, julgo não ser favor.

Não olhemos apenas para algumas árvores. Saibamos ver a floresta.

Nada mais.

*Vozes:* — Muito bem, muito bem!

*O orador foi muito cumprimentado.*

## Discurso do Deputado Dr. Santos Bessa

*O Sr. Santos Bessa:* — Sr. Presidente: a Câmara ouviu com a melhor atenção e o maior interesse a exposição pormenorizada que acerca do novo Hospital Escolar aqui fez na última sessão o Sr. Deputado Cid dos Santos.

Pelo que me diz respeito, posso afirmar que foi grande o prazer com que o ouvi. A forma como desenvolveu o seu aviso prévio está à altura da sua reputação como homem e como professor.

Saúdo-o pela exposição que fez à Câmara e felicito-o pelo entranhado carinho com que tem estudado este problema do Hospital Escolar.

*Vozes:* — Muito bem!

*O Orador:* — Suponho que é a primeira sessão legislativa em que nesta Câmara se fazem referências ao Hospital Escolar depois da sua conclusão e da sua simbólica inauguração. Por isso mesmo, não quero deixar de salientar o alto significado dessa formidável construção, que há pouco mais de vinte anos todos julgariam verdadeira fantasia. O nosso regime político e a revolução económica e financeira que ele trouxe conseguiram dar realidade à utopia. Os Hospitais Escolares de Lisboa e do Porto — o primeiro já concluído e o segundo a caminho da conclusão — são duas afirmações indestrutíveis desta nova era em que estamos vivendo.

*Vozes:* — Muito bem, muito bem!

*O Orador:* — Como Deputado, ao iniciar as considerações que tenho de fazer a respeito do aviso prévio do Prof. Cid dos Santos, quero dirigir as mais respeitadas e sinceras saudações ao Sr. Presidente do Conselho e aos Ministros dos seus Governos que conceberam e realizaram esta magnífica obra.

*Vozes:* — Muito bem, muito bem!

*O Orador:* — Como médico, quero agradecer-lhes esta iniciativa, verdadeiramente revolucionária no dizer do Sr. Deputado Cid dos Santos, que marca uma nova época na história do nosso apetrechamento hospitalar.

Como antigo aluno da Faculdade de Medicina de Lisboa, agradeço estas novas e magníficas instalações que lhe são destinadas.

Quero ainda associar-me às palavras justas, de homenagem e admiração que aqui proferiu o Prof. Cid dos Santos a respeito dos engenheiros Jácome de Castro e Tavares Cardoso, que à execução desta obra consagraram o melhor da sua inteligência e do seu saber.

*Vozes:* — Muito bem!

*O Orador:* — Ao Prof. Gentil, que dedicou mais de vinte anos da sua vida ao problema dos hospitais escolares e que desde o início acompanhou o estudo deste grande Hospital, presidindo à respectiva comissão técnica e colaborando activamente com o malogrado e competentíssimo arquitecto Distel, quero também significar a minha admiração pela obra que tem realizado em Portugal e particularmente pelo que fez pela construção deste Hospital.

*Vozes:* — Muito bem, muito bem!

*O Orador:* — Desde a primeira hora o Governo pôs o maior carinho na sua realização, procurando que ele resultasse, do ponto de vista da construção e do funcionamento, o melhor possível. Por isso mesmo se chamou o grande arquitecto Hermann Distel, que tinha feito os maiores hospitais da Alemanha e que tinha sido encarregado de fazer o Grande Hospital Monumental de Berlim. Pela mesma razão a direcção médica ficou confiada ao Prof. Gentil, a quem

Para a  
terapêutica de vitamina B<sub>12</sub>  
em doses elevadas  
na nevralgia do trigêmeo, polinevrites,  
nevralgias de cotos amputatórios, herpes zoster

## Citobion 2500 microgrs.

(Vitamina B<sub>12</sub> pura, cristalizada)

**Apresentação:**

Frasco-ampola de 5 ccs.  
(1 cc. = 500 microgrs. de vitamina B<sub>12</sub>)



**DARMSTADT · ALEMANHA**

**Amostras e literatura:**

Químico-Farmacêutica. Lda.  
Rua das Pretas, 26-2.º  
LISBOA

Eduardo de Almeida & Cia.  
Rua do Cativo, 22-24  
PORTO

foi entregue a presidência da comissão técnica dos hospitais escolares — e ninguém ousará negar a este distinto professor nem experiência nem competência em tal matéria.

*Vozes:* — Muito bem!

*O Orador:* — Escolheu-se o que havia de melhor e, antes de assentar definitivamente no que devia fazer-se, realizou-se uma viagem de estudo aos melhores hospitais da Europa. E o cuidado foi tal que só foi aprovado e executado o 12.º dos projectos feitos por Hermann Distel para este grande hospital português.

O Hospital Escolar aí está, na última fase de apetrechamento, para que possa abrir, dentro em pouco, todos os seus serviços clínicos. Com ele marcamos um novo período na nova organização hospitalar, pondo ao serviço dos doentes, dos médicos e do ensino este grande hospital moderno.

A análise do que se fez, tanto no ponto de vista da construção como no do funcionamento, foi aqui realizada pelo Sr. Deputado Cid dos Santos, que demonstrou exuberantemente ter estudado este problema até ao pormenor. Com uma louvável preocupação de cumprir o seu dever, enumerou os benefícios, apontou as coisas boas deste grande edifício, expôs as suas críticas sobre as deficiências que julga reparáveis e apresentou as soluções que se lhe afiguram mais convenientes e de possível execução. É um depoimento sério, mas a Câmara nem por isso fica habilitada a impor ao Governo a execução destas soluções propostas, porque o problema é de extrema delicadeza e requer séria e longa ponderação.

O seu discurso fica como um depoimento pessoal de alto valor e as suas sugestões devem ser devidamente examinadas pelas várias repartições técnicas dos Ministérios a que dizem respeito, a fim de ser adoptada a solução mais conveniente. Temos o direito de exigir que neste Hospital, onde vão gastos perto de 400.000 contos, tudo se disponha para garantir o seu máximo rendimento, com a maior eficiência do ensino e sem prejuízo do conforto e do tratamento dos doentes.

Além disso, a Câmara deve esperar que, pelos Ministérios respectivos, se prestem esclarecimentos sobre a razão da concepção primitiva do projecto e das alterações posteriores e também sobre as causas que motivaram o atraso no apetrechamento de certos serviços. Que benefícios ou prejuízos trouxeram essas alterações?

Bem andou o Prof. Almeida Garrett ao requerer a generalização do debate. A importância deste assunto amplamente o justifica.

*Vozes:* — Muito bem!

*O Orador:* — Ao intervir nele não me move o desejo de analisar todas as questões aqui focadas pelo Sr. Deputado Cid dos Santos, mas tão somente o de fazer algumas considerações sobre algumas delas. Espero que tanto o autor do aviso prévio como o douto conselho da Faculdade de Medicina, onde ainda se encontram, felizmente, tantos dos meus antigos mestres e onde ascenderam alguns condiscípulos de real mérito e tantos amigos que tanto prezo, me perdoem as considerações que se não ajustam aos seus pontos de vista. Uns e outros depomos sobre esta questão para servir o melhor que sabemos estes ramos de ensino e da assistência.

Sr. Presidente: os problemas aqui levantados podem ser apreciados de vários modos, ao sabor dos conceitos de cada qual, e os conceitos de hoje não são os mesmos que reinavam há vinte anos, quando este Hospital foi concebido. A velocidade do aperfeiçoamento da técnica é tal que um técnico canadiano disse que devia haver em cada vinte anos um cataclismo que destruisse os hospitais para nos obrigar a fazê-los de novo. Algumas das soluções aqui propostas pelo Prof. Cid dos Santos estão longe de obter unanimidade de opinião dos

professores da Faculdade de Medicina de Lisboa e, talvez por isso mesmo, o autor do aviso prévio declarou que aquilo que vinha dizer era da sua inteira responsabilidade, que não representava o ponto de vista da Faculdade e que era tão somente a sua opinião pessoal sobre aqueles assuntos.

Estão naquelas condições os problemas ligados à instalação da clínica médica e da clínica cirúrgica, das propedéuticas e da técnica operatória, dos laboratórios e da cardiologia. E tão fortes foram as divergências da distribuição dos serviços das clínicas que até um professor classificou de absurda a resolução tomada pelo conselho em sessão anterior e declarou que a ela se opunha terminantemente. E numa comissão de três, para se pronunciar sobre a distribuição dos serviços das clínicas, o director declarou que as opiniões dos outros dois eram divergentes. Concluí que não foi possível conseguir uma opinião decisiva para tal assunto.

Não é, portanto, esta Câmara que tem competência para tais problemas, indicando qual dos dois critérios está certo — se o deste, se o de todos os outros professores. Nem me parece que, se a comissão instaladora for substituída por outra, possa adoptar soluções que agradem a todos os sectores. Como já disse, a Comissão Técnica dos Hospitais Escolares teve a presidência um professor da Faculdade de Medicina de Lisboa, indicado por voto unânime da sua Faculdade, e da actual comissão instaladora também faz parte um professor da Faculdade, que foi indicado pelo respectivo Ministério e que foi director do seu Hospital Escolar. Não se me afigura muito provável que a substituição destes professores por outro, embora escolhido pelo Sr. Presidente do Conselho, consiga conciliar pontos de vista tão dispares e tão irredutíveis atitudes.

Sobre a duplicação da psiquiatria, o Prof. Cid dos Santos sabe que este serviço estava previsto no primitivo projecto e que o Governo, posteriormente, desejou evitar essa duplicação, propondo a transferência do serviço de desenho, leitura, fotografia e modelagem para o local primitivamente destinado à psiquiatria, e que a isso se opôs a Faculdade, em cujo conselho foi defendido o critério de que não devia excluir-se totalmente este serviço do Hospital-Faculdade, pois ali deviam ficar instalações para nevróticos, internamento de casos leves e consultas externas.

Também a respeito da duplicação da oftalmologia, aqui referida, devo declarar que nada encontrei, nos documentos que fui autorizado a consultar por via de requerimento que fiz, em que a Faculdade a tal se opusesse.

A mim afigura-se-me que se não pode conceber um hospital desta categoria — um grande hospital central — sem que ali esteja assegurada a existência destas e de outras especialidades, para garantir o ensino e para executar o exame complementar dos doentes que pertençam a outros serviços.

Outro tanto podíamos dizer a respeito dos serviços a que o Prof. Cid dos Santos chamou serviços sem dono — uma classificação que não se me afigura inteiramente feliz.

Estranhou também o Prof. Cid dos Santos que nada soubesse ainda sobre os laboratórios privativos das clínicas, mas, em contrapartida, disse saber que havia um serviço com quatro laboratórios! Eu estranho ainda mais do que ele, porque o assunto foi debatido no conselho da Faculdade onde esta multiplicidade de laboratórios foi defendida pelo professor da respectiva cadeira por motivos de ordem profiláctica, sem que dessa acta conste que a Faculdade não aceitou o seu ponto de vista.

E, em boa verdade, não o podia fazer, porque em sessão anterior (30 de Abril de 1952) a mesma Faculdade foi informada de que a comissão por ela nomeada para apreciar o projecto do Hospital Escolar assentara em manter a organização do plano elaborado pela respectiva comissão técnica, havendo só que contar com alguns pormenores de adaptação, a resolver no

momento oportuno. E não o podia fazer porque nesse primitivo plano, com o qual ela se conformava, em vez de quatro, estavam destinados a esse serviço nove laboratórios!

Outro ponto aqui focado foi o do serviço de cardiologia — serviço com instalações destinadas pelo Governo dentro do novo hospital e sem qualquer aprovação do conselho da Faculdade ou da comissão técnica então em actividade, únicas entidades com competência para se pronunciarem sobre o assunto — serviço que o autor do aviso prévio classificou entre os serviços com dono não previstos. Ao Prof. Cid dos Santos preocupa-o o espaço ocupado pelo serviço, mas também, e sobretudo, a forma como o serviço foi criado.

A nós interessa-nos, sobretudo, se devia ou não ser criado e se o Governo fez bem ou se fez mal em lhe destinar lugar no novo hospital — com o parecer, contra o parecer ou contra o silêncio da Faculdade.

*Vozes:* — Muito bem!

*O Orador:* — A cardiologia é uma especialidade de uma indiscutível importância que se isolou da clínica geral, como tantas outras especialidades, e que toma cada vez mais importância no campo científico e no social à medida que se vão intensificando os estudos de electrocardiografia, de hemodinâmica, de angiocardiofografia, de análises dos gases do sangue, de cirurgia cardíaca, etc., e que se vão acentuando as estatísticas de morbilidade e de mortalidade pelas doenças do coração e outras afecções do aparelho circulatório.

As doenças do coração e dos vasos são o «equivalente moderno das grandes doenças mortais do passado», diz Leslie Banks, de Cambridge. Para este autor 37 por cento de todas as causas de morte são devidas às afecções deste sistema e o Dr. Spaey, médico belga, diz que 35 por cento das mortes registadas em 7.200 pessoas de Maryland, sujeitas a observação durante vinte e oito meses, foram devidas a lesões cardio-vasculares. Para vermos a importância crescente destas doenças basta citar que Ryle e Russel afirmam que a mortalidade por doenças das artérias coronárias entre homens e mulheres de mais de 35 anos foi em 1945 mais de quinze vezes superior à de 1921.

A medida que se avança na idade a percentagem de mortes por causas desta natureza vai subindo cada vez mais: dos 40 aos 50 anos é de 25 por cento de todos os óbitos, dos 60 aos 70 anos essa taxa passa para 52 por cento e aos 80-90 anos é de 65 por cento da mortalidade geral (Boas).

Está calculado que em Portugal, em 1951, as doenças do coração e dos vasos acarretaram uma mortalidade de 24,17 por cento do obituário geral. O Prof. João Porto, seriamente preocupado com o problema médico-social dos doentes do aparelho cardiovascular e com o aumento da incidência destas doenças, criou em Coimbra, nos Hospitais da Universidade, um centro de cardiologia médico-social, a que se devem já notáveis resultados.

Em todos os grandes hospitais da Europa e da América, segundo informações que colhi, há serviços de cardiologia entre as especialidades da secção médica — o Boucison, o Carolina, o Hospital Sul de Estocolmo, por exemplo, têm serviços com cerca de 100 camas cada um. E a cidade hospitalar de Lila, inaugurada em Outubro de 1953, lá tem também o seu serviço de cardiologia.

De tudo isto parece dever concluir-se que o Governo fez bem em criar um serviço de cardiologia neste nosso moderno hospital.

*Vozes:* — Muito bem!

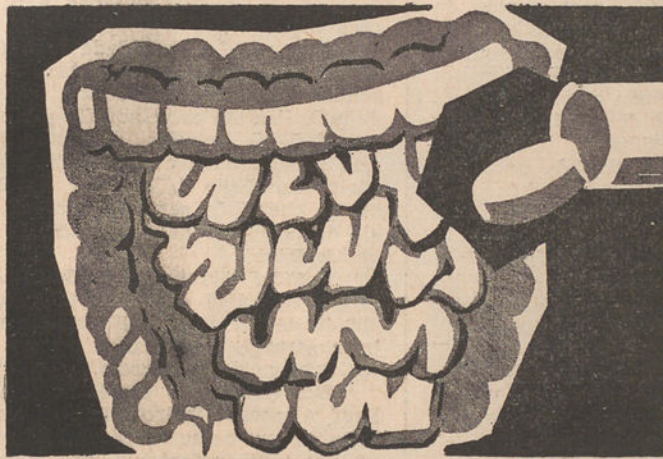
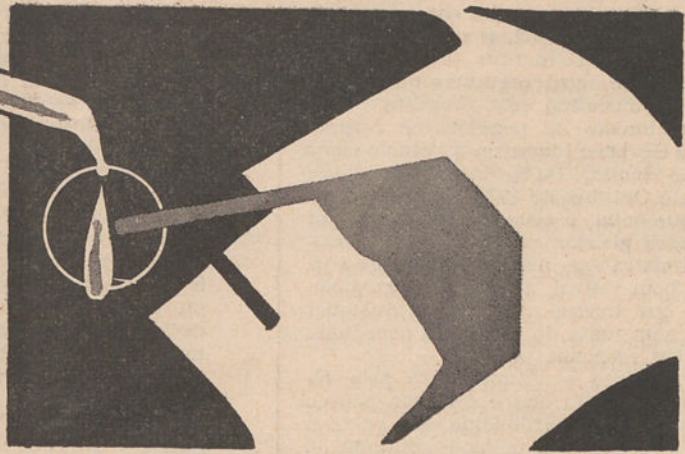
*O Orador:* — Quem lho propôs? O director da consulta de cardiologia do Hospital Escolar, que, com aprovação do conselho, a fundou e a dirige desde Janeiro de 1948 e onde tem feito cursos de cardiologia para pós-graduados. Ao mesmo tempo

# Teninasal

## Tópico nasal

Penicilina G potássica - Efedrina natural  
Gomenol - Eucaliptol

Infecções das vias respiratórias primárias.



# Carifosmasmina

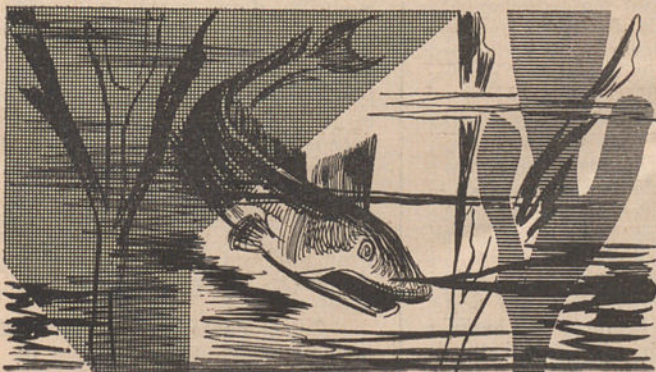
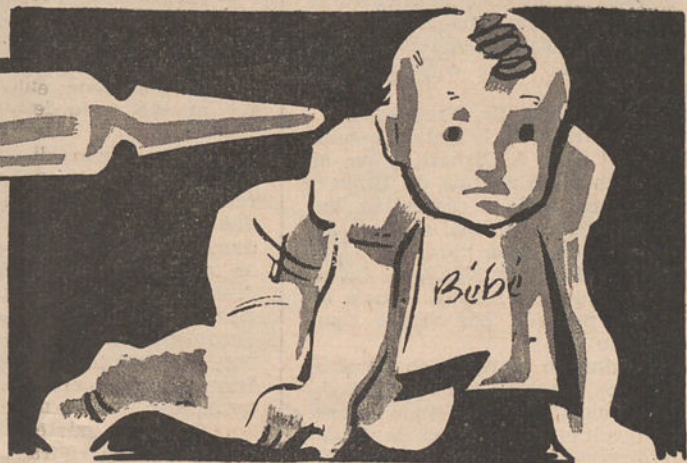
Poderoso anti-espasmódico  
Cólicas gastro-intestinais, hepáticas, renais, menstruais, etc.

Apresentação { tubo de 20 pílulas queratinizadas  
caixa de 6 supositórios

# Osteovit

VITAMINA D<sub>2</sub>  
1 milhão de unidades

Raquitismo - Avitaminose D - Dentição



# Adexil

Vitamina A+D

VITAMINA A 300.000 U. I.  
VITAMINA D 300.000 U. I.

Regulador do crescimento ósseo - malformações dentárias - aumento das defesas orgânicas.  
(Substitui o óleo de fígado de bacalhau).

que o solicitou ao Governo, apresentou ao conselho da Faculdade, como consta da acta de 30 de Junho de 1952, a respectiva proposta.

Não vi nas actas seguintes que o conselho tenha discutido esta proposta.

Naturalmente os engenheiros responsáveis e o Governo tomaram o silêncio como aprovação tácita, tanto mais que desde Janeiro até Outubro de 1953, segundo informações que colhi, o conselho examinou por várias vezes plantas enviadas pela Comissão Administrativa, nas quais figurava já, de modo bem visível, a clínica de cardiologia, sem que tivesse apresentado qualquer protesto, nem junto da Comissão nem junto do Ministro responsável.

Foi por isso e naturalmente pelo regime deste hospital que o Governo pensou criar o serviço de cardiologia, em parte à custa da propedêutica médica, confiada ao mesmo professor, e foi também naturalmente por isso que o Instituto de Alta Cultura ali instalou, em Junho de 1953 e com a mesma direcção, um centro de estudos de cardiologia. Um e outro não têm em mira senão elevar a categoria e as possibilidades de investigação e de assistência desta nova unidade hospitalar.

Andou mal o Governo? Não estou de acordo com o Deputado Cid dos Santos neste ponto.

Há um outro ponto sobre o qual não quero deixar de me pronunciar — o da proposta feita pelo Prof. Cid dos Santos para que «a parte hospitalar volte para o Ministério da Educação Nacional, donde nunca devia ter saído». Considera um erro o facto consumado da sua passagem para o Ministério do Interior, porque assim se geram as «condições ideais para os conflitos, como em todas as casas com dois donos».

Este assunto foi já aqui debatido, em 1946, aquando da discussão da proposta de lei sobre a reforma hospitalar, e então, foram confrontados os resultados da experiência do Hospital de Santa Marta no Ministério da Educação Nacional e os de outros hospitais da nossa secular organização fora daquele Ministério, e afirmou-se que numa instituição hospitalar com pessoal pertencente a dois Ministérios os conflitos eram somente entre o pessoal do mesmo Ministério.

Retomemos o tema, Sr. Presidente.

E já que se trata de hospitais escolares não fica mal dizer à Câmara o que se tem passado com os Hospitais da Universidade de Coimbra, onde a respectiva Faculdade sempre fez o ensino médico — a história é mestra da nossa vida.

Os Hospitais da Universidade de Coimbra, com os seus quatro séculos e meio de existência, têm passado por vários tipos de administração.

Até à reforma do marquês de Pombal, que, em 1774, os integrou na Fazenda da Universidade, a cargo de quem ficou a arrecadação das receitas, as despesas de manutenção e a direcção científica da instituição, a administração dos Hospitais tinha estado sucessivamente entregue a um administrador de nomeação régia e aos padres lóios. A partir de 1851 a receita passou a ser arrecadada pelo Governo Civil de Coimbra. Tais foram as dificuldades em que se viu a Universidade que, por várias vezes, solicitou ao Governo que a aliviasse de tais encargos e lhe reservasse tão somente a direcção científica.

Numa das muitas representações que ela fez dizia-se o seguinte (Julho de 1859):

Senhor! A Faculdade de Medicina da Universidade, reconhecendo há muito que a administração dos Hospitais é encargo demasiado para quem se deve entregar especialmente às funções do magistério, timbrando ser exacta, tanto quanto possível, no cumprimento dos seus deveres; considerando que não deve ser outra a missão do homem de ciência que o melhoramento e perfeição dela, e vendo que não podia chegar ao seu elevado fim quando pesassem sobre ela encargos que naturalmente lhe não competem, teve já, por duas vezes, a

honra de levar ao soberano conhecimento de Vossa Majestade a necessidade de separar da Faculdade a administração dos Hospitais, por incompatível com o bem do ensino. Mas, com mágoa confessa, suas súplicas não têm sido atendidas, apesar da Lei de 17 de Julho de 1856.

A Faculdade, Senhor, chama de novo a atenção de Vossa Majestade para objecto de tanta importância; e espera que, pesando em sua alta sabedoria as graves consequências que para a boa regularidade do ensino resultam da reunião de funções tão diversas, defira sua pretensão, para que, deste modo, não lhe falecendo o tempo nem o sossego de espírito que o magistério requer, se possa dedicar com todo o esmero ao ensino da ciência que professa.

Vossa Majestade, porém, decidirá o que julgar mais acertado.

Só cerca de catorze anos depois de publicada a lei (Decreto de 25 de Maio de 1870) passou a administração dos Hospitais a ser exercida por um administrador nomeado pelo Governo, tendo como substituto um lente da Faculdade de Medicina, eleito anualmente para membro de uma junta consultiva, cabendo à Faculdade de Medicina a «inspecção e direcção científica das enfermarias e estabelecimentos da sua imediata dependência».

O Doutor Costa Simões, que foi o primeiro administrador nomeado e a cuja direcção corresponde o período áureo dos Hospitais da Universidade de Coimbra, refere-se deste modo a este ponto:

...foi uma luta constante da Faculdade de Medicina com a Fazenda da Universidade, depois com o Governo Civil de Coimbra e mais tarde com o Ministério do Reino. As gravíssimas dificuldades de uma tal administração, em penúria deplorável, quase que absorviam todos os cuidados da Faculdade em prolongadíssimos debates, e perdendo precioso tempo com estas questões de administração económica quando lhe convinha sossego de espírito para se ocupar exclusivamente da sua missão no professorado.

Neste regime, que vigorava ao tempo da direcção do Dr. Costa Simões, havia enfermarias destinadas ao ensino e chamadas «escolas», dirigidas pelo respectivo lente durante o período de aulas, ficando todas as outras a cargo do administrador, servidas por clínicos ordinários ou extraordinários, nomeados pelo Governo após concurso documental e por proposta do administrador. Os doentes destas enfermarias eram franqueados ao ensino, no caso de se julgar necessário.

Em 27 de Abril de 1911, com a reforma que pretendeu retirar autoridade ao administrador e garantir uma mais efectiva ingerência da Faculdade na direcção hospitalar, passou a Faculdade a propor uma lista triplíce, para, dentre ela, o Governo nomear o director, então obrigatoriamente professor da Faculdade de Medicina. Por esta mesma reforma desapareceram as enfermarias-escolas e todo o hospital passou a servir para o ensino.

De facto, retirou-se toda a autoridade ao administrador, cuja competência se reduzia à nomeação de criados e porteiros e à aplicação de penas até ao máximo de um dia de multa. Ele apresentaria ao conselho fiscal e à Faculdade todos os assuntos devidamente informados, para que sobre eles se tomassem resoluções. O próprio artigo 27.º desse decreto permitia que um lente, mesmo aposentado e proibido de exercer qualquer cargo clínico nos Hospitais da Universidade de Coimbra, pudesse ser administrador, a tal ponto tinham sido reduzidas as funções do administrador.

A legislação de 1919 manteve a nomeação do director através da lista triplíce, mas criou um conselho técnico, para questões de assistência e ensino, com funções mera-

mente consultivas, e um conselho administrativo, para deliberar sobre assuntos de administração.

Apesar de criado o Ministério da Instrução Pública desde 1913, estes Hospitais da Universidade de Coimbra nunca lhe pertenceram — estiveram sempre no Ministério do Interior, à parte o pequeno período em que existiu o Ministério do Trabalho (de 1918 a 1925).

Posteriormente, a nomeação do director passou a ser independente da indicação da Faculdade (através da tal lista triplíce) e foi alterada a administração interna. Vários artigos daquele Decreto n.º 5.736, de 1919, têm sido revogados por outros decretos e portarias.

O artigo 2.º do Decreto n.º 31.913, de 12 de Março de 1942, estabeleceu que nas instituições de assistência o provimento dos cargos de direcção e chefia dos serviços médicos, administrativos ou outros passe a ser feito em regime de contrato por livre escolha do Ministro, sem prejuízo das habilitações legalmente exigidas para as funções a prover.

Alarmada, a Faculdade de Medicina fez respeitosa ponderação sobre o caso, no sentido de serem excluídos da aplicação daquele decreto os velhos Hospitais da Universidade de Coimbra, ou, então, no de serem consideradas como habilitações necessárias ao título de director dos Hospitais ou da chefia de serviços clínicos o exercício de professor da Faculdade de Medicina de Coimbra.

Como o decreto fosse tido como inteiramente aplicável aos Hospitais da Universidade de Coimbra, a Faculdade não recobrou sossego e confiança acerca dos efeitos futuros deste decreto.

Em oração de sapiência, em 1945, o Prof. Almeida Ribeiro defendeu, com o prestígio do seu nome e o brilho da sua inteligência, a transferência dos Hospitais da Universidade de Coimbra para o Ministério da Instrução, para desaparecer o que, em seu dizer, constituía «uma esquisita anomalia»: os Hospitais da Universidade de Coimbra — «o hospital escolar tradicional do País — a permanecerem no Ministério do Interior, um Ministério que deixara, havia vários anos, de tutelar os negócios da instrução», enquanto «em Lisboa um hospital de nova criação, sem tradição universitária, era incluído, como aliás era lógico, desde que se lhe dava a categoria de escolar, entre os estabelecimentos do Ministério da Instrução Pública, hoje da Educação Nacional».

Pelo respeito à verdade, reproduzo as suas próprias palavras. Mas, afinal, porém, o que era anomalia era o Hospital de Santa Marta no Ministério da Educação Nacional, e não os Hospitais da Universidade de Coimbra fora dele! Mas não foi só a anomalia que o moveu: foi a necessidade da garantia da não aplicação do tal Decreto-Lei n.º 31.913 aos Hospitais da Universidade de Coimbra que o levou a pronunciar aquela oração de sapiência na Sala dos Capelos e assim tornar pública esta tese, revestida de toda a autoridade.

Esse desassossego da Faculdade de Medicina de Coimbra evidenciou-se ainda mais com a exposição que ela enviou ao Governo, em 1945, pedindo a transferência dos seus Hospitais para o Ministério da Educação Nacional, com o telegrama enviado por ela à Assembleia Nacional, a propósito da representação da Faculdade de Medicina de Lisboa acerca da base XXV da proposta do Governo sobre reorganização hospitalar, em 1946, e com as palavras que aqui proferiu nesta tribuna o Sr. Prof. Pacheco de Amorim, lendo passagens da oração de sapiência do Prof. Almeida Ribeiro.

Como, porém, a demonstração da boa administração dos Hospitais da Universidade de Coimbra feita naquela oração de sapiência também envolvia confronto com a do Hospital Escolar de Santa Marta, o Sr. Deputado Botelho Moniz, comentando o trabalho do Sr. Prof. Almeida Ribeiro, concluiu que, se em 1944 os Hospitais da Universidade de Coimbra, tratando o dobro

# CORAMINA

analéptico

Colapso, choque, acidentes da narcose  
Transtornos circulatórios nas doenças  
infecciosas

Asfixia dos recém-nascidos, coração senil

*Comprimidos • Gotas • Ampolas*

# CORAMINA - ADENOSINA

para melhorar o débito das coronárias

Insuficiência coronária

Angina de peito

Infarto ou lesões do miocárdio

Asma cardíaca

*Comprimidos • Gotas • Ampolas*



**CORAMINA**  
e suas combinações

# CORAMINA - CAFEÍNA

estimulante de acção central e periférica

Colapso circulatório nas doenças  
infecciosas, nas intoxicações e  
durante as operações

Esgotamento físico e intelectual

*Comprimidos • Gotas • Ampolas*

# CORAMINA-EFEDRINA

estimulante da função respiratória

Bronquite asmátiforme

Bronquiectasias

Enfisema pulmonar

Hipotensão, colapso ortostático

*Comprimidos • Gotas • Ampolas*

# CORAMINA-GLUCOSE

estimulante respiratório e circulatório

Predisposição para o desmaio  
Estados de fadiga e esgotamento  
Para aumento do rendimento físico

*Comprimidos*

dos doentes, gastaram só dois terços do que gastou o de Santa Marta — ambos servindo o ensino, o primeiro dependente do Ministério do Interior e o segundo do Ministério da Educação Nacional — o que era lógico e lhe parecia servir melhor os interesses da Nação era a manutenção dos hospitais do Ministério do Interior.

E a Câmara votou a base sobre hospitais centrais e escolares com o aditamento proposto pelo Dr. Alberto Cruz.

*Vozes:* — Muito bem!

O *Orador:* — A lei que depois saiu da aprovação das bases da proposta do Governo sob reorganização hospitalar tem o n.º 2.011 e é de 2 de Abril de 1946. A sombra dela se têm feito a construção e a reconstrução dos nossos hospitais. Nela se estabelece, dentro da organização hospitalar do País, uma hierarquia que vai desde os hospitais sub-regionais aos centrais. Como hospitais centrais ficaram classificados os Hospitais Cívicos de Lisboa, os hospitais escolares e outros que o Ministro do Interior designar para esse fim.

Os hospitais escolares, portanto, a despeito da sua função pedagógica, estão enquadrados no plano geral dos hospitais portugueses, subordinados a uma orientação e fiscalização comuns a todos os hospitais, como, aliás, acontece em toda a parte e já era tradicional em Portugal. Os Hospitais da Universidade de Coimbra, o Hospital de Santo António, a Maternidade Júlio Dinis e o Hospital Joaquim Urbano, no Porto, o Hospital Júlio de Matos, a Maternidade Magalhães Coutinho, onde se tem feito o ensino, são exemplos bem claros do que acabo de dizer.

O Hospital Escolar de Santa Marta é uma excepção desde 1925. Pela Lei n.º 2.011 os hospitais escolares terão as funções de hospitais centrais e ainda as do ensino, mas a sua administração é que fica subordinada às mesmas regras dos demais. O seu pessoal docente será recrutado pelo Ministério da Educação Nacional, nos termos por ele fixados (base XXII, alínea 2). Quanto ao pessoal não docente, a Assembleia Nacional foi iniludivelmente expressiva, rejeitando a emenda proposta pelo Dr. Mário de Figueiredo e aprovando o aditamento da autoria do Dr. Alberto Cruz.

Deste modo o recrutamento do pessoal não docente será feito por concurso.

Em 6 de Junho de 1952 a Faculdade de Medicina de Coimbra enviou nova exposição a S. Ex.º o Ministro da Educação Nacional, em que abandona a tese da transferência dos Hospitais da Universidade de Coimbra para o Ministério da Educação Nacional e diz:

Mesmo que prevaleça o critério de estes ficarem administrativamente dependentes do Ministério do Interior, a Faculdade, para salvaguardar os seus altos interesses na sua função de ensino médico, pede que sejam estabelecidas bases concretas das relações entre os dois Ministérios — o do Interior e o da Educação Nacional — segundo normas que se ajustem às estabelecidas pelo Ministro da Educação Nacional na orientação da acção docente nos hospitais escolares.

E volta a solicitar a restauração do princípio de que a direcção seja confiada a um dos professores indicados em lista pelo conselho da Faculdade de Medicina, assistido por um conselho técnico, também eleito pela Faculdade, e a chefia dos serviços clínicos entregue aos professores da Faculdade de Medicina.

Mas esta exposição vai mais além: invoca o Decreto n.º 5.736, de 10 de Maio de 1919, e pretende que façam parte dos Hospitais da Universidade de Coimbra quaisquer outros hospitais ou serviços clínicos de assistência que o Estado venha a criar na cidade de Coimbra, porque «Em Coimbra, cidade universitária com condições muito especiais, só esta centralização,

prevista no citado decreto, pode ser vantajosa para o bom funcionamento de uma boa escola médico-cirúrgica», diz esta exposição.

Pouco confiante na restauração desta doutrina, a exposição diz também que «O conselho (da Faculdade) é de parecer que, quando existam em Coimbra outros hospitais congêneres, estes devem ser considerados como estabelecimentos de assistência de recurso, isto é, admitindo apenas os doentes que não caibam na lotação normal das diferentes clínicas dos Hospitais da Universidade. Estas clínicas constituiriam, para efeitos de hospitalização, o núcleo central de aceitação e o filtro para escolha de doentes que coubessem dentro das lotações que lhes são atribuídas».

A aceitar-se esta doutrina, quando viessem a duplicar-se instituições hospitalares, à semelhança do que em Lisboa existe com o Hospital Escolar e os Hospitais Cívicos, nunca poderia estabelecer-se o estímulo de aperfeiçoamento médico, que tão excelentes frutos tem dado na capital.

Aos doentes seria retirado o direito de preferência por este ou aquele hospital e o tal hospital de assistência apareceria aos olhos dos doentes como um depósito sem categoria.

Defende ainda a Faculdade o critério de que as diárias dos Hospitais da Universidade de Coimbra e das clínicas devem ser inferiores às das congêneres da cidade, para assim atrair os doentes e garantir uma frequência suficiente das suas instituições.

Afigura-se-me que a Faculdade expõe receios não justificados — a categoria dos seus mestres e assistentes é bastante para garantir essa frequência e mal iria ao futuro da Faculdade se assim não sucedesse, se fosse necessário recorrer a estes processos para ter doentes que bastassem para o ensino! Em toda a parte, na Europa e na América, como diz o Prof. Abyami, os hospitais onde há professores, onde se faz o ensino, são sempre os mais disputados.

Além disso, já de há muito está assegurado, por determinação legal, que os doentes internados nos estabelecimentos de assistência estão à disposição da Faculdade de Medicina para servir o ensino, sempre que ela o julgue conveniente.

*Vozes:* — Muito bem!

O *Orador:* — Sr. Presidente: a Assembleia Nacional pode pôr este problema:

A experiência realizada no Hospital de Santa Marta, desde que a Lei n.º 1.785, de 22 de Junho de 1925, lhe outorgou autonomia administrativa, é de molde a fazer-nos reflectir no que está legislado e aplicar os mesmos princípios aos três hospitais escolares? Acreditou-se suficientemente aquele regime nos vinte e oito anos de experiência?

Do ponto de vista administrativo, já citamos há pouco o que se passou em 1944 nos Hospitais da Universidade de Coimbra e no Hospital Escolar de Santa Marta. Mantém-se as coisas na mesma, visto que em 1951 os Hospitais da Universidade de Coimbra receberam um subsídio de 9.600 contos, enquanto que as verbas do de Santa Marta foram de mais de 13.000 contos. Tomando em consideração a diferença das receitas de cada um, o preço da diária dos doentes do Hospital Escolar de Santa Marta foi de 100 por cento superior ao conseguido em Coimbra.

Se quiséssemos comparar, do ponto de vista administrativo e do da preparação dos médicos, o Hospital Escolar de Santa Marta e os Hospitais Cívicos de Lisboa, isso levar-nos-ia muito longe.

No relatório do Decreto n.º 38.692, que mandou cessar a autonomia administrativa da Faculdade, afirma-se que tal se fez por se reconhecer «a necessidade de pôr termo a uma situação cujos gravíssimos inconvenientes estão evidenciados por factos do conhecimento geral».

O caso é agora posto de novo a esta Assembleia, por meio deste aviso prévio. Devem os hospitais escolares pertencer ao

Ministério da Educação Nacional? E neste caso devem ser os professores da Faculdade os directores dos hospitais escolares?

O problema não é de agora, vem de muito longe. As passagens que há pouco recordei do relatório do Prof. Costa Simões e da representação da Faculdade de Medicina de Coimbra ao rei demonstram-no claramente.

As últimas exposições da Faculdade de Medicina de Coimbra reclamando para os professores da Faculdade de Medicina a direcção dos hospitais escolares são manifestamente contrárias às ideias que então foram expandidas e são contrárias a tudo o que actualmente se passa no Mundo em tal matéria.

Avisadamente se diz no relatório do Decreto n.º 38.692:

São aqueles órgãos (a direcção do Hospital de Santa Marta) constituídos por professores. Destes se reclama que se votem ao culto da ciência e ao ensino. E não é razoável pedir a homens que, por força das preocupações dominantes do seu espírito, hão-de estar distanciados dos negócios administrativos se entreguem, com sacrifício da função própria, a outra para que não têm preparação nem gosto.

O que se passa a tal respeito nos outros países? Têm os países estrangeiros Faculdades de Medicina com hospitais próprios e dirigidos por elas. No magnífico relatório da viagem do Dr. Mendes Ferreira pode ver-se que é regra nos Estados Unidos da América os hospitais universitários serem, como as respectivas Universidades, instituições particulares.

A célebre Universidade de Harvard não tem hospital privativo e serve-se, para efeito de ensino, de vários hospitais de Boston. O famoso Medical Center, de Nova Iorque, pelo contrário, serve para o ensino de, pelo menos, duas Universidades — a de Colúmbia e a Presbiteriana. A maior parte do ensino é feito, não em hospitais universitários, mas em diversos hospitais e clínicas, de iniciativa e manutenção particulares, devidamente autorizadas e ligadas às Universidades.

Na Itália, por exemplo, também o ensino é feito em hospitais que não são administrados pelas Faculdades.

A clínica universitária de fisiologia de Roma funciona no Hospital Forlanini, o mais importante centro de assistência e de investigação consagrado à tuberculose; mas a Faculdade de Medicina nada tem que ver com a administração, que está a cargo do Instituto Nazionale della Providence Sociale.

Em Florença também o ensino médico se faz em doentes do Hospital Carreggi, por acordo entre ele e a Faculdade, mas em cuja administração esta não tem interferência.

Em Nápoles sucede coisa semelhante com o Hospital Carderelli.

Em Milão o Nuovo Hospital Maggiore também serve para o ensino, por acordo com a Faculdade, mas sem que esta intervenha na sua administração.

Na Noruega, por exemplo, o Rikshospitalet — um grande hospital de mais de novecentas camas — funciona como hospital geral e hospital universitário e é dirigido pelo Dr. Caspersen, dos serviços de saúde, que exerce aquele lugar em *full-time*. A Universidade faz ali o seu ensino, mas não intervém na administração senão para pagar parte dos vencimentos dos professores que actuam como chefes de clínica naquele hospital.

Na França também me não consta que qualquer hospital esteja a cargo de qualquer Faculdade de Medicina e seja reservado exclusivamente para o ensino. Este faz-se nos hospitais da assistência pública, em cuja comissão administrativa não intervêm normalmente as Faculdades de Medicina.

E sobre administração o Dr. Mendes



Ferreira disse nesse mesmo relatório sobre a sua viagem à América do Norte:

A propósito de hospitais, quero ainda referir que, em Chicago, tive ocasião de conversar largamente com o Sr. F. G. Carter, presidente da Associação Americana dos Hospitais. Entre vários assuntos, falou-me com entusiasmo da criação recente do curso universitário para administradores de hospitais, geralmente frequentado por homens, com os cursos de Direito e de Ciências Económicas e Financeiras ou com larga experiência de negócios, sobretudo na administração de hotéis ou hospitais. Apesar da melhoria, sempre crescente, dos hospitais americanos, a Associação reconheceu a necessidade de dar melhor habilitação técnica aos administradores, para deles poder esperar ainda melhor governo e economia.

Na América, portanto, a tendência é para que os directores dos hospitais não sejam médicos.

As associações hospitalares da América, segundo Malcolm Mac Eschern, opõem-se à entrada do corpo clínico na administração. Fazem também cursos de preparação de administradores de hospitais, bem como *the college of the surgeons*.

Na Inglaterra também os directores são recrutados entre os secretários diplomados não médicos, candidatos à administração hospitalar, que fazer dois exames anuais sobre matérias que respeitam à administração dos hospitais.

Na Alemanha os administradores dos hospitais são recrutados, sobretudo, entre os altos funcionários das grandes administrações.

Na Escandinávia a administração hospitalar propriamente dita é exercida por homens experimentados, assistidos por comissões técnicas.

O director dos grandes estabelecimentos (hospitais e hospícios) da França também não é médico e é nomeado pelo prefeito, sob proposta do doutor regional de saúde e assistência, após concurso entre funcionários administrativos e inspectores de serviço de saúde e da assistência.

O próprio Hospital Baujon está entregue a um director administrativo não médico, assistido por um economo. Um e outro são nomeados pelo Ministério da Saúde.

A administração dos hospitais, como diz Carrillo, actual Ministro da Saúde Pública na Argentina, tem vários e complicados problemas. Nos pequenos hospitais, no seu dizer, o director é como que dono e senhor de tudo — a sua função é 80 por cento técnica e 20 por cento administrativa. Mas, à medida que o volume do hospital cresce, vão-se complicando os problemas, porque cada chefe de serviço, cioso da sua independência, quer ser senhor feudal do respectivo sector. A parte administrativa vai sendo cada vez mais importante, a ponto de num hospital de quatrocentas e oitenta camas a função do director ser já 80 por cento administrativa e só 20 por cento técnica. No dizer daquele ilustre Ministro da Saúde Pública, que se consagrou ao estudo de duzentos novos hospitais argentinos, acima de quatrocentas e oitenta camas são tais os papéis que o director tem de ser 100 por cento administrativo.

Não parece, pois, possível conciliar nos grandes hospitais a função de professor em exercício com a de director de um hospital. Não sei como será possível arranjar tempo para preparar lições, ver os doentes, ensinar os alunos e fazer investigação, como compete a um professor, e ainda administrar um grande hospital.

Ou sofre o ensino ou compromete-se a administração, ou prejudicam-se os dois.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O Orador: — Estas considerações não visam as actuais administrações; são expendidas com destino ao futuro.

Goldwater diz que o ideal seria um

médico que, além dos seus conhecimentos técnicos, tivesse bom senso, conhecimentos de administração, estivesse em *full-time* e não tivesse clinica particular; mas Mac Eschern apresenta as dez razões que devem impedir um médico de ser director de um hospital.

Com a opinião de Goldwater coincide a do Dr. Hoelen, exposta no congresso da organização hospitalar realizado na Holanda, em 1949. Mas se o médico se não consagra ao hospital, tal como Goldwater o deseja, então o médico será um orientador superior dos autênticos administradores — dá-lhe o nome e arca com a responsabilidade. Que prejuízo não viria para o ensino e para a investigação se um professor da categoria do autor do aviso prévio fosse inutilizado como director deste grande hospital! O director custar-nos-ia, neste caso, a perda dum excelente cirurgião, dum grande professor e dum reputado investigador.

Só um escassíssimo número de hospi-

tais, que talvez não atinja a meia dúzia em todo o Mundo, é pertença de Faculdades de Medicina e por elas administrado.

Suponho, portanto, que nem pela nossa tradição, nem pela experiência dos vinte e oito anos de Santa Marta, nem pelo que se passa na Europa e na América do Norte, deveremos alterar o que está estabelecido entre nós, atendendo os pedidos da Faculdade de Medicina de Coimbra ou a proposta do Prof. Cid dos Santos.

Quando se constituir o Ministério da Saúde — tão desejado pela classe médica e tão necessário ao País — dar-se-á melhor solução a este e a tantos outros problemas. Disse.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O orador foi muito cumprimentado.

(Continua)

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

# I O D O P<sub>2</sub>

AMPOLAS - GOTAS

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

PREVENÇÃO DOS ACIDENTES  
HEMORRÁGICOS. MELHOR  
TOLERÂNCIA DO IODO

LABORATÓRIOS "CELSUS"

Rua dos Anjos, 67 - LISBOA

# V I D A M É D I C A

## E F E M É R I D E S

### Portugal

(De 14 a 20 de Fevereiro)

**Dia 14** — Informam de Bragança que funciona naquela cidade, na Delegação de Saúde Distrital e desde Outubro findo, um «Centro distrital de vacinação pelo B.C.G.», sob a direcção do delegado de Saúde, Dr. António Emílio Sendas e com a colaboração do seu adjunto, Dr. João Lico Lopes.

— Nas Caldas da Rainha e promovida por um grupo de amigos, realiza-se, na sala de sessões da Câmara Municipal, uma festa de homenagem ao Dr. Mário de Azevedo e Castro, subdelegado de saúde do concelho e director do Dispensário de Profilaxia Social, cargos que exerce há vinte anos, onde tem demonstrado o seu alto valor clínico a inteiro contento dos pobres do concelho, que têm tido no Dr. Mário de Castro um verdadeiro amigo.

**16** — No Porto começa a funcionar no Hospital Militar, uma consulta de pediatria dirigida pela Dr.<sup>a</sup> D. Judite Lima e uma consulta de obstetrícia e ginecologia, sob a direcção da Dr.<sup>a</sup> D. Maria dos Prazeres Pimentel Roque Ferreira. Estas consultas funcionam às terças-feiras e sextas-feiras, às 15 horas, e destinam-se a senhoras e crianças da família de oficiais e sargentos.

— Em Lisboa, na Sociedade de Ciências Médicas efectua-se à noite a quinta sessão científica que é presidida pelo Prof. Dr. Xavier Morato, que está ladeado pelos Drs. António Martins e Andresen da Costa.

O Dr. Rafael Adolfo Coelho faz uma comunicação intitulada «Um caso de hipopituitarismo» que a seguir tem larga discussão sobre a nomenclatura destas situações.

A seguir o Dr. Mendes Ferreira occupa-se do «Tratamento das fistulas pos-operatórias do duodeno e do segmento superior do intestino delgado» e cita vários casos da sua clínica no método simples de evitar as lesões da pele.

**17** — Na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, realiza-se a primeira reunião extraordinária da Sociedade Portuguesa de Esterilidade—secção da S. T. N. L. — presidida pelo Prof. Dr. Celestino da Costa.

Após a apresentação do conferencista em termos elogiosos pelo Dr. Celestino da Costa, o orador da noite, o médico americano Dr. J. P. Greenhill, professor da Universidade de Chicago, ocupa-se largamente do tratamento cirúrgico da esterilidade.

— Pelo Ministério das Obras Públicas é concedido um subsídio de 650 contos para a construção do novo Hospital da Misericórdia de Cabeceiras de Basto.

**18** — Na Academia de Ciências de Lisboa reune-se, às 14 horas, em conferência os sócios efectivos da primeira classe cuja sessão ordinária se realiza às 14,30, na qual apresenta uma comunicação o Prof. Dr. Almeida Lima intitulada «Hemorragias cerebrais devidas a rotura aneurismal».

Às 16 horas, sob a presidência do Prof. Dr. Celestino da Costa, reune-se a Comissão do Vocabulário Científico da Academia.

Durante a sessão os académicos estudam as possibilidades de, sob o patrocínio da Academia das Ciências, se editar em Portugal um vocabulário científico.

**20** — No Porto, com início pelas 15 horas, realiza-se na Faculdade de Medicina uma reunião científica, durante a qual são apresentadas as seguintes comunicações: pelos Dr. Cerqueira Magro — «Um caso de quilotorax. Etio-patogenia»; Prof. Joaquim Bastos, Drs. Abel Tavares e Casimiro de Azevedo — «Laqueação da veia cava inferior (circulação colateral); Prosector Dr. Salvador Júnior — «Aspectos particulares da epiloite crónica».

### Estrangeiro

Em Bóston, faleceu com 62 anos de idade o Dr. John Howard Mueller, chefe dos serviços bacteriológicos da Faculdade de Medicina de Harvard. Os seus estudos bacteriológicos, de apreço mundial, servem de base aos processos actuais de imunização contra a difteria e o tétano.

## A G E N D A

### Portugal

#### Concursos

Estão abertos:

Na Direcção do Serviço de Saúde Militar está aberto concurso para o preenchimento de nove vagas de oficiais médicos para o quadro permanente do exército.

— Para habilitação ao provimento do lugar de director do Dispensário Antituberculoso de Angra do Heroísmo.

— Para provimento do cargo de facultativo do 2.º partido municipal, com sede na vila de Albufeira, vago pela aposentação do antigo titular, Dr. Bento António dos Santos Silva.

— Para o provimento do lugar de facultativo municipal do 3.º círculo, com sede em Folques (Arganil).

— Para o provimento de nove vagas de oficiais médicos para o quadro permanente do Exército.

Em Alijó, passando no dia 23 do corrente, o 10.º aniversário da morte do Dr. Henrique Domingos Pereira, alguns amigos tomaram a iniciativa de comemorar a data com uma missa de sufrágio, a realizar às 10 horas, na igreja matriz desta vila, seguida de uma romagem ao túmulo do saudoso extinto.

## NOTICIÁRIO OFICIAL

### Diário do Governo

(De 11-2-54 a 18-2-54)

11-2

Dr. Manuel Krus Abecassis — contratado para o cargo de médico adjunto (grupo 4) do quadro do pessoal administrativo da Administração Geral do Porto de Lisboa.

12-2

Drs. António Godinho Mónica e José Furtado Mateus — contratados, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, internos graduados dos Serviços gerais de clínica cirúrgica dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— Dr. Joaquim Carlos Barreto Fragoso — contratado, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, interno graduado dos serviços gerais de clínica médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— Dr. Francisco Alambre de Oliveira Santos — aprovado o termo do contrato para o desempenho das funções de médico do Instituto de Orientação Profissional Maria Luísa Barbosa de Carvalho.

13-2

Dr. Carlos Alberto Freire de Oliveira — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular os cargos de assistente, contratado, do Instituto de Medicina Tropical e de interno graduado dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— Dr. Teófilo Figueiredo de Moura Dinis Sampaio — rescindido, a partir de 30 de Dezembro do ano findo, o contrato celebrado para a prestação de serviço eventual no Instituto de Medicina Tropical como assistente da cadeira de Zoologia Médica. — Portaria que aumenta o pessoal dos

serviços externos da zona da subdelegação do Instituto Maternal em Setúbal, constante do mapa XII aprovado pela Portaria n.º 13.911.

— Portaria que introduz alterações no quadro do pessoal da Escola de Enfermagem Artur Ravara, aprovado pela Portaria n.º 14.369.

15-2

Dr. José Pereira da Silva — contratado, para exercer as funções correspondentes às de adjunto de delegado de saúde, para serviço na Delegação de Saúde no distrito da Guarda.

— Dr. Francisco António Rodrigues — contratado para prestar serviço no batalhão n.º 4 da Guarda Nacional Republicana (Moncorvo).

— Dr. Jorge Gomes Saraiva — classificado em mérito relativo no concurso para interno do internato complementar da especialidade de neurologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— Dr. Augusto Marinheiro Júnior — nomeado, precedendo concurso, médico otorrinolaringologista do quadro complementar de cirurgiões e especialistas de Moçambique, indo ocupar a vaga do Dr. Manuel de Brito Subtil, falecido em Junho do ano findo.

— Dr.<sup>a</sup> Maria Cecília Souto Patuleia — nomeada, precedendo concurso, médica pediatra do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da província de Angola, indo ocupar a vaga resultante da aposentação concedida ao Dr. Manuel Ferreira Peixoto da Fonseca.

— Dr.<sup>a</sup> Raquel Guerreiro, médica radiologista do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da província de Angola — nomeada definitivamente para aquele lugar.

— Dr. Henrique Serra de Matos, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Angola — nomeado definitivamente para aquele lugar.

— Portaria que aprova a tabela de preços dos doseamentos hormonais executados no Laboratório de Endocrinologia do Instituto Português de Oncologia.

16-2

Drs. Guilherme Couyreur de Oliveira, José Luís Mendes Pulido Valente, Dr. Rui Manuel Gomes Rosa Valentim Lourenço, António Cavaco Catita, Luís Fernando Bravo de Sousa Uva e Vítor Manuel Ferreira de Jesus — classificados em mérito relativo no concurso para internos do internato complementar dos serviços gerais de clínica médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— Dr. Fernando Gabriel Pinto Coelho Afonso — aprovado o termo de contrato para o desempenho das funções de 2.º assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa.

— Dr. Manuel Gonçalves Moreira — aprovado o termo de contrato para o desempenho das funções de segundo assistente, além do quadro, da Faculdade de Medicina do Porto.

— Dr. João Fernando Rocha Gil da Costa — aprovado o termo de contrato para o desempenho das funções de segundo assistente, além do quadro da Faculdade de Medicina, do Porto.

18-2

Dr. João Eduardo Coelho Ferraz de Abreu — nomeado, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, interno do internato complementar dos serviços gerais de clínica cirúrgica dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— Dr. Manuel Pedro Azancot de Meneses — nomeado, precedendo concurso, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português e colocado em Cabo Verde, na vaga resultante da exoneração concedida ao Dr. Ernesto Mário Teixeira da Silva.

# O MÉDICO

SEMANARIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

Outros países: um ano — 200\$00

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

Portugal Continental e Insular — 160\$00

Ultramar — 210\$00

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

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

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

# BISMUCILINA

Bial

## INJECTÁVEL

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

EQUIVALENTE A

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

Por ampola de 3 c. c.

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

## SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

# BISMUCILINA INFANTIL

## SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

