

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

IV ANO—N.º 93
11 de Junho de 1953

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

DOENÇA DE OUVIDOS?

INFLAMAÇÃO DO OUVIDO MÉDIO?



CILOPRINE

(4-carboximetilamino 4'-aminodifenilsulfona sódica)

O medicamento absolutamente inofensivo permitindo o tratamento conservador causal, *in situ*.

- igualmente em perfurações do tímpano
- cura e acalma as dores
- não tem contra-indicações.

Instilar algumas gotas de 3 em 3 horas.



CILAG, -S. A.-SCHAFFHOUSE-SUIÇA

Representantes exclusivos para Portugal: SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÉUTICA—S. A. R. L.—LISBOA

SUMÁRIO

Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
<i>Homenagem à memória do Professor Alberto de Aguiar</i> — Profs. Drs. Ernesto Morais, Elísio Milheiros e Rocha Pereira — Discursos	<i>Considerações sobre a Ordem a propósito das Comissões de especialidades</i> — Waldemar B. Pacheco	459
NORTON BRANDÃO — <i>Dermites por sensibilização aos medicamentos</i>	<i>Ecos e Comentários</i>	462
MOVIMENTO MÉDICO—ACTUALIDADES CLÍ- NICAS E CIENTÍFICAS	O Congresso Luso-Hispano-Americano de Anatomia — Abel Sampaio Tavares	463
509	O aviso prévio do Prof. Manuel Cerqueira Gomes	470
517	Noticiário diverso	
522		



LONGACILINA

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

LONGACILINA

Comprimidos para administração oral.

Cada comprimido: 150.000 U.—Actividade: 8-12 horas

Boião de 12 comprimidos

Indicações: Tratamentos prolongados e tratamentos de consolidação de infecções agudas por germes sensíveis à penicilina.

LONGACILINA A

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

Caixa de 1 frasco de 300.000 U.—Actividade: 7 dias

Caixa de 1 frasco de 600.000 U.—Actividade: 14 dias

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

NA FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Homenagem à memória do Professor ALBERTO DE AGUIAR

A Faculdade de Medicina do Porto vestiu as suas galas para, em sessão solene, homenagear um dos seus grandes Mestres, que ainda está vivo na recordação de quase todos. O Prof. Aguiar foi um dos maiores valores que passou pela antiga Escola Médico-Cirúrgica do Porto e depois pela actual Faculdade. «O Médico» rende-lhe as suas homenagens, singelas mas sentidas, ditadas pela admiração que lhe deve como cientista, e junta o carinho que o seu Director lhe dedicava como Amigo. É pois com enorme satisfação que publica, pela ordem por que então foram pronunciados, os discursos dessa justíssima e inesquecível sessão.

A homenagem principiou pelo descerramento de uma placa colocada sobre a porta de entrada do Laboratório de Química Fisiológica, que dá a este o nome do Professor Dr. Alberto de Aguiar. Ao acto assistiram, com o Reitor da Universidade, todos os professores e assistentes da Faculdade, os representantes das entidades académicas adiante referidas e os directores das Faculdades, além de médicos, alunos, e muitas pessoas que a ele quizeram associar-se. A inscrição foi descerrada pela sr.^a Dr.^a D. Alda de Aguiar, filha do homenageado, entre palmas da assistência.

Seguidamente, todos se encaminharam para o salão nobre, onde se efectuou uma sessão solene, à qual presidiu o Prof. Dr. Amândio Tavares, eminente Reitor da Universidade, ladeado pelos seguintes professores: Costa Sacadura (pela Faculdade de Medicina de Lisboa e pela Sociedade das Ciências Médicas), Oliveira e Silva (pela Faculdade de Medicina de Coimbra), Hernâni Monteiro (pela Academia das Ciências de Lisboa), Laroze Rocha (pela Sociedade Portuguesa de Química), e pelos oradores da sessão, Profs. Drs. Elísio Milheiro e Ernesto Morais.

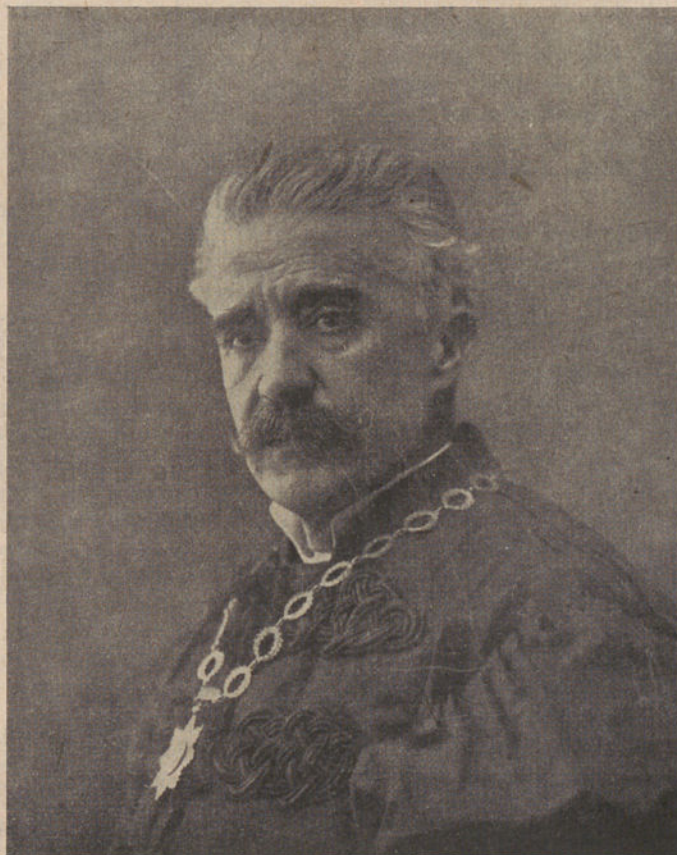
No estrado adianta-se o director da Faculdade, Prof. Dr. Almeida Garrett, para anunciar e justificar o programa da sessão.

Começou por citar a resolução do Conselho Escolar, de prestar condigna homenagem à memória do Professor Alberto de Aguiar, pela qual o seu nome ficasse perdurando na casa que tanto e tanto honrou, ligando-o ao Laboratório de Química Fisiológica, ramo este da medicina a que sobretudo votou a sua actividade científica. A proposta do Conselho foi sancionada pelo Senado Universitário e mereceu a aprovação de Sua Ex.^a o Ministro. Assim chegou o dia de hoje, em que essa consagração teve realidade, com o descerramento da respectiva inscrição, que acabara de efectuar-se.

Referiu-se seguidamente à maior solenidade que o

magnífico Reitor imprimiu à homenagem, presidindo à sessão, e agradeceu em nome da Faculdade a penhorante vinda dos representantes das duas outras Faculdades de Medicina e das colectividades científicas a que Alberto de Aguiar pertencera, notando que não haviam sido convidadas entidades estranhas ao meio científico, apesar da notável actividade social que o mestre desenvolveu, por se ter querido dar ao acto o carácter académico que nestas circunstâncias está nos hábitos da Escola.

Apetecia-lhe — diz — pronunciar algumas palavras, de profunda admiração e de saudoso carinho, sobre a alta figura do seu antigo professor e grande amigo, mas omite-as por lhe parecerem ociosas nesse momento, pois o elogio de Alberto de Aguiar está entregue em boas mãos, nas dos seus sucessores nas cadeiras de que foi proprietário, as de Patologia Geral e de Química Fisiológica, os professores Ernesto Morais e Elísio Milheiro. Por isso, rematando a sua alocução de abertura, o Prof. Almeida Garrett, em nome do Reitor, concede a palavra ao Prof. Ernesto Morais.



DR. ALBERTO DE AGUIAR

Professor e Director da Faculdade de Medicina do Porto]

Discurso do Prof. Ernesto Morais

Nesta vida canserosa e difícil do magistério superior, repleta de responsabilidades e avara de satisfações, depois da labuta diária do laboratório, muitas vezes tenho procurado alento para enfrentar tarefa mais árdua ou vencer dificuldade mais séria, na leitura da história da Faculdade escrita pelos nossos maiores.

Sempre essa leitura me animou, sempre dela colhi um ensinamento e de todas as vezes pude verificar, consoladoramente, quanto a memória dos velhos professores é evocada com sentido carinho, profundo respeito e grande admiração. Sempre a sua parcela de esforço — maior ou menor, de mais ou menos brilho — foi compreendida, considerada e agradecida.

Perpassa nessas páginas, ditada pelos mais nobres sentimentos da personalidade humana, a necessidade imperiosa da consagração da memória dos mortos, em evocação de saudade e de respeito, num ambiente solene, como o de hoje, para que o acto constitua também, para lá da homenagem, da saudade e da consagração, lição preciosa para todos e mais especialmente para os novos, que acalentam o legítimo e louvável propósito de valorizar esta Faculdade vindo substituir-nos.

A melhor lição de um grande Mestre — grande pela inteligência, pelas qualidades morais, pela dedicação ao ensino e à ciência — é a do exemplo da sua vida e esta lição, bem aprendida, é o mais útil ensinamento desse Mestre.

É a lição da vida do Prof. Alberto de Aguiar que hoje aqui se ensina e cuja oportunidade se me afigura flagrante. Por um lado, a justa consagração de uma longa vida de trabalho, polarizada entre a cátedra e o laboratório em convergência para a mesma finalidade — o prestígio da Escola pelo progresso da Ciência.

Por outro lado, o seu exemplo de vontade forte, de disciplina rigorosa, de escrúpulo técnico, de actividade metódica, de respeito pela ética profissional, de gratidão pelos mestres, de consideração pelos colegas e de carinho pelos discípulos, a apontar à nossa juventude, neste momento preciso em que parte dela parece dominada e envolvida pela onda gigantesca de materialismo vinda de qualquer parte a caminhar não sei para onde.

Esta juventude, que pretende ingressar nas lides profissionais em ritmo acelerado, tantas vezes couraçada de desconfiança e eivada de cepticismo, deseja caminhar depressa, em corrida vertiginosa, nem sempre atenta aos inconvenientes da velocidade excessiva, tão propícia aos atropelos.

Prepare-se a juventude cuidadosamente para essa caminhada, senhora da força da sua vontade, crente nas suas possibilidades, confiada no auxílio dos que já têm experiência do caminho, respeitadora dos direitos de outrém, e quando a finalidade for atingida actue sempre dentro dos cânones da dignidade profissional, da probidade no trabalho, da dedicação pelo doente ou pelo ensino e o prémio não faltará na devida oportunidade, como não faltará um dia a consagração que será também, por sua vez, estímulo e exemplo.

Podemos não ser momentaneamente compreendidos, pode não ser evidente a razão psicológica de certas atitudes, pode o destino atribular-nos cruelmente com situações de consciência que transcendem as amizades, pode tudo isto acontecer, mas se a conduta foi sempre recta e a atitude digna, a verdade aparecerá um dia com a maior evidência e o juízo dos homens ou a justiça da história prestarão homenagem ao que parecia criticável.

Acudiram-me estas palavras ao pensamento quando meditei no exemplo da vida do Prof. Alberto de Aguiar e voltaram à minha lembrança quando o Conselho Escolar me designou para falar nesta sessão solene.

E eu, sucessor do Prof. Alberto de Aguiar na cadeira de Patologia Geral e na direcção do Laboratório Nobre, que não tive a dita de trabalhar sob a sua orientação ou de viver na sua intimidade, aceitei imediatamente o encargo, a despeito da certeza de que ele seria muito melhor desempenhado se fosse cometido aos professores Rocha Pereira ou Carlos Ramalhão, os seus discípulos mais velhos, mais categorizados e mesmo os mais queridos. É que se me oferecia a oportunidade de manifestar publicamente os meus sentimentos sobre um professor que muitos escolares da minha geração não compreenderam bem.

Os alunos de há 5 ou 6 lustros, depois de um ano de interregno entre o método liceal e o ensino livre, entravam na Faculdade com receio da extensão e das minúcias da Anatomia e com terror da Química Fisiológica, cujo professor, impecavelmente vestido, com a sua gravata branca, o seu colarinho gomado já fora de moda e a sua bengala, simbolizava, com os seus 56 anos e o seu ligeiro trémulo, uma ciência profunda e complexa, ministrada em aulas que compreendiam a tarde inteira, até

se esgotar o longo sumário que enchia completamente as duas faces do quadro negro.

«Um grande quadro animado,
escrito de um e de outro lado,
em rotação permanente...»

na ironia subtil do meu condiscípulo Figueira Lopes, que a morte implacável roubou já ao convívio de amigos e admiradores.

Um tanto irreverente, todavia,

«trama de seda, ligeira
que não magoa ninguém»

a imagem é perfeita e recorda o escolho em que há 20 ou 30 anos tropeçava número avultado dos rapazes recém-chegados à Escola.

O Prof. Alberto de Aguiar ensinava, logo no ano imediato, a estudantes sem preparação adequada, as doutrinas da Patologia Geral, que eram mal compreendidas e causavam numerosas reprovações.

Por último, no final do curso, se os doentes distribuídos para estudo apresentavam na sua documentação analítica um boletim urológico completo, de novo a imagem deste professor se confundia com o texto das Questões de Urologia, em horas de leitura muito amarga.

As três circunstâncias referidas contribuíram para se julgar indevidamente o Prof. Alberto de Aguiar, talvez demasiado rigoroso na avaliação do aproveitamento escolar dos seus alunos.

Esta apreciação, propositadamente repetida nos exagerados e injustos termos em que a fizeram muitos estudantes do meu tempo, é manifestamente errada, como facilmente pode verificar quem for levado ao estudo da obra do Mestre ou se encaminhar para a leitura dos seus escritos sobre as deficiências da organização do ensino médico naquela época.

Eu próprio tive oportunidade de reconhecer muitas e muitas vezes, já assistente, que a personalidade do Prof. Alberto de Aguiar era bem a antítese do que referi, pude compreender a razão do seu rigorismo e, mais tarde, a dificuldade do seu ensino e até a grandeza de certas deduções urológicas. A minha admiração aumentava constantemente e depressa atingiu a altura em que os seus discípulos manifestavam a sua.

Se, como ouvi algures, a má fama de um professor advem do julgamento dos seus alunos menos dotados, no caso vertente a má apreciação pode filiar-se no rigor dos exames efectuados antes de 1927, data em que o Prof. Alberto de Aguiar escreveu as seguintes palavras: «Somos forçados na inglória luta contra uma má orientação pedagógica a defender o curso médico pelo único recurso que nos é dado manejar — a exclusão no exame» e acrescentava: «o número de reprovações cresce pavorosamente, subindo dos 5 a 10 por cento... até os 70 e 80 por cento dos últimos anos».

Neste mesmo escrito — Palavras prévias do XIV volume do Anuário da Faculdade de Medicina — ao mesmo tempo que, corajosamente, proclamava o descalabro do ensino, se insurgia contra a disciplina de estudos em vigor e lamentava a impotência da Faculdade para vencer e dominar tal situação, defendia os alunos, «mais vítimas do que culpados de tantas perturbações (transferências de inscrições, dispensas, concessões de excepção, novas épocas de exame) que só a indisciplina legal fomenta e justifica».

As doutrinas da Patologia Geral, que são o enlevo dos estudantes pela transição que estabelecem entre as cadeiras basilares do curso e a clínica, constituíam então matéria pesada e difícil por ser ensinada a escolares do 2.º ano, ignorantes de toda a Fisiologia, de parte da Anatomia e, quantas vezes, condicionais em Química Fisiológica.

As suas deduções de Semiologia Urológica, numa época em que a análise do sangue não tinha o virtuosismo e a importância que as novas técnicas e o moderno instrumental hoje lhe emprestam, eram primores de lógica e de asserto de todas as vezes que os informes

clínicos minuciosos lhe permitiam coordenar os seus conhecimentos profundos de química biológica, de semiótica laboratorial e de clínica. É que a sua preparação, muito profunda, deveu-a à circunstância de poder estudar clinicamente os doentes cuja urina analisou, primeiro no Gerez e depois no Hospital de Santo António, em cujo seio estava situado o seu Laboratório Nobre.

Estas palavras, quiçá moldadas fora do ritual protocolar destas homenagens, deixam compreender uma das facetas da personalidade forte do Prof. Alberto de Aguiar, que se alheava de críticas injustas ou infundamentadas às suas atitudes, para seguir, inflexível, o caminho ditado pela sua consciência recta.

Na cátedra e no laboratório o Prof. Alberto de Aguiar mantinha o ar um tanto severo que tão bem se casava com a exigência que a si próprio e aos discípulos impunha. Resultou essa severidade da disciplina aprendida ao iniciar os seus trabalhos de química sob a orientação do Prof. Ferreira da Silva. As dedadas da disciplina do grande Mestre, profundas, nunca o tempo as deliu; reconhecem-se em toda a actividade profissional do Prof. Alberto de Aguiar e encontram-se sinais delas na intimidade do seu lar ou na roda dos seus amigos, onde a severidade se transformava em jovialidade, onde a aparente frieza da sua bem marcada característica esquizotímica se desdobrava em fina sensibilidade afectiva.

Em boa verdade, o Prof. Alberto de Aguiar vivia intensamente essa vida afectiva, traduzida no seu lar pelo carinho inexcedível que dedicava à esposa e pelas delicadezas e atenções para os seus numerosos filhos.

De hábitos profundamente metódicos, estabelecia o seu horário rigoroso e lá marcava, para os cumprir religiosamente, os momentos a dedicar aos seus affectos, fosse para acompanhar as brincadeiras ingénuas dos filhos mais novos, para coleccionar amorosamente a correspondência dos mais velhos ou ainda para acondicionar artisticamente o primeiro dente de leite de uma das filhas para o entregar à dedicada esposa, com uma palavra de candura da criança e uma frase amistosa sua.

Na mesma sensibilidade afectiva englobava os seus amigos e os seus discípulos para os quais tinha sempre palavras de carinho e de admiração de todas as vezes que precisava de os referir nos seus escritos.

Para lá destes affectos, bem vincados mas naturais, não devem omitir-se nem a piedade pelos infelizes nem os ímpetos do seu coração bondoso para lhes valer ou os aliviar.

Que beleza naquela atitude estoica de beijar na face uma pobre vendedeira de peixe quando todos a repeliam com receio de lesões erradamente diagnosticadas de lepra! O que não pode um boletim analítico de quem tinha o mais elevado prestígio científico para contrariar o diagnóstico, conseguiu-o o cração num acto espontâneo, mas espectacular, em pleno mercado do peixe, na hora do maior movimento. A pobre mulher ficou ilibada do infamante labeu de leprosa e o coração do Prof. Aguiar com a consolação de ter praticado uma obra da mais requintada caridade. Que beleza moral quando, já velhinho, não eliminou das provas tipográficas de uma monografia as palavras de elogio à honestidade de um servidor de muitos anos, cuja infidelidade acabava de descobrir. Alheio à perda material, apenas pensou no dano moral que poderia causar a esse servidor e terminou por lhe perdoar e, o que é mais, por lhe garantir uma velhice tranquila em mediania confortável.

Impellido por sentimentos da mesma natureza dedica-se carinhosamente à Junta Patriótica do Norte e sacrifica a sua situação de professor da Faculdade de Farmácia, pela qual lutou denodadamente em 1903, para que, sem prejuízo dos seus deveres docentes na Faculdade de Medicina, sem abandono do seu santuário de semiótica e sem abdicar dos momentos de affectuoso convívio familiar, ficasse com tempo disponível para aquela obra de bem fazer.

Era assim o Homem: profundamente humano, abrindo constantemente o seu coração para o bem, sempre pronto a mitigar as dores morais ou a suavizar a miséria física.

O Prof. Alberto de Aguiar nasceu em 1867 e terminou o curso médico aos 25 anos. Frequentou a velha Escola Médico-Cirúrgica numa época em que a Química, fortemente impulsionada pelo grande Ferreira da Silva, atingiu «a sua mais alta, útil e orgulhosa expressão técnica e quando para o Porto, que se tornou o foco deste movimento, se dirigiam as atenções dos cientistas nacionais e estrangeiros» (A. Aguiar).

Estudante distinto, com acentuada tendência para trabalhos de laboratório, impressionado pela ciência que havia de o apaixonar, dirige-se ao Prof. Ferreira da Silva e, conquanto ainda aluno, este recebe-o no Laboratório Municipal como químico-auxiliar.

Polariza logo a atenção, com os conselhos, o incentivo e o auxílio do Mestre, para os assuntos da química urológica, elaborando dois importantes trabalhos, um dos quais—Célula hepática e crase urinária—lhe abriu, após concurso brilhante, as portas da Escola, onde entrou em 18 de Julho de 1896 como lente substituto da secção médica.

Arrastado pela onda renovadora médico-pedagógica condicionada pelo notável relatório apresentado um ano antes ao Conselho Superior da Instrução Pública pelo Prof. Ricardo Jorge, vivendo o ambiente febril dos trabalhos de natureza laboratorial pura fomentados pelos Profs. Ferreira da Silva e Ricardo Jorge, especializado em química médica, autor de importantes trabalhos sobre urologia, estava definitivamente traçada a sua orientação profissional.

A especialização analítica do jovem lente foi reconhecida pelo Conselho Escolar, que lhe confiou a Direcção do Laboratório Nobre, acabado de nascer do acordo estabelecido entre a Escola Médico-Cirúrgica e o Hospital de Santo António, e que se destinava a servir ao mesmo tempo as necessidades analíticas das múltiplas enfermarias do Hospital e das clínicas escolares. Mais uma vez — na frase de João de Meira — a «Escola se antepôs, em matéria de ensino, às iniciativas oficiais», porquanto aproveitou o rendimento de 80 contos, legados à Escola pelo benemérito Bruno Alves Nobre, para criar 4 cursos auxiliares e subsidiar o novo Laboratório, onde deviam ensinar-se análises clínicas, como complemento dos programas de Patologia Geral e de Anatomia Patológica.

O Laboratório Nobre, instalado com certa grandeza e a mais clara visão das necessidades futuras, desenvolve-se rapidamente em extensão e variedade de serviços, cresce proporcionalmente em categoria científica e depois de 5 anos de actividade é justamente considerado uma instituição laboratorial sem par nos estabelecimentos hospitalares do país.

Cumprindo brilhantemente a sua missão técnica nas secções de química, de bacteriologia, de histologia patológica, de autópsias e desenvolve extraordinária actividade científica. Desde a importante dissertação inaugural do Prof. Sousa Júnior, publicada em 1900, ao notável trabalho do Dr. Carlos Albuquerque, vindo a lume em 1903, foram aprontadas no Laboratório Nobre 7 teses de doutoramento e prestada importante colaboração a mais 4, uma das quais a dissertação de concurso do Prof. Luís Viegas.

Esta actividade febril, que prometia crescer progressivamente e que tanto prestigiava a Escola e o Hospital, foi travada pelas dificuldades económicas que vieram a ser, ao cabo de 7 anos de labor profícuo, a causa da extinção do Laboratório ou, melhor, do seu desdobramento em duas instituições congéneres, uma da Escola e outra da Misericórdia, que ainda persistem hoje. O Prof. Alberto de Aguiar, afastado da direcção do Laboratório Nobre pela nova organização que se lhe quiz dar e injustamente preterido no concurso para director do Laboratório de Análises da Misericórdia, recalçou a sua mágoa e com o mesmo entusiasmo, a mesma força de vontade e a mesma fé nas suas possibilidades técnicas e científicas, volta-se para o seu pequeno laboratório particular, enriqueceu-o de aparelhagem, aumentou as instalações e, em poucos anos, transformou-o na gloriosa instituição que foi o Laboratório Médico do Prof. Alberto de Aguiar. Dele pode escrever, em 1914: «mate-

rialmente bem apetrechado e artisticamente apresentado, suscita a admiração de quantos o visitam ou dos que a ele recorrem como simples clientes, supondo-o instituição oficial ou superiormente subsidiado».

No seu apogeu — de 1914 a 1921 — foi o estabelecimento analítico particular do país mais cotado, mais movimentado e mais prestigiado, pois constituiu um centro científico de irradiação de valiosos trabalhos; além dos que ficaram arquivados nos 6 volumes da Revista de Semiótica Laboratorial — criada e mantida pelo Prof. Aguiar — contam-se 17 teses inaugurais e de concurso, entre as quais as dos seus discípulos e depois professores Lourenço Gomes, Rocha Pereira, Carlos Ramalhão, Francisco Coimbra e Elísio Milheiro e as dos assistentes Drs. Fernando Fernandes, Álvaro de Aguiar, Acácio Tavares e Corte-Real, este seu genro e seu sucessor na direcção do Laboratório.

Conquanto instituição meramente particular, não pode desligar-se da história da Faculdade, quer pelo auxílio analítico tantas vezes prestado às clínicas escolares como por ter sido o alfobre onde iniciaram os seus trabalhos científicos ou se prepararam 5 professores catedráticos e muitos assistentes, quer ainda porque o fastígio da importância técnica e científica do Laboratório coincidiu — como afirmou o próprio Prof. Aguiar — com a colaboração dos seus dois discípulos mais categorizados e mais queridos, o Prof. Carlos Ramalhão e, sobretudo, o Prof. Rocha Pereira.

A par de tão importante contribuição para a Semiótica Laboratorial e dos seus estudos de Química Biológica, que lhe grangearam o nome de Patriarca da bioquímica portuguesa, o Prof. Alberto de Aguiar foi sempre meticoloso no desempenho das suas funções docentes, entre as quais dominam a regência das cadeiras de Patologia Geral, de Bacteriologia, de Química Fisiológica, de Fisiologia e dos cursos de Química Fisiopatológica e de Semiótica Laboratorial.

Pude consultar há pouco, por deferência de sua filha Dr.^a Alda de Aguiar, os sumários ou sinopses das lições de Patologia Geral e de Semiótica. Em cadernos próprios, cada lição tem o seu lugar e compreende, depois da respectiva sinopse, múltiplas notas, umas escritas nas folhas do caderno, outras em pequenas tiras de papel meticolosamente coladas no sítio apropriado. Cada uma dessas notas constitui um ensinamento novo colhido da experiência pessoal ou das consultas bibliográficas e, no seu conjunto, representam afinal a evolução dos conhecimentos ou das doutrinas médicas do capítulo da Patologia a que respeita a lição. Indicam ainda, exuberantemente, o escrúpulo e a consciência com que o Prof. Alberto de Aguiar preparava as suas lições e as mantinha sempre actualizadas.

Todo este fecundo labor se desenvolveu, dentro da Faculdade de Medicina, durante 39 anos e só terminou em 1935, quando o Prof. Alberto de Aguiar pediu a jubilação, antes de atingir o limite de idade, ao reconhecer que a sua capacidade intelectual começava a declinar. No entanto, é desta época aquela brilhante síntese da evolução histórica da Química integrada no seu discurso de agradecimento à Faculdade pela homenagem prestada depois da sua jubilação, em 27 de Junho de 1935. É também da mesma época o notável discurso em que salienta a hegemonia da ciência francesa, proferido no Consulado de França, um mês antes, ao agradecer a imposição das insígnias da Legião de Honra, com que fora agraciado pelo Governo francês.

Retirou-se depois o Prof. Alberto de Aguiar para a intimidade do seu Laboratório e da sua família, vivendo mais 12 anos, os primeiros 2 com certo vigor físico e entregue a razoável labor científico até que a morte do seu filho, Dr. Álvaro de Aguiar, moço de tantas qualidades e que alimentava a justa esperança de suceder a seu Pai na cátedra e no Laboratório, abalou fortemente a saúde do Prof. Aguiar, que se deixou resvalar insensivelmente para a morte, ainda distante 10 anos, com ar estoico de quem tem pressa de deixar este mundo.

Morreu tranquilamente na sua casa da Restauração, em 1948, no seio da sua família e amparado pelo dis-

cípulo mais querido, paredes meias com o seu santuário de trabalho, onde um artístico friso de azulejos, homenagem aos seus professores e aos seus colegas da Faculdade, ficaria a demonstrar que o Homem cuja vida findou, albergava no mais íntimo do seu ser o nobre sentimento da gratidão, aos Mestres que o formaram, aos colegas que sempre o consideraram e aos discípulos que tanto o prestigiaram e engrandeceram.

Discurso do Prof. Elísio Milheiro

Tenho gravada na mente, donde nunca mais se apagará, a figura insigne do meu prezado mestre Alberto de Aguiar. A convivência quase permanente que com ele tive durante os oito anos em que fui seu assistente, nesta casa e no seu Laboratório particular, convivência que depois se prolongou, embora com menos assiduidade, puderam-me mostrar a grandeza da sua pessoa, a notável extensão das suas qualidades, extensão que poucas vezes terá sido atingida e muito raras excedida. É que Alberto de Aguiar não se limitou a ser professor. Além de professor competentíssimo, com os recursos dos seus vastos conhecimentos científicos, foi investigador e técnico de laboratório notável, foi grande patriota e homem de carácter independente como poucos, foi homem de bem, amigo do próximo, e foi chefe de família exemplar. Por isso, não exagerei quando há pouco disse que a extensão das suas qualidades muito raras vezes terá sido excedida.

Como homem de ciência e técnico de laboratório, foi discípulo e discípulo querido do grande mestre Ferreira da Silva, de quem se celebra este ano o centenário do nascimento.

Do seu mestre herdou o gosto pelos trabalhos laboratoriais, a perfeição da técnica e até a coragem verdadeiramente heróica que nesse tempo era preciso ter para ser investigador, com poucos recursos e sem qualquer incentivo para o trabalho. A sua convivência com Ferreira da Silva, com quem fundou a Sociedade Química Portuguesa, decidiu a sua orientação para o laboratório.

Mas Alberto de Aguiar não se limitou à análise química mineral que aprendeu com Ferreira da Silva e em que este era mestre exímio; entrou no capítulo da química biológica aplicada à medicina e começou a fazer análises clínicas e a chamar para esse campo a atenção dos médicos. Mas ainda se não deixou ficar por aí. Fora das análises químicas, o laboratório podia prestar à Medicina muitos serviços nos campos da bacteriologia, da hematologia, da histopatologia, etc., assuntos em que não estava preparado. Pois Alberto de Aguiar, com o gosto pela perfeição técnica adquirido com Ferreira da Silva na prática química e com as suas notáveis qualidades de trabalho, de observação, de estudo e de visão, conseguiu fazer de si mesmo um técnico, mas técnico notável para o seu tempo, em bacteriologia, em parasitologia, em hematologia, em serologia, em histopatologia, numa época em que estes ramos da ciência eram quase desconhecidos em Portugal. E tudo isto unicamente pelo seu esforço, sem ir ao estrangeiro nem sequer tomar contacto com os especialistas de tais matérias!

Em boa hora Alberto de Aguiar se lançou neste assunto. A importância das análises laboratoriais como auxiliares do diagnóstico, que ele viu e de que previu o futuro, foi interessando a pouco e pouco o corpo médico e foi subindo de valor até atingir o que é hoje. Por outro lado, Alberto de Aguiar foi criando discípulos na análise clínica, estes discípulos foram criando outros e assim sucessivamente, e hoje são seus discípulos directos ou indirectos quase todos os analistas do norte de Portugal e muitos do resto de Portugal continental e das províncias ultramarinas.

A sua notável preparação e a vontade de contribuir para o progresso da ciência fizeram dele um investigador, no tempo em que praticamente não havia condições nenhuma para isso nos estabelecimentos de ensino superior: nem instalações, nem dotações, nem pessoal au-

BAIXA DE PREÇOS

Novamente os Laboratórios Delta, põem à disposição da Ex.^{ma} Classe Médica, a

DELTACILINA em DOSES,

tornando-a assim, como já fora, a primeira penicilina preferida pela economia das suas embalagens.

Deltacilina	150.000 U. O.	1 Dose	Esc.	9\$50
		3 Doses	Esc.	22\$50
	300.000 U. O.		Esc.	11\$00
	400.000 U. O.	1 Dose	Esc.	12\$00
		3 Doses	Esc.	33\$00
		5 Doses	Esc.	52\$50
		10 Doses	Esc.	100\$00
	600.000 U. O.	1 Dose	Esc.	14\$00
		3 Doses	Esc.	39\$00
		5 Doses	Esc.	62\$50
		10 Doses	Esc.	120\$00
	800.000 U. O.	1 Dose	Esc.	16\$00
		3 Doses	Esc.	45\$00
		5 Doses	Esc.	72\$50
		10 Doses	Esc.	140\$00
	3.000.000 U. O.		Esc.	38\$00



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



ROTERCHOLON

UM NOVO PREPARADO PARA O TRATAMENTO
DAS DOENÇAS DA VESÍCULA BILIAR E DAS VIAS BILIARES

- REMOVE A ESTASE
- COMBATE A INFECCÃO
- REGULA A EVACUAÇÃO INTESTINAL
- ACTUA DIMINUINDO A DOR

NENHUNS EFEITOS SECUNDÁRIOS PREJUDICIAIS

COMPOSIÇÃO : Rhizoma Curc. Jav. (Temoe Lawak), Fel Tauri,
Oleo Menth. pip., Oleo Foenic., Oleo Carvi.,
Salicilato de Metilo, Aloe, Podofilina.

POSOLOGIA : 1 a 2 drageias, 3 vezes por dia.

EMBALAGENS ORIGINAIS : Tubo com 60 e 150 drageias.

Literatura e Amostras à disposição da Ex.ma Classe Médica.

PHARMACEUTISCHE FABRIEK **ROTER**

HILVERSUM-HOLANDA

REPRESENTANTE EXCLUSIVO PARA PORTUGAL

NÉO-FARMACÊUTICA, L.^{DA}

AVENIDA 5 DE OUTUBRO, 21 - r/c - Esq. — LISBOA

TELEF. .51830

xiliar. Mas Alberto de Aguiar, no Laboratório Municipal, dirigido por Ferreira da Silva, no Laboratório Nobre desta Faculdade, que ele dirigiu durante algum tempo, e sobretudo no seu Laboratório particular, começou-se a dedicar à investigação científica e, quando a Reforma do Ensino de 1911 procurou fomentar essa investigação pela especialização dos professores, pela criação dos lugares de assistente e pelo aumento de rendimento das Universidades, já Alberto de Aguiar tinha publicado uma série notável de trabalhos nos capítulos de Química Biológica, Química Bromatológica, Química Hidromineral, Química Farmacêutica, Análises Clínicas, Semiótica Laboratorial, Bacteriologia, etc., etc. E, como se não bastasse ser investigador, fundou uma revista científica, a Revista de Semiótica Laboratorial, que era publicada à sua custa e de que era director, editor, chefe de redacção e principal colaborador. Vê-se que não foi preciso a nova lei despertar Alberto de Aguiar, porque ele já tinha despertado.

Nos seus trabalhos de investigação destacam-se duas características: o rigor na aplicação dos métodos de técnica e o respeito pelos grandes mestres da ciência. Aplicava com todo o rigor os métodos que já tinham dado as suas provas; muito raras vezes se afastava deles, para os simplificar ou tornar mais rápidos, e só depois de muitíssimas experiências, com repetidas provas e contra-provas, se convencia de que não havia prejuízo na modificação. Quanto ao respeito pelos grandes mestres, esse notava-o logo quem fosse ao seu laboratório particular: tinha nas paredes os nomes e os retratos dos principais homens das ciências laboratoriais relacionadas com a medicina, e, como patronos do laboratório, os bustos de Lavoisier e de Pasteur. Mas o grande respeito por eles influenciava os seus próprios trabalhos de investigação; considerava-se tão inferior a eles que, apesar de rigoroso na técnica, chegava a duvidar dos resultados das próprias experiências quando eles contradiziam as opiniões dos consagrados.

A sua boa preparação em assuntos tão variados, os seus vastos conhecimentos científicos, as suas qualidades de trabalho e a sua facilidade de adaptação aos diversos ramos da biologia médica, permitiram que Alberto de Aguiar se pudesse encarregar com proficiência do ensino de variadas disciplinas. Assim, vemo-lo umas vezes reger Patologia Geral, outras Bacteriologia e Parasitologia, agora Química Fisiológica, logo Química Fisiopatológica ou Semiótica Laboratorial, isto na Faculdade de Medicina, assim como Química Biológica ou Química Farmacêutica na Faculdade de Farmácia, onde também foi professor. Duma vez em que a Faculdade de Medicina não tinha professor de Fisiologia, Alberto de Aguiar encarregou-se da sua regência, ia ele para fazer 60 anos!

E não havia diferenças nas suas aulas, quer fossem de disciplinas há muito ou há pouco tempo a seu cargo. Nas suas lições nunca havia palavras a mais, a tomarem o tempo; pelo contrário, o grande cuidado que ele tinha sempre na sua preparação e na sua orientação, e que eu tive ocasião de verificar, fazia com que elas fossem recheadas de conhecimentos de princípio a fim.

Em virtude do nosso mau sistema de exames, que giram à volta da chamada *matéria dada* e não à volta da importância dos assuntos, para os estudantes menos aplicados os melhores professores são aqueles que menos conhecimentos mostram e mais mal preparam as lições, porque são os que menos matéria dão e, portanto, menos estudo exigem. Ora a soma e a profundidade dos conhecimentos contidos nas lições de Alberto de Aguiar causavam o desgosto desses alunos menos aplicados. Há pessoas (creio que poucas, felizmente) que não vêem a utilidade dos conhecimentos científicos, embora queiram carreiras científicas, e preferem a ignorância, porque a ciência pode ser demasiada e fazer-lhes mal. Não admira. A luz, essa luz que nos alumia, que nos serve de guia, que nos é tão útil quando sábiamente aproveitada, é a mesma luz que encandeia e cega aqueles que a não conhecem e são incapazes de a aproveitar.

*

Mas deixemos o cientista e encaremos o homem, porque nem só os dotes intelectuais enobrecem as pessoas.

Já uma vez disse, nesta mesma sala, que, se a primeira qualidade moral a exigir no homem é a sinceridade, a segunda é, para mim, o espírito de independência. Como considero estes dotes morais os mais nobres do homem, tenho de concluir pela nobreza de Alberto de Aguiar, mas nobreza por direito próprio e não por graça de quemquer.

Nunca vi Alberto de Aguiar usar a dissimulação manhosa, aquela dissimulação que, para certas pessoas, é sinal seguro de inteligência. A sua ingenuidade e a sua boa-fé atingiam por vezes as fronteiras da infantilidade; supunha que todas as pessoas eram sinceras e de boa-fé e, como era muito firme nas suas opiniões, só mudava esse parecer em presença dos factos em contrário.

Esta firmeza nas suas opiniões, firmeza que orientava os seus actos e que resistia a todas as influências exteriores e a todas as investidas de atacantes mal apetrechados, era outra das facetas do seu carácter e estava de acordo com o seu espírito de independência. Para mostrar a firmeza das suas opiniões, basta citar este facto: Quando era Director da Faculdade de Medicina, opôs-se a que ingressassem nela os alunos do F. Q. N. a quem faltasse um exame, apesar de nessas condições se encontrar a sua própria filha. E a partir de então nunca mais eles entraram nesta casa sem os exames todos.

Quanto ao seu espírito de independência, não era aquele espírito egoísta, aquele falso espírito de independência que se limita à independência do próprio e exige a subordinação dos outros. Alberto de Aguiar era independente como pouca gente, mas não invadia campos estranhos. Aberto a todos os modos de ver, a todas as opiniões, permitia a independência de espírito e respeitava as opiniões dos outros, aos seus próprios discípulos, desde que essas opiniões fossem fundamentadas. Quantas vezes ele e eu, mestre e discípulo, discutimos assuntos científicos em que as nossas opiniões eram divergentes e até opostas! Só nestas condições, com este espírito de independência respeitosa, poderiam ter colaborado e ter-se entendido tão bem os dois maiores teimosos deste mundo: Alberto de Aguiar e eu. O que Alberto de Aguiar exigia, como disse, era que as opiniões tivessem fundamento. Tinha razão. Para fazer afirmações gratuitas, não é preciso pensar; basta falar.

Alberto de Aguiar era também grande patriota e homem de coração. Depois que Portugal entrou na primeira grande guerra, em 1916, Alberto de Aguiar, com a colaboração de algumas pessoas dedicadas, fundou a Junta Patriótica do Norte, benemérita instituição que prestou notáveis serviços aos soldados em campanha e sobretudo aos prisioneiros, pondo-os em contacto com as suas famílias. De colaboração com a Cruz Vermelha Internacional, porque a Junta teve projecção muito para além das fronteiras, encarregava-se de fazer chegar notícias, correspondência e até víveres aos prisioneiros portugueses internados na Alemanha. Eu, que tive pessoas de família nos campos de prisioneiros, tive ocasião de apreciar os notáveis serviços que a Junta nos prestou e como, felizmente, nunca medrou em mim essa pestilência que se chama ingratidão, comecei a admirar e a ter estima por Alberto de Aguiar, nessa época em que eu estava ainda bem longe de supor que viria um dia a ser seu assistente.

Estes factos, que a muitos passaram despercebidos (e por outros chegaram até a ser malsinados, por muito estranho que isto pareça) eram consequência do seu patriotismo, mas patriotismo que ele sentia e praticava desta maneira, muito diferente de certo patriotismo agressivo, que mais tarde Pio XI havia de condenar nas suas alocações e que muitos portugueses têm apregoado, ao mesmo tempo que exaltam estrangeiros insensatos. O patriotismo de Alberto de Aguiar em bem pouco se resumia: amar Portugal e os portugueses. Era bem pouco, era; mas, como diziam os latinos, *in parvo multum*. Eu

direi ainda mais: nesse pouco não estava muito, estava tudo. Mas não era só o patriotismo que o movia. Era também o amor do próximo, a vontade de auxiliar os que de auxílio necessitavam, esse mesmo espírito de solidariedade e dedicação pelos outros que o levava a colaborar em todos ou quase todos os movimentos de benevolência que se realizavam na cidade do Porto.

Mas a sua acção mais notável no campo da benevolência foi a criação e a direcção da Casa dos Filhos dos Soldados, destinada a recolher e instruir os filhos dos militares que tomaram parte na primeira Grande Guerra. A todos a Casa recebia, dentro dos seus recursos: os filhos dos militares mortos ou inutilizados, os daqueles que, embora de saúde, não tinham recursos para os criar e, sobretudo, aqueles que corriam perigo moral.

Na criação da Casa dos Filhos dos Soldados teve Alberto de Aguiar dedicadíssimos colaboradores, mas foi o seu prestígio pessoal e a sua actividade que tornaram esta obra possível. Quanto ao seu significado, repetirei as palavras que dela disse uma alta patente espanhola, o Governador Militar de Pontevedra, que a visitou há uns dois ou três anos: «Pelo sentimento que animou a sua fundação, é obra única na Península Ibérica».

Só quem de perto lidou com Alberto de Aguiar teve ocasião de conhecer o trabalho, a dedicação, a despesa, os sacrifícios que esta obra lhe custou.

A esta obra dedicava uma percentagem da receita do seu laboratório particular. À sua administração dedicava horas de trabalho todos os dias. E para angariar recursos para ela dirigia-se às autoridades civis e militares, às casas de comércio e às indústrias, a todos aqueles que a poderiam auxiliar e pedia, pedia como um cego, para empregar a frase corrente. Bem recebido por uns, era recebido por outros com incompreensão; mas Alberto de Aguiar não desanimava e aqui se via mais uma vez a grandeza dos seus sentimentos. O homem altivo, o homem independente, o homem de personalidade, aquele homem que, noutros casos, seria incapaz duma curvatura de espinha, continuava a pedir e pedia a todos, aos que o compreendiam e animavam e aos que o não compreendiam.

Numa ocasião, em que eu lhe disse que a Casa dos Filhos dos Soldados lhe dava muito trabalho, Alberto de Aguiar respondeu-me com estas palavras, que só podiam vir duma pessoa com o seu carácter: «O trabalho é o menos, porque ao trabalho estou eu habituado; o pior é que, para a sustentar, sou obrigado a tirar chapeladas e algumas delas custam-me muito a tirar. Mas tiro-as, porque não as tiro para mim nem para a minha família».

E, na verdade, nunca as tirou para ele nem para a sua família. Isso era contrário à sua altivez e ao conceito que ele tinha da dignidade da família.

É que a família, para ele, era uma espécie de divindade, e a casa era um templo levantado a essa divindade. A maneira como ele encarava a família e como fazia a vida familiar tinha aspectos verdadeiramente encantadores e bem podia servir de modelo.

Severo e bem disposto, educador e brincalhão, companheiro de brincadeira dos seus filhos, era ao mesmo tempo pai e irmão, mas não parecia o irmão mais velho dos filhos, como é costume dizer-se, antes parecia ser o seu irmão mais novo.

Mas esta obra prima do amor de família teve um dia um violento estremeção. O seu filho mais velho, já médico, morreu vítima duma doença infecciosa contraída no Laboratório. O golpe foi tão brutal para Alberto de Aguiar, que ele, até aí incansável, começou a sentir o peso da idade; só nessa altura notou que já estava nos 70 anos.

Entregou então à Liga dos Combatentes da Grande Guerra a direcção da Casa dos Filhos dos Soldados, que tinha estado a seu cargo durante 20 anos. Ainda trabalhou durante algum tempo e ainda durou 10 anos, mas bem se pode dizer que foram 10 anos de agonia. Aquele corpo, que tanto trabalho suportara, começou a decair lentamente, a vergar, foi-se inclinando para a terra, até que a terra o recolheu no seu seio. Ficou-nos a sua obra e o exemplo das suas acções.

Discurso do Prof. Rocha Pereira

Neste coro de homenagens à memória imperecível do Prof. Alberto de Aguiar, uma das nossas glórias autênticas, acabada de exaltar nas alocações primorosas e sentidas dos seus ilustres sucessores, Profs. Elísio Milheiro e Ernesto Morais, eu não quero repetir as expressões e os factos agora revividos com tanto brilho e carinho, mas desejo apenas associar-me inteiramente à comemoração aqui realizada, em nome dos antigos discípulos, em nome da Clínica Médica que tanto lhe ficou devendo e em meu nome pessoal.

Os seus discípulos e colaboradores sentem-se justamente desvanecidos com o reconhecimento da obra grandiosa do Mestre que teve uma influência primordial e decisiva na elevação do nível científico e pedagógico da nossa Faculdade, integrada no movimento renovador, que se iniciou após o célebre Relatório de Ricardo Jorge ao Conselho Superior de Instrução Pública, em 1885. Ninguém mais do que ele se empenhou no esforço colectivo de reformar e aperfeiçoar o ensino médico, cultivando não só a Química Biológica, de que foi o expoente máximo, mas também a Bacteriologia, a Histologia e a Anatomia Patológica, a Fisiologia e a Patologia Geral. Foi um dos Mestres mais eminentes, sabendo ensinar e sabendo exigir.

No domínio da investigação científica, uma das finalidades dos centros universitários, a sua acção foi marcadamente produtiva, quer realizando trabalhos pessoais, quer inspirando e orientando os seus discípulos e colaboradores, pondo hipóteses de trabalho que ele ia verificando dia a dia com uma meticulosidade inultrapassável, com uma paciência verdadeiramente beneditina. E quando a verdade indagada custava a aparecer no campo do microscópio, no tubo de ensaio ou no trabalho experimental, ele aí estava a ajudar paternalmente o jovem investigador, e a animá-lo se parecia descorçoado. Assim decorriam as horas do dia ou da noite num desprendimento de si mesmo, compartilhando totalmente as dificuldades inerentes a trabalhos desta ordem; quantas vezes saíamos do seu Laboratório Particular horas adiantadas da noite, cansados dum trabalho improdutivo, mas que parecia não ter molestado o Mestre, sempre pronto a continuar. E no dia imediato, a horas matutinas, a obra prosseguia sem desfalecimento!...

Quando, porém, surgia o objectivo procurado, como o *treponema pallidum* num fígado heredo-luético destinado a antigéneo para a R. Wa., ou no cortex cerebral dum paralítico geral quando ainda se punha em dúvida a natureza sifilítica desta afecção tardia, uma alegria sã e comunicativa apoderava-se de todos nós, o Mestre irmanava-se aos discípulos nas manifestações de júbilo, dando-nos a impressão de ser apenas um condiscípulo mais velho. Era assim que trabalhava connosco o nosso Mestre devotado, inoculando-nos o fogo sagrado da paixão científica que deu lugar a trabalhos notáveis que mais tarde abriram as portas da nossa Faculdade a alguns dos seus colaboradores. Quantas horas de insucesso, quantas horas sem história, incompreendidas da maior parte e apreciadas apenas por uma pequena minoria, por alguns, raros eleitos!...

Apregoar aqui, neste momento solene da sua consagração póstuma, o exemplo da sua vida modelar e da sua obra valiosa e extensa, é dar uma alta lição a todos nós, professores e assistentes, e aos numerosos alunos desta Casa. Uma Instituição dignifica-se e valoriza-se não só com o trabalho actual dos seus membros em actividade, mas também com o culto das virtudes dos seus Maiores.

Havia nesta Escola uma tradição anatómica, uma tradição cirúrgica. Alberto de Aguiar criou e desenvolveu os estudos da Química, como Plácido da Costa os da Micrologia, Ricardo Jorge os da Higiene entre outros, Maximiano Lemos os da História da Medicina, Azevedo Maia os da Ginecologia, Luís Viegas os da Dermatologia, Sousa Júnior os da Cirurgia em animais, Tiago de Almeida os da Clínica Médica Moderna, Júlio de Matos e

Magalhães Lemos os da Psiquiatria e da Neurologia, etc., para não falarmos senão daqueles que já passaram à posteridade.

A Clínica Médica não podia deixar de marcar a sua presença neste acto solene pela grande soma de benefícios que do Laboratório Particular, verdadeiro Instituto de Semiótica Laboratorial, recebeu em análises para os seus doentes e em contributo científico para os seus estudos. Por esta forma os alunos desta cadeira podem considerar-se discípulos indirectos do Prof. Aguiar através dos ensinamentos recolhidos do seu Laboratório e através do seu actual professor que teve a honra de ser seu discípulo e colaborador.

Como estava previsto, de hoje em diante o Laboratório de Química Fisiológica terá o nome do seu ilustre fundador que será o seu patrono e que bem mereceu da sua Escola, da Universidade, da Cidade, do País e da Medicina Nacional, nomeadamente do Norte. Que o espírito do homenageado, merecidamente cognominado Patriarca da Bioquímica Portuguesa, possa inspirar sempre os seus preclaros sucessores, actuais e futuros, para maior brilho e grandeza da nossa querida Faculdade, são os votos sinceros do discípulo, do admirador, do amigo.

A encerrar a sessão, o Prof. Amândio Tavares, Reitor da Universidade, começa por dirigir as suas saudações e agradecimentos aos representantes das Faculdades de Medicina de Lisboa e de Coimbra, da Sociedade de Ciências Médicas, da Academia das Ciências e da Sociedade Portuguesa de Química.

E porque o sentido e o significado desta merecidíssima homenagem se achavam claramente expressos nas alo-

cuções dos ilustres Professores Ernesto Morais, Elísio Milheiro e Rocha Pereira, nada mais poderia acrescentar além do necessário para juntar uma palavra de louvor à Faculdade de Medicina pela sua iniciativa e a parcela de respeito e veneração à memória do que foi um dos seus mais brilhantes ornamentos, homem de coração e de carácter, cumpridor exemplar das obrigações docentes, investigador de mérito, naturalmente adaptado às condições do meio e do seu tempo, que soube rodear-se de discípulos, aos quais incutiu o espírito e a disciplina do trabalho científico; alguns ascenderam à catedra, que ilustraram ou ilustram ainda, felizmente.

Uma nota de cunho pessoal: ao Professor Aguiar andam de perto ligados alguns dos passos da sua vida docente na Faculdade: por seu intermédio recebera do Conselho Escolar, a que então presidia, o honroso e espinhoso encargo de tomar conta do Serviço de Anatomia Patológica, a par do generoso incentivo que havia de quebrar-lhe a hesitação diante das dificuldades da missão que se lhe confiava; generosamente acolhera e argumentara a sua lição de concurso ao professorado; regeu a Cadeira de Patologia Geral e o Curso de Semiótica Laboratorial, que Alberto de Aguiar ensinara com rara proficiência; dirigiu o Laboratório de Análises Clínicas que ele criara e orientara durante anos.

Se como antigo aluno, colega, amigo e admirador do saudoso Mestre lhe devia estas simples, mas sinceras palavras, não menos lhas devia como Reitor da Universidade que o Professor Aguiar tão bem serviu e honrou.

Associava-se, pois, de todo o coração, à justíssima homenagem que à sua memória era prestada por louvável iniciativa da Escola onde ensinara perto de 40 anos e por cujos progressos sempre pugnou.

REVISÃO DE CONJUNTO

Dermites por sensibilização aos medicamentos

NORTON BRANDÃO

A pele, dada a sua rica vascularização, está sujeita à influência das noxas circulantes. Entre estas há que considerar além de outras as toxinas derivadas dos agentes animados e certas substâncias provenientes da administração dos medicamentos. A maioria das manifestações cutâneas provocadas pelos medicamentos são de natureza alérgica; outras são devidas a efeitos tóxicos primários, mais raramente resultado de hipersusceptibilidade não alérgica, ou de fenómenos desconhecidos.

A prova de intervenção de fenómenos alérgicos na produção de certas lesões cutâneas medicamentosas é estabelecida pelos seguintes factos principais:

- 1—O medicamento que tem sido perfeitamente tolerado durante semanas ou meses provoca súbitamente uma erupção.
- 2—Uma vez que a erupção ocorreu, quantidades mínimas da droga promovem o reaparecimento da mesma.
- 3—A resposta cutânea é inteiramente diferente da que se obtém com doses tóxicas, embora da mesma droga.
- 4—Medicamentos diferentes na sua constituição podem provocar lesões análogas.
- 5—As erupções cutâneas medicamentosas aparecem em raros indivíduos. A maioria dos indivíduos, mesmo quando sujeitos a doses exageradas, não reproduzem as lesões de natureza alérgica.

Os fenómenos alérgicos que se observam com os medicamentos têm semelhanças tão evidentes com os fenómenos de alergia bacteriana que nos parece útil estabelecer o paralelismo entre certas particularidades das erupções medicamentosas e das doenças infecciosas.

Analogamente ao que se observa na tuberculose experimental, na sensibilização a um medicamento — por exemplo do Salvarsan — há um período de incubação a que se segue a lesão primária e secundariamente resposta alterada à reexposição. Esta capacidade de reacção mantém-se através da vida, indepen-

dentemente da persistência do medicamento, análogamente ao que se passa nas doenças infecciosas (como por exemplo, a positividade da reacção à tuberculina a despeito da cura biológica e clínica da doença). Nas doenças infecciosas, a doença resulta por um lado da capacidade dos microorganismos viverem e multiplicarem-se nos tecidos do hospedeiro e por outro lado da susceptibilidade ou resistência do tecido isto é, da sua capacidade de reacção. A imunidade natural dos animais a certas doenças, como a do rato para a tuberculose, dos animais de laboratório para a blenorragia, etc., não parece ser devida à capacidade de destruir ou inibir o crescimento dos microorganismos mas sim à impossibilidade de se determinar a sensibilização no organismo inoculado a qual se traduz pelo fenómeno doença.

Nas erupções medicamentosas observam-se fenómenos paralelos.

A sensibilidade cutânea ao salvarsan possível no homem e no cobaio não tem sido conseguida em outros animais, como o rato, o macaco e o coelho como o demonstraram as experiências de Frei.

Da mesma maneira os brometos e iodetos que tão vulgarmente sensibilizam a pele humana, não conseguem sensibilizar a pele dos animais. Estes factos levam-nos a supor que a imunidade natural que existe em relação a certas infecções existe também para certos medicamentos.

Mas o paralelismo dos fenómenos vai mais longe. Os medicamentos no que respeita ao seu poder sensibilizante podem classificar-se segundo Sulzberger em 3 grupos, aqueles para os quais não são conhecidos fenómenos de sensibilização (cáscara sagrada) aqueles que sensibilizam apenas um número reduzido de indivíduos (fenolftaleína, salvarsan, etc.) e aqueles que sensibilizam quase 100% como o nirvanol. Nos agentes animados encontramos também 3 grupos equivalentes:

Os saprofitos que geralmente não produzem doença, outros

como o bacilo de Koch, monilia, fungos e vírus de herpes que só produzem doença em determinadas condições e em determinados indivíduos e finalmente aqueles que produzem doença em todos os indivíduos expostos e não imunizados como o trepomena pálido, o vírus do sarampo, etc.

Certos medicamentos análogamente às bactérias têm capacidade de dar lugar a manifestações clínicas particulares de preferência a outras. Com efeito os brometos e iodetos têm particular predilecção pelos folículos, a fenoltaleína e o piramido pelos orifícios naturais e os barbitúricos pela pele e pelas mucosas.

Dadas as analogias dos fenómenos que se passam nas toxidermias e nas doenças infecciosas não nos deve surpreender portanto que o aspecto clínico seja frequentemente muito semelhante. Com efeito as erupções morbiliformes e escarlatiniformes que se observam em consequência dos medicamentos têm fisionomia clínica tão próxima do sarampo e da escarlatina que se torna por vezes praticamente impossível distingui-los.

Este facto levou alguns autores, principalmente os da escola francesa (Millian) a considerar as referidas erupções como verdadeiras doenças exantemáticas em que a droga actuava como agente desencadeante (biotropismo). Existem contudo factos tais como a ausência de contagiosidade que nos permitem interpretá-los como de natureza alérgica sem intervenção de agente animado.

Há contudo duas particularidades que afastam as dermites medicamentosas das manifestações cutâneas das doenças infecciosas e das provocadas pelos alergenos naturais.

Quero referir-me ao aspecto histológico das lesões e aos respectivos anticorpos.

Nunca se observou nas reacções cutâneas aos medicamentos estruturas tuberculóides, embora se tenham conseguido pápulas de tipo tuberculínico em provas intradérmicas com medicamentos. Contudo o exame histológico nunca revelou a existência de estruturas análogas às que se observam frequentemente com os agentes infecciosos ou com os alergenos naturais como o ovo, o leite, toxinas, antigéneo de Frei, etc.

A transferência passiva dos anticorpos que é demonstrável em algumas afecções alérgicas e nas doenças infecciosas não tem sido possível realizar nos casos de sensibilização a substâncias químicas mesmo em casos particulares (por exemplo no da asma provocada pelo ácido acetilsalicílico onde não se tem conseguido demonstrar a existência de anticorpos em relação com aquele medicamento). Se a transferência passiva não tem sido possível há contudo certas experiências que nos autorizam a suspeitar da sua existência.

Landsteiner e Chase em experiências realizadas nas toxidermias fixas conseguiram pôr em evidência a existência de anticorpos circulantes. Aqueles autores utilizaram gémeos univitelinianos com o fim de poderem facilmente transplantar enxertos de pele de um para outro.

Assim verificaram que quando transplantaram a região da pele onde se localizava a reacção cutânea para o outro gémeo não sensibilizado este reagia na zona transplantada mas passado certo tempo a reacção desaparecia. Tudo se passava como se os anticorpos existentes no enxerto se esgotassem uma vez que não eram produzidos na própria pele mas a ela fornecido muito provavelmente pela corrente circulatória. Pelo contrário no gémeo sensibilizado a partir de determinada altura havia reacção no mesmo local onde existia primitivamente e onde se enxertara pele de gémeo são. Estas experiências permitem-nos pois concluir da existência de anticorpos circulantes nas erupções medicamentosas fixas. A razão por que a transferência passiva desses anticorpos não tem sido conseguida fica contudo por esclarecer.

No que diz respeito às outras erupções medicamentosas

não temos neste momento conhecimento de experiências que nos levem a conclusões análogas.

O mecanismo da sensibilização aos medicamentos não está ainda completamente esclarecido.

Na grande maioria dos casos a sensibilidade resulta da administração repetida do medicamento, como acontece com o «Neosalvarsan», «Belergal», piramido, etc. A sensibilização da pele tem-se tornado mais frequente nos últimos tempos devido ao uso dos agentes quimioterápicos e de certos antibióticos na terapêutica lópica. Com efeito a aplicação tão corrente de sulfamida em pó origina percentagem apreciável de casos, fenómenos de natureza alérgica. Nestas condições a ingestão ou administração parentérica daquele medicamento origina também erupções da mesma natureza. Outros produzem lesões mais ou menos extensas e por vezes são acompanhadas de fenómenos gerais os quais associados à doença que motivou a sua administração criam situações de maior ou menor gravidade.

Como conclusão de ordem prática resulta que se devem evitar as aplicações cutâneas repetidas daqueles medicamentos, particularmente da sulfamida, sobretudo em lesões cutâneas superficiais, pois é nestas que a sensibilização se produz com mais frequência.

Noutros casos mais excepcionais a sensibilização da pele faz-se também pelo contacto com objectos do meio ambiente que possuem na sua constituição radicais comuns a certos medicamentos.

Com efeito certos objectos (auscultador do telefone, óculos, etc.) possuem na sua molécula um radical formaldeído — resina e o contacto repetido pode sensibilizar a pele, sensibilização essa que se torna evidente após a administração de medicamentos que possuem o mesmo radical, como a urotropina. Noutros casos é o contacto frequente com certos medicamentos, como acontece com os farmacêuticos, que determina a sensibilização.

Os exemplos citados ajudam-nos a compreender a patogenia de certas erupções cutâneas medicamentosas de natureza alérgica que surgem logo após a primeira administração. A sensibilização cutânea de modo geral não se verifica em relação à totalidade da molécula, mas sim aos produtos de desdobramento ou de transformação da molécula após a respectiva absorção. Este facto é de importância prática e permite-nos compreender que certas drogas, aparentemente não relacionadas, dêem lugar a manifestações do mesmo tipo.

Assim J. Jadassohn e Bruno Bloch investigaram as erupções pelo iodoformio (C H I_3). Aqueles autores verificaram que a sensibilidade não se manifestava em relação ao iodo livre mas em relação com o radical metano, tanto quando este radical estava combinado com os Rallogéneos como com outros elementos.

Nas experiências de Perutz de sensibilidade ao iodoformio as reacções específicas só se verificaram quando os radicais metanos estavam combinados com o iodo e nunca se verificaram com outros halógenos.

No que respeita ao Salvarsan verifica-se umas vezes que a sensibilidade existe em relação com a totalidade da molécula e noutros casos apenas ao arsénio. Do exposto podemos concluir substituição pura e simples da droga não é suficiente; é necessário que a nova droga não tenha qualquer radical comum com a droga primitiva, radical esse que poderá ser responsável pelos fenómenos observados.

Referência especial merecem as complicações cutâneas que aparecem no decurso do tratamento pela penicilina. À parte aquelas que estão relacionadas com a procaína (eritemas morbiliformes, escarlatiniformes, etc.) cuja patogenia é análoga à das erupções medicamentosas em geral existem outras cujo mecanismo etiopatogénico é segundo se pensa inteiramente diferente.

São lesões eritemato-exsudativas, intensamente pruriginoso-

Eliminando a toxicidade da Estreptomicinoterápia...

Com partes iguais de sulfato de Estreptomicina e de sulfato de Dihidroestreptomicina (em lugar de um só destes sais)

— NEUROTOXICIDADE

CONSIDERÁVELMENTE REDUZIDA

— EFICIENCIA HABITUAL

ATRALMICINA

NORMAL:

0,25 g de sulfato de Dihidroestreptomicina
0,25 g de sulfato de Estreptomicina
400.000 U. de Penicilina

FORTE:

0,50 g de sulfato de Dihidroestreptomicina
0,50 g de sulfato de Estreptomicina
400.000 U. de Penicilina

FORTÍSSIMA:

0,50 g de sulfato de Dihidroestreptomicina
0,50 g de sulfato de Estreptomicina
800.000 U. de Penicilina

INFANTIL:

0,125 g de sulfato de Dihidroestreptomicina
0,125 g de sulfato de Estreptomicina
150.000 U. de Penicilina

LABORATORIOS ATRAL

POLIBIÓTICO

O ANTIBIÓTICO QUE VEIO REVOLUCIONAR UM DOS GRANDES CAPÍTULOS DA TERAPÊUTICA COM A DESCOBERTA DA POLIMIXINA B

VASTO ESPECTRO BACTERIANO
GRAM-POSITIVO E GRAM-NEGATIVO

Confronto de acção da
POLIMIXINA
com a
ESTREPTOMICINA
feito no quadro
ao lado

DROGA	Dose única sub-cutânea milig./quil. Peso	Inoculação	Mortes nos dias indicados						Sobrevivência 6 dias depois		
			1	2	3	4	5	6	Número	Porcentagem Total	
Contrôle	—	K. Pneumoniae Tipo A Intraperitoneal	10	—	—	—	—	—	—	0	0 %
Estreptomicina	1	»	1	4	9	1	—	—	—	5	25 %
	5		—	—	3	—	—	—	—	7	70 %
Polimixina	1	»	—	—	—	1	2	—	—	17	85 %
	5		—	—	—	—	—	—	—	20	100 %
Contrôle	—	H. Influenzae Tipo B Intraperitoneal Em 5 % de Mucina gástrica	9	—	—	—	—	—	—	1	10 %
Estreptomicina	1	»	16	—	—	—	—	—	—	4	20 %
	5		2	—	—	—	—	—	1	7	70 %
Polimixina	1	»	—	1	—	—	—	—	—	10	95 %
	5		—	—	—	—	—	—	—	20	100 %

× — Foram utilizadas 1000 D L

PREÇOS

Caixas com

1 frasco . . .	27\$00
3 frascos . . .	76\$00
5 frascos . . .	125\$00

FÓRMULA:

POLIMIXINA B	60.000 U. I.
SULFATO DE DIHIDROESTREPTOMICINA	0,5 Gr.
PENICILINA G PROCAÍNICA	300.000 U. I.
PENICILINA G POTÁSSICA	100.000 U. I.

EM UM FRASCO-AMPOLA MAIS 1 AMPOLA DE VEÍCULO COM CLORETO DE COBALTO

ASSOCIAÇÃO SINÉRGICA DE 3 ANTIBIÓTICOS

LABORATÓRIO FARMACOLÓGICO



J. J. FERNANDES, LDA.

LISBOA — PORTO — COIMBRA — FUNCHAL

sas que aparecem nos locais onde se localizam habitualmente se epidermofitias (espaços interdigitais dos pés, virilhas, axilas e sulcos sub-mamários). Surgem em geral súbitamente e parecem corresponder à agudização de epidermofitias latentes.

Com efeito existe para todos os fungos um factor alérgico comum e para cada variedade um factor específico. A pele sensibilizada por uma infecção latente e muitas vezes ignorada, reage à introdução da penicilina que possui o factor comum referido com fenómenos inflamatórios agudos nos sítios onde existe aquela infecção. Mais raramente também se observam lesões fora daquelas regiões (desidros das mãos, eritema e descamação difusa, etc.). Estes acidentes podem ser atenuados ou mesmo evitados pela observação cuidadosa das regiões onde habitualmente existem epidermofitias e pelo tratamento apropriado durante a administração da penicilina.

As erupções cutâneas medicamentosas no aspecto clínico manifestam-se em dois tipos fundamentais, formas fixas e formas disseminadas.

As primeiras conforme a respectiva designação reproduzem-se em cada surto sempre com a mesma morfologia e nos mesmos locais. São constituídos por um ou vários elementos maculosos, papulosos ou nodulares de tamanho variável entre uma amêndoa e a palma da mão, de cor arroxeada, superfície lisa ou vesiculosa, que tende para a cura espontânea em 8 a 10 dias deixando uma mancha residual pigmentada. Acompanham-se dum modo geral de intenso prurido. Os locais de eleição são a nuca, a palma da mão, a glande e a região vulvar, contudo podem aparecer em qualquer ponto da superfície cutânea. Observam-se com frequência nas mulheres, coincidindo com o período menstrual, em relação com analgésicos utilizados naquele período (aspirina, saridon, piramido, antipirina, etc.).

As formas disseminadas têm uma morfologia muito variada podendo simular todas as afecções cutâneas conhecidas. Não vamos pois tentar descrever os vários tipos mas apenas nos referiremos às lesões elementares mais frequentes.

Estas consistem fundamentalmente em eritema (erupções escarlatiformes e morbiliformes), pápulas (urticária, edema angioneurótico), vesículas (erupções eczematosas) vegetantes e hemorrágicas (púrpuras).

A evolução é variável, na grande maioria dos casos a supressão do medicamento conduz à melhoria num prazo mais ou menos curto. Contudo em certas condições particularmente naqueles casos em que não se suspende o medicamento logo após as primeiras manifestações ou a eliminação continua durante algum tempo após a supressão (neo-salvarsan, bismuto, etc.), as lesões cutâneas podem acompanhar-se de fenómenos gerais graves que por vezes põem em risco a vida do doente. As erupções pelo neosalvarsan e ouro constituídas por eritrodermias acompanhadas de fenómenos gerais (febre, taquicardia, emagrecimento, hepatite, etc.), prolongam-se durante meses e não raras vezes conduzem à morte.

De modo geral sempre que uma erupção cutânea surge no decurso da administração de um medicamento a responsabilidade deve ser suspeitada e a droga suprimida ou substituída por outra, tanto quanto possível diferente na constituição química. Os métodos preconizados no sentido de esclarecer a responsabilidade do medicamento consistem na injeção intradérmica da substância em concentração apropriada ou na sua aplicação após a escarificação cutânea, e na readministração do medicamento em dose reduzida.

O primeiro método, injeção intradérmica ou escarifica-

ção, não tem qualquer interesse. A maioria dos medicamentos são naquelas condições urticarogéneos e portanto a pápula que se observa não tem valor para o diagnóstico.

No que respeita à readministração do medicamento só deve ser praticada quando as manifestações cutâneas iniciais não eram extensas e não se acompanharam de fenómenos gerais, pois caso contrário mesmo quando mínimas podem dar lugar a reacções que em certas condições se podem revestir de certa gravidade.

Tratamento: a supressão do medicamento responsável é a medida mais importante de ordem terapêutica. O tratamento geral consiste fundamentalmente em medidas destinadas a melhorar o estado geral dos doentes (vitaminas, etc.).

Localmente quando existem fenómenos exudativos deve fazer-se o tratamento tópico calmante, associado ao repouso.

Nas erupções provocadas pelo arsénio, mercúrio e outros metais pesados está indicado o uso do B. A. L. Este produto (2,3 - dimercatopropanol), foi introduzido durante a última guerra para combater os efeitos tóxicos dos gases arsenicais. É apresentado em solução oleosa a 10 %. Combina-se com o arsénio existente nos tecidos — dando lugar à formação de um complexo tivarso-nopropanol que é relativamente inócuo e se elimina.

Aplica-se em injeções intra musculares na dose de 1/4 cc. por 10 quilos de peso. As injeções aplicam-se de 4 em 4 ou de 6 em 6 horas nos 2 primeiros dias e 2 injeções diárias nos dias seguintes.

Finalmente devem-se referir as complicações cutâneas e mucosas provocadas pelos antibióticos mais correntes (aureomicina, cloromicina, etc.). Trata-se de lesões erosivas e exudativas (aparecidas no contorno dos orifícios naturais (ânus e boca) semelhantes às observadas em certos estados de carência vitamínica. Na boca, associada a uma estomatite com edema, vermelhidão e formação de bolhas observa-se com frequência o aparecimento de boqueiras. Na região perianal o sintoma fundamental é o prurido intenso que se acompanha de eritema e exsudação.

A génese destes fenómenos não é ainda completamente conhecida e não parece ser de natureza alérgica. É possível que a destruição da flora intestinal habitual pelos antibióticos dificulte as reacções de síntese do complexo vitamínico B ao mesmo tempo que facilita o desenvolvimento excessivo e o aumento de virulência de certos fungos particularmente da «Candida albicans».

Assim as lesões cutâneo-mucosas descritas seriam o resultado de uma carência do organismo em vitaminas do complexo B, carência essa que tornaria a mucosa mais susceptível o desenvolvimento de certos fungos.

O mecanismo deve contudo ser mais complicado. Com efeito a administração do complexo B no decurso do tratamento pelos referidos antibióticos não previne, embora atenua, o aparecimento de complicações cutâneo-mucosas.

A frequência crescente das dermatites deste tipo e as dificuldades diagnósticas que ocasionam, aliados à necessidade de um diagnóstico correcto para que possam ser eficazmente tratadas, tornam as sensibilizações medicamentosas um problema da maior actualidade.

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

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLINICAS E CIENTIFICAS

Alguns aspectos do problema da leucémia

George Richards Minot será sempre lembrado pela sua competência como professor e como clínico, mas a maior das suas contribuições para a Medicina foi a introdução do fígado no tratamento da anemia perniciosa. Com a sua descoberta ele conseguiu transformar o destino daqueles doentes de fatal, em bom, permitindo-lhes uma vida normal. Por isso foi agraciado com o Prémio Nobel de 1934.

Esta monumental descoberta é um excelente exemplo do que pode um homem com um conhecimento seguro de medicina, persistente, entusiasta e com uma inteligência sempre pronta a conceber ideias novas. Nos seus estudos ele abordou algumas vezes, problemas clínicos de ordem hematológica, mas ele normalmente não chegava a conclusões especulativas sem primeiro pensar maduramente nelas.

Neste assunto dizia como Bacon: «Nós não temos imaginação para desperdiçar mas sim para tentar descobrir a natureza» ou, parafraseando as palavras de John Hunter a William Jenner: «Não devemos criar limites à imaginação».

Este espírito de investigação e a competência para conduzir incessantemente para um objectivo definido constitui a melhor das actividades. Ele nunca desiste nem perde a coragem sempre que se propõe resolver qualquer problema que o seu espírito um dia abordou. Assim ele chegou a uma das maiores descobertas da ciência hematológica de todos os tempos, a ter controle terapêutico na anemia perniciosa que até então tinha ficado insolúvel.

Há vários aspectos da leucémia que merecem discussão e que requerem estudo. Eu escolhi, para confirmar isto, três deles, a saber: o possível aumento da incidência da doença, a sua etiologia e a evolução dos mais recentes métodos terapêuticos assim como de alguns dos antigos.

ETIOLOGIA

É geralmente aceite a teoria de que a causa da leucémia reside em certas influências genéticas que actuando em conjunto com factores externos desconhecidos, transformam os glóbulos sanguíneos em células anormais. De acordo com Furth, a principal alteração reside nos glóbulos leucémicos e consiste numa incapacidade que os leucocitos têm de responder normalmente às forças que regulam a sua proliferação e maturação. A grande maioria dos clínicos que têm longa experiência desta doença comparando as suas observações clínicas com vários estudos experimentais puderam chegar a duas conclusões definitivas. Primeiro a etiologia da leucémia é ainda desconhecida e segundo o grande número de factos que presentemente parecem confirmar a sua origem neoplásica; é esta última teoria que melhor se coaduna com a clínica. É natural que futuros conhecimentos possam modificar este conceito.

Os factos clínicos e a terminação fatal são devidos, primeiro à alteração da função dos vários tecidos do corpo, resultando as características infiltrações leucémicas.

Segundo, ao desenvolvimento da anemia normalmente de natureza mielotósica. Terceiro, à falta de resistência para a infecção, devida em parte à diminuição da actividade fagocítica dos glóbulos. Quarto à tendência para a hemorragia resultando da destruição dos megacariócitos na medula vermelha e consequentemente a descida no sangue periférico do número de plaquetas.

Além doutros factores de natureza desconhecida, dois importantes foram indubitavelmente demonstrados.

São: o papel indubitável da hereditariedade e o resultado da exposição repetida a pequenas doses de Raios X.

PAPEL DA HEREDITARIEDADE

Tem sido demonstrado experimentalmente em animais, especialmente ratos e ratinhos, a susceptibilidade à leucémia e a transmissão espontânea da doença às gerações seguintes. Estes factos parecem confirmar duas observações clínicas. Uma delas é a ocorrência de dois ou mais casos na mesma família, não podendo isso ser explicado somente por coincidência e o outro é a demonstração por Videbaek da incidência 1,7 vezes maior em indivíduos susceptíveis em relação a um grupo padrão. Casos semelhantes têm sido cuidadosamente procurados na literatura por Ardashnikov que reuniu 31 nessas condições. Um dos achados mais demonstrativos foi referido por Anderson em 1951 pois este autor observou a doença em 5 dos 8 «siblings». A doença ocorreu em todos os pacientes em idades compreendidas entre 5 e 8 anos. Três dos pacientes tinham leucémia linfática e os dois outros foram diagnosticados de reticuloendoteliose. O estudo do sangue dos parentes e dos «siblings» não afectos, não revelou anormalidades. Nenhuma outra doença sanguínea, e somente um caso de cancro pôde ser encontrado na história familiar que incluía 135 pesquisas. Contudo parece altamente provável que o factor genético possa ser incriminado.

PAPEL DA EXPOSIÇÃO AOS RAIOS X

Há muito tempo que foi reconhecido que a incidência da leucémia nos radiologistas é muito maior do que a doença em médicos que não trabalhem com Raios X.

Um artigo recente de March trata deste assunto. Ele fez um estudo que abrangeu um período de tempo de 20 anos e concluiu que a afecção era 9 vezes mais frequente nos radiologistas que nos não radiologistas. Posteriormente foi posto em evidência que a doença é duas vezes mais frequente nos médicos do que na população branca em geral. Isto é atribuído por March à insuficiente protecção dos que trabalham em radiologia. Ainda que este factor etiológico seja o responsável de relativamente poucos casos de doença é indubitável a sua grande importância no desenvolvimento da leucémia.

AUMENTO PROVÁVEL DA INCIDÊNCIA DA LEUCÉMIA

Ainda não há muito tempo a leucémia era tida como uma doença rara. Em 1942, as bruceloses, a escarlatina, meningite meningocócica, a poliomielite, a malária, a febre tifoide e a difteria combinadas mataram menos gente do que a leucémia. Ulteriormente observou-se que a taxa de mortalidade pela leucémia é agora maior que a devida a anemia, coqueluche, desintéria ou alcoolismo. Aproximadamente 5.000 pessoas morrem anualmente com esta doença. É este aumento mais aparente que real? Em minha opinião, há certos factores que são responsáveis por alguns mas não por todos os casos, por exemplo: — Actualmente é mais frequente o diagnóstico pois é mais completo o exame do sangue do que alguns anos atrás; por último só nos últimos anos é que

começou a ser empregado por rotina a punção esternal de incontestável valor. Pôde assim a doença ser reconhecida em doentes com formas sub-leucémia e aleucémica, o que não sucederia antigamente. O aumento de incidência da leucémia encontra-se em todas as idades. Este facto poderia ser explicado pelo aumento da média de vida ainda que isto não explique inteiramente esta ocorrência. Contudo, isto em parte é verdade, nomeadamente nalguns tipos de leucémia como a leucémia monocítica, pois esta aparece mais frequentemente entre os 25 e 60 anos e actualmente há um maior número de pessoas que atinge esta idade. Ainda que não haja provas convincentes da importância dos raios X como causa do aumento das leucémias, dois factos em relação com essa possibilidade podem ser postos em evidência: Primeiro, a larga percentagem da nossa população que é sujeita aos exames pelo raios X, especialmente desde que foi introduzido o método das microradiografias: despiste da tuberculose pulmonar. Além disso, actualmente, os raios X são muito mais frequentemente utilizados no diagnóstico das várias doenças.

É excepcional nos Estados Unidos que um doente esteja internado num hospital e não seja uma ou mais vezes observado aos raios X. O grande valor diagnóstico destes exames não pode ser posto em dúvida. Indubitavelmente as informações que colhemos com eles podem salvar a vida ao doente em muitas ocasiões. O segundo facto que sugere o possível papel dos raios X no aumento da incidência da leucémia é a observação anteriormente assinalada que a doença é nove vezes mais frequente nos radiologistas que na população em geral. O papel dos raios X como factor deste aumento está ainda por provar e é difícil conceber que o efeito de exposições isoladas feitas por pessoas com fins diagnósticos, possa ser comparável ao efeito da exposição constante durante vários anos como sucede com os radiologistas.

TRATAMENTO DA LEUCÉMIA

Os seguintes factos parecem estar definitivamente estabelecidos: 1) A doença não tem cura; 2) Os resultados paliativos são muitas vezes excelentes e o paciente pode ser mantido em condições normais em 80 e 90 % dos casos, durante 2 a 4 anos, que é igualmente o período de sobrevivência destes doentes, sendo excepcional ultrapassar este tempo. O curso progressivo de várias formas de leucémia, incluindo as formas mais agudas, pode ser temporariamente sustido por várias terapêuticas recentemente introduzidas; 4) Quando o doente é refractário a um tipo de tratamento pode beneficiar mudando de terapêutica; 5) Quando todas as terapêuticas foram empregadas pode ainda haver alguma sobrevivência, mas ela geralmente é pequena; 6) A existência de formas da doença completamente refractárias a todo o tipo de tratamento.

Muitas vezes observa-se que doentes que inicialmente experimentaram melhoras com determinada terapêutica posteriormente adquirem resistência para ela. Este mecanismo poderá ser análogo ao de certas bacterias em relação a determinados antibióticos e por último é de assinalar que a evolução natural da doença pela diminuição da resistência do organismo torna ineficaz qualquer tratamento. Os variados tipos de tratamento que podemos usar no tratamento da leucémia são: 1) transfusões de sangue; 2) sulfamidas e antibióticos; 3) arsénio; 4) transfusão de sangue total e irradiações regionais com raios X; 5) fósforo radioactivo (P32); 6) uretano (etil carbamato); 7) o grupo da mostarda nitrogenada, incluindo o HN2, SK-136 e trietilena-melanina (TEM); 8) antagonistas do ácido fólico (aminopterinas e outros); 9) corticotrofina (A. C. T. H.) e cortisona; 10) esplenectomia.

USO DE TRANSFUSÕES DE SANGUE E MÉTODOS PARA COMBATER A INFECÇÃO

Todos estão de acordo com o uso de transfusões e dos métodos para combater a infecção. Pretende-se que a hemoglobina se mantenha à roda de 11 gr. (70 % ou mais).

Este método pode fazer-se juntamente com outras formas de tratamento. Este nível é arbitrariamente escolhido porque o valor da percentagem de hemoglobina inferior a este é acompanhado dos sintomas gerais de uma anemia. Em virtude das transfusões o doente fica livre desses sintomas durante longos períodos. Ulteriormente é possível que mantendo a hemoglobina

ao nível de 11 gr. por cento ou mais, a resistência à infecção aumente.

Da substituição de uma grande quantidade de sangue do doente com leucémia aguda e substituído por sangue dum dador normal tem-se ainda uma experiência limitada. Em relação com este procedimento foi sugerido que se obtinham melhores resultados com transfusões pequenas ou repetidas. Contudo será necessário posteriores observações para avaliarmos devidamente do método.

A técnica duma transfusão de sangue total é uma operação delicada e como os seus resultados normalmente não são melhores do que os das transfusões ordinárias, presentemente não deve ser recomendada como rotina esta forma de tratamento. Se a infecção aparece na boca ou noutra mucosa ou em qualquer outra parte, a terapêutica pelos antibióticos está indicada. Na minha experiência este tratamento é superior ao das sulfamidas. Nas infecções agudas dou geralmente 400.000 U. de penicilina por via intramuscular duas vezes por dia, com ou sem a adição de Aureomicina por via oral e nas doses de 0,25 mg. de 6 em 6 h. Esta combinação é geralmente a mais eficaz no controle da infecção. Poderá ser necessário contudo, nalguns doentes, acrescentar outros antibióticos tais como a Terramicina e Estreptomina.

ARSÉNIO COMO AGENTE TERAPÊUTICO

O agente terapêutico da leucémia que primeiro produziu resultados favoráveis, foi o Arsénio. Quando tomado sob a forma de licor de Fowler (arsenito de potássio) é tolerado e algumas vezes produz resultados satisfatórios especialmente em doentes com leucémia mieloide crónica. Apesar da existência de outros métodos de terapêutica actualmente ainda o emprego do arsénio é de fazer. A droga actua como um veneno protoplásmico, destruindo as células leucémicas pela interferência com o seu sistema de oxidação celular. A dose inicial do licor de Fowler é de 4 a 5 gotas (0,25 a 0,3 c.c.) tomados três vezes por dia por via oral, aumentando gradualmente a dose que poderá atingir um total de 40 gotas diárias. A medicação deverá ser tomada depois das refeições, bem diluída em sumos de fruta. Como manifestações tóxicas encontramos náuseas, vômitos e diarreia e ocasionalmente podem aparecer pigmentações acastanhadas na pele. Para evitar efeitos funestos a droga poderá ser tomada por ciclos de 21 dias de doses crescentes seguidas de 21 dias de repouso.

URETANO

O uretano pode ser usado nos estádios precoces de leucémia mieloide crónica em doses iniciais de 0,3 grs. 3 vezes ao dia, em comprimidos. A dose total poderá ser aumentada diariamente de 0,3 grs. até a um máximo de 3 grs.. Em vários doentes esta terapêutica tem dado resultados, mas estes são inferiores aos da irradiação. Na minha experiência quando se ultrapassa a dose máxima o doente muitas vezes lamenta-se de falta de apetite, náuseas e vômitos e, conseqüentemente, a administração da droga deve ser descontínua. Um efeito benéfico é usualmente observado ao fim de 3 semanas e é evidenciado pela descida do número total de glóbulos brancos e pelo parcial ou completo desaparecimento de sintomas do doente. Quando a remissão satisfatória for conseguida, então a dose manutenção será de 1 gr. a 1,5 gr. diária. Contagens de glóbulos devem ser feitas a vários intervalos para controle do tratamento. A droga pode ser usada juntamente com os raios X, permitindo tornar maior os intervalos entre as aplicações dos raios X. Não tem aplicação na leucémia aguda ou nas agudizações da leucémia crónica.

TRIEILENE MELAMINA

A Trietilene Melamina deve ser usada em todos os doentes com leucémia mieloide crónica refractária à terapêutica pela irradiação. Este remédio deve ser tomado de preferência em doses diárias de 2,5 a 5 mg. até um total de 12 a 25 mg. e parar. A dose total pode ser repetida 14 dias depois se a leucocitose é de 5.000 por milímetro cúbico ou mais e não se apresenta sintomas tóxicos graves. A dose óptima de manutenção ainda não

pôde ser determinada, mas a droga deve ser tomada à roda de 2,5 a 5 mg. em cada duas semanas e aumentada ou diminuída conforme a presença ou ausência de manifestações tóxicas e o controle dos sintomas. A Trietilene Melamina introduzida na terapêutica clínica por Rhoads e colaboradores em 1950, é um composto orgânico complexo semelhante nos efeitos terapêuticos ao HN2. Ele pode ser tomado oralmente mas é duas vezes mais tóxico que HN2. Bons resultados temporários são obtidos com Trietilene Melamina na doença de Hodkin e nas leucémias crônicas mieloide e linfática, mas menos frequentemente no linfossarcoma e no reticulosarcoma e não produz resultado na leucémia aguda. É extremamente tóxico, contudo hoje é extremamente usado. A dose endovenosa é cerca de 1/3 da dose por via oral. Foram publicadas em 1951 e 52, acerca do seu uso clínico, trabalhos de Karnofsky e colaboradores, Wright e colaboradores, Rundles, Barton, Silverberg e Dameshok.

MOSTARDA NITROGENADA

A mostarda nitrogenada (Hn2), quando dada a um doente adulto na dose de 6 mg. por via endovenosa, diariamente, durante quatro dias e repetida passado um mês se for necessário, pode trazer benefícios na leucémia mieloide crônica. Contudo não é o tratamento mais recomendado neste tipo de leucémia.

CORTICOTROFINA E CORTISONA

Nos estádios terminais da leucémia mieloide crônica, quando a irradiação, o uretano e o trietileno melamina não têm efeitos marcados, deve usar-se a corticotrofina e cortisona. Em vários doentes pode haver uma certa euforia e aumento temporário dos sintomas, em cerca de 10 % dos adultos podem aparecer efeitos benéficos. É nos doentes mais jovens que melhores resultados produz. Nos adultos a cortisona pode ser tomada oralmente em doses de 75 mg. de 6 em 6 horas, durante duas ou três semanas e então reduzindo as doses gradualmente de 4 em 4 dias até atingir uma dose diária de 75 mg. A corticotrofina é dada por via subcutânea na dose de 25 mg. de 6 em 6 horas, durante algum tempo e então reduzir até 25 mg. diários.

ESPLENECTOMIA NA LEUCÉMIA

Em casos raros, possivelmente em 5 % de todos os doentes com leucémia, a esplenectomia pode trazer benefícios. O valor desta medida terapêutica foi recentemente revisto por Fisher, Welch e Dameshek e encontra-se resumida na literatura médica. Pode concluir-se que a esplenectomia na leucémia e no linfossarcoma só está indicada num pequeno número de casos devidamente seleccionados. Esta operação está indicada em duas condições. Uma, é o aumento exagerado do baço acompanhado de graves transtornos que não tenha sido reduzido pelos raios X ou por qualquer outra terapêutica anti-leucêmica.

Esta indicação na minha opinião não é muito de aceitar pois medidas médicas neste caso resolvem o problema. Os riscos da operação não são compensados pelos bons resultados obtidos. A outra indicação é a associação duma anemia hemolítica do tipo mielotísico. Este último tipo só é observado em 5 % de todos os doentes com leucémia. Este facto pode ser suspeitado quando são necessárias transfusões de sangue muito repetidas, quando há uma ligeira sub-icterícia, aumento da bilirrubina, hiperplasia das células mães dos glóbulos vermelhos e a existência no sangue periférico de células vermelhas nucleadas. Normalmente é uma anemia do tipo normocítica, mais raramente pode ser macrocítica e normocrômica. Se a anemia é hemolítica a medula óssea contém células vermelhas nucleadas e megacariócitos e o baço se encontra aumentado, o que se observa normalmente nos variados tipos de leucémia, temos de admitir a possibilidade de se tratar dum hipersplenismo.

Nesse caso a esplenectomia irá certamente melhorar temporariamente o quadro clínico da doença. Antes do baço ser removido deve, em todos os casos, ser feito um tratamento com corticotrofina ou cortisona durante 10 a 12 dias. Se isto falha então

a esplenectomia deve ser considerada. Contudo o valor desta operação é discutível em muitos doentes.

ANTAGONISTAS DO ÁCIDO FÓLICO

Desde que os antagonistas do ácido fólico foram usados pela primeira vez, o número de doentes tratados até este momento, permite tirar conclusões definidas: 1.º—Estas substâncias de que a aminopterina (4-aminopteriloilglutâmico ácido) e amethopterina (4-amino N¹⁰ pteriloilglutâmico ácido) são os mais comumente usados, sendo eficiente somente na leucémia aguda. 2.º—Em 50 % das crianças com leucémia aguda os resultados benéficos são temporários, resultando importantes melhoras em 2/3 dos doentes. 3.º—Segundo Farber, nos adultos com leucémia aguda esta terapêutica só dá resultado em 13 % dos casos; contudo os nossos resultados são melhores. Observamos melhoras em cerca de 1/3 destes doentes. Está nitidamente demonstrado que o uso destas drogas é benéfico numa alta percentagem nas crianças mas numa percentagem muito menor nos adultos.

A amino-pterina é tomada cuidadosamente em doses diárias de 0,5 a 1 mgr. por via oral nas crianças. Nos adultos a dose oral é de 2 mgrs. diários durante alguns dias, seguido por uma dose de manutenção diária de 1 mgr. ou menos.

O aparecimento de melhoras evidentes, clínica e hematologicamente, aparece de 2 a 3 semanas. Nalguns casos quando o doente está moribundo os sinais de melhoras podem aparecer em poucos dias. As melhoras podem ser representadas em 50 % dos casos pela volta ao normal dos sintomas, julgando pelas melhoras dos sintomas e pelas alterações no sangue circulante. Na opinião de Farber o tempo de sobrevivência é prolongado, como se demonstra em dois doentes que gozaram de aparente boa saúde durante 26 a 29 meses depois de diagnosticada a leucémia aguda. Os resultados obtidos com os antagonistas do ácido fólico indicam que ele deve ser usado temporariamente num grande grupo de doentes que não tenham experimentado melhoras com outros tratamentos. Em primeiro lugar estas drogas são muito tóxicas e a margem entre a dose terapêutica e a dose tóxica é pequena. A experiência tem mostrado que os efeitos são de dois tipos: actua sobre a medula com redução do número de eritrócitos, leucócitos e plaquetas do sangue circulante e ainda tem uma acção destrutiva que se exerce no epitélio do tubo intestinal. Nós podemos evitar os efeitos tóxicos mais sérios fazendo observações frequentes do sangue e observando as alterações das células brancas e das plaquetas, e prestando atenção ao desenvolvimento de ulcerações na boca. A ulceração da mucosa bucal é um dos primeiros sintomas e a indicação para a paragem do tratamento; a continuação da medicação pode dar origem a hemorragias intestinais.

TRATAMENTO DOS DIFERENTES TIPOS DA LEUCÉMIA TRATAMENTO DA LEUCÉMIA MIELOIDE CRÔNICA

Na minha opinião há duas indicações para o tratamento da leucémia mieloide crônica, com os agentes terapêuticos que vão directamente actuar sobre a doença. A primeira indicação é o evidente progresso da doença representado pelo aumento dos leucócitos, persistência de esplenomegalia, anemia, manifestações hemorrágicas, febre, fadiga crescente e perda de peso, seguido, a presença de leucocitos em número superior a 40.000 mm³. Em doentes com esta forma de leucémia prefiro usar o fósforo radioactivo (P32) na dose inicial de 5 mc., dados por via endovenosa. Depois de seis semanas se o total de células brancas não for notavelmente reduzido uma segunda mas mais pequena dose, 3 a 4 mc., pode ser administrada. Se tivermos isotopos em quantidade suficiente para um tratamento eficaz, ele representa a mais conveniente e eficiente forma de tratamento neste tipo.

Pode ser administrada em Consulta Externa, pois na minha experiência nunca encontrei maior reacção à sua administração, que a provocada por quantidade igual de soro fisiológico.

Também não representa perigo para os outros doentes, pois os Raios Beta emitidos são-no através duma faixa de somente alguns milímetros.

O INSTITUTO LUSO-FARMACO
SEMPRE NA VANGUARDA

Dibencilina

UM NOVO CAPÍTULO
NA HISTÓRIA
DA PENICILINA

DIBENCILINA

N, N'-dibenziletlenadiazina dipenicilina G
A penicilina de longa duração

COMPRIMIDOS

Com 2 a 3 comprimidos diários obtêm-se concentrações eficazes de penicilina no sangue.

SUSPENSÃO ORAL

Com 2 a 3 colheres de chá (5 c. c.) contendo 300.000 unidades cada obtêm-se igualmente concentrações eficazes de penicilina no sangue.

INJECTÁVEL

Com uma injeção obtêm-se concentrações eficazes de penicilina no sangue durante
CATORZE DIAS

A PENICILINA DE MENORES REACÇÕES ALÉRGICAS

3 por mil em contraste com 5-por cento das alergias causadas pela penicilina sódica e potássica

COM UMA ÚNICA
INJEÇÃO
DESTE COMPOSTO
DE PENICILINA
ENCONTRAM-SE
CONCENTRAÇÕES
EFICAZES
NO SANGUE
DURANTE

14
Dias



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

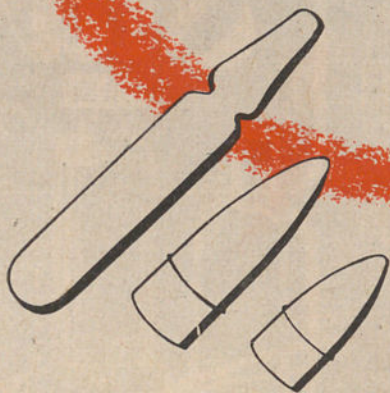
COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS



Se a radioactividade do fósforo não é avaliável, então o emprego de irradiações por todo o corpo em pequenas doses repetidas diariamente até reduzir as células brancas a valores vizinhos de 20.000 por mm³. A aplicação local de raios X é dada nos doentes que apresentam um grande aumento de volume do baço ou que apresentam dores na loca esplénica quando se associa uma periesplonite. Na minha opinião, nos últimos anos dois erros têm sido feitos na terapêutica pelos raios X deste tipo de leucémia. Um é a dosagem excessiva com um aumento de desnutrição e anemia, outro é permitir a recidiva antes do tratamento ser feito. Pela irradiação o doente com leucémia mieloide crónica pode ficar durante um tempo variável entre 3 a 3,5 anos num estado de saúde satisfatório. É referido por Lawrence e colaboradores que tratando 129 doentes com leucémia mieloide crónica com P32 só ou combinação com raios X a média de duração da vida é de 3,7 anos, com 21 dos doentes ainda vivos.

Há vários outros agentes terapêuticos como os mencionados a trietilena-melamina seja tão útil aqui como na forma Mieloide nitrogenada, que podem ser usados, mas com pouco êxito.

TRATAMENTO DA LEUCÉMIA LINFÁTICA CRÓNICA

Duma maneira geral e com poucas excepções importantes, são aplicados a este tipo de leucémia, os mesmos princípios de tratamento da forma Mieloide Crónica. A irradiação é o tratamento de escolha e o P32, na dosagem usada para forma Mieloide, pode produzir bons resultados, ainda que duma menos satisfatória que na forma anterior. Por isto, deve-se, como tratamento inicial, usar as irradiações localizadas com as mesmas indicações e contra indicações da forma Mieloide. Da mesma maneira o uretano e a mostarda nitrogenada têm utilidade, ainda que menos marcada que na forma Mieloide Crónica; é provável que a trietilena-melamina seja tão útil aqui como na forma Mieloide Crónica. Podemos ensaiar este tipo de tratamento quando o doente não tiver tirado grandes benefícios com as irradiações.

TRATAMENTO DA LEUCÉMIA AGUDA

A leucémia aguda tem geralmente uma evolução fulminante terminando pela morte num espaço de tempo que varia entre poucas semanas a seis meses. Num grupo de 162 casos observados por Southam e colaboradores 50 % morreram em 17 semanas e 90 % em 36 semanas; em cerca de 8 a 10 % estes doentes tiveram uma parcial ou completa remissão espontânea dos seus sintomas.

Em 1950, Pierman e colaboradores observaram que crianças com leucémia linfática aguda ou crónica, sobreviviam em média 5 a 6 meses desde o início dos seus sintomas, quando não tratados; 5 a 8 meses quando tratados com transfusões antibióticas e irradiações; 6 meses quando recebiam somente transfusões de sangue e 8 a 9 meses quando transfusões e antibióticos eram usados. Destas observações conclui-se que as irradiações não prolongam a duração da vida, ficando a terapêutica limitada aos antibióticos e às transfusões, isto antes da introdução na terapêutica da corticotrofina da cortisona e dos antagonistas do ácido fólico.

Baseado nos estudos de Donphertes e White em 1943, segundo os quais a corticotrofina causaria a diminuição do tecido linfático nos animais, foi sugerido por Pearson e colaboradores e por Fasver que estas substâncias poderiam ser úteis no tratamento da leucémia aguda. Desde então demonstrou-se que 2/3 das crianças melhoraram clinicamente e que 1/3 apresentam alterações favoráveis no quadro leucémico, com a dose diária de 50 mg. de

corticotrofina ou 150 mg. de cortisona. As remissões são sempre temporárias, variando em 4 a 8 semanas, mas podendo às vezes persistir até 30 semanas. Quando ocorre a recidiva, uma segunda remissão e às vezes até mais, podendo atingir 4, se podem produzir no mesmo doente. O resultado desta forma de tratamento no adulto, é muito pior, somente 10 % dos doentes experimentam melhoras. Todos estes doentes têm uma dieta pobre em sódio.

É geralmente aceite que os efeitos benéficos da corticotrofina e da cortisona, são inferiores aos dos antagonistas do ácido fólico. Devido aos certos períodos de remissão produzidos por estas hormonas, recomenda Farber que só se usem quando o doente está em mau estado e se deseje uma remissão rápida, uma vez esta produzida então o tratamento hormonal deve ser descontinuo, intervalado com os antagonistas do ácido fólico. Nalguns casos, contudo, quando o doente com leucémia aguda não responde bem ao tratamento com os antagonistas do ácido fólico, obtemos melhoras viáveis com a cortisona e corticotrofina.

TRATAMENTO DE OUTROS TIPOS DE LEUCÉMIA

O tratamento de eleição nos doentes com linfossarcoma e reticulosarcoma e a irradiação pelos raios X não esquecendo que alguns benefícios podem ser conseguidos com mostarda nitrogenada. Também a trietilena melamina pode em ambos os casos produzir melhoras. No cloroma a terapêutica mais satisfatória é os raios X. No mieloma múltiplo, são extremamente benéficos os raios X, principalmente em relação às queixas ósseas.

Bons resultados foram conseguidos com o uretano, a corticotrofina e a cortisona, podendo estes ser usados quando os raios X não produzem efeitos duradouros.

Na leucémia monocítica e nas suas variedades mielomonocítica e histiomonocítica, o problema é muito mais difícil pois geralmente não respondem a nenhum tipo de tratamento, isto porque algumas vezes são da variedade aguda ou subaguda. A menos que não haja contra indicações o melhor tratamento ainda são os raios X; é frequente contra indicações o pouco aumento do número de leucócitos ou então porque pertence à variedade aguda ou subaguda. Também podem ser usados o uretano, a corticotrofina e a cortisona, mas os resultados não são satisfatórios. Em todos os tipos da leucémia as transfusões e os antibióticos são indicados quando existem as normais indicações.

SUMÁRIO

Duma maneira geral podemos dizer que as irradiações, quer sob a forma de fósforo radioactivo (P32) ou irradiação total, é o tratamento de escolha nos doentes com leucémia mieloide crónica. Na leucémia linfática crónica, dá mais resultado a aplicação local de raios X, podendo também ser usado o fósforo radioactivo (P32). A mostarda nitrogenada é de valor muito relativo na leucémia mas é de grande valor na doença de Hodgkin. Na leucémia aguda estão indicados os antagonistas do ácido fólico, corticotrofina e a cortisona; contudo é de assinalar que produzem melhores resultados nas crianças que nos adultos.

No Mieloma Múltiplo e na leucémia mieloide crónica podem ser usados o uretano, a corticotrofina e a cortisona, mas os raios X são ainda o tratamento de eleição; finalmente a trietilena melamina produz resultados favoráveis em alguns doentes com leucémia mieloide crónica, leucémia linfática crónica, na doença de Hodgkin e uma pequena percentagem de doentes com linfossarcoma.

Um produto original "Delta"

HIDROBIÓTICO-H

**Sulfato de Dihidroestreptomicina + Hidrazida do ácido Isonicotínico
em associação sinérgica**

COMPOSIÇÕES:

NORMAL

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de Sulfato)	0,50 Gr.
Hidrazida do Ácido Isonicotínico	0,10 Gr.
Água bidestilada apirogénica	3 c. c.

FORTE

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de Sulfato)	0,50 Gr.
Hidrazida do Ácido Isonicotínico	0,20 Gr.
Água bidestilada apirogénica	3 c. c.

APRESENTAÇÃO:

NORMAL			FORTE		
1 Dose	Esc.	15\$00	1 Dose	Esc.	15\$50
3 Doses	Esc.	43\$00	3 Doses	Esc.	44\$50
5 Doses	Esc.	70\$00	5 Doses	Esc.	71\$50
10 Doses	Esc.	138\$00	10 Doses	Esc.	139\$00



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

S U P L E M E N T O

Considerações sobre a Ordem a propósito das comissões de especialidades

A Ordem dos Médicos há muito que criou junto dos seus Conselhos Regionais comissões de especialistas, uma por cada especialidade, constituídas geralmente por três membros.

Essas comissões têm, na generalidade, conservado os mesmos médicos que foram inicialmente indicados e convidados pelos Conselhos. Pequenas têm sido as alterações, como pequenas também as suas funções. Talvez as preocupações de ordem geral ou administrativa, que fundamentalmente têm preocupado os corpos dirigentes da Ordem, justifiquem esta situação. Estes, quando as criaram, tiveram certamente por objectivo dispor de um número de pessoas qualificadas em cada especialidade que, a todo o momento, os pudesse informar de circunstâncias de pormenor técnico de que necessitassem. Assim, as mesmas foram quase sempre ouvidas, pelo menos no Norte, sobre a concessão do título de especialista, nos períodos transitórios que precederam a actual regulamentação legal das especialidades. Muito foi o trabalho então exercido, muita a responsabilidade que sobre elas recaiu. O muito de então, um muito afirmativo, é hoje na generalidade um muito negativo. As comissões das especialidades nada fazem! Existem, se existem, mas quase que se ignora os nomes dos seus membros. Estes, por sua vez, ignoram se as mesmas ainda exercem qualquer função, que mais não seja em potência. O trabalho de então parece não lhes ter dado direito a foros de melhor cidadania. Os seus membros, correctamente, delicadamente, nada fazem porque nada lhes é pedido e a Ordem parece esquecer-se de um meio de estimular uma classe tão falta de sentido gregário.

Seja-nos lícito este reparo que não tem outro fim senão chamar a atenção, dar uma achega, sobre o que pode caber nas acções secundárias ou menos prementes da Ordem. Se ela se empenha neste instante em caminhadas que podem ser decisivas para os próximos anos da vida dos médicos e para o próprio prestígio do seu organismo, a olhos profanos e próprios, não é contudo demais que vá também cuidando do que parece, e é no momento, de menor importância.

Tudo o que seja prender, unir, ligar às actividades da Ordem o maior número de médicos tem interesse fomentador para uma corporação que há-de, é necessário que isso suceda, representar e dar consciência aos nossos problemas. Não há outro caminho! Todos sabemos que o bem

ou o mal da Ordem é responsabilidade nossa. Nos seus corpos gerentes ou na fileira mais recuada dos seus agremiados é preciso encontrar um ambiente, uma força que para ela se dirija, nela se fortaleça e se concretize. Para isso, para que o maior número participe directamente e diariamente na sua actividade, é necessário dar-lhe uma organização em profundidade e extensão. A sombra tutelar da Ordem deve penetrar e alargar-se a todos os problemas da Medicina e da Saúde. Os administrativos como os técnicos, todos se devem polarizar aí. De resto, já está isso na sua tradição. Os cursos de aperfeiçoamento, os júris de exames, as comissões de especialistas, as conferências científicas por ela patrocinadas ou promovidas, o Serviço de Divulgação Bibliográfica, são já um número de factos a assinalar a iniciativa técnica que tomou e que convém agora dar forma mais regular.

As comissões de especialistas podem receber da Ordem e dar-lhe benefícios que nos parece não devermos desprezar.

De que modo então aproveitá-las e dar-lhes os méritos propostos: extensão e projecção, numa palavra, vida?

Parece-nos que é dando-lhes nos estatutos o enquadramento devido, no sector cultural ou técnico. As comissões de especialistas seriam substituídas pelas direcções das sociedades já criadas ou a criar. Atribuição de funções a essas sociedades dentro do quadro administrativo da Ordem! Seriam as corporações na corporação. Ficava a acção tutelar da Ordem, acção administrativa, no funcionamento e vida desses pequenos organismos. Seria um debruçar forçado e mútuo na vida comum. Médicos a viver duplamente a Ordem no âmbito dos seus problemas gerais, como agremiados, nos problemas da sua especialização ou similitude técnica como membros de sociedades médicas de horizonte definido, de particularidade moral, económica, funcional ou científica.

Assim nos foge a pena! Do técnico, do exclusivamente limitado ao agrupamento de especialização científica, caímos (e por que não?) na citação de outras agremiações médicas de reconhecível utilidade... dentro da nossa classe.

Para já — vamos devagar — as comissões das especialidades, as especialidades, pelo mérito dos membros que as serviram na Ordem teriam o benefício de serem reconhecidas e defendidas como corpos de existência efectiva, diferenciada e particular.

Elaborariam os elementos técnicos de que a Ordem necessitasse e dentro superior côrte, que esta é, da governação médica. Programas, júris, de exames, fiscalização de centros de habilitação profissional, definição de atributos para classificação de idoneidade do ensino da especialidade, indicação de membros a colaborarem nos cursos de aperfeiçoamento, etc.

Não significa isto que a Ordem tudo entregue nas mãos dos organismos particulares. A função administrativa que lhe cabe não impede, nem nunca poderá ser diminuída por este alargamento de quadros. Pelo contrário, ela pode ter uma acção, projecção orientadora mais profícua, fazer-se melhor ouvir, e receber sugestões mais efectivas, mais responsáveis dos seus membros. Não se trata de uma modificação da orgânica mas, antes, da sua extensão, de aumentar a sua projecção na classe.

Repetimos e insistimos no papel que as sociedades médicas de especialidades podem desempenhar através dos Conselhos Regionais, facilitando a sua missão.

Será necessário exemplificar? Será preciso dizer que a tributação do imposto profissional, pelo que cabe, no menos, à capitação proporcional, tem mais possibilidades de corrigir os erros que o actual sistema permite?

Será preciso dizer que os centros de especialização podem ser melhor apreciados pelos que exercem a especialidade do que pelos outros?

Será preciso recordar a notável presença e colaboração dos médicos, quando estes se juntam, na esclarecida defesa de interesses imediatos e o valor moral que ela representa, como o foi recentemente demonstrado entre nós pelos radiologistas, perante as injustas pressões económicas a que os procuraram submeter?

Que todas as sociedades médicas tenham representação na Ordem, que sem qualquer discriminação se submetam à sua disciplina e recebam poderes em troca, quaisquer que sejam as suas actividades, não é o que propomos!

Não é um fraccionamento sem limites das actividades médicas, pelo contrário, o que se deseja é unir na diversidade, para que esta não se multiplique e disperse ao arbítrio de qualquer grupo. É unir, prender, estender a todos a vida, os anseios comuns. Através dessas sociedades a nós ligadas, poderíamos levar a Ordem e os seus problemas, administrativos, éticos, a todos os agrupamentos predominantemente científicos.

Sabe-se bem, sabe-o quem pela Ordem tenha passado, quando esta é ignorada na sua actividade, nas suas possibilidades, nas suas doutrinas, na sua ética, por aqueles que só se preocupam na Medicina pelos problemas imediatos da sua profissão médica e que são geralmente os do lucro e do conhecimento técnico.

A formação humana do universitário médico é infelizmente bastante pobre. É simplesmente um licenciado em Medicina! Mas daí até ao que é necessário que seja, até ao valor moral, cultural que deve ocupar na sociedade pela função especialíssima que lhe cabe, de lutar pela vida, tudo-lhe falta.

Embora com muitos meios ou conhecimentos pode dizer-se que universitária-

mente, o médico luta pela vida sem saber o que ela é!

Infelizmente também se pode hoje dizer que os médicos têm uma corporação que ignoram para que serve, o que eles pode DAR colectiva e individualmente.

A Ordem tem pois de se abrir, projectar, nos seus problemas, nas suas possibilidades onde quer que haja um médico, onde quer que se juntem os médicos.

Há pois que os procurar, atrair e prender, por todos os modos que possam interessar aos homens, que somos: homens e médicos.

Achega chamamos a estas palavras, semente frágil, mas boa na intenção, é o que elas são. A *terna*, estamos certos, lhe dará o vigor que agora lhe falta.

W. B. P.

Prof. Amândio Tavares

Ao Prof. Amândio Tavares, Reitor da Universidade do Porto, foi conferida, pelo Governo francês, a Cruz de Oficial da Legião de Honra. O nosso ilustre Mestre foi também eleito membro da



Prof. Amândio Tavares

«Academia de Doutores de Madrid» e agraciado com o «Victor de Plata», alta condecoração que é excepcionalmente concedida, pelo Sindicato Espanhol Universitário.

Dando esta notícia, que muita satisfação traz aos numerosos amigos e admiradores do Prof. Amândio Tavares, entre os quais se contam todos os que trabalham em «O Médico», apresentamos vivas felicitações ao nosso dedicado e brilhante colaborador.

Academia das Ciências de Lisboa

Sob a presidência do Prof. Egas Moniz, reuniu-se no dia 16 de Abril a classe de ciências da Academia de Ciências de Lisboa.

Depois do presidente se ter referido à passagem, este ano, do centenário do nascimento do académico e professor da Faculdade de Medicina de Lisboa, Dr. Gama Pinto, propondo que a Academia se associe às homenagens que, na Índia, de onde era natural, lhe vão ser prestadas, foi dada a palavra ao Prof. Barbosa Soeiro, que fez uma comunicação intitulada «Morfogenia sutural da abóbada do crânio humano». O orador documentou a comunicação com quadros, numerosas fotografias e radiografias, muitas delas com as artérias visualizadas, abertas ao nível de um corte da abóbada craniana, ele aflora em vários pontos da superfície interior dos ossos da abóbada, ao passo que a superfície exterior deles se mantém exangue.

O Prof. Henrique de Vilhena e o presidente da classe comentaram, no final, em termos elogiosos, a comunicação do Prof. Barbosa Soeiro.

WANDERCILINA

PENICILINA-PROCAÍNA EM SUSPENSÃO AQUOSA PRONTA A APLICAR

GRANDE FACILIDADE DE ADMINISTRAÇÃO

ELEVADOS NIVEIS TERAPÊUTICOS

CUSTO REDUZIDO

Frascos de	400.000	12\$00
»	»	600.000 16\$50
»	»	2 000.000 37\$50

(Nesta última dosagem, cada 400.000 u. custam apenas 7\$50)

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PRODUTOS WANDER, L.^{DA}

Av. Sidónio Pais, 24-r/c-D.^{to}

LISBOA

UMA NOVA PENICILINA

OBTIDA POR SÍNTESE NOS LABORATÓRIOS ATRAL

LENTOCILIN

(N,N'-dibenziletilenadamina dipenicilina G)

14 DIAS de níveis terapêuticos eficazes

16 VEZES menos de reacções alérgicas

Bastante mais estável

INJECTÁVEL:

LENTOCILIN - 600

LENTOCILIN - 900

ORAL:

LENTOCILIN - SUSPENSÃO

LENTOCILIN - CÁPSULAS

LABORATÓRIOS ATRAL

ECOS E COMENTÁRIOS

HISTOPLASMOSE EM PORTUGAL

Passados 10 anos da apresentação de um caso de Histoplasmose em Portugal, acaba de ser anunciado outro com todas as características de, como o primeiro, ser autoctono.

Da primeira vez o caso publicado pelos Profs. F. Wohlwill e Moraes David foi diagnosticado por exame histológico de autópsia, como é a regra que o diagnóstico se faça habitualmente post-mortem.

Agora o Prof. Jorge Horta e os Drs. Tomé Vilar e Gualter Marques apresentaram à Sociedade de Ciências Médicas um caso diagnosticado em vida. Verificada a existência de uma massa tumoral brônquica no doente, foi feita uma biopsia que permitiu o diagnóstico de histoplasmose. Estudos micóticos executados pelo Prof. Salazar Leite confirmaram o achado da biopsia, permitindo cultivar o histoplasma.

Aparte o interesse do caso em si pelo seu diagnóstico em vida, tem importância chamar a atenção dos clínicos para a existência certa da afecção no nosso país e a necessidade de pensar neste diagnóstico num certo número de casos mal definidos e que passam na forma crónica por tumores e infecções crónicas, nomeadamente a tuberculose, e na forma aguda por leucémias e leishmanioses.

O número de casos descritos na Europa é muito escasso ao contrário do que se passa nas Américas onde é uma afecção relativamente corrente. É de aceitar que em Portugal, como em outros países europeus, não existam grandes focos, mas é muito provável que não se diagnostiquem mais casos por os clínicos não pensarem na sua possibilidade.

J. A. L.

SEGUROS E TERAPÊUTICA

Em Espanha, por ordem do Ministério do Trabalho, com data de 28 de Abril último, estabeleceu-se que nos dias 15 e 30 do mês seguinte «todas as empresas espanholas, seja qual for a sua natureza e classe, que tenham ao seu serviço empregados inscritos no Seguro Obrigatório da Doença», forneçam uma informação secreta, por meio de inquéritos individuais, «para determinar se desejam que continue o sistema que actualmente vigora, que autoriza a aquisição de todos os medicamentos e especialidades farmacêuticas, qual quer que seja o seu valor curativo, com excepção dos antibióticos e produtos modernos, ou, pelo contrário, se preferem terem os medicamentos

fundamentais, fórmulas magistrais, antibióticos e drogas modernas que são mencionadas no preâmbulo (penicilina, estreptomocina, cloromicetina, aureomicina, etc.), reduzindo-os às doenças em que estejam clinicamente indicados, e nas doses necessárias, mas suprimindo as especialidades farmacêuticas que, pela sua composição e via de aplicação, sejam de escassa ou nula acção terapêutica ou facilmente substituíveis por fórmulas magistrais.»

Este inquérito suscitou comentá-

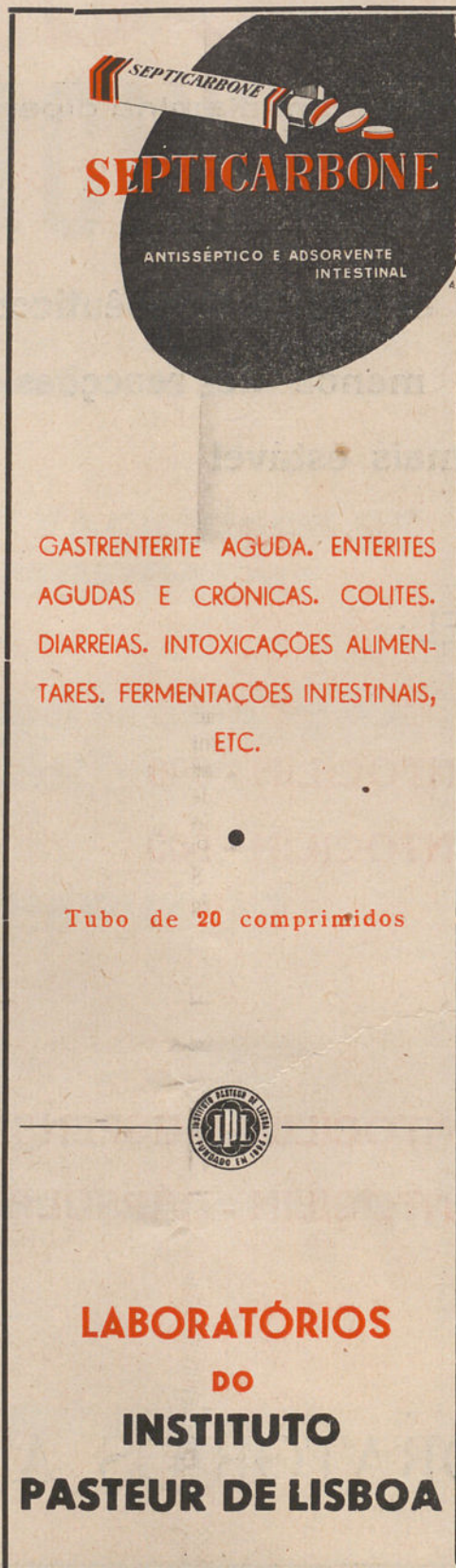
rios na imprensa espanhola, médica e não médica. Em Madrid, os trabalhadores duma empresa industrial resolveram expor superiormente a opinião de que o assunto a que se refere tal inquérito deveria ser resolvido pelos médicos e farmacêuticos, como pessoas tecnicamente preparadas nesses assuntos, em que devem ser considerados profanos aqueles que foram convidados a responder. A este propósito, comenta o A. B. C. de Madrid:

«Na realidade, o desejo dos trabalhadores em questão deve ser meditado. Não se trata dum tema político ou social em que, com maior ou menor conhecimento de causa, todos os cidadãos intervieram quase sempre. O plebiscito — chamemos-lhe assim — para o qual foram convocados os produtores, tem um carácter limitado, profissional, em que o beneficiado — ou prejudicado, segundo os casos — não pode penetrar em questões científicas para as quais não tem competência.»

AINDA OS SEGUROS EM ESPANHA

Em Espanha, os doentes não podem escolher, para cada doença, o médico que quizerem, nos seguros obrigatórios. Porém, ao contrário do que sucede em Portugal nos Serviços Médico-Sociais — Federação de Caixas de Previdência, onde os clínicos têm vencimentos fixos (seja qual for o número de serviços que prestem), na Espanha, os médicos recebem por capitação, isto é, cada um está encarregado dum certo número de famílias e recebe uma quantia fixa por cada agregado familiar a seu cargo. O facto de o doente não poder fazer a escolha do clínico que deseja tem levantado protestos. Ainda ultimamente, o diário «ABC», de Madrid, a propósito do inquérito sobre medicamentos a que «O Médico» fez referência no último número, publicou algumas cartas sobre o assunto.

Um dos leitores escreve, afirmando que o critério da grande maioria dos segurados, sobre o questionário a que deviam responder, é que essa questão dos medicamentos é meramente científica e deve ser resolvida pelos médicos. E acrescenta: «Em medicina, há um factor muito importante: o da confiança que o doente deve ter no médico a que se submete; sem fé nele, o trabalho clínico é estéril». Conclui o leitor dizendo que a primeira coisa que se deve fazer é autorizar o doente a poder escolher o médico e consentir-se que este receite como entender.



SEPTICARBONE
ANTISSÉPTICO E ADSORVENTE INTESTINAL

GASTRENERITE AGUDA. ENTERITES AGUDAS E CRÓNICAS. COLITES. DIARREIAS. INTOXICAÇÕES ALIMENTARES. FERMENTAÇÕES INTESTINAIS, ETC.

Tubo de 20 comprimidos

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

O CONGRESSO LUSO-HISPANO-AMERICANO DE ANATOMIA

(Salamanca, 9 a 13 de Abril de 1953)

De 9 a 13 de Abril último celebrou-se na cidade dourada de Salamanca a reunião conjunta das Sociedades Anatómicas Portuguesa, Espanhola e Luso-Hispano-Americana. O Congresso, a que presidiu o Prof. Hernâni Monteiro, da nossa Faculdade de Medicina, como Presidente da Sociedade Anatómica Luso-Hispano-Americana, foi cuidadosamente organizado pelo devotado Decano da Faculdade de Medicina de Salamanca, Prof. Alfredo Carrato. Acorreram às margens do Tormes num-

Santiago de Compostela), Carrato Ibañez, Gómez Oliveros e L. Rovira (de Salamanca), Orts Llorca (de Cádiz), Luís Jiménez (de Saragoça), Guirao Gea e José Escolar (de Granada), Barcia Goyanes (de Valência), Luís Valmitjana (de Barcelona) e Agustín Bullón (de Sevilha) e os Drs. Alvarez Morujo, Pelaez Redondo, Beltrán de Heredia, Soler Viñolo, Guirao Pérez, Reinoso Suárez, Jiménez Castellanos, Calvo Rubio, Santos Gutiérrez, etc. Foram lidos trabalhos dos Profs. Machado

sessão solene no Paraninfo da vetusta Universidade. A ela assistiram as autoridades locais, a maior parte dos congressistas, médicos, estudantes e muitas senhoras; foi presidida pelo Vice-Reitor da Universidade, pelo facto de o Reitor, Prof. António Tovar, estar ausente em Barcelona, num Congresso da sua especialidade. Em primeiro lugar, saudou os congressistas o Prof. Alfredo Carrato e, em seguida, discursou o Prof. Henrique de Vilhena, em nome da Sociedade Anatómica Portuguesa. Usou então da palavra o Prof. Hernâni Monteiro. Depois de ter recordado os portugueses ilustres que no passado foram alunos ou professores da Universidade de Salamanca, prosseguiu: — «passados tantos anos, voltam hoje a Salamanca os portugueses, filhos não só da antiga e fidalga Universidade de Coimbra, mas também das suas irmãs mais novas, as Universidades gémeas de Lisboa e Porto. Porque este Congresso não é apenas da Sociedade Anatómica Portuguesa, mas também das Sociedades Anatómicas Espanhola e Luso-Hispano-Americana, aqui vemos igualmente distintos morfologistas de várias Universidades da nobre Espanha e da América Latina, pessoalmente, ou em representação. A todos afectuosamente saúdo, pela sua colaboração valiosa». E mais adiante: — «Como organizador do Congresso, ficamos a dever muitas canserias ao prezado Consócio e amigo fiel, Dr. Alfredo Carrato, dedicado Director da Faculdade de Medicina de Salamanca e para que a reunião se efectivasse, deram-nos o seu apoio e auxílio financeiro, o Consejo Superior de Investigaciones Científicas de Espanha, e o Instituto de Alta Cultura de Portugal, — de que um dos seus membros directivos, o Prof. Amândio Tavares, lamentando não poder vir, a todos cumprimenta, — bem como a Dirección General de Relaciones Culturales, o Instituto de Cultura Hispânica e a Universidade salmantina que tão cordialmente nos acolhe. Também agradeço penhorado ao Se-



Fig. 1

A presidência da sessão inaugural

rosos morfologistas portugueses e espanhóis e, da América Latina, os Profs. Fracassi, de Córdoba (Argentina), e Jorge Porto, de Buenos-Aires.

O Presidente da Sociedade Anatómica Espanhola, o Rev. P.^o Pujiula, não compareceu, dada a sua avançada idade, e também não pôde deslocar-se a Espanha, por motivo de luto recente, o Prof. Maximino Correia, Presidente da Sociedade Anatómica Portuguesa; fez-se, porém, representar pelo Prof. Henrique de Vilhena, fundador e actual Presidente honorário da Sociedade Anatómica Luso-Hispano-Americana, à qual sempre dedicou o mais extremado carinho.

A delegação portuguesa era composta pelos Profs. Hernâni Monteiro, Henrique de Vilhena, Vítor Fontes, Miguel Mosinger, Silva Pinto, Tavares de Sousa e pelos Drs. Bruto da Costa, Abel Tavares, Herménio Cardoso, Simões de Carvalho, Jordão Pereira, Armando Ferreira, Moisés, Caria Mendes, Pacheco Viana, Castro Correia, Daniel Serrão, Sousa Santos, Helena Santos, Inácio de Salcedo, Armando Tavares, Jacinto Andrade, Álvaro Moitas, Reis Maya e Alberto Reis. Enviaram trabalhos os Profs. Amândio Tavares, Ernesto Moraes e Joaquim Bastos e o Dr. Albano Ramos.

Entre os morfologistas espanhóis contavam-se os Profs. Angel Jorge Echeverri (de

de Sousa (São Paulo) e W. Buño (Montevideo); o Prof. Fracassi representava a Faculdade de Medicina de Córdoba e o seu Departamento Anatómico, o Prof. Jorge Porto a Faculdade de Medicina de Buenos-Aires e a Sociedade Argentina de Anatomia Normal e Patológica e o Prof. Hernâni Monteiro a Sociedade Brasileira de Anatomia e o Colégio Anatómico Brasileiro.

O Congresso abriu no dia 9 com uma

MARTINHO & C^{da}

Tudo que interessa a medicina e cirurgia

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

nhor Ministro da Educação Nacional e ao Senhor Embaixador de Portugal em Madrid, ao Director Geral do Ensino Universitário e, ainda, às ilustres autoridades locais o dignarem-se patrocinar este Congresso e manifesto o meu reconhecimento a todos aqueles que gentilmente acederam ao nosso convite, vindo aqui dar a esta sessão inaugural tanto brilho e tão alto significado com a sua honrosa e consoladora presença». O Prof. Hernâni Monteiro evocou, em seguida, a memória dos Profs. J. A. Pires de Lima e Henri Rouvière, recordou os progressos das ciências morfológicas nos seus múltiplos aspectos e apontou a necessidade urgente de dar aos investigadores as condições materiais e técnicas capazes de assegurar trabalho dedicado e persistente: — «Como na base de todo o trabalho docente e científico eficiente está o homem, entende Jiménez Díaz, e muito bem, que se devia evitar que os novos bem dotados e com vocação fossem obrigados a lutar pela vida muito cedo e assim se percam para a ciência e para a Universidade, acrescentando que tudo quanto por eles se faça será pouco, porque deles depende o futuro». E continuou o Prof. Hernâni Monteiro: — «Todavia, apesar de tantas dificuldades com que lutam, os morfologistas filiados nas Sociedades Anatómicas Portuguesa e Luso-Hispano-Americana não desanimam e periodicamente se reúnem para apresentar os resultados das suas investigações. Agora, estamos juntos na douta Salamanca, bela cidade histórica, cheia de magníficos monumentos que nos falam do seu brilhante passado. Neste ambiente de recolhimento

e de estudo é que vamos iniciar os trabalhos da VII Reunião da Sociedade Anatómica Luso-Hispano-Americana, juntamente com a II Reunião da Sociedade Anatómica Espanhola e com a XV da Sociedade Anatómica Portuguesa, cujos Pre-

quer outro país de língua espanhola, de harmonia com os convites e sugestões recebidas dos Profs. Locchi, de São Paulo, e Sánchez Guisande, de Mendoza (Argentina).

O Vice-Reitor declarou, então, aber-



Fig. 2

Os congressistas junto da estátua de Fray Luis de León

sidentes, Rev. P.^o Pujula e Prof. Maximino Correia, muito cordialmente saúdo, sentindo que motivos imperiosos nos privam da sua presença e colaboração». E terminou a sua alocução manifestando o desejo de, um dia, a Sociedade se reunir no Brasil, ou na Argentina, ou em qual-

tos os trabalhos, em nome de Sua Excelência, o Ministro da Educação Nacional de Espanha. Logo a seguir, os congressistas visitaram a antiga Biblioteca da Universidade, onde se guarda em lugar de destaque a livraria que lhe legou D. Miguel Unamuno; aí estava exposta valiosíssima

Nas perturbações circulatórias de origem orgânica e nervosa

Novidade

Dilata os vasos periféricos e as artérias coronárias,
bem como melhora a formação e a condução da excitação no coração

LACARNOL »forte«

Lacarnol - soluto de açúcar invertido

Para injeção endovenosa
5 ampolas de 10 cm³

Para o tratamento constante do coração idoso

LACARNOL gotas

frascos de 20 cm³

Ph 244 I - Po.



FARBWERKE HOECHST *vormalig Meister Lucius & Brüning* Frankfurt (M) - Hoechst - Alemanha

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

ASMA

Aleudrin

(Sulfato de N-isopropil-nor-adrenalina)

Uma abundante literatura mundial prova a grande eficácia do Aleudrin e confirma as suas múltiplas indicações terapêuticas.

Nas crises agudas: Soluto de Aleudrin a 1 % para pulverização.

Em aerosolterapia: Diluir com 3 a 5 volumes de água.

Para tratamento prolongado e nos acessos benignos: Comprimidos sublinguais a 0,02 g.

C. H. BOEHRINGER SOHN
INGELHEIM AM RHEIN

Representantes para Portugal e Ultramar:
J. A. BAPTISTA D'ALMEIDA, LDA.
Rua Actor Taborda, 13
LISBOA-N.



colecção de livros antigos de Medicina, entre os quais admirámos um exemplar óptimamente conservado da primeira edição da *Fabrica* de Vesálio, muitos manuscritos, etc.. Da Biblioteca, passou-se à Reitoria onde os congressistas foram obsequiados com um «Vino de Honor» e daí ao pátio de Escuelas Menores, junto da estátua de Fray Luis de León, para fotografias.

Os trabalhos desenvolveram-se depois, na tarde de 9 e nos dias 10 e 11, de manhã e à tarde. O avultado número de comunicações apresentadas obrigou a organizarem-se duas secções, uma de Anatomia Macroscópica, Antropologia e Teratologia e outra de Anatomia Microscópica, Histo-fisiologia e Anatomia Patológica. Numa

e noutra das secções suscitou-se, por vezes, animada discussão; lembro, por exemplo, o interesse com que foram ouvidas as comunicações dos Profs. Fracassi, Oliveros e Orts Llorca sobre a segmentação pulmonar, a de Fracassi sobre a tractotomia do fascículo parieto-frontal na supressão da dor, etc..

No fim da tarde de 9, no Teatro *Coliseum*, e em concerto extraordinário da série anualmente promovida pela Sociedad Filarmónica de Salamanca, foi oferecida aos congressistas a audição do Orfeão Universitário do Porto, sob a regência do Maestro Afonso Valentim. Foi para nós, portugueses, particularmente agradável este espectáculo de arte, em que os nossos estudantes cantaram com visível agrado do

numeroso auditório, além dos hinos português e espanhol, «Cánon-Brindis» de Mozart, «Wiegenlied» de Brahms, «Fado» de Rui Coelho, «Adeste Fidelis» de D. João IV, «Scherzo» de Rossini, «Pastoral» de Couperin, «O Toque de Avé-Maria» de Fernando Moutinho, «Vira» de Vila-Lobos, «Verde Loureiro» (Canção regional da Póvoa de Lanhoso), «Rapsódia portuguesa» de Hermínio do Nascimento e «Proposição dos Lusíadas» do mesmo autor.

Nesse dia, à noite, no Restaurante «El Zaguán», realizou-se a ceia, oferecida aos participantes do Congresso pela Ex.ma Diputación Provincial de Salamanca, presidida pelo Governador Civil, Dr. J. Luís Tabora Garcia, que é licenciado em Medicina por Santiago de Compostela. Aos brindes, trocaram amistosos saudações o Prof. Hernâni Monteiro e o Dr. Tabora Garcia.

A 10 de Abril, o Colégio Médico de Salamanca ofereceu, na Faculdade de Medicina, um «Vino de Honor» e à tarde, no teatro *Gran Via*, tivemos a feliz oportunidade de ouvir a magnífica «Orquesta de Solistas Españoles», num notável concerto, integrado no programa do Congresso e patrocinado pela Dirección General de Relaciones Culturales e pela Sociedad Filarmónica de Salamanca. Sob a regência do Maestro Frederico Senen, interpretou trechos de Haendel, Vivaldi, Bach, Dall'Abaco, Purcell e Manfredini, sempre muito ovacionada pela assistência entusiasmada.

A 11 de Abril, antes do almoço, foram os congressistas recebidos no Ayuntamiento, magnificamente inserido no inolvidável conjunto da Plaza Mayor salmantina. Durante o «Vino de Honor» houve troca de brindes entre o Prof. Hernâni Monteiro, Presidente do Congresso, e o *Alcalde*, D. Luís Fernandes Alonso; este tomava, então, parte no seu último acto oficial como *Alcalde* de Salamanca, por ter sido nomeado para outro cargo.

No mesmo dia, às 16 horas, em sessão presidida, de novo, pelo Sr. Vice-Reitor e realizada num dos anfiteatros da Faculdade de Medicina, encerraram-se os trabalhos do Congresso. Discursou o Prof. Hernâni Monteiro, de cuja alocação respigo as seguintes expressões: — «É com o maior prazer que, terminados os trabalhos, podemos registar a cordialidade e a elevação com que os actos do Congresso decorreram... Cumpre-me agradecer aos ilustres consócios que, na presidência das sessões, dirigiram os trabalhos das duas secções e foram sucessivamente: na secção A, os Profs. Fracassi, Orts Llorca, Henrique de Vilhena, Guirao Gea, Gómez Oliveros, Barcia Goyanes, José Escolar, Angel Echeverri e, na secção B, os Profs. Jorge Porto, José Escolar, Tavares de Sousa, Agustin Bullón. Também não esqueço a dedicação dos nossos secretários, Profs. Vítor Fontes e Silva Pinto. Ouvidas com o maior interesse (as comunicações apresentadas) suscitaram quase sempre animada e proveitosa discussão e bem demonstrado ficou, quer pelo próprio conteúdo dos trabalhos apresentados, quer pelos curiosos e úteis comentários que motivaram, quanto importa intensificar a colaboração dos clínicos com os morfologistas, pois se umas vezes é a clínica que aproveita dos ensina-

NA ARTERIOSCLEROSE, HIPERTENSÃO ARTERIAL REUMATISMO ARTICULAR, ETC.

I O D O P ₂

AMPOLAS — GOTAS

ASSOCIAÇÃO DE IODO ORGÂNICO
COM SOLU P₂

PREVENÇÃO DOS ACIDENTES
HEMORRÁGICOS. MELHOR
TOLERÂNCIA DO IODO

LABORATÓRIOS "CELSUS"

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

EM 1950: PROMICINA

EM 1953: ATOXIMICINA

Sinergismo de acção sem efeitos secundários

Nova associação de antibióticos:

Sulfato de dihidroestreptomicina — Sulfato de estreptomicina
Procaína penicilina G — Penicilina G potássica

Vantagens:

MAIOR EFICIENCIA

NEUROTOXICIDADE PRATICAMENTE NULA

Atoximicina

Como a Estreptomicina, na sua toxicidade, tem particular preferência pelo ramo vestibular do VIII par e a Dihidroestreptomicina pelo ramo coclear do mesmo, a associação destes dois sais, em partes iguais, reduz consideravelmente os seus fenómenos neurotóxicos.

RECONHECIDO EFEITO TERAPÊUTICO

ADULTOS

FORTE

INFANTIL

Caixas com 1, 3 e 5 frascos

Caixa com 1 frasco

Caixas com 1 e 3 frascos

Instituto Luso-Fármaco • Lisboa

mentos e subsídios que os laboratórios lhe fornecem, outras vezes os progressos laboratoriais resultam das sugestões dadas pelos clínicos e das necessidades de esclarecer obscuridades ou dúvidas que surgem na prática clínica e operatória, como, por exemplo, a série de investigações anatómicas aqui trazidas acerca da segmentação e irrigação pulmonar e que talvez se não houvessem empreendido, se a cirurgia torácica, nomeadamente a do pulmão, para o seu mais rápido e seguro avanço, as não tivesse provocado... Estou certo de que os nossos consócios regressarão satisfeitos com os resultados desta reunião e com a forma elevada por que decorreu. São, pois, bem merecidos os agradecimentos que dirigi na Sessão inaugural a todas as entidades e organismos que tornaram possível, com seu apoio moral ou auxílio financeiro, este Congresso e provada a razão que tem o Prof. Fracassi quando afirma que o dinheiro mais bem empregado é aquele que se gasta em reuniões que visam o progresso científico e cultural dos homens e das nações».

Depois de se referir à parte extra-científica do Congresso, o Prof. Herrñani Monteiro concluiu: «E em Madrid, soará a hora da despedida. Não diremos, é claro, adeus, mas sim: até à vista! Marquemos, pois, o nosso futuro encontro. Está assente que, em 1955, se celebrará em Paris o Congresso Internacional de Anatomia, de que o último foi em 1950 em Oxónia, e que naturalmente em 1956 — por não ser talvez já possível para 1954 — reunirá em Portugal a *Association des Anatomistes*, como de costume na semana da Páscoa. Acho bem que a estas sessões concorra o maior número possível de membros das nossas Sociedades que, assim, estarão também representadas nessas duas importantes reuniões. Fica-nos, por consequência, livre o ano de 1957 para que se estudem as possibilidades de nos juntarmos além-Atlântico com os nossos colegas das Américas luso-espanholas, satisfazendo assim os penhorantes desejos manifestados pelo Prof. Sánchez Guisande e outros prezados consócios da América Latina, com a opinião favorável de alguns colegas espanhóis que, não podendo estar connosco, nesse sentido escreveram, tais como os Profs. Mezquita (de Madrid), Conde Andreu (de Saragoça) e López Prieto (de Valladolid). Eu proponho que os Professores argentinos Fracassi e Porto, que temos a satisfação de ver junto de nós, nos dêem a honra de serem os intérpretes destes nossos sentimentos perante aqueles colegas e com eles estudem a maneira mais eficiente de se transformarem em realidade as nossas comuns aspirações. Nessa esperança, e agradecendo a colaboração de todos, declaro encerrada a nossa reunião, mas não sem pedir para o prezadíssimo colega Prof. Alfredo Carrato, digno Director da Faculdade de Medicina de Salamanca, um caloroso aplauso para lhe significar o nosso reconhecimento por tudo quanto fez para o pleno êxito do VII Congresso Anatómico Luso-Hispano-Americano, cujos trabalhos neste momento terminam».

No mesmo dia 11, à noite, no Casino de Salamanca, assistimos a colorida exibição de coros e danças regionais, no de-

curso duma reunião dançante que muito interessou os mais jovens dos congressistas.

No domingo, 12, rezou-se missa na evocativa capela da Universidade, onde se guardam os restos de Fray Luís de León e o documento em que se confere a Santa Tereza o gráu de Doutor «honoris causa». No fim, aguardava-nos o Prof. Láñez Alcalá, Catedrático de História de Arte da Faculdade de Letras, para nos acompanhar na visita a alguns monumentos da cidade. A competência, o entusiasmo, o poder de evocação, o espírito eminentemente poético deste professor da Universidade salmantina, proporcionaram a todos quantos tiveram a felicidade de o acompanhar nessa manhã, duas inesquecíveis horas de encantamento e de magia.



CLOROFILINAS, DERIVADOS
HIDROSSOLÚVEIS DA CLO-
ROFILA, ESPECIALMENTE
PREPARADAS PARA EXERCE-
REM UMA ACÇÃO DESODO-
RIZANTE

TUBO PLÁSTICO DE 10 GRAJEIAS



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

Não contente com nos mostrar os lindos frescos retirados do primitivo teto da capela universitária, antes lamentavelmente escondido sob o de construção mais recente, e que ele poéticamente baptizara de «cielo de Salamanca» (com efeito, representam o firmamento e os diversos signos do Zodíaco), as escadas da Universidade, a frontaria da mesma, o Pátio de Escuelas Menores com os doutorais «victores» inscritos com mistura oriunda dos três reinos da Natureza (óxido de ferro, azeite e sangue de touro) nas douradas pedras que a circundam, o mosteiro de Santo Estebán, o Palácio de Anaya, etc., recebeu-nos a todos na sua Cátedra e ali nos presenteou com a recitação emocionada de algumas das suas mais belas composições poéticas, inspiradas na Salamanca lendária e monumental. Sensibilizou-nos muito esta especial atenção e os portugueses não puderam deixar de sentir natural desvanecimento ao depararem com uma reprodução do célebre tríptico de Nuno Gonçalves sobre a mesa de trabalho do Prof. Alcalá.

Nesse domingo, à tarde, o conhecido ganadero D. António Pérez Tabernero ofereceu-nos, mercê dos bons ofícios de seu genro, o cirurgião salmantino Martín Marín, na sua propriedade em S. Fernando, a 30 km. de Salamanca, uma animada «fiesta campera», plena de cor local, graça e alegria, seguida duma merenda ao ar livre. Muito embora as rezes bravas se limitassem a minúsculas toirinhas desmamadas... não foram muitos os anatómicos *aficionados* e *valientes* que abandonaram as bancadas e a segurança dos «burladeros» para a trocar pelas glórias taumáticas que algumas fotografias, colhidas nessa mesma tarde, parecem querer demonstrar a quem não foi a S. Fernando...

Na segunda-feira, dia 13, realizou-se a excursão a Ávila e ao Escorial. Na primeira destas cidades, cingida pelas antigas muralhas, e onde sofremos as inclemências do clima agreste e frio, apesar de se estar já em plena quadra primaveril, admirámos a Catedral, encastóada nas muralhas, o seu precioso tesouro artístico e a Igreja de S. Vicente. No Escorial, após o almoço servido no Hotel Filipe II, visitámos, um pouco rapidamente, o convento-palácio filipino e depois dirigimo-nos a Madrid, onde os congressistas dispersaram, plenamente satisfeitos com o êxito da sua reunião. Realmente, o labor científico desenvolvido, a excelente organização do Congresso, as manifestações culturais e artísticas que o acompanharam, o intercâmbio hispano-luso-americano que promoveu, todos estes factores contribuíram para o situar em nível notavelmente elevado.

Não termino esta crónica sem referir que o Presidente do Congresso, acompanhado por alguns congressistas, apresentou, em Madrid, os seus cumprimentos ao Ex.^{mo} Embaixador de Portugal, Prof. Dr. Carneiro Pacheco, que o felicitou vivamente pelo êxito da reunião e o incitou a prosseguir na sua obra de aproximação cultural luso-espanhola.

Porto, 30-IV-1953.

ABEL SAMPAIO TAVARES

PRÓGRESSOS NA TERAPÉUTICA HORMONAL!

METORMON

(metilandrostenediol)

Novo esteróide de síntese activador do aproveitamento das proteínas, sem acção androgénica.

INDICAÇÕES:

DEBILIDADE GERAL. ESGOTAMENTO. EMAGRECIMENTO. ASTENIA. ATRASOS DO CRESCIMENTO. DEBILIDADE ÓSSEA. MENOPAUSA. TENSÃO PRÉ-MENSTRUAL. DISMENORREIA. DISFUNÇÕES HIPOFISÁRIAS. OLIGOESPERMIA. AZOOSPERMIA. NEOPLASIAS DA MAMA.

Tubo de 10 comprimidos a 25 mg.
Frasco de 10 c. c. contendo 500 mg.
em suspensão aquosa microcristalina.

O METORMON tem indicações em adultos de ambos os sexos e nas crianças.

DIORMON

Associação sinérgica em proporções óptimas de hormona estrogénea, hormona androgénea e vitamina da fertilidade.

INDICAÇÕES:

NA MULHER: MENOPAUSA. FRIGIDEZ. MENOMETRORRAGIAS. DEPRESSÃO FÍSICA E PSÍQUICA.

NO HOMEM: CLIMACTÉRIO VIRIL. DEPRESSÃO.

EM AMBOS OS SEXOS: PSICONEUROSES. PERTURBAÇÕES CIRCULATÓRIAS PERIFÉRICAS.

AMPOLAS: Benzoato de estradiol . . . 2,5 mg.
Progesterona 12,5 mg.
Vitamina E 20 mg.
por c. c. (sol. oleoso)
Caixa de 4 ampolas de 1 c. c.

COMPRIMIDOS: Anidro-oxi-progesterona 10 mg.
Etinil estradiol 0,05 mg.
Vitamina E 20 mg.
por comprimido
Tubo de 20 comprimidos

LABORATÓRIO UNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8-LISBOA

A MEDICINA EM S. BENTO

O AVISO PRÉVIO DO PROF. MANUEL CERQUEIRA GOMES

Discurso do Deputado Dr. Moura Relvas

(Continuação do número anterior)

Sr. Moura Relvas: — Sr. Presidente: hesitei bastante em subir a esta tribuna para intervir na discussão do aviso prévio apresentado pelo ilustre Deputado e Prof. Doutor Cerqueira Gomes, cuja distinção de espírito, excepcionais qualidades de trabalho, devoção à classe médica e grande projecção de clínico provocaram a sua eleição para bastonário da Ordem dos Médicos.

A minha intervenção no debate será muito curta; apesar disso pareceu-me vantajoso trazer aqui algumas achegas, que talvez tenham o mérito de esclarecer um pouco mais estes complexos problemas médico-sociais, tanto sob o ponto de vista político como médico.

Trata-se de uma importantíssima questão, que não somente interessa a muitas centenas de milhares de portugueses, a toda a classe médica, como põe também à prova o valor, a solidez e as vantagens da própria organização corporativa.

Afora as grandes importâncias monetárias, temos presentes, envolvidos nos serviços médico-sociais de previdência, em primeiro lugar os beneficiários, depois os médicos e enfermeiros que os tratam e, finalmente, a máquina burocrática criada para articular as necessidades clínicas dos que pagam com o trabalho dos que as satisfazem. Em todos os países democratas ou socialistas, monárquicos ou republicanos, onde se estabeleceram estes serviços houve sempre um tal respeito pelo valor social da classe médica que se procedeu como se estivessem organizados corporativamente nas combinações e arranjos que os prepararam.

Por outro lado, é evidente que na complexidade das relações englobando patrões, operários, médicos, enfermeiros e burocratas, e na efectividade de esforço exigido aos responsáveis não se pode fazer política pura.

Trata-se, quanto aos clínicos, de uma grande mudança, de novos rumos da medicina, e toda a cautela é pouca para que se não desperte, com escusadas pressas, um clima social de violência de uns e irritação de outros, que muito pode prejudicar e inquietar a classe médica.

Não ponho em dúvida a boa fé e boa vontade de acertar de todos, mas reconheço que praticamente estamos ainda longe de um mínimo que plenamente satisfaça.

Porque a verdade é que se chegou ao ponto de utilizar instituições de assistência, como os Hospitais da Universidade de Coimbra, para prestar serviços para a Previdência, donde resultou um evidente prejuízo para médicos que cá fora lutam pela vida e pagam contribuições, precisamente para manter aquelas mesmas instituições que em troca lhes fazem uma concorrência desleal.

O Sr. Carlos Moreira: — Creio que esse mal já está remediado.

O Orador: — Está quanto ao ponto a que eu me referi explicitamente; mas não está remediado quanto a outros pontos.

As anomalias resultantes de critérios divergentes, a existência de sobreposições e a falta de interpolações na distribuição de médicos pelo País e a ausência de uma necessária coordenação de instituições de assistência e de previdência, cuja recíproca independência não é adequada à mais lógica e mais justa aplicação das respectivas receitas, não permitem a assistidos e beneficiários ver e sentir as vantagens dos sistemas em vigor — desconexos, por vezes prolixos e por vezes deficientes.

Os serviços médico-sociais, federados ou não, deveriam desligar-se do Ministério das Corporações, onde fazem figura de enxerto que não deve pegar, e vir contribuir para formar o Ministério da Saúde, donde dimanaria um plano geral de saúde pública, que traria consigo grandes economias, pois já se não pode falar no *status presens* de duplicações, mas de triplicações e não sei se de quadruplicações.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Veja-se, por exemplo, o que sucede com a radiorastreio, posto em marcha de forma desarticulada e desconexa, sem programa bem definido e unificado.

Enquanto numas regiões se acotovelam médicos municipais, médicos das Casas do Povo, médicos das caixas de previdência e clínicos livres, há outras onde falta assistência médica.

Isto prova a necessidade da coordenação a que me referi ao falar no Ministério da Saúde.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — «Devagar que tenho pressa», diz o nosso povo, e eu penso que nesta questão tem havido precipitações e ao mesmo tempo receios, hesitações.

Em qualquer caso, com pressa ou sem ela, cumpre respeitar as tradições e ter em conta certos usos e costumes.

Sou católico praticante e corporativista; não compreendo os estados totalitários, com a sua divinização do Estado; não confundo regime autoritário com cesarismo ou totalitarismo.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Não tenho, portanto, particular simpatia política por Bevan, e sei muito bem que em Inglaterra organizou serviços muito dispendiosos, com larga distribuição de dentes postiços e lentes de correcção visual, de modo que houve que recuar nessa tendência exageradamente igualitária, prolixa e esbanjadora.

Não são estes os defeitos existentes na nossa organização, porque há deficiências evidentes, mas também é certo e justo dizer-se que elas não contendem com a honradez dos que souberam arrecadar as grandes somas cobradas e muito menos pode estar em causa a dignidade do Ministro das Corporações e dos seus subordinados.

Mas nas próprias mãos de Bevan o Ministério da Saúde soube respeitar velhas tradições e usos e obedeceu a restrições impostas pelos costumes e permitidas por leis anteriores.

Possuo a legislação inglesa sobre saúde pública desde 1946 a 1949 (National Health Service).

Respeitou Bevan a tradição do médico de família (a que nós chamamos em Portugal o médico assistente), pois no período de arranque, logo em Março de 1946, se diz no sumário do *bill* proposto à aprovação dos Comuns: «People will be free to choose their own doctor».

Além disso, aos médicos era assegurado, em partes iguais, intervirem no estabelecimento das suas remunerações: «With a membership half medical and half non-medical, to make an independent report on the appropriate range of remuneration for doctors taking part in a publicly organised service of this kind».

Muitas vezes nem os mais conscientes avaliam os sacrifícios, as despesas, a ansia de aperfeiçoamento, afora os riscos finan-

ceiros, que não se importam de correr, afora o desprezo pela própria saúde e que leva os médicos ao cumprimento integral da sua importantíssima missão profissional, humana e social.

Não me movem paixões nem interesses pessoais. Porque assim é, quero testemunhar ao ilustre titular da pasta das Corporações todo o meu apreço pelas suas qualidades de carácter, bem como pelas dos seus subordinados, susceptíveis de errar, mas que em todos os problemas procuraram a solução que lhes parece estar de harmonia com os interesses da Nação.

E, desde que estamos irmanados na mesma fé política, não faz sentido que as questões se azedem, porque isso dificulta e atrasa a solução dos problemas e muitas vezes as desvia do terreno próprio.

Poucos médicos conheço que tenham enriquecido com a prática da medicina. Médicos eminentes, que em plena maturidade física e intelectual conquistaram enorme clientela, posso incluir neste número, porque a regra é morrer pobre.

Com efeito, uma boa preparação científica fica muito bem cara, as instalações por vezes exigem centenas ou milhares de contos, as necessárias viagens de estudo ao estrangeiro, além das perdas inerentes ao abandono do consultório, não têm contrapartida senão na acumulação de conhecimentos e experiência.

Não se estranha que um indivíduo comece marçano e acabe milionário, mas parece fazer impressão que quem arrisca milhares de contos nas suas instalações procure defender-se das futuras contingências de uma medicina que pode tender para a socialização.

Com efeito, chega a haver benefícios — isto ninguém pode discutir ou negar — que pagariam as suas consultas sem sacrifício pelo custo da tabela usual, mas, por estarem inscritos obrigatoriamente nas caixas de previdência, utilizam, como é óbvio, os seus serviços, com grave prejuízo para clínicos gerais e especialistas.

Trata-se da importantíssima noção, a ajustar, dos economicamente débeis. Sobre isso creio não haver discussão possível.

Com efeito, é mais fácil resolver o problema geral de uma medicina socializada do que o desta espécie de socialização parcial, mas progressiva, existente entre nós.

Vou exemplificar com o Serviço Nacional de Saúde britânico. Na Inglaterra os médicos tinham clientelas privadas, susceptíveis de compra e venda. Não quis Bevan deixar de respeitar os direitos adquiridos desses médicos, e por isso se perfilou respeitadamente perante o trabalho que representava o valor material desses consultórios, não só bem apetrechados, mas também muito considerados e procurados pelos doentes.

Assim Bevan, ao mesmo tempo que proibia pelo *bill* de Março de 1946 essas compras e vendas de consultórios, previu a soma de 66 milhões de libras como compensação da perda do direito de compra e venda das clínicas privadas àqueles que estivessem dispostos a entregar essas clínicas, integrando-as no Serviço Nacional de Saúde.

Alguns médicos devem ter recebido milhares de contos, outros, de centros rurais pobres, pouco ou nada, mas, se pensarmos que na Inglaterra devem existir cerca de 25.000 médicos, concluiremos que daquela soma, se fosse repartida por igual, cada médico receberia de indemnização mais de 200 contos, pois a soma total pre-


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

vista através do fundo de compensação era de cerca de 5.280.000 contos.

Com uma socialização progressiva todos estes direitos e compensações se iriam diluindo, numa desintegração que vai actuando pouco a pouco, mas com a persistência de verme que corrói a madeira.

Tem de adoptar-se nestas questões um critério humano e compreensivo. Assim, por exemplo, encontramos em 1948 nas bases do Serviço Nacional de Saúde uma distinção entre o caso usual do médico já lançado e que é pago por captação e o caso do que recebe um vencimento de 300 libras, além duma capitação—evidentemente mais baixa do que a dos que percebem só por capitação. A segunda categoria foi estabelecida para ajudar os que iniciam a sua prática clínica: *this arrangement is specifically intended to help doctors starting up in practice*.

Eis, valha a verdade, um critério humano neste aspecto socialista.

Mas é evidente que o Ministério da Saúde britânico não trabalhou sem dificuldades. Por isso no *amendment* de 1949 se estabeleceu a criação duma comissão de arbitragem composta por três membros: um advogado, indicado pelo *lord* chanceler; um médico, indicado pela Associação Médica Britânica, e um contabilista, indicado pelo Ministério da Saúde. Uma comissão de arbitragem como esta, se existisse entre nós, talvez tivesse evitado alguns dissabores.

Em 1949 o então Subsecretário de Estado das Corporações nomeou uma comissão para proceder ao estudo do problema dos quadros, categoria e remuneração do pessoal médico das caixas de previdência, composta por quatro membros: dois representantes da Direcção-Geral da Previdência e dos Serviços Médico-Sociais, um representante da Ordem dos Médicos e o médico chefe do Gabinete de Estudos da Federação.

Nota-se a influência que no relatório da comissão exerceu a organização de Bevan, mas, pelo que atrás deixo exposto,

explica-se que as dúvidas e hesitações fossem manifestas, exactamente porque traduziam o desejo dum ajustamento às realidades, muito difícil de conseguir com esta socialização progressiva, portanto parcial.

No entanto, no espírito público confundia-se a organização corporativa com os serviços de previdência.

Todavia, as caixas de previdência, federadas ou não, nada têm directamente que ver com a organização corporativa, mas esta pode ser posta à prova pela forma como forem respeitados os direitos dos beneficiários e dos que nelas trabalham — médicos e burocratas.

Por outras palavras, se na própria Inglaterra se procedeu, quanto ao Serviço Nacional de Saúde, ouvindo advogados, médicos e contabilistas, é claro que num Estado Corporativo não faria sentido que tudo se passasse à porta fechada. Não passará, tenho a certeza disso.

Porque, independentemente da doutrina que nos rege, qualquer pessoa medianamente compreensiva verificará que no Estado Corporativo é necessária a colaboração da classe médica, sem a qual perderia firmeza e equilíbrio, negando-se a si próprio.

Ouçõ dizer certas coisas que me não soam bem aos ouvidos, porque se dá a entender que a classe médica está degenerada.

Se a classe estivesse degenerada nada haveria a fazer, porque não se torna nova a roupa velha e rota só porque é lavada. Mas se a classe mantém vivos os nobres sentimentos de patriotismo, dignidade profissional e espírito de sacrificio pelo próximo, então há que não a atirar para o vácuo. A classe médica portuguesa não precisa de ser tratada como Bevan fez aos médicos ingleses, porque Bevan, ao proporcionar-lhe substanciais vantagens económicas, talvez tivesse também em vista captá-la para o seu partido.

A classe médica portuguesa pretende que não se estiolem os estímulos para o seu trabalho e aperfeiçoamento técnico, só possíveis com uma organização onde se

atenda à situação actual das clínicas particulares e ao futuro da classe, incluindo os jovens médicos acabados de sair das escolas, que tão acarinhados foram por Bevan.

Não me parecem oportunas certas acusações feitas a uns poucos de médicos porque, mesmo justas, o argumento ou ilacção que daí se tiraria só era valioso provando-se ser a regra.

Não o sendo — e não o é — julgo ser pouco salutar querer impor a excepção como regra.

Se os Serviços Médico-Sociais continuarem a estender-se e a desenvolver-se tentacularmente, então pode estranhar-se — e deve mesmo estranhar-se — que se não tenha preparado o caminho para que todos os médicos venham a participar nos Serviços Médico-Sociais, e que vão mesmo participando em número cada vez maior à medida que a massa dos beneficiários se for alargando. Este aspecto da questão é muito complexo e requer estudos, que, creio, nem sequer estão esboçados, mas são impostos pela prudência e como salvaguarda de legítimos interesses criados.

Seria recomendável simplificar a organização dos serviços por meio de caixas distritais, sem esquecer que a sua acção deve limitar-se aos economicamente débeis.

Pela minha parte, que não sou socialista, deploro uma tendência de alguns para esquecer o valor do officio médico, pois muitos clínicos sacrificam as distracções habituais de toda a gente à sua actividade profissional esgotante.

Os doentes não são meros portadores dum estado mórbido; são um conjunto complexo, onde o estado mórbido figura dentro duma moldura particular, que é o seu modo de ser fisiológico, psíquico e físico.

Supor que as grandes descobertas recentes da medicina, como transfusão contínua, os modernos métodos de anestesia, etc., valem por terem suprimido o carácter eminentemente individual da arte de curar é um erro de palmatória.

Não é de somenos importância o conhecimento que o médico possa ter do agregado familiar, das contingências hereditárias do seu doente, dos seus hábitos e do seu passado mórbido e psicologia. Neste último aspecto todos reconhecem o valor que tem na prática médica destringer o que é orgânico do que é funcional.

O carácter individualista da medicina mantém-se como depois de Pasteur, como depois da descoberta dos antibióticos, e manter-se-á enquanto não possuímos o segredo da vida. Mas este, sendo segredo de Deus, está fora do alcance das nossas cogitações a propósito deste aviso prévio.

Não há dúvida de que a classe médica se sente ameaçada, e por isso reage. Parece-me que se devem ter em conta as reacções de tão importante classe no que têm de justo, para se lhe restituir o optimismo que alguns já perderam. Devo dizer que não me incluo nestes últimos. Estou certo de que tudo se resolverá com aquele equilibrado espírito de justiça próprio do Estado Corporativo, que ajudámos a fundar e dentro do qual queremos colaborar.

A unificação dos serviços de saúde eliminaria para já muitas anomalias, e certas discordâncias nunca se teriam acentuado se houvesse o cuidado de anteceder as resoluções de estudo prévio de uma comissão organizada com a presença das várias entidades que directamente intervêm nestes problemas: sindicato, Ordem dos Médicos, um delegado do Ministério da Saúde, ou, na sua falta, um delegado do Ministério das Corporações, e um contabilista, indicado pelo Ministro das Finanças.

Com autoridade, que a todos se imporia, com o sentido de uma inteira responsabilidade, com o reconhecimento de causa resultante da própria função e da facilidade e justeza das informações colhidas, o Ministério da Saúde permitiria uma acção directa, eficaz, sinérgica, unificadora e correctiva, disciplinadora e coordenadora de actividades que andam por aí dispersas, descon-

Or + bismuth
= Au-Bi-Ol „TOSSE“

pour l'injection intraglutéale
aux maladies rhumatismales, erythématoïdes, l'angine non-spécifique, la syphilis séro-résistante,
présente un enrichissement des possibilités thérapeutiques.

E. TOSSE & CO, HAMBURGO

REPRESENTANTE GERAL: SALGADO LENCART
Rua de Santo António, 203 — PORTO

SUB-AGENTE: A. G. ALVAN
Rua da Madalena, 66.2.º — LISBOA

xas, deixando graves lacunas e ocasionando despesas inúteis.

Tenho dito.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O orador foi muito cumprimentado.

Discurso do Deputado Dr. Abrantes Tavares

O Sr. Abrantes Tavares: — Sr. Presidente: foi com inenarrável encanto que ouvi o aviso prévio realizado pelo Sr. Deputado Cerqueira Gomes, pela forma de que o revestiu e pela vibração que conseguiu imprimir-lhe.

Ainda me encantou o mesmo aviso prévio noutros pontos de vista e em especial pela concordância, que a Assembleia pôde verificar, entre a quase totalidade das ideias expostas pelo Sr. Deputado Cerqueira Gomes e as do Governo em matéria de reforma da Previdência.

Um ou dois problemas que foram levantados têm real interesse. Deviam ser apreciados nesta Assembleia com o cuidado e a reflexão de verdadeiros problemas nacionais. A forma breve pela qual se tem de realizar a discussão prejudicou, porém, a projecção deste aviso prévio e das matérias nele versadas, que o País tinha obrigação de conhecer, para formar ideia do que são os problemas da Previdência e, sobretudo, o que na questão é de fundamental interesse.

Sobre a Previdência actual pode dizer-se o seguinte: é a forma nova de uma ideia velha que ganhou ressonância internacional com a segunda guerra mundial, tal como aconteceu aos seguros sociais com a guerra de 1914-1918. Mas é apenas a forma nova de uma ideia velha.

Se não receasse cansar a Assembleia, faria um ligeiro apontamento sobre as formas históricas que revestiram as instituições de previdência, até chegar à última,

com a qual ganhou o maior número de adeptos: a segurança social. Assim, a Assembleia veria como o problema renasceu constantemente, e posso assegurar, sob responsabilidade pessoal, que ainda agora se não encontrou forma definitiva para resolvê-lo.

Todos, em todo o Mundo, estamos a ensaiar. Não há experiência nacional, mas também a não há em qualquer parte, para confrontar com o que estamos fazendo.

Estamos todos e em toda a parte a experimentar.

A previdência realizou-se na Roma pagã através dos *collegia* e das *sodalitates*, concedendo prestações económicas para funerais e para as viúvas e órfãos.

Depois, com o aparecimento do Cristianismo e devido à acção da Igreja, multiplicaram-se as várias formas de previdência, mais tarde desaparecidas com a queda do Império Romano.

Só muito depois, quando a vida política se estabilizou e a ordem reinou de novo, se encontraram novas formas de previdência através das confrarias, das irmandades e dos montes-de-piedade.

Então a previdência fazia-se através destas instituições com uma ideia mais alta: a de cumprir um dever de caridade para com o próximo.

Só finda a Idade Média, com o aparecimento do iluminismo e das ideias da democracia liberal, aqueles quadros foram dissolvidos, para darem origem a uma forma nova de previdência.

Assim suprimidos os grêmios e outras instituições medievais, surgem depois os montepios, tradução laica dos montes de piedade, que a Igreja tinha criado e defendido.

Somente o iluminismo e a democracia vieram a coincidir com a época da industrialização. Esta inicia-se com o alargamento do mercado, a aplicação de novas matérias-primas e novas fontes de energia. Surge a máquina e, com ela, a grande empresa capitalista. A máquina, como instru-

mento de trabalho, já não pertence ao operário. Este proletarizou-se e, sem a propriedade dos instrumentos de produção, tornou-se ele próprio um instrumento de trabalho. Doravante terá de contar apenas com a sua força e capacidade de trabalho.

Como a máquina, porém, dispensou mão-de-obra e esta não foi absorvida, os salários desceram a nível inferior ao que hoje poderemos chamar «mínimo vital».

O trabalho passou a ser uma mercadoria e, como estávamos em regime liberal, teve as suas bolsas e cotações.

O baixo salário obrigou o operário a lançar mão do trabalho da mulher e dos filhos para poder viver. Aí vêm a mulher e a criança para a promiscuidade das fábricas e minas, sujeitas a um trabalho esgotante de sol a sol.

Assim começou a desagregação da família e também a revolta contra a miséria.

Organizam-se então os sindicatos, inicia-se a luta e surge a questão social.

Não temos já os velhos grêmios de artes e ofícios, mas sindicatos organizados com o fim de lutarem pela defesa dos direitos dos trabalhadores.

Nessa luta em defesa de melhor salário das mulheres e das crianças e da fixação do dia de trabalho houve que recorrer às greves, e para sustentar as greves, às «caixas de resistência». Daqui veio a primeira ideia de utilizar essas «caixas de resistência» para iniciar uma modalidade nova de previdência. Chegamos assim à previdência sindical.

Quanto aos montepios, com os quais se pretendeu substituir os montes-de-piedade criados pela Igreja, precisamente porque se organizaram quando o trabalhador não tinha capacidade económica nem possibilidades para manter o seu lar, quem neles ingressou foram os pequenos comerciantes, os pequenos proprietários, os modestos funcionários públicos e, sobretudo, os membros das profissões liberais.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

METIOCOLIL

LÍQUIDO

INOSITOL • METIONINA

CITRATO DE COLINA • EXT.

CONCENTRADO DE FÍGADO

UM VALIOSO PRODUTO

PARA TRATAMENTO DAS

INSUFICIÊNCIAS HEPÁTICAS

E

ESCLEROSAS VASCULARES

LABORATÓRIO



SAÚDE, L.ª

RUA DE SANTO ANTÓNIO Á ESTRÉLA, 44-LISBOA

O *Orador*: — Esta organização é, na verdade, marginal ao mundo do trabalho.

Como é que apareceu a ideia do seguro?

O Estado liberal tinha como postulado filosófico-político a ideia de liberdade e foi com ela que se preocupou; o socialismo viria reivindicar, depois, a ideia de igualdade. Portanto, o Estado preocupa-se essencialmente em garantir aos indivíduos, livres e iguais, o exercício da liberdade. A função do Estado é garantir a ordem, para que cada qual possa realizar os seus fins usando da sua liberdade e autonomia.

O Estado é, pois, um produtor de ordem, um Estado polícia, não intervencionista.

A reacção dos operários e o seu clamor contra o trabalho esgotante das mulheres e das crianças forçam, porém, o Estado a intervir, proibindo-o ou regulamentando-o quanto à duração e modo de prestação.

Este foi o primeiro desvio intervencionista do Estado liberal.

Na Alemanha o fundamento do Estado era a realização do bem público; para a ética política alemã o indivíduo só valia como ser social e enquanto integrado na vida em sociedade. O fim do Estado não era, assim, o indivíduo, mas, como acentuei, a realização do bem público.

O Estado alemão estava deste modo, filosófica e politicamente, justificado para intervir no mundo do trabalho e realizar também aí o que fosse requerido pelo bem público. Daqui que na Alemanha se tivesse iniciado o seguro obrigatório do trabalhador.

Surgem aqui as sociedades de socorros mútuos dos mineiros, de iniciativa privada e base bipartida — operário-patrão. Como era morosa a acção da iniciativa privada e urgente alargar a todos os mineiros a protecção de tais associações, o Estado, em 1854, dá o passo decisivo e torna-as obrigatórias para todos os mineiros. Procura ainda fomentar, ao lado das mutualidades voluntárias, a criação de caixas municipais e distritais.

E, em todo o caso, isso ainda não bastou.

O socialismo continuava a minar os fundamentos do Estado, reclamando muito mais.

Foi então que o chanceler Bismarck, para defender o Estado e poder tirar a iniciativa aos socialistas, faz votar em 1883, 1884 e 1889 as famosas leis do seguro social obrigatório contra a doença, os acidentes de trabalho, a velhice e a invalidez.

Deu-se, assim, o primeiro passo para a organização do seguro social obrigatório. Como se fundamentou este seguro? Começou-se, naturalmente, pelos acidentes de trabalho, que as máquinas multiplicaram e agravaram.

Como se fundamentou juridicamente este seguro social? Começou-se pela velha teoria romanística da culpa subjectiva: o operário teria de provar sempre que o acidente fora devido a culpa do patrão. A obrigatoriedade desta prova tornou, como é evidente, muito precária a protecção contra os acidentes de trabalho. Era necessário fundamentar a responsabilidade de modo diferente para garantir uma protecção eficaz.

E como se passou da teoria da culpa subjectiva para a teoria da responsabilidade objectiva? Também aqui foi a Alemanha que deu o primeiro passo.

Na legislação sobre caminhos de ferro estabeleceu que a direcção da empresa seria sempre responsável pelos acidentes sucedidos às pessoas e mercadorias transportadas, se não pudesse provar a culpa da vítima ou caso de força maior.

Tinha-se dado, portanto, o salto jurídico para se começar a erguer a teoria da responsabilidade objectiva. Deu-se aqui uma inversão do ónus da prova, chegando-se depois, por sucessiva evolução jurídica, à teoria da responsabilidade objectiva.

Invertido o ónus da prova, alarga-se o mesmo conceito às minas e aos acidentes provocados pelos empregados, gerentes ou outros operários.

E é depois a Suíça que vem determinar, nos mesmos termos, a sua aplicação relativamente aos operários fabris: o fabricante é responsável pelos acidentes sucedidos na fábrica aos trabalhadores ou empregados, sempre que não possa provar a culpa da vítima ou caso de força maior. Já não tinha interesse saber se havia ou não culpa do patrão.

Havia aqui uma relação de causa e efeito entre o acidente e a forma específica do trabalho: o risco.

Durante o período de luta para a organização do seguro contra acidentes de trabalho uma das bandeiras de reivindicação dos trabalhadores era esta frase justiceira, que ainda hoje se não lê sem emoção: «Reparai-nos como reparais as vossas máquinas».

Mas, se estava encontrado o fundamento jurídico para a responsabilidade objectiva quanto aos acidentes de trabalho, relativamente ao seguro por doença, invalidez ou velhice já era mais difícil a sua determinação, porque envelhecer todos envelhecem e uma fatalidade a todos acontece. Daí ser difícil encontrar o necessário vínculo jurídico.

Tentou-se construí-lo raciocinando-se assim: o trabalhador é um produtor de riqueza, do qual o patrão beneficia. Sendo assim, o patrão tem de tomar em consideração que, se beneficia do trabalho do trabalhador, tem obrigação moral de o ajudar quando ele se invalida ou quando já não pode trabalhar. Isto no Estado informado por certa teoria política.

O seguro de invalidez e velhice, por falta de vínculo jurídico entre patrão e operário, levou à adopção do sistema do seguro obrigatório do Estado.

Neste caso, porém, ainda o Estado não pôde por si só tomar esse encargo, pela sua repercussão na ordem financeira e económica, e obrigou o próprio trabalhador a contribuir, bem como o patrão.

Temos assim organizado o seguro de acidente de trabalho-doença profissional, a cargo do patrão.

No caso de doença por causas diferentes de acidente de trabalho ou doença profissional, invalidez e velhice, o seguro assentava em base tripartida e bipartida — ou seja: patrão-operário-Estado e patrão-operário — havendo ainda o seguro social apenas a cargo do Estado.

Chegámos ao fim desta ligeira introdução histórica e vimos como evoluíram as normas de previdência e como elas se realizaram.

Vamos ver as características dos seguros obrigatórios ou sociais, para as distinguir do seguro que hoje se chama «segurança social».

O seguro obrigatório era o exercício de um dever de protecção do Estado à massa dos trabalhadores. Era, portanto, uma medida protectora.

A segurança social tem um fundamento diferente e a teoria jurídica é, consequentemente, outra.

Há um direito de segurança social inerente ao próprio homem, e só pelo simples facto de o ser. O indivíduo apareceu, assim perante o Estado invocando um direito e reclamando o cumprimento de um dever.

O seguro social, porém, era, como se acentuou já, essencialmente uma medida de protecção dos trabalhadores, na linha da política social que o Estado teve de adoptar.

Claro, todas estas medidas de protecção aos trabalhadores surgiram quando se pôs a chamada questão social e se reclamou protecção para os economicamente débeis. Foi esta questão que forçou o Estado, para lhe fazer frente, a iniciar certa política social, servindo-se dos seguros sociais obrigatórios para a realizar.

Falando da questão social, não quero deixar de referir o papel assumido pela Igreja com Mons. Ketteler, o cardeal Manning e, por último, Leão XIII.

A Igreja abriu assim, caminho à satisfação das reivindicações sociais e pôde orientar a realização de uma política social equilibrada.

A evolução do seguro social, medida

protectora dos economicamente débeis, para a segurança social, como reconhecimento de um direito subjectivo, veio a consignar-se na Carta do Atlântico, em 1941.

No ponto v da referida Carta fala-se da segurança social como um dos objectivos da guerra, então em pleno desenvolvimento, mas ainda de um modo vago e impreciso.

Posteriormente, em 1944, na Conferência de Filadélfia, já se pretende delimitar-lhe o alcance prático, desdobrando a nova expressão nas três recomendações seguintes:

Segurança contra todos os riscos e necessidades sociais;
Assistência médica a toda a população;
Assistência a velhos e doentes.

Finalmente, cria-se em 1945, e para fomentar e orientar a execução do ambicioso enunciado, o Conselho Económico Social.

Já conhecemos outros ideais igualmente sugestivos, como o progresso indefinido, a realização plena da democracia, e tudo isso foram romantismos apaixonantes, mas sem realização. Este é mais um.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O *Orador*: — Houve quem morresse por essas ideias românticas, em inglório mas respeitável martírio, mas de tudo isso ficou apenas a poalha dourada das ilusões desfeitas.

Neste caso são as ruínas materiais e morais, com a proletarianização total de todos, o que ficará a assinalar o aparecimento de uma nova esperança tão romântica e irrealizável como as outras.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O *Orador*: — Considera-se a segurança como um direito natural e ao mesmo tempo um instrumento de redistribuição da riqueza. Ora isto de redistribuição da riqueza tem acentuado sabor socialista.

Há que estar atento à elaboração doutrinal do novo conceito, porque as consequências podem ser consideráveis.

É certo que os doutrinários do novo direito natural concedem que este não é absoluto, mas condicionado ao grau de suficiência económica de cada país. Já é uma limitação.

Mas há outras, e estas não podemos nós aceitá-las.

Martí Bufill, autor que estamos seguindo, escreveu:

O reconhecimento do direito de segurança social, como implica redistribuição de riqueza, exige que aqueles indivíduos que se encontram em idade e condições de aptidão suficientes cooperem na criação da própria riqueza que deve distribuir-se.

Portanto, o direito de segurança social está condicionado também, em virtude de um dever de solidariedade e cooperação, pela circunstância de que o homem seja um membro activo da sociedade, de forma que realize a prestação física ou social que a caracterizam como tal.

E acrescenta:

Todo o indivíduo que não queira trabalhar, que não cumpra uma função, não pode pedir que o Estado lhe reconheça o direito de segurança social, de indivíduo incrustado na sociedade com uma série de direitos e deveres que neste momento não cumpre.

Vê-se, pois, que, caracterizando o direito como um direito natural, o vem a medir, limitando-o, pela função social. O direito natural, com os atributos que todos conhecemos, vem a reduzir-se, afinal, ao tamanho de uma função social!...

Em matéria de seguros sociais é tudo de uma gravidade enorme.

Não basta dizer aqui: «é necessário isto, é necessário aquilo».

BAIXA DE PREÇOS

SYNERGISTIN

Um produto de Consagração Mundial
3 Doseamentos 3 Exitos

Synergistin Normal—Sulfato de dihidroestreptomicina equivalente a 0,5 gramas de dihidroestreptomicina base 300.000 U. O. de Procaína Penicilina G Cristalizada, 100.000 U. O. de Penicilina G sódica Cristalizada.

1 Dose	Esc.	19\$50
3 Doses	Esc.	55\$50
5 Doses	Esc.	90\$00
10 Doses	Esc.	175\$00

Synergistin Forte —É igual à dose normal na Penicilina mas com 1 grama de Dihidroestreptomicina base.

1 Dose	Esc.	27\$00
3 Doses	Esc.	78\$00
5 Doses	Esc.	127\$50
10 Doses	Esc.	250\$00

Synergistin Infantil—Metade da dose normal

1 Dose	Esc.	14\$00
3 Doses	Esc.	39\$00

Esta substância está protegida e registada na Secção 505 da U. S. Food Drug and Cosmetic Act.

Apresentada em Portugal pelos :



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

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

Todos temos boa vontade em satisfazer esses apelos de justiça.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O *Orador:* — Mas como e com que meios?

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O *Orador:* — Quando agarramos num papel e num lápis e fazemos as contas é que surgem as dificuldades.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O *Orador:* — Há uma diferença grande entre seguro social e segurança social.

O seguro social restringe-se ao campo dos trabalhadores, ao passo que a segurança social, com a latitude com que se pratica na Inglaterra e noutros países que seguem o seu sistema, visa a fazer a cobertura total contra todos os riscos e para todos os indivíduos e pretende garantir-lhes, além de várias formas de assistência, independentemente da quotização, o chamado grau de suficiência económica.

O seguro social dirige-se a certa zona populacional; a segurança social pretende atingir todas as camadas da população, pois os infortúnios atingem, ou podem atingir, não só os pobres, mas também os ricos, que, de um momento para o outro, podem ficar pobres.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O *Orador:* — Isto é realmente muito sedutor, mas é demasiado ambicioso, e dentro de poucos anos se verá o que poderá trazer de consequências para a economia da Inglaterra.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O *Orador:* — Esta teoria é aliciante, mas joga com a economia das nações — redistribuição da riqueza — e, portanto, para

evitar desvios económicos e políticos é necessário estar atento ao seu desenvolvimento, acentuado.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O *Orador:* — E o desvio não é apenas este. É que se teoriza o direito de segurança como um direito que se mede pela função, como já vimos. Resvala-se, portanto, do direito natural para o positivismo jurídico, de que Duguit foi arauto acatado na sua hora.

Mas isto, pela nossa formação cristã, não podemos aceitá-lo.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O *Orador:* — É na esfera do direito privado ou do direito público que deve mover-se a política do seguro? No primeiro caso teremos normas de direito privado e seguro social; no segundo caso normas de direito público e segurança social.

Como se organizaram os sistemas? Uns em forma de serviço público, no plano dos outros serviços; outros como serviços públicos centralizados, com administração autónoma, e outros ainda através de instituições de direito privado.

A adopção de um ou outro critério depende do sistema que se queira montar.

Convém agora delimitar, com a precisão possível, o campo de acção da assistência e o da previdência, para que se não confundam.

Podemos distingui-los deste modo:

O seguro faz previsão para reparar; a assistência repara sem fazer previsão.

No seguro o segurado tem garantido um direito exigível, desde que satisfaça às condições legais, sem ter de fazer prova do grau de suficiência económica; a assistência protege sem conferir um direito e, para proteger, exige a prova administrativa da insuficiência económica do protegido.

Fora do seguro há e haverá sempre uma população marginal, que é função da assistência cobrir.

Como instrumentos de política social, trabalhando para o mesmo objectivo, embora com motivação e meios diferentes, há quem os suponha identificados e confundidos. São, porém, distintos, embora devam ser cooperantes, e só deixarão de distinguir-se nos países que substituíram o seguro social pela segurança social. Entendo dever deixar este ponto aclarado e penso que ficou.

Vamos agora entrar no ponto mais delicado: o problema das estruturas financeiras da Previdência.

Há dois sistemas fundamentais e distintos e um terceiro que resulta da combinação desses dois: o da capitalização, o da repartição e o da capitalização parcial ou cobertura de capitais.

Como já disse, começou-se, na organização dos seguros obrigatórios, pelos de acidentes de trabalho, através de companhias privadas, e, portanto, na base do seguro mercantil. Deste modo, ao organizarem-se os seguros sociais, foi-se tentado a adoptar o sistema financeiro daquele seguro, que é o de capitalização.

No sistema de capitalização a prestação é função dos prémios capitalizados, adicionados dos juros compostos que renderam. Para estabelecer o montante dos prémios há que calcular o valor actual das prestações já em pagamento e o daquelas que estão ainda em período de constituição. É, pois, um processo de prestações diferidas.

O sistema de repartição funciona numa base diferente. Calcula todos os encargos, incluindo os gastos administrativos, para certo tempo — vulgarmente um ano — e ainda as reservas para os imprevistos, dividindo-se o total pelos contribuintes.

É o sistema das ltuosas e dessas pequenas associações rurais conhecidas por mútuas bovinas. A quota, neste processo, sofre oscilações para mais à medida que as prestações se vão vencendo.

Há ainda o sistema de capitalização parcial, ou cobertura de capital. Este admite várias combinações entre os outros já referidos.

Na capitalização têm de considerar-se as prestações não vencidas ainda, diferidas ou a longo prazo, como as que respeitam à reforma e invalidez.

Na repartição só há que tomar em conta as prestações vencidas ou a vencer no período de tempo escolhido — prestações a curto prazo.

Nenhum destes sistemas logrou fazer carreira definitiva. Ambos têm os seus defensores e os seus críticos. Vamos ver que críticas se podem fazer a um e a outro.

A capitalização inicia-se logo com contribuição relativamente alta. É, portanto, e no período de constituição, em sistema muito mais caro do que o de repartição no mesmo período.

Exige ainda a acumulação de grandes somas como cobertura de garantia.

Através das somas capitalizadas e do rendimento que produzem, dizem os seus defensores que garante melhor o pagamento das prestações, praticamente sem agravamento do prémio cobrado.

Há que tomar em consideração a variação do valor da moeda — dizem os críticos — e quando surgiu a desvalorização exigiu-se um sacrifício pesado, que nada garantiu.

Sucedeu isso na guerra de 1914 com o seguro alemão, de capitalização, e agora, em 1939, com o seguro italiano, também de capitalização, com a desvalorização das respectivas moedas em seguida às guerras referidas. Em qualquer destes casos a segurança do sistema nada seguiu.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O *Orador:* — Além disso, como a capitalização trabalha com os juros compostos, tem de movimentar os seus capitais a uma taxa de rendimento técnica fixada. E se não conseguir obter o rendimento à taxa prevista e fixada?

Se assim for, o seguro ou vai para a

Reumatismo

Aritritismo

Dores musculares

Pleurodinias

etc.

- GRANDE PODER DE PENETRAÇÃO
- ALÍVIO RÁPIDO DA DOR
- DESCONGESTIONAMENTO PROGRESSIVO
- ACÇÃO DIRECTA NA ZONA DOLOROSA
- PRODUÇÃO DE ACIDO SALICÍLICO "NASCENTE"



Crema anti-reumático analgésico e antiflogístico de Salicilato de Dietilamina.

UM PRODUTO

Dravi

TOTALMENTE

N O V O

E ORIGINAL

falência ou tem de cobrir-se agravando os prémios. É um problema muito delicado o de movimentar grandes somas sem correr riscos ou correndo o mínimo deles.

No nosso limitado meio económico, por exemplo, como vamos movimentar os milhões acumulados pela Previdência, sabendo-se que aquele dinheiro não pode correr os riscos do capital particular?

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O *Orador:* — Movimentar milhões de contos para dar o rendimento técnico da taxa de 4 por cento — taxa entre nós adoptada — não é fácil, e já se vão ver as consequências de ter de aceitar taxa ligeiramente inferior.

O distinto actuário Dr. António Leão calculou qual seria a reserva-limite para garantir as pensões de velhice - invalidez, supondo que o seguro abrangia 1 milhão de beneficiários com o vencimento médio mensal de 750\$. As conclusões mais seguras levaram-no a encontrar 29,3 milhões de contos, supondo que todo o capital rendia 4 por cento ao ano. Se rendesse, porém, 3,5 por cento, a reserva-limite subiria então para 37,2 milhões de contos.

Repito: este problema é muito delicado; uma pequena coisa que se conceda tem repercussão em centenas de milhares de contos.

Tem este sistema da capitalização esta vantagem: é equitativo. Para o mesmo benefício exige e pode manter sensivelmente a mesma quota.

A taxa ou prémio de seguro é, em todo o caso, inicialmente menos favorável no sistema de capitalização do que no sistema de repartição. É um inconveniente, mas a repartição tem outros.

Eu já vou ler um estudo sobre o sistema de repartição, mas devo dizer a V. Ex.ª desde já que no sistema de repartição do seguro austro-húngaro de acidentes a quota inicial, que era de 0,69, vinte anos depois estava já em 16,35. Quer dizer: há beneficiários favorecidos e outros agravados, embora o benefício seja igual.

Do estudo já referido do Dr. António Leão transcrevo a passagem seguinte:

Em conjunto, as despesas com pensões de invalidez e velhice atingem o montante de 592.810 salários anuais, correspondentes a 0,184,6 por beneficiário. Isto quer dizer que em regime de repartição a quota sobe, no estado limite, só para o seguro das pensões, a 18,46 por cento do salário — duas vezes e meia o prémio actual.

É, portanto, um sistema menos equitativo, por exigir para o mesmo benefício contribuições de valor diferente, e, como não tem reservas de garantia, nada pode garantir.

A geração ou gerações que se seguem à que se inscreveu no período de constituição do seguro é que têm de suportar e sustentar aqueles que se verifica não poderem já trabalhar. É uma geração sacrificada aos velhos e inválidos.

Pensa-se no entanto — e parece ser esta a esperança dos partidários do sistema inglês — que no futuro os nascimentos mantenham a população activa em crescimento.

Mas, se a duração média da vida subir também, como parece suceder, o número de velhos trabalhadores subirá igualmente, e eu não sei se esse sistema poderá então aguentar-se.

No sistema de capitalização, como disse, a taxa é mais constante, mas não sei se vale a pena estar a sobrecarregar a economia nacional com uns tantos milhões de contos que será necessário amealhar para o efeito.

Ora sobre isto vou ler um estudo do Prof. Aznar, que consta da revista espanhola da Seguridad Social de Janeiro-Febrero de 1947. O professor Aznar é um defensor do sistema de capitação e, para evidenciar as suas vantagens, publica um cálculo referente ao seguro-reforma de 796.786 trabalhadores de 25 anos que entraram para

o seguro em 1913 para garantirem 1 peseta anual aos 65 anos, e conclui:

Pelo regime de repartição teria custado 6.006.293 pesetas; pelo de capitalização ou de seguro cobre-se com 1.323.347,04 pesetas.

Naturalmente o referido escritor vê no facto a evidente superioridade do sistema que defende. Quanto à inutilidade das reservas como cobertura de garantia quando a desvalorização aparece, responde:

E se não aparecer? Essa objecção não vai apenas contra as reservas do sistema de capitalização destes seguros; vai igualmente contra os fundos das caixas económicas e dos bancos e contra as reservas das companhias comerciais. Ou supõe-se que só depreciará a moeda dos seguros sociais?

Se o céu cair, nem as cotovias escapam.

Sendo precária a garantia dada pelas reservas acumuladas pelo sistema de capitalização, não pode negar-se, repito, que o prémio exigido é mais equitativo e mais constante.

Volto agora ao estudo do Dr. António Leão:

Vimos que nas condições em que funciona o seguro de invalidez-velhice, a reserva-limite para 1 milhão de trabalhadores ganhando a média mensal de 750\$ é, rendendo 4 por cento, de 29,3 milhões de contos.

Suponhamos, porém, que ao milhão de trabalhadores já considerado somávamos mais 1 milhão de trabalhadores rurais. Pode fazer-se ideia da soma que atingiria a reserva-limite considerando que o rendimento nacional anda à roda de 34 milhões de contos.

E como se comportaria a vida económica nacional com estas somas desviadas do seu giro normal pelas suas restritas aplicações?

Vozes: — Muito bem!

O *Orador:* — O Dr. Leão estuda o caso de se julgarem excessivas as reservas a que seremos levados pelo actual sistema de seguro, preferindo-se reservas menores.

Para essa hipótese considera a adopção de prémio deficitário inicial, para atingir o equilíbrio mais tarde. Uma das soluções que propõe é a de estabelecer de início o prémio de 2 por cento e acrescê-lo de cinco em cinco anos de 1 por cento até perfazer 9 por cento ao fim de trinta anos. A reserva-limite seria então de 14,3 milhões de contos.

Aqui está figurado um exemplo das combinações possíveis entre o sistema de capitalização e o de repartição.

Mesmo assim, atrevo-me a considerar aquela capitalização, embora menor, ainda bastante elevada.

O Sr. Ministro das Corporações, como é do conhecimento do Sr. Deputado Cerqueira Gomes, tem a ideia de adoptar o sistema de repartição para as prestações a curto prazo (seguro doença) e o de capitalização para as prestações diferidas (seguro invalidez-reforma).

Veremos a que conclusões o estudo de tal sistema nos conduzirá.

Que o peso do seguro recaia directa ou indirectamente sobre a Nação parece-me evidente. Ainda há pouco estive a dizer ao nosso colega Dr. Magalhães Pessoa: «O facto que traz vestido já está sobrecarregado com os encargos da Previdência desde o fabricante ao armazenista e alfalate. É que, afinal, quem paga é o consumidor, pois tudo se incorpora no preço».

Vamos então fazer previdência em larga escala? Alguém a há-de pagar, e temos de ver o que a economia nacional pode pagar.

Rogo a Deus que nos dê vida para podermos ver ao que, dentro de alguns anos, chegará a previdência inglesa.

Já na Bélgica, onde se segue o sistema de repartição, o Estado, ao que me consta,

teve de entrar com mais de 100 milhões de francos para cobrir o déficit.

E isto só agora começa!... Mas daqui a cinquenta ou sessenta anos se verá o que se passa na Bélgica e na Inglaterra. De qualquer modo, é riqueza que se vai acumulando, mas com repercussões graves no mundo económico.

Claro que entre nós o Estado tenta corrigir as consequências do sistema, tomando as reservas da Previdência, investindo-as e devolvendo assim, imediatamente e por vários modos, uma parte à Nação. Esta situação poderá aguentar-se, porém, durante muito tempo? Este é que é o problema!

O estado de equilíbrio financeiro pode levar a 30 milhões de contos, à taxa técnica de 4 por cento; isto durante o período de cinquenta ou sessenta anos. E eu pergunto: como se comportará a economia nacional com a acumulação de tamanhas reservas? Para decidir do sistema não basta a arte do político, mas a audiência do economista e do financeiro, para não descapitalizar imoderadamente e restringir o poder de consumo.

O Sr. *Presidente:* — Se as considerações que V. Ex.ª pretende fazer ainda demoram, eu reservo-lhe a palavra para a sessão da tarde, visto a hora já ir adiantada.

O *Orador:* — Realmente, ainda demoro.

O Sr. *Presidente:* — Vou encerrar a sessão. A próxima será à hora regimental e prosseguirá com este assunto em ordem do dia e, se houver tempo, seguir-se-á a discussão das Contas Gerais do Estado da gerência de 1951.

Está encerrada a sessão.

Eram 13 horas e 50 minutos.

(Continua no próximo número)

M&B

PARA SAES DE BISMUTO

Para eficiencia terapeutica é essencial que possuam os saes de bismuto, além de alta pureza química, certas qualidades físicas especiais.

May & Baker foram entre os primeiros fabricantes destas substancias e a passagem do tempo e a experiencia relevam a absoluta confiança que proporciona o uso dos prudutos M&B.

FABRICADOS POR

MAY & BAKER LTD

DAGENHAM INGLATERRA

Agentes no Portugal:

ILMOS. SRS. QUÍMICO-SANITÁRIA LTDA., RUA CÂNDIDO DOS REIS, 96, OPORTO

ILMO. SR. HENRI REYNAUD, RUA DO LORETO, 10, LISBOA

PHA 73

V I D A M É D I C A

E F E M É R I D E S

Portugal

(De 31 de Maio a 8 de Junho)

Dia 31 — O governador civil e médico Dr. Manuel Lourinho visita as instituições da Misericórdia de Marvão, prometendo interessar-se pelas suas necessidades.

1 — Noticiam de Castendo estar concluído o Hospital da Misericórdia local. Iniciam-se agora diligências para o seu apetrechamento.

— Regressa a Lisboa, por via aérea, o Dr. Salazar Leite, Professor do Instituto de Medicina Tropical que, em missão de estudo do Instituto de Alta Cultura, acaba de visitar os Estados Unidos da América.

2 — É empossado no cargo de médico privativo da Polícia de Segurança Pública, de Braga, o Dr. Felicíssimo do Vale Rego Campos.

— Assume as funções de delegado de Saúde do distrito de Faro, o Dr. José Pais Ribeiro.

3 — Regressa dos Estados Unidos, onde esteve em missão oficial, o Dr. Fernando de Almeida, que participou no Congresso Internacional de Esterilidade.

5 — Partem para a Bélgica em viagem de estudo os Drs. José Maria Vaz Osório e Esteves Pereira.

— Segue para Paris o Prof. Vaz Serra que, a convite da Sociedade Francesa de Gastroenterologia, vai participar nos trabalhos do Congresso daquela Sociedade.

— Segue para Itália e França o Dr. Castro Silva, a fim de tomar parte nos Congressos de Oftalmologia que se realizam em Roma e Paris.

7 — Pelo Fundo do Desemprego é concedida, à Misericórdia de Ponte do Lima, a comparticipação de 1.145 contos, destinados à construção do novo hospital sub-regional.

— Está aberta uma subscrição nacional para a compra da Casa-Museu Abel Salazar.

8 — O cônsul da França no Porto dá recepção em honra do Prof. Amândio Tavares, reitor da Universidade, que pelo Governo francês foi agraciado com a Comenda da Legião de Honra, pelos serviços prestados à causa do intercâmbio cultural franco-português.

— Ficam elaborados os planos dos festejos que, durante o Verão, se realizam na Anadia, em benefício do Pavilhão para doentes infecto-contagiosos e tuberculosos, em construção pela sua Misericórdia.

Estrangeiro

— O Dr. Luque, director do Hospital da Cruz Vermelha, de Madrid, é nomeado Presidente da Sociedade Espanhola de Ginecologia.

— Em Itália, Viareggio, realizou-se nos passados dias 2 e 3, o Congresso Italiano de Cardiologia.

— A 5 do corrente realizou-se em Utrech o III Congresso da Associação Internacional para o estudo dos brônquios.

— Nos dias 5 e 6 do corrente realizou-se, em Leyden, o Congresso internacional de Audiologia.

— Noticiam de Haia que, entre outros, participam médicos portugueses no Congresso Internacional de Pediatria.

A G E N D A

Portugal

— Em Lisboa, de 14 a 20 de Setembro, realiza-se o XVI Congresso internacional de Cirurgia.

— Em Coimbra, para comemorar o 20.º aniversário da sua formatura, reúne-se nesta cidade, nos dias 15 e 16 de Junho o curso médico de 1933.

Estrangeiro

— Em Amesterdão realiza-se de 8 a 15 de Junho o V Congresso internacional de Oto-rino-laringo-bronco-esofagologia.

— Em Roma, de 10 a 13, realiza-se o 1.º Congresso da Sociedade Latina de Oftalmologia.

— De 15 a 16 do corrente, na Bélgica (Le Zoute - Albert - Plage), realiza-se o II Congresso da Sociedade Internacional de Bronco-esofagologia e de Gastroscopia.

— De 15 a 17 de Junho em Lake Udadid (Nova Iorque), reúne a Sociedade americana de Ginecologia.

— De 17 a 19 do corrente, em Valência, reúne a Secção de Toco-Ginecologia da União Médica mediterrânica.

— Em Paris, a 22 do corrente, reúne a Liga contra o Tracoma.

— Em Londres, a 23.ª reunião na «Ciba Foundation» sobre Endocrinologia do Cancro Mamário.

— Em 28 e 29, em Trieste, há o Congresso da Liga italiana para a luta contra os tumores.

— Em 2 de Julho e em Londres, na «Ciba Foundation», há um simpósio sobre algumas fases da função da hipófise anterior. E nos dias 7, 8 e 9, pela mesma e na mesma cidade, outro, sobre «Os rins».

— De 19 a 25 de Julho realiza-se em Copenhague o VII Congresso internacional de Radiologia.

— Em Londres, de 26 a 30 de Julho, realiza-se o XVIII Congresso internacional de Psicanálise.

— Em 4 de Agosto, em Bellagio, Itália, o Congresso internacional de Genética.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 28-5 a 3-6-53)

Dia 29 — Dr. Hortênsio Ferreira da Fonseca, Primeiro-tenente médico — mandado passar à situação de comissão ordinária (Estatuto dos Oficiais da Armada), ficando supranumerário no respectivo quadro, aguardando vacatura.

— 30 — Dr. Mário Moura Brás Arsénio Nunes, professor extraordinário da Faculdade de Medicina de Lisboa — concedida uma bolsa de estudo fora do País, durante oito semanas, com início em 6 do corrente mês.

— Dr. Augusto Salazar Leite, professor efectivo do Instituto de Medicina Tropical e médico analista dos H. C. L. — considerado em missão oficial fora do País, de 25 de Abril último a 31 do corrente.

— Dr.ª Isaura Pereira do Rosário Canto, médica estomatologista da Federação de Caixas de Previdência — prorrogada até 15 do corrente a equiparação a bolseira fora do País.

3 — Dr. Vitorino Vieira Dinis dos Santos, médico escolar — nomeado definitivamente para exercer as suas funções no distrito do Funchal.

— A Câmara Municipal de Silves declara que para o provimento de médico municipal da freguesia de S. Marcos da Serra daquele concelho, foi admitido o Dr. Júlio Duarte de Sousa Colaça.

Partidas e Chegadas

Prof. Barahona Fernandes

Regressou a Lisboa o Prof. Barahona Fernandes, que, em Munique, participou no Congresso Internacional de Neuro-Cirurgia e, na Suíça, proferiu algumas conferências sobre temas da sua especialidade.

Prof. A. Celestino da Costa

Regressou a Lisboa, depois de ter tomado parte nos trabalhos do Congresso da Association des Anatomistes, em Bordeus, e no da Anatomische Gesellschaft, em Mouguncia, o Prof. A. Celestino da Costa.

Prof. Salazar Leite

Em missão oficial do I. A. C. e em visita de estudo a institutos científicos dos Estados Unidos, partiu para Nova Iorque, acompanhado de sua esposa, o Prof. Salazar Leite.

Prof. Cândido de Oliveira

Regressou de Londres, acompanhado de sua esposa, o Prof. Cândido de Oliveira, que, naquela capital, tomou parte na Conferência Internacional de Educação Sanitária, promovida pela O. M. S.

Prof. Eduardo Coelho

Em missão oficial, partiu para Paris o Prof. Eduardo Coelho, que foi realizar uma conferência na Semana Internacional de Cardiologia, por convite do respectivo «Comité».

Prof. Cid dos Santos

Regressou a Lisboa o Prof. João Cid dos Santos, que, além da sua participação no Congresso Luso-Espanhol de Cardiologia, em Sevilha, realizou também naquela cidade, a convite do Prof. Cortes-Lladó e na sua clínica hospitalar, uma conferência sobre «Cirurgia Vasculuar».

Dr. Eurico Pais

Regressou de Palma de Maiorca, onde, como delegado português, assistiu à reunião preparatória para a organização do Congresso Latino de Endocrinolaringologia, a realizar em Veneza, em 1954, o Dr. Eurico Pais.

Esta reunião, da iniciativa do Prof. Pende, de Roma, estava integrada no Congresso de Medicina Interna da União Médica Mediterranea, ao qual o Dr. Eurico Pais apresentou uma comunicação científica sobre um novo método para avaliar a função hipofisária. Este novo método foi muito discutido e apreciado. Estiveram presentes cerca de 500 congressistas franceses, italianos e espanhóis.

O MÉDICO SEMANARIO

DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

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

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Morais, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrombotomática 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), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emílio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.º António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.º António), José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.º António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hosp. de S.º António) — PORTO

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

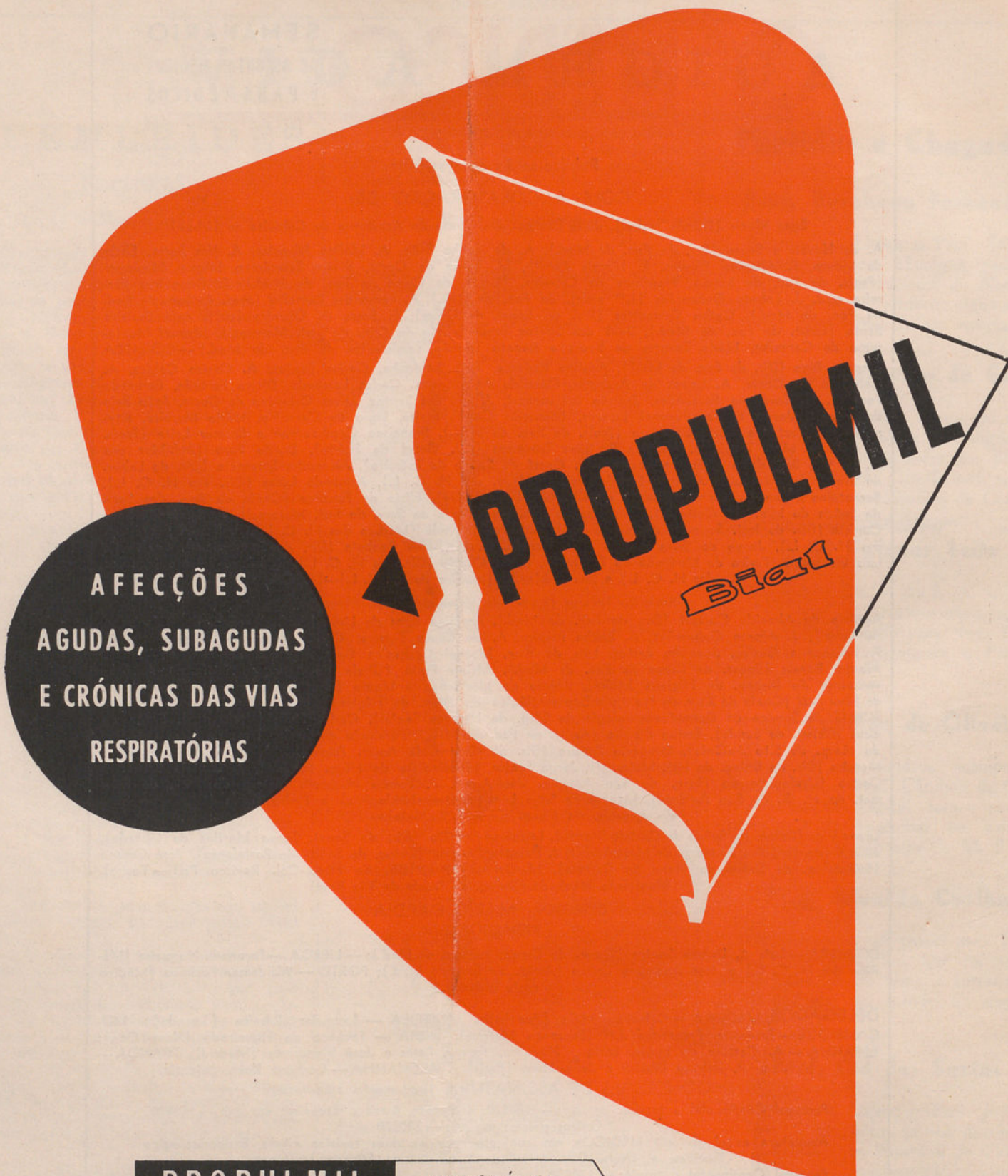
Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com as duas revistas «Acta Endocrinologica Iberica» e «Acta Gynecologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

Portugal Continental e Insular — 170\$00 Ultramar — 220\$00

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

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

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



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

PROPULMIL
Biat

PROPULMIL INJECTÁVEL

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

PROPULMIL SUPOSITÓRIOS

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

PROPULMIL INFANTIL SUPOSITÓRIOS

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