

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

IV. ANO — N.º 71
8 de Janeiro de 1953

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

Afeições

GRIPAS E POST-GRIPAS

BRONCO-PULMONARES

OTO-RINO-LARINGOLÓGICAS

GENITO-URINARIAS

ESTAFILOC

3 Ações

- Antibiótica específica
- Imunizante inespecífica
- Modificadora do terreno

UMA CONCEPÇÃO NOVA NA
TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA

OMNACILINA
AZEVEDOS

 **LABORATÓRIOS AZEVEDOS**
MEDICAMENTOS DESDE 1775

SUMÁRIO

	Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
MOREIRA, Mário — <i>Grandeza e decadência da Medicina Interna</i>	69	<i>Struthof: um desafio à consciência humana</i> — Almerindo Lessa	21
CARDIA, Mário — <i>Leucorreias; os seus problemas</i>	71	<i>Não é obrigação</i> — António José Lúcio	22
MOVIMENTO MÉDICO — <i>Actualidades científicas e clínicas — Progressos no tratamento das doenças pulmonares</i>	78	<i>Ecos e Comentários</i>	24
		<i>O sangue e a ética</i> — M. da Silva Leal	27
		<i>Crónica de Goa</i> — Ventura Pereira	30
		<i>Noticiário diverso</i>	

PRODUTOS ORIGINAIS

"Zimema K"

factor opoterápico e vitamínico
da coagulação do sangue

Caixas de 4 emp. de 2 c. c.
» » 3 » » 5 c. c.

Cada c. c. contém:

Fibroenzima <> coagúlias 0,33

Vitamina K (2 metil 1,4 naftoquinonadisulfato sódico) mg. 10

Distribuidor para Portugal, Ilhas e Colónias

M. RODRIGUES LOUREIRO

R. Duarte Galvão, 44 - LISBOA

Concessionário exclusivo do

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO

V. BALDACCI-PISA

Grandeza e decadência da Medicina Interna ⁽¹⁾

MÁRIO MOREIRA

(Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa)

Mais uma sociedade médica, quando já nos queixamos de tantas sociedades médicas, pode, à primeira vista, surpreender, quando a iniciativa parte de pessoas que têm o dever de serem assisadas. Mas se nos detivermos um pouco, reconheceremos, por um lado, que tal empreendimento foi originado no voto da Sociedade Internacional de Medicina Interna, quando, no Congresso de Basileia, aconselhou instantaneamente a formação das respectivas sociedades nacionais, aos países que ainda as não possuíam; por outro lado, que, no nosso país, não existia uma única sociedade médica, cujo título ou natureza, polarizasse a sua actividade nos assuntos deste ramo fundamental da Medicina.

Não historiaremos, por inútil, os trâmites por que passaram os trabalhos preparatórios da formação da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Basta acentuar que trabalhámos com ardor e boa-fé, que fizemos sempre o melhor que soubemos e pudemos e que nos sentimos amplamente recompensados dos nossos esforços e cansaças ao inaugurarmos hoje os trabalhos da nóvel Sociedade sob o alto patrocínio das personalidades ilustres que se dignaram aceitar o nosso convite.

Sociedade Nacional, como pretendemos que seja de facto, não esquecemos que os três grandes centros de actividade médica do país careciam de nela serem integrados e, desde a primeira hora nos preocupámos com lhes assegurar representação e eficiência em pé de igualdade com o núcleo de Lisboa, a que a força das circunstâncias impôs o papel de fundador. Outra razão não têm as disposições estatutárias que, obedecendo em geral à Sociedade Internacional de Medicina Interna, para que a Sociedade Portuguesa possa, sem dificuldade, ser realmente o núcleo nacional daquela agremiação, não deixam de servir os interesses próprios do nosso país, garantindo, pela instituição de dois Vice-Presidentes, a representação, nos lugares capitais, dos nossos três centros médicos universitários. E porque assim se fez, eis-nos de mãos dadas e corações ao alto, a inaugurar os trabalhos da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna que, esperamos e cremos firmemente, servirá com deligência e dignidade, aquém e além fronteiras, os interesses científicos e morais da medicina interna.

Mas porque tanto desvelo com a medicina interna, quando, a cada passo, a vemos restringida, amputada e quase humilhada, reduzida à condição de sobrevivência de um passado umbroso, amálgama de noções imprecisas, técnicas rudimentares, diagnósticos hesitantes e terapêuticas inoperantes? Mercê do vertiginoso progresso da ciência e, particularmente, da Medicina nas últimas décadas, desenvolveram-se tanto os processos de observação e análise, aumentaram de tal forma as exigências de delicadas, quando não agressivas, técnicas de diagnóstico, criaram-se e desenvolveram-se métodos terapêuticos de tal alcance e violência, que quase consideramos o antigo «clínico geral» mera sobrevivência de um passado rotineiro que urge afastar para bem longe.

Cada capítulo da Patologia Médica é hoje objecto de uma «especialização», entendendo-se por esta palavra a quase exclusividade da informação teórica, da técnica diagnóstica, e da aplicação terapêutica a favor de um restrito sector de conhecimentos médicos. Assim nasceram especialidades a dentro da medicina interna, desmembrando-a em tantos sectores, que perguntamos a nós mesmos o que fica para aquela, senão a missão de escolher o especialista a quem deva ser dirigido o doente que se nos depare.

Todavia, há especialidades legítimas, logicamente limitadas no seu âmbito, com métodos próprios de diagnóstico e tratamento, que ninguém ousaria constatar. Quem poderia passar sem o especialista de oftalmologia ou de oto-rino-laringologia, para só a estas nos referirmos como particularmente demonstrativas do nosso pensamento? Mas que diremos da gastro-enterologia, da cardiologia, da hematologia, da endocrinologia, mesmo da neurologia, que mais não são do que outros tantos capítulos de que se compõem os

manuais de patologia médica de todos os tempos? Extraíamo-los ao nosso livro e ficaremos só com a capa, que, como assevera o rifão popular, encobrirá toda a miséria... Miséria de conhecimentos, miséria de competência, miséria de proventos, eis a que fica reduzida a honrada «clínica geral» ante o brotar exuberante de tantas especialidades nos ramos que outrora foram do seu indiscutido apanágio... Mas não são legítimas estas especializações a dentro da medicina interna, uma vez que os seus cultores conhecem e utilizam técnicas alheias ao domínio comum dos outros médicos? Levanta-se aqui um dos problemas da medicina moderna mais árduos de resolver.

É indiscutível que o saber em profundidade se contrapõe ao saber em superfície. É também indiscutível que o aperfeiçoamento técnico, alcançado em quase todos os ramos de medicina, obriga os seus cultores a estudar especialmente determinados métodos, visando limitados aspectos e não podendo, por incompatível com a natureza humana, abarcar todos. Portanto, o médico, necessitado de ser cada vez mais competente na sua actuação, acha-se, de facto, especializado no assunto que mais o preocupa. Mas, ao contrário do especialista verdadeiro, este médico, embora cultivando com desusado esmero um dado capítulo de patologia, não abdicou dos conhecimentos indispensáveis ao clínico geral. É, de facto, um «internista» que pensa e trabalha mais assiduamente e, portanto, mais competentemente um sector da medicina interna, sem por isso excluir das suas preocupações todos os outros problemas que a completam. Porém o público, na ânsia da competência, busca incessantemente o «especialista» do seu real ou hipotético mal. E, conquistado «a priori» pela tirânica convicção de uma doença «especial», corre ávidamente ao respectivo especialista, que, no seu sector, o estuda e trata proficientemente, mas que, pela sua própria natureza, ignora a personalidade mórbida integral, que se lhe depara. E o doente, desapontado, pensa que, afinal, o seu caso é de outra natureza. E a peregrinação continua de consultório para consultório, na esperança, tanta vez vã, de achar o verdadeiro «especialista» do seu mal.

Mas onde está o velho «clínico geral», experiente, sabedor, compadecido, sabendo de tudo o necessário para tratar o seu doente, e conhecendo dos recursos dos especialistas o suficiente para solicitar a sua cooperação, cada vez que for mister disso?

Esquecido, desacreditado, humilhado, acolheu-se à honrada e, tanta vez, heróica clínica rural, quando não, levado pela compreensível transigência com os novos ídolos, se iniciou nos mistérios de uma especialização, mais remuneradora que sincera. Raros abencerrages se mantiveram no seu posto, terçando armas pela sua dona, travando arduo combate pela sua causa.

Mais afortunado que muitos outros países, sobretudo aqueles que, com exacerbado orgulho julgam deter o facho do progresso humano e adquiriram pesadas responsabilidades na evolução a que vimos de aludir, conservou o nosso um apreciável equilíbrio, mantendo para o «clínico geral» uma margem de aceitação que permitiu a sua digna sobrevivência e inapreciável actuação. E, quando de além-mar nos chegaram os brados de arrepiar caminho e os apelos ao velho «médico de família», não nos encontraram tão desprevenidos como eles próprios, protegidos que estávamos por um certo cepticismo feito de bom senso, fruto da milenária experiência de um povo herdeiro de remotas civilizações. Não. A medicina interna no nosso país manteve e continua a manter

(1) Alocução proferida na sessão inaugural da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. — Ver notícia no «Suplemento», neste número.

as gloriosas tradições que nos legaram os nossos maiores, os exemplos prestigiosos de um Sousa Martins, um Carlos Tavares, um Belo Morais.

*

Pode parecer esta apologia uma teimosa reivindicação de um passado decrépito, uma luta dementada e sem glória por um reduto já ultrapassado e desprovido de valor. Erigidos em especialidades tantos dos capítulos da medicina interna, não será melhor reconhecer que esta deixou de existir como rubrica de uma actividade consciente e operante, para dar lugar às emancipadas ramificações que sobre a sua campã florescem? Não perdeu, de facto, a medicina interna direito à nossa consideração de sector vivo e progressivo da ciência médica e poderemos ainda, nos nossos dias, creditá-la por aquisições que lhe assegurem a incontestável posição de um capítulo legítimo da medicina moderna?

Volvamos um pouco o nosso pensamento para trinta anos atrás e penetremos numa enfermaria da Clínica Médica Escolar.

À parte o voltear buliçoso dos quintanistas curiosos, o rodar tranquilo mas diligente, das enfermeiras experimentadas, há, na grande e clara sala de meio cento de camas, a tranquilidade das coisas consumadas.

Tudo corre e se termina com a serenidade inabalável da fatalidade que envolve médicos e doentes, que domina as consciências, que amortece a luta sem esperança.

Detenhamo-nos um pouco e atentemos mais de perto nalgumas doentes.

Esta? Pálida e ofegante, exteriorizando em profundas respirações a anormalidade do seu metabolismo gasoso, jaz mergulhada num sono de que não a podemos acordar, parecendo exalar um particular cheiro adocicado que impregna a atmosfera e mesmo de longe nos vem ao nariz... Ah, sim: esta é uma diabética que entrou, em coma, pelo serviço de urgência. Não conseguimos melhorá-la, embora esteja à fome e cheia de bicarbonato... Encolhemos vagarmente os ombros, na resignação humilhada da nossa impotência.

Abeiramo-nos de outra cama. Mulher de meia idade, extremamente magra e tisonada, olhos salientes e espantados, de um brilho estranho e expressão sinistra, tão trémula que a cama treme com ela, todo o corpo se lhe abala em rípidas vibrações, que gestos impulsivos e desordenados por vezes abafam. Profere, em grande agitação, catadupas de palavras incoerentes que se entrecrocavam, para em breve se apagarem em estenuada exaustão. O pulso corre célere e desacertado, o coração em seu trabalhar enlouquecido e tumultuoso açoitava com violência o frágil peito. Uma «basedowiana» em fibrilacão auricular... Já nada lhe faz bem: digitálicos, brometos, barbitúricos. Queima-se nesta agitação enquanto aguarda o seu inexorável fim!

Desviamo-nos entristecidos e aproximamo-nos da cama seguinte.

Outra mulher, quarenta anos talvez, esta quase gorda, mas de uma cor amarelada tão particular que não sabemos se é de icterícia, se de cera. Tranquila, talvez sonolenta, tentamos conversar com ela. Custa-lhe muito a falar, tal é o ardor que tem na língua. A vista enfraqueceu-lhe, os movimentos são penosos, tardos e fatigados, o andar é mesmo dificultado por fortes dores que já na terra lhe disseram ser ciática. Incitamo-la a que tente: — mais parece uma tabética na atabalhoada ataxia de seus incertos passos. As digestões são muito penosas. Já lhe meteram um grande tubo pela boca e disseram-lhe que não tinha ácidos. Dão-lhe um remédio tão mau que até fuma... e está na mesma... A análise de sangue confirmou a terrível «anemia perniciosa». Tem tido suas remissões espontâneas mas a cura...

Vejamos ainda outra. Esta é uma rapariga de vinte anos, com reumatismo em criança, de que lhe ficou um discreto aperto mitral. Bem. Esta, se é certo que não a podemos curar, sabemos, ao menos, tratá-la tão bem que nos consola acudir a tal género de doentes. As fracas doses de digitalina, como ensina a excelente escola francesa dos Vaquez e dos Laubry, fazem aqui maravilhas e a rapariga vai melhorar muito. É verdade, mas é estranho... Há um tempo para cá, a doente, sem se queixar de novo reuma-

tismo ou outra moléstia, tem febre, está anémica e, às vezes, surgem-lhe nos dedos, umas pápulas avermelhadas e dolorosas que não sabemos a que atribuir. Também lhe palpamos um baço que, nem de longe, pode ser de estase, de facto inexistente. O sangue tem os glóbulos brancos aumentados como se fosse uma septicemia e, no mês passado, uma súbita dor lombar, com urinas cor de sangue, fez pensar numa embolia. Mal conhecíamos o quadro e só por memória nos ocorreu a endocardite séptica subaguda, a famigerada «endocardite lenta», de que Osler fala, e de tão funesto prognóstico! E tantas, tantas mais, ontem desconhecidas ou inacessíveis, hoje banalizadas na rotina consciente das coisas adquiridas.

Para que multiplicar os exemplos? Clínicos excepcionais, dotados de qualidades de observação e lucidez notáveis, excelsos professores, pensadores e oradores empolgantes, humanistas, como o ensino e a tradição cultural, aliados às limitadas exigências técnicas permitiam, então, sê-lo, topavam na prática clínica com a desoladora incapacidade de fazer bem à maior parte dos seus doentes. Eivados de um cepticismo feito de experiência, eram compreensivos, bondosos, consoladores e, uma que outra vez, operantes, que só isso lhes concedia a ciência médica do tempo. E isto passou-se na minha vida de médico. Em três décadas, não mais, assistimos à descoberta de insulina, dos tiuracilos, dos factores antianémicos, dos portentosos antibióticos, para não falarmos do campo, mais nebuloso, hormonal, dos corticosteróis, da famigerada cortisona e outros que com ela cotejam.

Ora isto seria talvez humanamente excelente, mas sem ter, em suma, mais alcance científico que o uso empírico da quina ou dos salicilatos, se tais descobertas terapêuticas não correspondessem e representassem, sobretudo, o conhecimento adquirido das causas e mecanismos fisiopatológicos das doenças a que se destinam.

Se, para o público e também para nós, a aplicação terapêutica é o escopo fundamental da clínica, não é menos verdade que, nos nossos dias, a era inaugurada por Ehrlich nos emancipou do obscuro empirismo e conferiu à terapêutica a faculdade da criação e aplicação consciente de medicamentos, concebidos e realizados em obediência a princípios de ante-mão estabelecidos, seguindo normas definidas, e destinadas a obter efeitos premeditados.

Os resultados obtidos pela terapêutica são como foguetes luminosos, assinalando, de quando em quando, o trilho percorrido pelos pioneiros da medicina experimental. Nada é confiado ao acaso, tudo é perscrutado, compreendido e previsto, antes de realizado. Quantas decepções, quantos mártires de ignorados heroísmos ficam neste caminhar silencioso e fecundo dos cientistas contemporâneos! Mas quanta glória, quando passamos a saber o que ignoramos, quando logramos curar o doente que dantes inexoravelmente perdíamos... E este progresso imenso foi executado e obtido no domínio da medicina interna. A compreensão e solução terapêutica da diabetes, do hipertiroidismo, do Addison, das anemias carenciais, das endocardites sépticas, das avitaminoses, que sei eu? De tantas e tantas doenças, ainda ontem ignoradas ou mal conhecidas, hoje dominadas, são do incontestado âmbito da medicina interna. Os progressos dietéticos e terapêuticos que nos permitiram alargar substancialmente a longevidade humana, pertencem ainda à medicina interna.

O médico internista é hoje muito mais lúcido e operante, porque melhor apetrechado de conhecimentos e de terapêutica activa. Mas, também, que responsabilidade pesa nos seus ombros, quando não põe ao serviço da cura os meios intelectuais e materiais que a medicina interna hoje lhe oferece e de que tem indeclinável dever de se servir com oportunidade e acerto!

O elegante cepticismo dos nossos velhos mestres seria hoje um cobarde repúdio das nossas responsabilidades científicas e profissionais.

A responsabilidade é tremenda e nem sempre o triunfo compensador.

Embora... Sejam quais forem as provações terríveis com que o agitado mundo ameaça a existência da nossa geração, bendigamos ter vivido esta época que nos permitiu contemplar e colaborar na gloriosa emancipação científica que caracteriza a medicina dos nossos dias...

REVISÃO DE CONJUNTO

Leucorreias; os seus problemas (1)

MÁRIO CARDIA

(Director do Dispensário Central de Higiene Social do Porto e Chefe do seu Serviço de Ginecologia; Director-clínico do Hospital de Matosinhos; Cirurgião do Hospital de S.to António)

DEFINIÇÃO

Começo por definir o termo-leucorreia, que corresponde a perdas branco-amarelo-esverdeadas que saem pela vagina; o termo—leucorreia—opõe-se, pois, à denominação — hemorragia — perdas vermelhas ou avermelhadas, também pela vagina. Umas e outras — leucorreias e perdas hemorrágicas — podem, aliás, existir ao mesmo tempo.

Assim definidas, as leucorreias podem ser — por um lado, as perdas vagino-uterinas fisiológicas, mais ou menos exageradas; por outro lado, as leucorreias patológicas — sintoma de várias afecções do foro genital ou de causa geral.

Quanto às primeiras, trata-se de exsudações da mucosa vaginal, secreções vulvares e cervico-uterinas, que variam com o momento, com a época da vida e com o ciclo sexual, e que aumentam, também, sob a influência de excitações genésicas e de acções psíquicas. Estas perdas, que podem ser relativamente abundantes e que constituem o que se denomina *hidrorreias*, estão sob a influência de causas reflexas, psíquicas ou fisiológicas e são mais abundantes alguns dias antes da menstruação, durante a puberdade e no início da gravidez. Estes corrimentos, que aliás interessam muito às doentes, devem ser separados nosologicamente das outras leucorreias, que correspondem a diversos estados patológicos. É necessário, porém, contar com elas, porque muitas doentes se queixam apenas de leucorreias e preocupam-se com isso. Voltarei a este assunto.

FREQUÊNCIA

No Dispensário de Higiene Social do Porto, cerca de 80 % das doentes que vêm ao Serviço de Ginecologia apresentam leucorreias.

Desde Janeiro de 1948, procuraram este Serviço, até fins de Novembro último, 5650 doentes, que aqui vieram pela primeira vez. Nestas doentes, foram feitos 9.609 exames colpo-citológicos e também alguns milhares de exames bacteriológicos e parasitológicos. É, pois, grande a nossa experiência, e, por isso, apoio-me sobretudo nela para a exposição que vou fazer.

ASPECTOS DAS LEUCORREIAS

As leucorreias podem ser brancas, esverdeadas, amarelas ou amareladas; podem ser, mais ou menos, irritantes, sobretudo na blenorragia aguda; serosas e fluidas nas primeiras fases do cancro do corpo uterino; sanguinolentas e com fetidez *sui generis* no cancro avançado do colo; purulentas e fétidas na retenção ovular; igualmente fétidas — mas não sempre — são as leucorreias das vaginites por tricomonas. O cheiro e o aspecto podem, já de si, indicar a etiologia; mas, em geral, não basta observar os exsudatos e recorrer aos exames ginecológicos ou gerais para estabelecer o diagnóstico etiológico. Temos de fazer exames microscópicos e ainda outros exames de laboratório.

ETIOLOGIA

A leucorreia pode ter origem na vagina ou vir do útero. De origem vaginal, observam-se perdas esbranquiçadas em várias afecções, independentemente de lesões mais altas. Últimamente, *Stuart Abel* classificou as vaginites em quatro tipos: causadas pelas tricomonas; devidas a fungos; gonococos, nas crianças; e, finalmente, vaginites não específicas, causadas por um ou vários organismos bacteriológicos. Pelo que diz respeito à gonococia nos adultos, não podemos considerar vaginites; a infecção, fora das crianças, está localizada no útero, nos anexos, na uretra, nas glândulas de *Bartholin* e de *Skeene*.

O corimento pode vir do útero, atravessar a vagina

e a vulva. Durante a última parte do ciclo menstrual as glândulas do endométrio segregam exsudatos que atravessam o colo para a vagina. A leucorreia da puberdade parece ser causada, ao mesmo tempo, pelo desenvolvimento vascular do útero e da vagina. Observam-se também perdas não sanguinolentas nas cervicites crónicas e agudas, nas erosões adenomatosas, nos pólipos mucosos, nos ectropions, nos miomas uterinos.

Perante as leucorreias, tanto nos adultos como nas crianças, uma das principais preocupações de quem observa uma doente deve ser diagnosticar a blenorragia. Esta doença apresenta-se com formas variadas, muitas vezes pouco características. As micções dolorosas e frequentes já chamam a atenção para uma gonococia recente. Vêm depois outros sintomas: a vulva torna-se sensível, inflamada, coberta de mucosidades. O orifício do colo, infectado, apresenta corrimento muco-purulento. A infecção abrange igualmente as glândulas de *Bartholin*. Estes sintomas são muito suspeitos e quase podemos dizer que se trata de blenorragia. Mas o diagnóstico certo só o podemos fazer com o microscópio ou, quando falha o exame directo, por meio da gonocultura ou da gonorreacção. As dificuldades aumentam quando os casos são crónicos e se complicam de dores no baixo ventre e na região lombo-sagrada, com as trompas e os paramétrios atingidos.

Aqui, como em todos os casos de leucorreia, é indispensável o auxílio do laboratório.

EXAMES DE LABORATÓRIO

Nas consultas de ginecologia do Dispensário de Higiene Social do Porto, colhemos, em todas as doentes, exsudatos na vagina e no colo uterino, para vários exames de laboratório. As colheitas fazemo-las, em geral, por meio de pequeninas colheres; podem utilizar-se também espátulas, a aspiração por meio de tubos, etc.

Os métodos que vou sumariamente descrever visam, em primeiro lugar, ao conhecimento do estado infeccioso genital, procurando o agente etiológico ou, então, a estabelecermos o diagnóstico não inflamatório duma doença uterina ou anexial. Muitas leucorreias são devidas à presença de fungos e mais frequentemente de tricomonas. Por isso, fazemos sempre a pesquisa de gonococos, de fungos e de tricomonas; é preciso considerar, porém, que pode haver associação destes agentes. Muitas vezes, nada há de característico nestes casos. Só os exames ao microscópio podem elucidar-nos.

Ainda sob o ponto de vista infeccioso, determinamos sempre a proporção relativa das células epiteliais, leucócitos, bacilos de *Döderlein* e germes patológicos. Estabelecemos assim 4 graus de infecção. Mas esta classificação não deve ser interpretada num sentido absoluto, porque outros factores, como o factor endócrino, podem intervir para modificar a proporção relativa dos elementos atrás referidos.

Determinamos também sempre o pH vaginal e cervical, que deve ser considerado como um elemento a juntar a outros, para conhecermos o grau de infecção e o estado endócrino.

Interessam também muito os exames citológicos dos exsudatos cervico-vaginais para precisarmos a existência da ovulação, indicando a data dela e o grau de estrogénismo, contribuindo assim para orientar a terapêutica hormonal nas amenorreias e nas meno-metrorragias de origem endocrínica. Finalmente, a colpo-citologia constitue

(1) Lição proferida no V Curso de Aperfeiçoamento organizado pelo Conselho Regional do Porto da Ordem dos Médicos.

elemento importante para o diagnóstico precoce do cancro e para o controle após o seu tratamento.

No Dispensário Central de Higiene Social do Porto fazemos sistematicamente exames citológicos colpo-cervicais em todas as doentes que aqui se apresentam às consultas de ginecologia. Até agora, só nas consultas da sede fizeram-se, como atrás disse, 9.609 exames, em 5.650 doentes. A nossa experiência é, pois, grande, e procuramos, não só atingir uma finalidade médico-social, como também procedemos a diversos estudos.

Vou, pois, referir-me, com alguns detalhes, aos diversos exsudatos que colhemos nas doentes que apresentam leucorreias.

DIAGNÓSTICO DA BLENORRAGIA

Como antes disse, diante duma leucorreia, deve-se sempre admitir a possibilidade da etiologia gonocócica. Esta etiologia deve estar sempre presente no espírito de quem observa crianças, onde é muito frequente. Recordo que, há poucos anos, vieram tratar-se no Dispensário de Higiene Social do Porto, quando a sua sede era na Rua da Boavista, muitas crianças internadas num asilo desta cidade, que se infectaram no próprio asilo; a origem da infecção gonocócica pareceu ser duma criada.

O exame directo, com o método de *Gram* — que é o que usamos habitualmente — revela, em geral, gonococos, nas crianças. Já no adulto o mesmo exame directo nem sempre mostra o agente infectante. Clinicamente, pode parecer tratar-se de blenorragia; mas o exame com o *Gram* não confirma o diagnóstico. É muito mais fácil o diagnóstico da gonococcia no homem. Temos de recorrer, muitas vezes, a gonoculturas e a gonorreacções na mulher.

Procedemos, geralmente, do modo seguinte.

Quando a doente apresenta sintomas de infecção gonocócica recente, fazemos, durante a primeira consulta, exames dos exsudatos colhidos na uretra, no colo uterino e nas glândulas de *Bartholin*, em três lâminas, com o *Gram*. Se não encontramos gonococos, mandamos fazer a gonocultura utilizando exsudatos colhidos nos mesmos lugares. Não procedemos da mesma forma quando não suspeitamos de blenorragia recente. Preparamos sempre 5 lâminas, das quais 4 são mandadas para o laboratório — duas com exsudatos colhidos no fundo-de-saco posterior da vagina, uma para o exame do estado infecioso, incluindo o método de *Gram* para a pesquisa de gonococo e para determinar o grau de estrogenismo; a outra lâmina para a citologia com vista ao diagnóstico do cancro. As outras duas lâminas visam esta última finalidade e aproveitam-se exsudatos colhidos na superfície do colo uterino e do canal cervical.

Procedendo assim, algumas vezes se encontra, onde menos se espera, gonococos ao exame directo.

Não fazemos sempre, durante a primeira consulta, exames dos exsudatos pelo *Gram* porque no Dispensário o serviço é muito grande e não há possibilidades de executar então todos os exames. Temos, por isso, de recorrer ao laboratório. Apenas, como rotina, fazemos imediatamente a pesquisa de tricomonas, entre lâmina e lamela, porque é preferível proceder a tais exames nessas condições.

Se se trata de serviços destinados a prostitutas, devemos proceder de outro modo. Quando alguma delas — das chamadas clandestinas — aparecem no Dispensário ou quando o serviço social chama uma mulher que se presume ser a causa do contágio dum doente que aqui veio, então procedemos imediatamente à pesquisa de gonococos e, sendo necessário, mandamos fazer a gonorreacção. Precisamos de actuar depressa, nestes casos em que é frequente a infecção gonocócica, para estabelecermos imediatamente um tratamento adequado.

TRICOMONAS E FUNGOS

É muito frequente encontrarmos tricomonas e fungos como causa das leucorreias. No Dispensário de Higiene Social do Porto, fazem-se como rotina exames neste sentido, a todas as doentes que aqui vêm, para pesquisa de tricomonas há 5 anos e dos fungos, sistematicamente, há 2 anos. Fazemos mesmo, para estudo, pesquisas nos exsudatos de mulheres nas quais se não suspeita de apresentarem aqueles parasitas. Consultando as fichas das consultas de gineco-

logia do Dispensário Central, verificamos que, em 5.757 doentes, encontramos tricomonas em 930 casos; que quer dizer, em 17,9 %.

Quanto aos fungos, não posso apresentar números exactos. Contudo, pela investigação em cerca de 2.000 doentes, a percentagem foi muito menor que a de tricomonas.

Estas percentagens de vaginites por tricomonas ou fungos seriam muito maiores se, em vez de fazermos a pesquisa sistematica, procurassemos os parasitas apenas nos casos suspeitos.

Todos sabem que o tricomona é um protozoário flagelado que *Donné* observou pela primeira vez em 1837, que se apresenta piriforme, três a quatro vezes maior do que um glóbulo de pús, com três a quatro flagelos, móveis, implantados na sua extremidade mais arredondada. A melhor maneira de observarmos estes parasitas ao microscópio é entre lâmina e lamela, com ou sem córantes. No Dispensário de Higiene Social do Porto procedemos, geralmente, do modo seguinte:

1.º — Expomos a cavidade vaginal com um espéculo;

2.º — Colhemos um pouco de exsudato, passando a colherzinha pelas paredes vaginais, fundos-de-saco e colo uterino;

3.º — Colocamos uma gota deste exsudato sobre uma lâmina, misturamos uma gota de soro fisiológico; cobrimos com lamela e observamos ao microscópio.

Se quisermos córar, podemos empregar o crésil, a hemateína-eosina, a violeta de genciana, etc.

Também mandamos lâminas para o laboratório com o fim de se pesquisarem fungos — que algumas vezes são causa de leucorreias.

COLPO-CERVICO-CITOLOGIA

Aproveitando a presença duma leucorreia, devemos fazer o que se denomina frequentemente o método de *Papanicolau* — o inventor da colpocitologia, que visa ao estudo celular dos exsudatos vaginais, com dois fins: conhecer as funções ováricas e diagnosticar o cancro uterino.

O método de *Papanicolau* consiste numa coloração dos exsudatos colhidos em lâminas, que põem em evidência aspectos das células, mais ou menos modificadas e em percentagem variada. Há outras colorações mais simples, como as que nós usamos habitualmente, utilizando a hemateína-eosina, que satisfaz perfeitamente para os exames de rotina; é mais económica e mais simples.

Sob o ponto de vista do diagnóstico do cancro uterino, em todas as doentes que se apresentam no Serviço de Ginecologia do Dispensário de Higiene Social do Porto, preparam-se três lâminas, colhendo os exsudatos no fundo de saco vaginal posterior, à superfície do colo e no canal cervical. Fazemos, pois, não apenas colpocitologia, mas colpo-cervico-citologia, cuja interpretação é difícil e só pode ser confiada a anatomo-patologistas especializados. Com o fim de conhecermos a função estrogénica, mandamos também para o laboratório uma lâmina com exsudato colhido por raspagem da parede vaginal.

Não posso desenvolver aqui o assunto, tão complexo, da colpo-cervico-citologia para o diagnóstico do cancro do útero, que, só ele — ou antes, um dos seus aspectos: o social — foi tema da conferência que realizei no último Congresso Luso-Espanhol de Ginecologia e Obstetrícia. Recordarei, apenas, rapidamente, alguns dos problemas relacionados com a colpo-cervico-citologia.

Este método não basta, só por si, para o diagnóstico do cancro mais frequente na mulher — o epitelioma do colo uterino; e muito menos para o diagnóstico do cancro do corpo do útero. A presença de células atípicas ou suspeitas deve significar apenas um motivo para lançarmos mão de outros exames — teste de *Schiler*, colposcopia, colpo-microscopia e, sobretudo, dos exames histológicos, para afirmarmos ou não o diagnóstico de cancro. Habitualmente, no Dispensário de Higiene Social do Porto, seguimos a seguinte rotina:

Como disse atrás, colhemos, em todas as doentes, exsudatos cervico-vaginais que aproveitamos para preparar três lâminas, com o fim de fazermos a citologia para o diagnóstico de cancro. Na mesma ocasião faz-se o teste de *Schiler*. Se ambos são negativos — isto é, se, por um

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.	10\$00
			3 Doses	Esc.	24\$00
	300.000 U. O.			Esc.	12\$50
	400.000 U. O.	{	1 Dose	Esc.	14\$00
			3 Doses	Esc.	40\$00
			5 Doses	Esc.	62\$50
			10 Doses	Esc.	120\$00
	600.000 U. O.	{	1 Dose	Esc.	17\$00
			3 Doses	Esc.	49\$00
			5 Doses	Esc.	77\$50
			10 Doses	Esc.	150\$00
	800.000 U. O.	{	1 Dose	Esc.	20\$00
			3 Doses	Esc.	58\$00
			5 Doses	Esc.	92\$50
			10 Doses	Esc.	180\$00



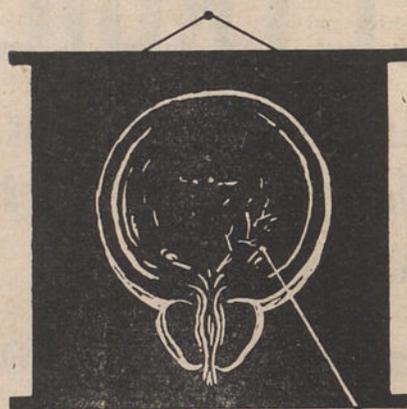
LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

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

*Quando está indicada uma terapêutica
imediata e eficaz na*

CISTITE

e outras infecções do tracto urinário



«Dois doentes de cistite foram tratados em regime ambulatório sem prejuízo das suas actividades profissionais».

Blahey, P. E.: Canad. M. A. J. 66: 151 (Feb.) 1952.

Terramicina

Pfizer

Nova posologia clinicamente confirmada e oficialmente aprovada.

UM GRAMA diário de Terramicina está agora autorizado como a dose mínima nas infecções médias. Nas infecções graves as altas doses são igualmente bem absorvidas e bem toleradas.

Quaisquer que sejam as doses terapêuticas, a Terramicina é o mais eficaz, seguro e económico dos antibióticos do mundo.

Apresentada numa grande variedade de formas de dosagem para aplicação mais conveniente e flexível.

PFIZER OVERSEAS, INC.

25 Broad Street, New York 4, N. Y., U. S. A.

Pfizer

O MAIOR PRODUTOR
DE ANTIBIÓTICOS DO MUNDO

TERRAMICINA
COMBIOTICO
PENICILINA
ESTREPTOMICINA
DIHIDROESTREPTOMICINA
POLIMIXINA
BACITRACINA
COTINAZIN
PRONAPEN

lado, a citologia é normal e, por outro lado, o colo cõra uniformemente, e não há outro indício de epitelioma (como hemorragias), pomos de parte a hipótese de cancro. Quando a citologia é suspeita e não há outros sintomas — nem erosões ou ulcerações do colo, nem perdas vermelhas — limitamo-nos a insistir nos exames citológicos periódicos e em observarmos, de tempos a tempos, as doentes sob o ponto de vista ginecológico. Finalmente, se a colpo-cervico-citologia é suspeita, há hemorragias ou o exame do colo mostra alterações da sua mucosa, fazemos biopsias do colo, das paredes do canal cervical ou do endométrio, conforme os casos. Procedendo assim, com esta rotina, conseguimos despistar muitos casos de cancros no início, que, sem estes exames sistemáticos, só se revelariam mais tarde, em fase mais adiantada e, portanto, com muito menores probabilidades de cura.

Duas palavras apenas sobre colpo-cervico-citologia para o conhecimento das funções ováricas.

O estudo das funções ováricas pode fazer-se por meio da biópsia do endométrio, das dosagens hormonais e da colpo-citologia. O menos preciso destes meios é talvez a colpo-citologia, considerando as células queratinizadas ou anucleadas, os elementos cariopictóticos, as células espinhosas superficiais, intermediárias e profundas e profundas prõpriamente ditas. Sob este ponto de vista, o estudo do esfregaço vaginal durante o ciclo sexual permite estabelecer um diagnóstico aproximado do estado funcional dos ovários, notando os diferentes tipos celulares de descamação. Como rotina, limitamo-nos a considerar diferentes graus de acção estrogénica: se insuficiente, denominamos tipos *hipotrófico* ou *atrófico*; por outro lado, quando há excesso, tipo *hipertrófico* e, sendo normal, chamamos ao exsudato — *trófico*.

TRATAMENTO

A terapêutica das leucorreias depende, evidentemente, da causa delas. Não podemos falar de tratamento das leucorreias, mas antes de terapêutica das diversas afecções que apresentam perdas brancas. Quere dizer: nalguns casos, como salientei antes, é apenas de leucorreias que se trata; podemos chamar a estes casos — leucorreias essenciais, assintomáticas; e então teremos uma terapêutica que visa apenas a atenuá-las ou curá-las. Na maior parte das vezes, porém, perante as perdas brancas pela vagina, antes de instituir qualquer tratamento, devemos estudar cuidadosamente a doente, fazer-lhe os exames a que atrás me referi e estabelecer o diagnóstico preciso da afecção.

Na blenorragia são os antibióticos (sobretudo a penicilina e a estreptomycinina) que devemos empregar; mas estes só actuam favoravelmente nos casos recentes.

Não posso desenvolver aqui, com pormenores, o problema da terapêutica anti-blenorrágica na mulher. Desejo, porém, salientar que não vale a pena empregar a penicilina ou a estreptomycinina nas afecções blenorrágicas femininas que não sejam recentes, e muito menos as sulfamidias; em geral, aquela terapêutica só é útil quando encontramos gonococos ao exame directo, ou, então, se forem positivas a gonocultura ou a gonorreacção. Sei que muitos colegas empregam indiscriminadamente antibióticos em ginecologia, como aliás se usam também, sem grande utilidade, noutras circunstâncias. Devo pôr de sobreaviso contra esse abuso ou mau uso da penicilina e da estreptomycinina nas cervicites crónicas e nas anexites. Os antibióticos só têm indicação na blenorragia aguda, sub-aguda ou nos casos recentes.

No Dispensário de Higiene Social do Porto temos grande experiência com as vaginites devidas a tricomonas e a fungos.

Na tricomoniasse empregamos diversos tratamentos. Usamos durante muito tempo óvulos e pulverizações de argirol; depois, utilizamos sobretudo o Devegán. Com estes tratamentos conseguimos, em geral, bons resultados; desaparecem os tricomonas ao fim de poucas semanas e diminuem ou desaparecem mesmo completamente a leucorreia. Mas, passados alguns meses, volta, em muitos casos, a tricomoniasse. Actualmente, ensaiamos outro método terapêutico, utilizando pulverizações com stovarsol.

Quanto às vaginites por fungos, o tratamento clás-

sico por meio de pulverizações ou de óvulos com violeta de genciana têm-nos dado bons resultados.

Em certos casos de leucorreia persistente, sem outra sintomatologia além das perdas brancas, usamos infiltrações de novocaina nos paramétrios, por via vaginal. Os resultados imediatos são excelentes. Contudo, após um ou dois períodos menstruais, as leucorreias reaparecem em geral, com mais ou menos intensidade. Se retomarmos o tratamento, obtem-se de novo bons resultados, que, infelizmente, não persistem após as menstruações seguintes. Os resultados desta terapêutica são melhores quando existem lesões inflamatórias evidentes. Naqueles casos, utilizamos, seja a novocaina associada à penicilina, seja unicamente a novocaina. Não há vantagem em empregar a associação; obtemos o mesmo resultado empregando só a novocaina. É possível que os resultados obtidos com a novocaina sejam devidos à supressão de qualquer foco provocador de perturbações circulatórias, ou por acção directa sobre a inervação dos vasos pélvicos, melhorando o estado circulatório dos paramétrios, que diminua a congestão pélvica e aumenta a defesa orgânica.

A penicilina aplicada localmente em instilações possui pouco interesse terapêutico.

Julgo que a persistência de certas leucorreias é devida a que o equilíbrio secretório, melhorado pelas infiltrações de novocaina, se rompe em cada menstruação e deve estar em relação com perturbações circulatórias de origem provavelmente endocrínica.

Sob o ponto de vista terapêutico, interessa dividir as leucorreias em dois grupos: aquelas que se apresentam em doentes com cervicites ulcerativas e as que não correspondem a qualquer lesão visível do colo. Nas primeiras, se são acompanhadas de salpingo-ovarites, devemos tratar, primeiramente, a inflamação útero-anexial; e é à electro-coagulação que se recorre, em geral, para o tratamento das cervicites.

Não devemos, porém, electrocoagular de ânimo leve, porque a ulceração pode corresponder, no todo ou em parte, a um epitelioma. Antes de fazermos a electrocoagulação, é necessário atender aos exames citológicos, histológicos, colposcòpicos e teste de *Schiler*; e só depois de podermos eliminar a existência dum epitelioma ou de lesões que poderemos considerar prè-cancerosas, é que estamos em boas condições para electrocoagular um colo ulcerado. Digo também lesões prè-cancerosas (hiper ou parakeratose do colo em evolução atípica, leucoplasias atípicas, atípicas epiteliais com ou sem hiper e paraqueratose, hiperactividade da basal, hiperakantose e actividade mitótica anormal) porque, nestes casos, prefiro a operação de *Strumdorf*; e, quando ela não é possível, faço a conisação diatermica — dando assim lugar, numa e noutras circunstâncias, a que se possa proceder a cortes histológicos seriados.

Vou referir-me agora, muito sucintamente, a outro tratamento, que também temos utilizado no Dispensário de Higiene Social do Porto: os aerossóis. Fazem-se aplicações diárias de 10 minutos, empregando 100 mil unidades de penicilina em 10 c.c. de etileno-glicol ou de propileno-glicol. Analisando os casos em que usamos apenas os aerossóis com exclusão de outra terapêutica (para podermos apreciar os resultados), concluimos que cerca de 50 % das ulcerações inflamatórias beneficiam francamente com os aerossóis que nos parecem sobretudo indicados, para o tratamento das cervicites, quando está contra-indicada a electrocoagulação, como na gravidez, ou quando, não devendo usar-se enquanto durarem as lesões anexiais, podemos encontrar, com aquele tratamento, um meio suave de melhorarmos as doentes.

Finalmente, algumas referências às irrigações vaginais e aos óvulos ainda tão usados nalguns meios e que, outrora, eram a panaceia para todas as afecções ginecológicas. Essa ginecologia ainda recente — e que tem hoje os seus adetpos — limitava-se quase só, quanto à terapêutica, às operações cirurgicas e às irrigações e óvulos vaginais. Veio a reacção. Certos clínicos insurgiram-se tanto contra as lavagens da vagina, que as baniram por completo do arsenal terapêutico; vão mesmo mais longe: declaram-as prejudiciais. No entanto, nalguns casos, elas podem ser ainda úteis, não só pela acção mecânica destinada a eliminar da vagina os exsudatos, como também auxiliando — mas auxi-

liando apenas — o tratamento com outros agentes. Atendendo ao pH vaginal e cervical, podemos, com vantagem — e conseguimos assim melhoras rápidas — utilizar irrigações de líquidos alcalinos (bicarbonato, borato, clorato ou benzoato de sódio quando a reacção se mostra hiperácida ou irrigações vaginais ácidas (vinagre ou ácido láctico) se a reacção é alcalina.

LEUCORREIAS PERSISTENTES

Há leucorreias que persistem sem causas aparentes. Algumas vezes, quando examinamos as doentes, encontramos unicamente leucorreias, mais ou menos abundantes, e, noutros casos, não há sinais de cervicite ou de afecção vulvar, mas verificamos outras afecções anxiais ou apenas dores pélvicas, produzidas por diversas causas. Noutros casos, a leucorreia mantém-se após a cura clínica da metrite. As perdas persistem após o tratamento da cervicite pela electrocoagulação. As ulcerações desaparecem; o colo está cicatrizado; mas a leucorreia, ainda que com intensidade menor do que anteriormente, continua nalguns casos, apesar dos diversos tratamentos empregados. O grau infecioso pode ser I, II, III ou IV; o exame bacteriológico directo, a cultura ou a gono-reacção não revelam blenorragia; por outro lado, não há tricomonas nem fungos. As doentes só apresentam, nalguns casos, leucorreia; é o único problema que as preocupa. O mesmo se dá nalgumas doentes que foram operadas de histerectomia subtotal, nas quais o colo se apresenta em completa normalidade, tanto sob o ponto de vista clínico como também pelos exames de laboratórios; por outro lado, o resto do aparelho genital também nada revela de anormal; no entanto, persiste a leucorreia, que incomoda e preocupa a doente.

*

Podemos fazer tudo de que actualmente dispomos para curarmos um corrimento; tratarmos os cancros, que também dão leucorreias; atendemos ao pH vaginal e cervical, procurando modificar o meio com irrigações vaginais, alcalinas ou ácidas; tratarmos especialmente as vaginites de tricomonas, tão frequentes, e de fungos, também vulgares; cuidarmos das blenorragias com as sulfâmidas ou os antibióticos; empregarmos os vários produtos hormonais; utilizarmos as infiltrações de novocaína, as ondas curtas, a radioterapia, a electrocoagulação, os aerossois — fazendo tudo de que agora dispomos; e, no entanto, ainda ficarão algumas leucorreias que persistem, que teimam em aborrecer as doentes, que trazem preocupações, mal estar, ansiedade, perturbações digestivas, excitação e insónias, também tão frequentes. O mesmo poderemos dizer quanto às algias pélvicas — quer sejam no baixo ventre ou na região sagrada — empregando toda a gama da terapêutica aconselhada. Não me refiro, evidentemente, às cancerosas, que têm os seus dias contados, nem aos casos de endometrioses, nem de tuberculose genital, nem a doentes que facilmente verificamos que só uma intervenção cirurgica poderá valer. Falo das doentes crónicas, que se queixam mais ou menos, lamentando-se da sorte, e nas quais o exame ginecológico nada explica sobre a causa das dores e das leucorreias persistentes. Experimentamos, damos conselhos, ansiosos por valermos às doentes, que não se resignam, e temos de concluir que estamos em presença de doentes que entram no domínio da psicossomática.

Muitos casos ginecológicos são de doentes psicogénicas, traduzindo conflitos morais, que agravam os sintomas das afecções orgânicas ou, elas próprias, geram situações onde predominam as dores no âmbito do aparelho genital e a perda de corrimentos relativamente abundantes, que variam com o momento, com a época da vida e com a fase do ciclo sexual — traduzindo secreções da mucosa vaginal, vulvares e cervico-uterinos, que muitas vezes não são mais do que exageros, sob a influência de causas reflexas e psíquicas, de perdas brancas fisiológicas. O ginecologista não pode, pois, limitar-se aos exames orgânicos e funcionais; para ser completo nos seus diagnósticos, tem de penetrar na alma, no psiquismo, no subconsciente das suas consultantes. A este propósito, citava eu, numa lição que realizei no Curso de Ampliação Ginecológica que em Novembro último organizou a Faculdade de Medicina de Barcelona,

o que há pouco dizia o notável dermatologista espanhol *Gay Prieto*.

Gay Prieto salientava que nunca devemos deixar de ter presente que o enfermo tem sempre razão quando nos refere as suas queixas. O que é importante é que o doente seja sempre bem acolhido, que se ouçam as suas queixas, que acreditemos que sofre, para que não deixemos de cumprir a obrigação de o compreendermos, de aliviar, ou curar quando seja possível, os males de que se queixa. E *Gay Prieto* ilustra com o seguinte exemplo de dermatologia — a especialidade a que com tanto brilho se dedica — as suas afirmações: Um acne juvenil é objectivamente a mesma doença num jornaleiro (peon de albañil) e numa herdeira rica da alta sociedade; porém, para o primeiro, o acne é doença tão insignificante que não vale sequer a despeza que seria necessária para o tratamento mais económico; mas, para a segunda, pode ser motivo de tão grande preocupação e sofrimento que concentra à volta desta banal dermatose a maior parte da sua vida. Há também situações semelhantes no foro ginecológico? Sem dúvida. A psicossomática não interessa apenas ao internista. Todas as especialidades, mais ou menos, devem ser incluídas nos seus domínios. Tal como em dermatologia — ou talvez mais — o ginecologista deve ter sempre presente estas ideias, se quiser ser bom clínico.

CONCLUSÕES

É natural que aqueles que me estão a ouvir fiquem desolados com a exposição — que tinha fatalmente de ser sucinta — que venho fazendo, focando vários problemas relacionados com as leucorreias. Afinal — opdem dizê-lo os colegas — que poderemos nós fazer, os que estamos fora dos grandes meios, os que não temos nem microscópios nem anátomo-patologistas à nossa disposição? É certo que podemos resolver favoravelmente a grande maioria dos casos que apresentam leucorreias, mas, para isso, precisamos de fazer o diagnóstico etiológico de gonococias, de tricomonas, de fungos, temos de utilizar a electrocoagulação, os aerossois, as infiltrações de novocaína, a electroterapia nos seus múltiplos aspectos; temos de estar atentos ao diagnóstico precoce do cancro; temos ainda, por vezes, de recorrer à psicossomática — e faltam-nos elementos para actuarmos convenientemente. Por um lado, creio que os colegas se não interessavam apenas em que eu lhes fizesse uma exposição sobre o que se pode fazer nos pequenos meios, mas também apresentar uma revisão geral (embora limitada ao pouco tempo de que poderia dispor) sobre os problemas das leucorreias; por outro lado, mesmo nesses pequenos centros, o clínico pode utilizar o laboratório, que tão necessário é, em ginecologia, mandando os produtos a analisar a centros que disponham dos respectivos meios. Vou, pois, terminar, enumerando algumas regras — que os colegas devem aliás conhecer — para a colheita e remessa ao laboratório de exsudatos cervico-vaginais.

COLHEITA DE EXSUDATO VAGINAL PARA EXAME CITOLÓGICO

1.º — No terço superior da vagina, de preferência no fundo-de-saco posterior, por meio de pequena colher, estilete ou ansa de platina, colher pequena amostra de exsudato e estendê-lo em camada delgada numa lâmina de vidro (desengordurada com álcool). Sempre que possível, deverá ser utilizado o espéculo.

2.º — Imediatamente e sem deixar secar o esfregaço, mergulhar a lâmina ou cobri-la com a mistura fixadora de álcool a 90° e éter anestésico em partes iguais, durante 5 minutos (tempo mínimo).

3.º — Deixar secar, sem recurso ao calor e enviar ao laboratório.

COLHEITA PARA EXAME BACTERIOLÓGICO E MICOLÓGICO

Deverá ser feito outro esfregaço (igualmente em camada delgada) que serve ao mesmo tempo para exame bacteriológico e pesquisa de fungos. Pode ser fixado em álcool-éter ou ao calor.

A colheita para estes exames não tem local de eleição.

COLHEITA PARA PESQUISA DE TRICOMONAS

Esta pesquisa deve ser feita, de preferência, a fresco. Na impossibilidade do exame a fresco enviar um esfregaço como para exame citológico.

COLHEITA PARA CITOLOGIA DO COLO UTERINO E DO CANAL CERVICAL

Com pequena colher, espátula apropriada ou simples estilete de ponta recurvada em ansa, colher por meio de leve pressão, na superfície suspeita, o exsudato aderente, estender em lâmina e fixar como para citologia vaginal.

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

Progressos no tratamento das doenças pulmonares

INTRODUÇÃO

Durante a preparação deste artigo, ficámos muito surpreendidos com a variedade de ciências básicas que nos pareceram estar intimamente relacionadas com a terapêutica das doenças pulmonares crónicas, geralmente tratadas pelo clínico geral. Falaremos, por exemplo, de bacteriologia clínica, fisiologia respiratória e dos efeitos das hormonas esteroides. A lista, devido à falta de espaço e de tempo não é, de modo algum, completa, donde resultarão muitas faltas sobre as recentes aquisições em alergia, cirurgia torácica e dinâmica respiratória. Além disso aproveitamos esta oportunidade para resumir os resultados dos estudos, em curso, na nossa clínica e que julgamos vir a propósito do tratamento das doenças pulmonares crónicas.

VANTAGENS E PERIGOS DA TERAPEUTICA PELOS ANTIBIÓTICOS DE LARGO ESPECTRO

O desenvolvimento da terapêutica antibiótica das infecções crónicas dos brônquios é do maior interesse, entre os mais recentes progressos, no tratamento das doenças pulmonares. Nos doentes com bronquite crónica e bronquiectasias quer aparecendo como entidades individualizadas quer associadas a outras doenças respiratórias crónicas, tais como asma brônquica, enfisema pulmonar e fibrose pulmonar, os resultados do tratamento antibiótico adequado conduzem, nalguns casos, não só ao desaparecimento da própria infecção, mas a melhoras clínicas nítidas da função respiratória, manifestadas pelo alívio da dispnéia nos esforços moderados e desaparecimento da hipóxia crónica. No entanto, os riscos do tratamento, com o fito na cura completa das bronquites crónicas ou na diminuição prolongada e radical da infecção, nas bronquiectasias, têm aumentado na mesma percentagem que a eficácia da terapêutica antibiótica.

Nalguns doentes, poucos no entanto, o emprego da penicilina foi seguido de infecções por bactérias gram-negativas ou por vezes pela produção de penicilinase que se opõe à acção da terapêutica penicilínica; estas infecções ou reacções podem ser geralmente tratadas, em pouco tempo, com cloromicetina, terramicina, aureomicina ou estreptomycinina. No entanto, a eliminação simultânea das bactérias vulgares gram-positivas e gram-negativas, característica da eficácia dos antibióticos de largo espectro, é por vezes seguida de infecções com o *B. proteus*, *B. pyocianicus* e monilias que podem originar uma patologia única e a invasão durante os períodos de diminuição acentuada do crescimento da flora bacteriana comum da árvore respiratória. Estas novas infecções, algumas das quais são crónicas e por vezes fatais não aparecem, felizmente, em pessoas com uma relativa boa saúde, mas sim em doentes debilitados por doenças pulmonares graves e que sofreram um tratamento prolongado com os antibióticos de largo espectro. Estas complicações, assim como as registadas em casos de idêntica terapêutica entre as doenças do aparelho urinário, levaram a alterações do tratamento das infecções crónicas bronco-pulmonares.

A observação das vantagens específicas dos antibióticos mais modernos, na pneumonia a virus, seguiu-se a demonstração do seu valor em vários tipos de supurações pulmonares. O desaparecimento simultâneo dos organismos gram-positivos e da maioria dos gram-negativos da expectoração dos doentes com infecções pulmonares, julgou-se poder ser explicado, principalmente, pela rápida eliminação do pus da expectoração. É no entanto notável que os antibióticos de largo espectro sejam encontrados em pequenas quantidades nas secreções brônquicas depois da sua administração pela boca e que a benzilpenicilina não apareça na expectoração, em concentrações eficazes depois da sua administração sistemática. Até há pouco tempo, o único método para produzir concentrações locais eficazes nos brônquios e nas secreções brônquicas era a inalação de penicilina. Após a descoberta e o emprego do ester dietilaminoetilico da penicilina para injeção intramuscular que aparece em concentrações eficazes na expectoração, nos pulmões, assim como nos gânglios linfáticos

A actual variedade de antibióticos coloca-nos perante problemas difíceis, como sejam: selecção da droga a ser usada, sua posologia e duração do tratamento. Vamos apresentar um sumário dum recente estudo sobre a terapêutica antibiótica, nas doenças bronco-pulmonares crónicas.

Os antibióticos de largo espectro são geralmente preferidos à penicilina no tratamento das exacerbações das infecções bronco-pulmonares que aparecem a seguir a uma doença aguda das vias aéreas superiores. Quando se principia o tratamento com aureomicina, terramicina ou cloromicetina, do terceiro ao quinto dia após o início de uma coriza ou faringite aguda consegue-se um rápido controle das infecções sinusais ou brônquicas. Como estas drogas não têm efeito na constipação vulgar é desvantajoso usá-las no começo duma coriza; mas em virtude das complicações que esta origina, a sua administração está por vezes, especialmente, indicada no final, quando se começam a manifestar os sinais de infecção brônquica piogénica. Apesar da penicilina ser terapêuticamente eficaz nas infecções devidas a bactérias gram-positivas, o número de reacções alérgicas a este antibiótico, não tóxico, é muito maior do que o provocado pela aureomicina, terramicina ou cloromicetina.

No entanto, no tratamento da infecção broncopulmonar crónica, em que a terapêutica tem por fim o desaparecimento da bronquite crónica ou as melhoras prolongadas da infecção nas bronquiectasias, a penicilina é considerada como uma droga de escolha, apesar da possibilidade de reacções alérgicas, pois um tratamento prolongado com antibióticos de largo espectro acarreta o risco de uma nova infecção por organismos previamente não patogénicos, que podem invadir os brônquios e pulmões durante os períodos de desaparecimento simultâneo das bactérias gram-positivas e da maior parte das gram-negativas vulgares. As opiniões seguintes baseiam-se nos resultados obtidos, recentemente, comparando a acção da penicilina com a dos antibióticos de largo espectro.

Compararam-se os resultados do tratamento com penicilina, principalmente por inalação em 200 doentes com bronquite crónica e associadamente asma brônquica ou enfisema pulmonar e os dum grupo semelhante de 46 casos tratados com os antibióticos de largo espectro. Registaram-se nítidas melhoras em 75 por cento dos casos tratados com as drogas de largo espectro e em 50 por cento da série tratada com penicilina. Contudo, verificou-se em casos de bronquite crónica não asmática, 70 tratados pela penicilina e 35 tratados com os antibióticos de largo espectro que os resultados eram sensivelmente idênticos, nos dois grupos, em cerca de 75 por cento dos casos. Parece provável que os factores alérgicos incluindo um aumento da dificuldade respiratória devida ao choque físico da penicilina em aerosol dificulte um completo alívio da tosse e da dispnéia em casos de broncoespasmo tratado com penicilina nebulizada.

A administração sistemática da penicilina pela boca ou parentericamente em doentes com respiração asmática, é actualmente preferível à penicilina em aerosol, que é a via escolhida em certas entidades clínicas como bronquiectasias, sinusites, abscessos pulmonares e pneumonias devidas a estirpes penicilino-resistentes de *Staphylococcus aureus*. Nos doentes com bronquiectasias, a inalação de penicilina em aerosol duas vezes por dia, quer continuamente quer em choques repetidos, é de longe o método mais eficaz, prático e barato para o tratamento a longo prazo da infecção brônquica. Em casos de asma brônquica e bronquiectasias em que a administração da benzilpenicilina não produz as melhoras esperadas, deve-se usar penicilina em aerosol com inalação prévia de epinefrina nebulizada para prevenir tanto quanto possível o broncoespasmo provocado pela penicilina inalada.

Apesar das bactérias gram-negativas aparecerem em culturas da expectoração depois dum tratamento com penicilina, tem-se demonstrado, na nossa clínica, ser relativamente pouco frequente a invasão por estes organismos a seguir a uma terapêutica de penicilina em aerosol. Em 298 casos de infecção das vias aéreas superiores inscritos há mais de oito anos na nossa clínica, a estreptomycinina ou os antibióticos de largo espectro foram empregados no tratamento de dezassete casos quer de infecções pela *Klebsiella pneumoniae* quer para impedirem a produção de penicilinase pelas bactérias gram-negativas ou pelo *Staphylococcus aureus*, factores geralmente responsáveis pela interrupção das melhoras com a penicilina. Em quatro dos 298 casos, foi isolado o *B. proteus* da expectoração depois dum tratamento com penicilina, mas não foram observados sinais de infecção por este microorganismo. Ainda que as monilias cresçam, por vezes, em culturas, especialmente quando a estreptomycinina se associou à penicilina, nunca originaram doença

clínica. Num doente que tinha recebido previamente durante muito tempo penicilina em aerosol, a administração de estreptomicina e de sulfadiazina foi seguida do aparecimento do *B. proteus* em culturas da expectoração. Neste caso, o desaparecimento das bactérias comuns gram-negativas e das gram-positivas, com o tratamento associado de penicilina, estreptomicina e sulfadiazina parece ser responsável pela infecção broncopulmonar crônica pelo *B. proteus*. Felizmente os tratamentos com cloromicetina e com o ester dietilaminoetilico da penicilina têm provocado melhoras emporárias e prolongadas, especialmente após o emprego do novo ester iodado da penicilina.

Em sete de oito casos de tratamento com os antibióticos de largo espectro a morte foi devida, pelo menos, em parte ao desenvolvimento ulterior de infecções com estirpes muito resistentes de *B. proteus*, *B. piocianicus* e de fungos. De três doentes com bronquiectasias infectadas pelo *B. proteus*, em dois foi isolado o *B. proteus* em culturas da expectoração durante períodos superiores a seis meses para cada caso.

O perigo do desenvolvimento de infecções com organismos muito resistentes é presentemente reconhecido por numerosos investigadores: Finland, loomfield, Waisbren, Wheat e outros. As infecções fatais com o *B. proteus*, *B. piocianicus* e leveduras verificaram-se na nossa série em indivíduos com doenças graves e debilitantes; a frequência com que os organismos resistentes aparecem em culturas da expectoração depois do tratamento com os antibióticos de largo espectro indica a possibilidade de invasão e, portanto, a necessidade de interrupção imediata do tratamento antibiótico quando o *B. proteus* se isola da expectoração.

O risco das reacções alérgicas à penicilina parece ser nestes casos menos perigoso do que a infecção persistente com os organismos mais resistentes para os quais não há terapêutica eficaz. Com o ester dietilaminoetilico da penicilina obteve-se uma eliminação temporária de pus espesso da expectoração em dois doentes com infecções brônquicas crônicas pelo *B. proteus*, ainda sob observação, mas continuou-se a isolar o organismo em culturas da expectoração. A cloromicetina também tem sido útil em qualquer destes casos. Será apresentada uma discussão mais extensa deste assunto, num relatório completo da terapêutica antibiótica nas doenças broncopulmonares crônicas, mas é conveniente sublinhar desde já que a eliminação simultânea dos germens gram-negativos e gram-positivos pela associação penicilina-estreptomicina é acompanhada de riscos maiores do que o tratamento começado com penicilina a longo prazo e subsequentemente continuado por períodos relativamente breves, para aumentar a eficácia da penicilina, com estreptomicina, aureomicina, cloromicetina, terramicina.

A penicilina é, entretanto, usada como base dum tratamento prolongado não só para impedir a infecção com organismos altamente resistentes, mas também porque as infecções dos brônquios e pulmões são na maior parte, devidas, inicialmente a bactérias gram-positivas. Se há invasão pela *Klebsiella pneumoniae* ou se há produção de penicilinase, elaborada pelas bactérias gram-negativas ou devida a estirpes resistentes de *Staphylococcus aureus*, que impede a cura, uma das drogas de largo espectro é usada temporariamente para restabelecer a sensibilidade à penicilina. Após um período de cinco dias de tratamento com cloromicetina, aureomicina ou terramicina, geralmente nas doses de dois gramas diários, a penicilina é usada não só para diminuir a quantidade de pus da expectoração, mas também para reduzir tanto quanto possível, o edema crônico inflamatório das paredes brônquicas, causa da dispneia obstrutiva em muitos destes casos de doença broncopulmonar.

O emprego do ester dietilaminoetilico da penicilina parece ter um valor especial na infecção broncopulmonar comparável nalguns aspectos ao do uso da penicilina em aerosol. Jensen demonstrou que as concentrações desta droga nos pulmões depois de injeção intramuscular são cinco a dez vezes mais altas do que as da benzilpenicilina, e a sua presença na expectoração em concentrações eficazes também foi confirmada por Heathcote e por nós próprios. A redução imediata ou eliminação do pus da expectoração com melhoras clínicas idênticas, apareceu em setenta e cinco por cento dos cinquenta doentes com bronquite crônica e bronquiectasias.

No fim deste artigo será apresentado um caso tratado com esta droga e com um antibiótico de largo espectro (cloromicetina).

O VALOR DA TOSSE ESPONTÂNEA E DA PRODUZIDA MECÂNICAMENTE NAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

O segundo assunto escolhido para este artigo é o valor da tosse na eliminação das secreções brônquicas. Apesar da tosse provocada pela drenagem postural ser benéfica e reconhecida como tal nas bronquiectasias, a importância da tosse espontânea nas outras doenças respiratórias crônicas não foi ainda convenientemente apreciada. Na verdade, é considerada como prejudicial e tratada com depressores. Em casos de bronquite crônica, enfisema pulmonar, fibrose pulmonar e asma brônquica, a tosse representa um método muito eficaz para se obter drenagem das secreções mucosas e mucopurulentas, especialmente depois da dilatação brônquica pela inalação de um broncodilatador em aerosol tal como 1 por cento de epinefrina, 2,25 por cento de epinefrina racémica ou 0,5 por cento de isopropil-adrenalina. Estes medicamentos são geralmente usados para terminar um broncoespasmo, em casos de asma brônquica e enfisema pulmonar, mas os doentes não tosse quando a dispneia é aliviada pela epinefrina em inalações, a não ser que sejam especialmente ensinados a fazer isso, um a dois minutos depois da inalação. A tosse é portanto prescrita para eliminar o muco que se encontra nos brônquios e que pode causar respiração asmática e para prevenir a formação de áreas localizadas de atelectasia e de infecção.

As melhoras verificadas nos exames das funções respiratórias depois da inalação de epinefrina nebulizada parecem, por vezes, ser devidas à eliminação de expectoração mucosa ou muco purulenta. Isto é evidente neste trabalho em que o efeito do fumo de três cigarros foi estudado em casos de asma brônquica e enfisema pulmonar. Nalguns destes doentes a tosse devida à inalação do fumo dos cigarros provocava expectoração de quantidades apreciáveis de secreções brônquicas que dava lugar a um alívio notável da dispneia, com aumento simultâneo da capacidade vital e da capacidade respiratória máxima. A tosse, nestas entidades clínicas, quer produzida pela epinefrina, quer pelo fumo dos cigarros, não deve ser interpretada simplesmente como um simples fenómeno irritativo, mas deve ser considerada, também, a sua utilidade fisiológica, como factor de drenagem. Quando o emprego da aminofilina e da efedrina não é espontaneamente seguido de expectoração e se a broncodilatação separou o muco das paredes brônquicas é necessário tossir. O fumo de três cigarros sucessivos também produz, nalguns casos, um aumento de broncoespasmo, verificado pela diminuição da capacidade vital e da capacidade respiratória máxima; mas o assunto desta discussão não é avaliar os perigos ou as vantagens do fumo, mas acentuar o significado da tosse espontânea ou provocada quando seguida de eliminação de muco e de pus dos brônquios.

Num estudo dos métodos físicos para eliminação das secreções brônquicas foram aperfeiçoados dois processos que simulam a tosse humana, pela produção de uma corrente rápida de ar. O primeiro, o da câmara de tosse mecânica («mechanical cough chamber») é uma modificação da câmara de imobilização pulmonar («immobilizing lung chamber») usada no tratamento da tuberculose pulmonar. Nest e aparelho conseguem-se descidas e subidas de pressão, vinte e cinco vezes por minuto. Em vez duma descida gradual da pressão previamente estabelecida até à pressão atmosférica consegue-se, abrindo rapidamente uma válvula no compartimento principal da câmara, um efeito descompressor explosivo que provoca a saída de grande volume de ar dos pulmões durante a expiração.

No segundo processo provoca-se uma diminuição súbita da pressão depois dos pulmões se terem enchido completamente, o que origina uma rápida saída de ar durante a expiração. Colocava-se o doente no «tank respirator», com a cabeça de fora. Aumentava-se a pressão negativa em volta do corpo, gradualmente, até 40 mm de Hg e no final da inspiração abria-se rapidamente uma válvula do que resultava uma subida de pressão até à da atmosfera em 0.04 segundos. O volume da corrente de ar no início da expiração era igual ao provocado pela tosse moderadamente vigorosa conforme se verificou pelos registos do espirómetro.

A ventilação produzida por uma «immobilizing lung chamber» sem o uso do mecanismo da tosse é confortável e eficiente; a permanência na câmara fez desaparecer a ortopneia em muitos doentes com asma brônquica e em dois casos de colapso cardíaco congestivo. O efeito das alterações de pressão é idêntico ao que se obtém pelo transporte 25 vezes por minuto a cerca de 1500 m de altitude. Os doentes com respiração difícil quer por paralisia, quer por debilidade da sua musculatura respiratória podem respirar até ao limite das suas possibilidades SEM intervenção de variações de pressão. Quando se associa a tosse mecânica a esta câmara torna-se possível o seu uso não só para manter uma ventilação adequada mas também para eliminar as secreções retidas em doentes com paralisias infantis, miastenia grave ou atelectasia dos pulmões de varias causas.

O mecanismo mais simples é o da exsuflação. O suporte elástico dos pulmões e as paredes torácicas provocam, depois de prévia insuflação completa, uma velocidade grande do ar que sai durante a expiração. As características elásticas dos pulmões e paredes torácicas foram recentemente estudadas por Rahn e outros, Fenn e Proctor. O afrouxamento da pressão, responsável pela expiração, começa a aumentar rapidamente quando os pulmões se expandiram para mais de 53 por cento da sua capacidade vital.

Durante a pressão respiratória em indivíduos normais, a pressão venosa aumenta cerca de 40 por cento sobre a pressão exercida intrapulmonarmente, sendo a pressão restante absorvida pelos pulmões, parede torácica e diafragma; nos doentes com congestão pulmonar por falência cardíaca, o aumento da tensão venosa pode ser de 60 a 70 por cento da pressão aplicada intrapulmonarmente pois o pulmão é nestes casos menos elástico e activo.

Mediu-se a quantidade máxima de ar no início da expiração com um espirómetro registador durante uma tosse de máxima violência num indivíduo normal, e durante a exsuflação provocada mecanicamente. Os resultados durante a tosse natural foram de 4.090 cc e na expiração rápida provocada mecanicamente de 3.580 cc por segundo. As quantidades de ar expirado em doentes com tórax rígido e com diminuição da elasticidade pulmonar eram menores do que em indivíduos normais. Também nos doentes sofrendo de poliomielite com enfraquecimento grave da função respiratória, a quantidade de ar expirado durante a tosse natural e durante a exsuflação mecânica é menor. Num doente, a máxima quantidade de ar durante a tosse foi 1.479 cc por segundo, com um volume oscilante de 600 cc, e durante a exsuflação mecânica 1.915 cc por segundo com um volume oscilante de 2.500 cc. Quando se comprimiu manualmente o abdomen durante a exsuflação o volume máximo foi de 2.223 cc por segundo.

A compressão manual rápida do abdomen é útil em doentes com enfisema pulmonar para eliminar o ar retido.

Volumes idênticos de ar, na expiração podem ser obtidos fazendo pressão nas costelas inferiores e no abdomen, como no método de Schaefer de respiração artificial em que a pressão é exercida rapidamente, de preferência. Pode-se aumentar consideravelmente a velocidade do ar durante a expiração em indivíduos treinados em aplicar a pressão com as palmas das suas mãos sobre as costelas inferiores e o abdomen.

O volume máximo durante uma tosse vigorosa num indivíduo

MIOCILINA

UMA SUSPENSÃO
AQUOSA DE
PENICILINA PRONTA
A SER INJECTADA

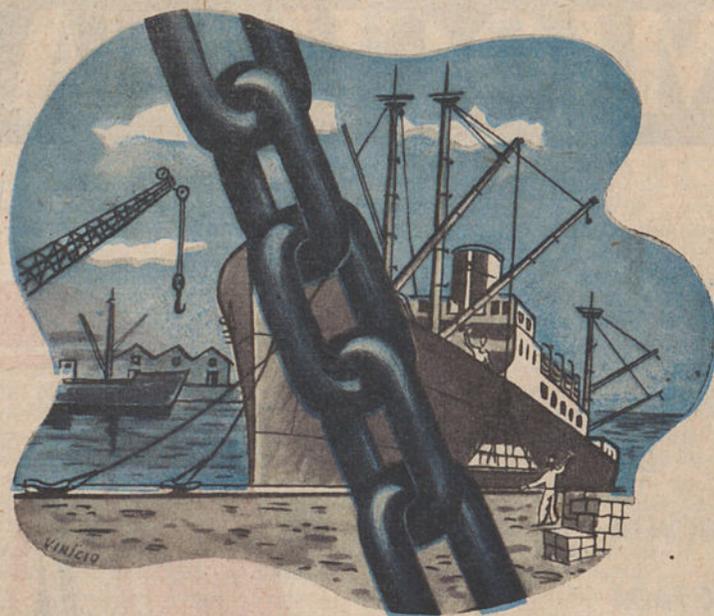
■
Frascos siliconados
de
300.000 U.
e
500.000 U.



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA



Trabalho de equipe!

Outro bom exemplo do trabalho de equipé é-nos fornecido quando analizamos uma publicidade bem feita: a ideia, original e atractiva impõe-se em primeiro lugar. Contudo, para ser bem sucedida tem de ser bem realizada: é essencial um desenho que a interprete com nitidez e uma gravura que o reproduza com fidelidade e arte. Para desenhos e gravuras consulte a nossa casa e ser-lhe-á oferecida uma experiência de 45 anos.

DUAS GERAÇÕES AO SEU SERVIÇO

**SIMÃO
GUIMARÃES**

FILHOS, LIMITADA

FOTOGRAVADORES-DESENHADORES

Rua Miguel Bombarda, 467 — Telefone, 25587 — PORTO

normal foi de 3.690 cc por segundo, durante a exsuflação 3.210 cc por segundo e depois duma compressão manual abrupta das costelas inferiores e abdomen 3.230 cc por segundo. Estes resultados mostram que a manobra pode ser por si própria de gronde valor na eliminação das secreções brônquicas em entidades clínicas em que a sua retenção é uma ameaça para a função respiratória, desde que seja levada a cabo num período de tempo suficiente. A exsuflação mecânica parece ser o procedimento mais prático para um emprego muito continuado em doentes com poliomiélite bulbar, miastenia grave ou atelectasia dos pulmões de causas diversas. No entanto, a compressão manual rápida da região inferior do tórax e do abdomen parece ter valor quando usada intermitentemente e com os métodos físicos de aumento de volume de ar na expiração.

Pode obter-se, com uma pressão respiratória negativa, aplicada por uma máscara, uma resposta fisiológica idêntica à da compressão do tórax; diminuindo a pressão intrapulmonar obtém-se um decréscimo do volume pulmonar comparável ao que adquire por uma compressão equivalente na parede torácica e abdomen. A capacidade vital de 20 expirações aumentou de 1000 para 2000 cc com alívio imediato da dispneia, duplicando a que se obtinha por compressão manual da região inferior do tórax e superior do abdomen. O uso clínico de grandes pressões negativas no início da expiração continua a ser estudado com método para eliminar as secreções brônquicas.

A câmara de tosse mecânica («mechanical cough chamber») e a técnica exsufidora («exsufflator device») têm sido usadas em animais de experiência (cães) em que se instilava com broncoscópio e sob anestesia, material opaco aos Raios X, thorotrast e mucina. O exame radiológico dos pulmões, antes e depois do tratamento, comparado com o de testemunhas não tratadas, mostra que 70 a 80 por cento do thorotrast foi eliminado dos brônquios dentro de uma a duas horas, que o diâmetro dos brônquios sob uma pressão de 40 mm de Hg era aproximadamente duas vezes maior que o observado no início da inspiração, e que parecia facilitar a passagem do ar atrás da mucina ou do muco nos brônquios mais pequenos. O aumento nítido do volume oscilante da exsuflação parece ser favorável, juntamente com uma velocidade expiratória elevada, para a eliminação da mucina.

O uso clínico de volumes altos de ar produzidos mecânicamente na expiração em 40 doentes com asma brônquica e broniectasias, em 12 doentes com poliomiélite e num caso de miastenia grave mostrou que a eliminação das secreções brônquicas é tão auxiliada pela câmara de tosse mecânica («mechanical cough chamber») como pelo processo mais simples de exsuflação. O valor destes métodos está claramente demonstrado nos doentes com poliomiélite que não têm tosse eficaz e em que a atelectasia e a infecção pulmonar secundária melhoram durante o tratamento.

ACTH E CORTISONA NA ASMA BRÔNQUICA E ENFISEMA PULMONAR

As acções benéficas da cortisona e do ACTH em doentes com asma, registados por Bordey, Harvey, Howard e Newman, Randolph e Rollins e posteriormente por muitos outros, sugerem que os esteroides suprarenais bloqueiam a reacção dos alergenicos circulantes nas células tissulares. Nas infecções agudas como na pneumonia a pneumococos, Finland verificou o desaparecimento dos sintomas continuando, no entanto, as hemoculturas a ser positivas. Parece que os esteroides específicos neutralizavam ou diminuíam a reactividade das células tissulares para as toxinas, sem afectarem os microorganismos ou outras espécies de toxinas.

Parece que o uso clínico prolongado do ACTH e da cortisona acarreta consequências metabólicas idênticas às observadas no síndrome de Cushing ou no hiperadrenocorticalismo; no entanto os AA deste artigo não reviram a extenso literatura acerca deste assunto.

Em registos anteriores verificou-se que estas drogas provocavam um alívio temporário do broncoespasmo, parcial ou completo, em aproximadamente 80 por cento dos casos tratados e, na maioria dos exemplos, de uma a três semanas de duração. Nas complicações incluem-se: as provocadas por uma diminuição da eliminação do cloreto de sódio, hipertensão, aumento de gordura, desenvolvimento de infecções tais como tuberculose pulmonar, infarto pulmonar, úlcera gástrica, estados psiconeuróticos e psíquicos. Dum grupo de aproximadamente 200 doentes submetidos a uma tratamento prolongado Glaser avaliou em cerca de cinco por cento os indivíduos em que se desenvolveu uma psicose.

As nossas opiniões acerca do valor do ACTH e da cortisona baseiam-se nos resultados de 170 tratamentos administrados a setenta doentes com asma brônquica e enfisema pulmonar de tipo broncoespástico. Do total de 170 tratamentos, a cem seguiu-se um alívio completo dos sintomas preexistentes, a cincoenta uma remissão parcial e em vinte não se encontraram acções benéficas. Excluindo seis casos com remissão de dois a doze meses, a média de duração das melhoras foi de dezassete dias nos primeiros cem casos estudados.

A posologia e a selecção dos casos tem uma importância fundamental quer na resposta inicial quer na duração das melhoras. Com o emprego de 600 mg de ACTH durante cinco dias ou de 1.700 mg de cortisona «per os» durante os primeiros dias e de 800 a 1.000 mg durante os últimos dias, obteve-se sempre, alívio do broncoespasmo mesmo nos últimos cinquenta tratamentos. Apesar de se ter verificado um caso de edema pulmonar e outro de grave congestão passiva pulmonar em doentes tratados anteriormente, não se observam, actualmente efeitos metabólicos prejudiciais à circulação desde que se use, por rotina, cloreto de potássio e mercuridrine. Duma série de setenta doentes, o tratamento foi considerado óptimo

em vinte e oito, ou em virtude da natureza prolongada da remissão ou por as melhoras obtidas terem sido reforçadas por outras medidas. A indicação ideal para administração destes compostos parece ser o broncoespasmo em que a etiologia pelos pollens estava francamente evidente. A seguir, o grupo dos asmáticos cuja doença tinha sido bem controlada mas a quem sobreviera uma infecção respiratória aguda. Nos doentes com asma crónica grave, o período de acalmia era mais curto do que o conseguido com outras medidas que produzem remissões do broncoespasmo incurável.

O desenvolvimento de infecção brônquica e pulmonar foi observado em casos em que existia antes do tratamento expectoração purulenta. Num doente que continuou a tomar cortisona, apesar de oposição médica, apareceu tuberculose pulmonar bilateral após dois meses. As outras infecções não tuberculosas foram tratadas com antibióticos, mas em três casos não se conseguiu cura.

Não se manifestaram reacções psíquicas em nenhum caso. Na nossa opinião séries de tratamento curtas, mas intensas estão mais isentas do risco destes perigos assim como de outras acções secundárias possíveis. Apareceu sensação de bem-estar na maior parte dos doentes e em três a enforia foi muito marcada. Registou-se num doente, uma depressão moderada e o aparecimento de estímulos desagradáveis, verificou-se num caso, tendo desaparecido dentro de uma a duas semanas, depois de terminado o tratamento, estas perturbações mentais. É duvidoso que possam ser atribuídos ao alívio dos sintomas, porque podem aparecer independentemente da resposta terapêutica. O resultado tão vulgarmente observado era diferente do provocado pela dextrodina que se acompanha de aumento de apetite, e de uma atitude mais alegre, expansiva e menos tensa. Frequentemente e em especial nos doentes ambulatórios, o aumento de energia é acompanhado por aumento de trabalho.

Quando estes resultados se comparam aos dum tratamento prolongado ficamos com a impressão que este não se justifica. O melhor procedimento quando se pretendem fazer choques terapêuticos repetidos é administrar o ACTH e cortisona alternadamente. Devermo-nos recordar que muitos asmáticos têm remissões devidas a uma diversidade de medidas; por exemplo, três doentes que receberam durante dois meses continuamente ou quase continuamente esteroides suprarenais sem conseguirem melhoras, tiveram uma remissão depois de injecções endovenosas d vacina tífica de Kirk. Parece inconveniente tratar doentes asmáticos com ACTH ou cortisona que podem provocar alterações metabólicas ou psíquicas graves, a não ser que já se tenham experimentado, sem resultado, outras medidas terapêuticas. Deve-se dar em cada caso, cloreto de potássio, em cápsulas gelatinosas na dose de 0,6 depois de todas as refeições e pelo menos uma injecção dum diurético mercurial durante um tratamento pelo ACTH ou cortisona. Recentemente tem-se prescrito, para combater o aumento da acidez gástrica, o hidróxido de alumínio na dose de 30 cc depois de todas as refeições e o leite de magnésia, à noite.

Noutras formas de doença respiratória registaram-se melhoras temporárias com o ACTH e cortisona na fibrose pulmonar, especialmente no sarcoide de Boeck, fibrose com compromisso de difusão gasosa através a membrana alveolo-pulmonar e lesões pulmonares devidas ao berílio. Nalguns doentes as melhoras mantiveram-se continuando a administrar cortisona em doses moderadas.

PROGRESSOS E DEFICIÊNCIAS DA TERAPÊUTICA DAS DOENÇAS PULMONARES NÃO-TUBERCULOSAS

A câmara de tosse mecânica («mechanical cough chamber») provoca uma descompressão súbita, geralmente, uma queda de 110 mm Hg em 0,06 segundos que origina uma rápida expansão de gases dentro dos pulmões e um volume grande de ar no início da expiração; quando este mecanismo se associa à compressão do tórax, as secreções muco-purulentas são eliminadas dos brônquios. Se as alterações de pressão se derem vinte e cinco vezes por minuto obtém-se uma boa ventilação pulmonar. Num aparelho descrito por Bloxson, uma idêntica modificação da pressão é realizada vez e meia por minuto; sob tais circunstâncias a velocidade do ar é de longe menor do que a da respiração normal e não se obtém nenhum efeito na eliminação das secreções brônquicas.

Incluiremos, nesta discussão, alguns comentários de outros aspectos da terapêutica fisiológica. Dos vários exercícios respiratórios usados no tratamento do enfisema pulmonar, o franzir dos lábios durante a expiração é um dos mais simples, para ensinar às pessoas, com esta doença. Tem-se verificado com este procedimento não só um alargamento do diâmetro dos brônquios mais pequenos, mas também uma elevação significativa da pressão venosa. Esta resposta indica que a entrada de sangue nos pulmões é retardada de modo idêntico à motivada pela respiração com pressão intermitente, e é em geral equivalente à pressão média estabelecida na árvore pulmonar. Quando os doentes respiram mais rapidamente, com a boca aberta, desce a pressão nos pulmões, a tensão venosa cai e como consequência o sangue pode ser mais facilmente aspirado para dentro dos pulmões, e aumenta a congestão pulmonar se existe falência ventricular esquerda.

Fizeram-se experiências em que os doentes inalaram ar sob pressão negativa, observando-se um queda na pressão venosa. Nestes estados, de deficiente retorno venoso, como a insuficiência circulatória periférica deve, talvez, empregar-se a respiração por pressão negativa intermitente para facilitar a entrada de sangue no coração direito. Na insuficiência cardíaca direita, no enfisema pulmonar com cor pulmonale, a respiração com uma pressão negativa durante a expiração parece ter valor, por motivar uma diminuição de pressão na árvore pulmonar, se a insuficiência ventricular

esquerda não é também um factor. Sob esta última circunstância, a respiração por pressão negativa, retardando temporariamente a entrada de sangue na aurícula direita, permite ao ventrículo esquerdo esvaziar o sangue dos pulmões e portanto impedir eficazmente a congestão pulmonar e edema.

Uma outra vantagem da respiração por pressão negativa é a inspiração ser feita à pressão atmosférica e a expiração sob uma pressão de 5 a 20 mm Hg. Isto provoca uma diminuição do ar residual comparável à da pressão positiva aplicada com as mãos sobre a região inferior do tórax e superior do abdomen.

Observou-se um alívio dramático da dispneia e cianose num doente com enfisema pulmonar a quem se tinha aplicado este método, comparável aos resultados que tinham previamente acompanhado a elevação manual do diafragma. A capacidade vital subiu de 770 cc para 1.810 cc depois de 160 expirações sob pressões negativas, e para 2.320 cc depois da inalação de 0,3 cc de epinefrina racémica a 2,25 por cento, seguida de 80 expirações sob pressão negativa. O doente a quem tinham aberta a boca para respirar, pôde caminhar 640 metros no fim dos quais a capacidade vital foi de 160 cc. A elevação manual do diafragma, pela pressão aplicada com as mãos na região inferior do tórax e superior do abdomen motivou um aumento de 1.973 cc.

Num artigo recente de Gordon, Motley e Theodos, a respiração por pressão intermitente foi considerada, como uma medida terapêutica em doentes com fibrose avançada, enfisema pulmonar e tuberculose pulmonar. Num destes casos, com enfisema intenso, os autores registaram «Dispneia intensa com expectoração difícil seguida por um período de repouso no leito e permanência numa câmara de imobilização! tratamentos de respiração por pressão intermitente reduziram a dispneia e facilitaram a expectoração». Sempre que a imobilização dos pulmões não seja possível nos doentes com enfisema, por aumento da resistência bronquiolar, o tórax é alternadamente expandido e comprimido, respectivamente, nos ciclos respiratórios negativos e positivos; a câmara de imobilização pulmonar provoca, um grau variável de respiração por pressão intermitente incluem inalações com epinefrina racémica nebulizada que provocam frequentemente acalmia da dispneia, nos doentes com enfisema devido não só às melhoras do broncoespasmo, mas também à expectoração do muco, especialmente quando os doentes são levados a respirar e a tossir depois das inalações. Realmente, uma pressão inspiratória de 20 cm H₂O provoca uma diminuição da resistência idêntica à da inflação pulmonar obtida por uma inspiração profunda. O diâmetro dos brônquios aumenta em proporção com o grau de inflação pulmonar, quer seja produzida por uma inspiração natural, quer produzida por uma inspiração por pressão.

Os estudos de Gordon e outros, não convencem, na nossa opinião que os tratamentos por respiração de pressão intermitente, indicados em doentes com fibrose intensa, enfisema pulmonar e tuberculose pulmonar, tenham um valor terapêutico superior ao da inalação de aerosols broncodilatadores ou da tosse eficiente. Além disso, como é descrito acima, foi verificado, do ponto de vista da produção mecânica da corrente de ar que simula a tosse humana que é necessária uma queda muito rápida da pressão expiratória para eliminar as secreções brônquicas.

O ensino da respiração diafragmática é um dos métodos físicos de maior valor, introduzidos recentemente na nossa clínica para socorrer os doentes com enfisema pulmonar. Mesmo com um diafragma muito descido, o uso exclusivo dos músculos respiratórios do tórax e pescoço era geralmente considerado desnecessário. Nalguns casos aprende-se com um programa descrito previamente a abaixar o diafragma durante a respiração. O ensino da respiração diafragmática exige tempo e paciência tanto da parte do médico como do doente ntes que se readquirir o hábito da respiração abdominal. Em certos casos, o estímulo electrofrênico ou a descida do diafragma provocada mecânicamente com um ressuscitador abdominal pode ser útil para provar ao doente que, por este modo, se pode, na verdade, obter uma boa ventilação pulmonar. Usualmente, o indivíduo com esta doença apresenta a subida característica do tórax durante a inspiração, um hábito desenvolvido nas dispneias agudas e continuado geralmente quando esta situação acaba, em detrimento da respiração diafragmática usada anteriormente.

As indicações fisiológicas que ilustram as melhoras clínicas da dispneia depois do treino diafragmático são melhor reveladas por radiografias dos pulmões e diafragma na inspiração profunda e expiração. A comparação da ventilação pulmonar durante a inalação de ar e de 100 por cento de oxigénio regista, com evidência, a vantagem da respiração diafragmática (a diminuição do volume respiratório pelo oxigénio é menos marcado), com melhor ventilação alveolar das bases dos pulmões. Também se tira maior benefício das cintas abdominais e dos pneumoperitoneos quando se estabelece a prática da respiração diafragmática.

Parece ser necessária uma breve discussão acerca do uso do oxigénio no enfisema pulmonar para sublinhar que o perigo da acidose respiratória pela inalação de altas concentrações de oxigénio pode, geralmente, ser evitada pela administração de concentrações baixas de oxigénio, no entanto eficazes, e por um programa de terapêutica, bem dirigido. Os benefícios clínicos, sem a depressão perigosa da ventilação pulmonar podem verificar-se com dois litros por minuto administrados por cateter nasal, com o aumento subsequente da corrente de oxigénio. Uma terapêutica prolongada de oxigénio subministrada deste modo, tem valor, especialmente, em casos de enfisema pulmonar e cor pulmonale. A acidose respiratória é prevenida pela retenção compensadora de bases e eliminação de cloretos, que provocam de modo progressivo a excreção de dióxido de carbono, em altas concentrações, no ar expirado. A luz destas considerações, a solução para o tratamento da anoxia crónica grave, no enfisema pulmonar, não está nem na terapêutica ineficaz pelo oxigénio

intermitente, nem nos concentrações perigosamente altas de oxigénio, mas num programa de administração, graduado, prolongado, controlado.

Dexter e outros demonstraram, recentemente que, quando a hipoxia provoca um aumento do trabalho cardíaco em casos de enfisema pulmonar e cor pulmonale em que a resistência total pulmonar está só moderadamente elevada, a inalação de oxigénio normaliza o trabalho cardíaco. Noutros casos em que a carência de oxigénio originada numa diminuição de rendimento cardíaco, presumivelmente devida à pobre oxigenação num musculo cardíaco já sobrecarregado de trabalho, a inalação de oxigénio é seguida dum aumento do rendimento cardíaco para o normal. Estes autores concluem que a administração de oxigénio é uma medida específica para uma correcção rápida de perturbações circulatórias provocadas por hipoxia e que é muito mais eficaz do que outras formas de terapêutica cardíaca.

Para combater a acidose respiratória por depressão do seio carotídeo devida ao uso de concentrações altas de oxigénio, sem aclimação preliminar tem-se recentemente experimentado, nalguns casos, várias medidas incluindo injeções endovenosas de lactato de sódio, pneumoperitoneo e respiradores mecânicos. O exsufador mecânico descrito acima tem valor nos casos de enfisema pulmonar com acidose respiratória, visto que a ventilação pulmonar aumentou de modo muito mais decisivo do que a conseguida pela operação rotineira do «tank respiratório». O emprego de pressões de 40 mm Hg para encher os pulmões, com pressões expiratórias aumentadas devidas à exsufação mecânica, tem também originado um alívio na dispneia obstrutiva provocada experimentalmente.

Em dois doentes com enfisema pulmonar em que a dispneia de esforço era aliviada com a inalação de oxigénio, instituiu-se um programa de trabalho conseguindo-se posteriormente, melhoras nítidas da capacidade para o trabalho mesmo sem oxigénio. Administravam-se 10 litros de oxigénio por minuto através um tubo nasal de dupla volta enquanto o doente andava de trás para diante em volta dum quarto. Duplicava-se todos os dias o número de passos andados com oxigénio e gradualmente, o caminho percorrido sem oxigénio, até sentir uma ligeira dispneia. O aumento progressivo da capacidade de caminhar sem dispneia sugere que se podia produzir uma resposta fisiológica semelhante num programa de treino para atletas. Mesmo que a capacidade vital não se altere de modo significativo, como resultado do exercício, as melhoras da função circulatória são pelo menos um benefício obtido.

O emprego da respiração sob pressão como medida terapêutica clínica foi estimulado na nossa clínica pela observação dum doente com enfisema pulmonar que durante os esforços franzia habitualmente os lábios, na expiração. Pelo mesmo tempo Schültz fez as seguintes observações: «No campo da terapêutica respiratória, utilizo «o sópro expiratório» numa das medidas de Ludwig Hofbauer. Tive experiência favorável pessoal durante actividades desportivas com o sópro respiratório que foi aconselhado por Mathias Zdarsky no seu livro «Hiking in the Mountains» como um processo para combater a respiração ofegante na subida de montanhas. Levado por estas experiências comecei a usar no tratamento de doentes de asma brônquica ou enfisema pulmonar o «sópro expiratório», isto é expirava com os lábios franzidos como no sópro para apagar a chama de uma vela a grande distância. Esta medida terapêutica foi também estimulada por Daring pela observação dos rachadores de lenha que expulsam o ar com um sópro ao mesmo tempo que dão uma pancada com o machado.

Muitas vezes os doentes inventam processos mecânicos para socorrer a circulação e a respiração, sendo a sua base racional, fisiológica, descoberta só mais tarde. Assim os gemidos e suspiros, em certas doenças tais como na pneumonia lobar, mencionam-se como tendo o propósito aparente de prevenir o edema pulmonar pois provocam uma pressão respiratória positiva natural.

CASOS TESTEMUNHAS

Caso 1 (Cortisona)

Mulher de 48 anos. Mãe e irmã asmáticas.

Desde há muitos anos febre, defluxo nasal e espirros no inverno e verão.

Há três anos começou a sentir dificuldade em respirar, constricção no tórax, tosse crónica acompanhada de mucobranco. Durante os últimos dois anos apareceram-lhe vários ataques graves de dispneia e estados asmáticos durante longos períodos. Esteve internada doze vezes. Fez terapêutica dessensibilizante, mudanças de clima, terapêutica inalatória, éter, terapêutica pela febre, broncoscopias aspiratórias debaixo de anestesia pelo éter, endo as remissões obtidas sido muito breves.

Na actual hospitalização, a 13.^a, estava com graves perturbações respiratórias, cianótica e muito cansada. Havia ingurgitação das veias do pescoço. Ouviam-se roncões e sibilos nos dois campos pulmonares e ferveores especialmente na base direita. Murmúrio vesicular especialmente diminuído para as bases. Tons cardíacos puros mas a sua frequência era de 130 por minuto.

Foram as seguintes medidas empregadas nos primeiros dois dias: aminofilina endovenosa na dose 0,5 g em 200 cc a 5 por cento de glucose duas vezes ao dia; Vaponefrina nebulizada, 4 g de iodo de potássio distribuídas em várias doses, e pressão respiratória quer pela máscara quer pelo «tank respirador», uma pressão negativa de 30 mm Hg 20 vezes por minuto empregada intermitentemente durante três horas.

Administrou-se cortisona pela boca: 100 mg de 6 em 6 horas

durante quatro dias, 75 mg de 6 em 6 horas durante três dias e 60 mg também de 6 em 6 horas nos três dias seguintes. Colocou-se o doente numa atmosfera de 50 por cento de oxigénio; administrou-se mercuri-drine no segundo e sexto dia do tratamento. Durante dez dias deu-se cloreto de potássio em cápsulas queratizadas três vezes ao dia.

Manifestaram-se melhoras a partir do 4.º dia, sendo muito grandes no décimo. Esta remissão manteve-se durante um período de seis semanas. Este doente foi submetido a três outros tratamentos idênticos com cortisona, obtendo remissões que duraram de três a quatro semanas.

Caso 2 (Cloromicetina)

Homem de 52 anos.

História de asma brônquica já com trinta e cinco anos. Nos últimos quatro anos aumento da tosse com expectoração esverdeada muco-purulenta; e insuficiência cardíaca periódica. Foi admitido com dispneia intensa e cianose. Observação pulmonar: sibilos nos dois campos pulmonares, ferveores nos dois terços inferiores. Radiografia: acentuação da arborização bronco-vascular e bronquiectasias. Expectorção amarela, purulenta com Klebsiella pneumoniae e estreptococos viridans. Como o tratamento com penicilina foi ineficaz deu-se cloromicetina na dose de 3 g diários durante seis dias, obtendo-se eliminação do pus da expectoração, alívio nítido da tosse e dispneia, e desaparecimento da cianose.

Administrou-se também ao doente oxigénio permanentemente, na dose de seis litros por minuto durante uma semana. A tensão venosa caiu de 195 mm de H₂O para 50 mm H₂O no fim do tratamento. Dois meses mais tarde a expectoração novamente purulenta com Klebsiella pneumoniae nas culturas. Novamente respiração asmática e insuficiência respiratória. Fez um tratamento idêntico tendo tido alta, melhorado.

Caso 3 (Dietilaminoetil-penicilina, respiração diafragmática e pneumoperitoneo)

Homem de 52 anos. Desde os treze anos dispneia, tosse e expectoração purulenta. Dois anos antes da hospitalização teve um

episódio de insuficiência cardíaca direita. Fez cortisona e ACTH dois meses antes da sua admissão tendo as suas queixas aumentado. Desde há 2 anos usa oxigénio intermitentemente após os esforços.

Observação: extremamente dispneico, cianose intensa. O diâmetro antero-posterior do tórax aumentado. Som timpânico à percussão. Ouviam-se ferveores de bolhas finas nos dois pulmões. Tosse e expectoração purulenta esverdeada, muito abundante, 170 g a 225 g diárias. Radiograficamente via-se fibrose bilateral e sinais de bronquiectasias com acentuação da arborização broncovascular.

Injectou-se intramuscularmente 1.000.000 U do ester-iodado da dietilaminoetil da penicilina durante 12 dias. Ao fim da primeira semana havia uma redução nítida da quantidade e qualidade da expectoração com diminuição da dispneia. Ensinou-se ao doente a respiração diafragmática e iniciou-se o pneumoperitoneo. Assim que começou a andar nos corredores hospitalares ensinaram-lhe também a respirar franzindo os lábios na expiração.

A capacidade vital antes do tratamento era de 1.790 cc, subindo para 1.940 cc 23 dias depois da terapêutica. A capacidade vital prevista para este doente era 3.680 cc.

Caso 4

Sexo feminino, 6 anos.

Doente com poliomielite espinal, tratada no «tank respirator» durante três meses. Apareceu-lhe uma infecção respiratória que foi seguida de obstrução do brônquio principal esquerdo e atelectasia de todo o pulmão esquerdo. Fez-se duas broncoscopias sem resultados. Foi tratada com uma pressão negativa de 35 mm Hg dez vezes por minuto durante meia hora com duas horas de intervalo. Eliminavam-se durante cada tratamento quantidades consideráveis de secreções mucosas ou muco-purulentas. Depois de cinco dias de tratamento o pulmão esquerdo tornou-se translúcido, o mediastino regressou à sua posição normal e a doente ficou clínica e radiograficamente aliviada da sua atelectasia pulmonar.

(A. Barach, H. Bicherman e G. Beck (Academy of Medicine — Bulletin of New York — Junho de 1952).

RESUMOS DA IMPRENSA MÉDICA

Tosse provocada, antes da anestesia, como método de diagnóstico de bronquite preoperatória. — GRECNE (B. A.) e BERKOWITS (S.) — Ann. Int. Med. — XXXVII: 723; Out. 1952.

Os autores apresentam o resultado do estudo de 1821 doentes não seleccionados e de várias centenas de outros especialmente escolhidos, que foram sujeitos a uma «prova» de tosse voluntária forçada, imediatamente antes da sua anestesia. As anormalidades dessa tosse provocada foram classificadas pelos autores, e correlacionadas com outros sintomas de doença do seu aparelho respiratório, antes da intervenção cirúrgica.

Anormalidades dessa tosse provocada preanestésica, podem ser o mais precoce sinal de uma afecção traqueobrônquica.

Os pacientes com tosse provocada «normal» raramente apresentam complicações respiratórias durante os 3 primeiros dias após a operação mesmo após operações gástricas ou das vias biliares (se não houver aspiração do conteúdo do aparelho digestivo).

Os doentes com tosse provocada «anormal» especialmente se ela é húmida, têm muitas probabilidades de ter tosse, após a intervenção, ou mesmo complicações respiratórias mais graves, especialmente depois de operações nos quadrantes abdominais superiores.

O grande valor desta «prova» preoperatória reside, portanto, no diagnóstico e selecção dos doentes que devem ser objecto de cuidados especiais com o fim de evitar as graves complicações respiratórias postoperatórias.

Oclusão venosa agrada macissa

Oclusão venosa aguda macissa. — OSIUS (E. A.) — Arch. Surgery — LXV: 19; July 1952.

Foi em 1937 que esta afecção foi identificada, nos seus aspectos essenciais por Fontaine e Sousa Pereira.

Pelas largas alterações circulatórias locais que produz, resultantes não só da obstrução venosa como do vasoespasma arterial, esta afecção conduz à asfíxia tecidual e consequente gangrena.

O quadro clínico adquire ainda um carácter mais específica pela rapidez com que se estabelece a oclusão.

Esta obstrução venosa aguda macissa origina-se pela deslocação de um trombo preformado em outra região do membro sede da oclusão, ou pela formação de um trombo «in situ», no território vascular femuroiliaco.

Trata-se de uma situação muito grave que deve ser rapidamente diagnosticada e tratada.

Parece que o melhor tratamento é a trombectomia imediata, seguida de infiltrações bloqueantes paravertebrais e do uso de anticoagulantes, para evitar as recidivas.

Esta precoce e completa trombectomia é o factor decisivo para impedir as lesões tecidulares locais e a gangrena.

Eisenmenger, passando em revista, no n.º de Agosto de 1952 dos «Annals of Internal Medicine», os factores patogénicos da ascite dos cirróticos e estudando os mecanismos pelos quais a restrição de sódio pode actuar favoravelmente naquela, conclue que esta restrição reduz a produção de hormona antidiurética e apresenta os resultados favoráveis obtidos nos seus doentes com cirrose e ascite, sujeitos a dietas ricas em proteínas e muito pobres em sódio.

Becker aborda, no número de Agosto de 1952 dos «Annals of Internal Medicine», discutindo o problema da natureza da retinopatia diabética e suas relações com a glomerulosclerose intercapilar (síndrome de Kimmelstiel-Wilson). Ele afirma que as lesões renais e as retinianas são da mesma natureza e que a retinopatia não depende dos processos hipertensivo ou aterosclerótico, tão frequentes nos diabéticos. Emite ainda a hipótese de existir qualquer relação entre ambas as lesões, do rim e da retina, e o funcionamento do cortex da suprarenal.

Baher e Selikoff apresentam no n.º de Julho-Agosto de 1952 do «American Journal of Pathology» o resultado dos seus estudos, anatomopatológicos e microquímicos, da substância hialina da arteriosclerose e sua comparação com o material lipóide depositado nas lesões ateromatosas, das grossas artérias. Concluem que o processo de arteriosclerose é similar das lesões de aterosclerose que se observam ao nível das grossas artérias.

Bjerneboe e seus colaboradores, apresentam na «Acta Médica Scandinávica», número de Setembro de 1952, alguns casos por eles observados de doentes com icterícia obstrutiva, caracterizada clinicamente e por biopsia do fígado, nos quais a laparotomia ou a autópsia (realizada em um dos casos) não revelou qualquer obstrução das vias biliares, nem lesões de colangite. Apresentam várias tentativas de explicação, todas hipotéticas, para estas raras e estranhas formas clínicas de icterícia.

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.	23\$00
3 Doses	Esc.	66\$00
5 Doses	Esc.	107\$00
10 Doses	Esc.	207\$50

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

1 Dose	Esc.	32\$00
3 Doses	Esc.	92\$50
5 Doses	Esc.	150\$00
10 Doses	Esc.	295\$00

Synergistin Infantil—Metade da dose normal

1 Dose	Esc.	15\$50
3 Doses	Esc.	42\$50

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 — 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

UMA PÁGINA POR SEMANA

STRUTHOF: UM DESAFIO À CONSCIÊNCIA HUMANA

Quando aludi, na página anterior, à resistência moral oposta pela medicina francesa aos estudos experimentais feitos compulsivamente em seres humanos, estava longe de supor que na semana antecedente começara em Metz o julgamento dessa acção. Durante alguns dias, pude acompanhar em Paris a discussão preparatória desse processo que já faz parte da História. Por isso me parece interessante resumi-la aqui.

Considerando *à priori* que judeus e polacos não mereciam respeito humanos, uma equipe de investigadores alemães chefiada por três sábios eminentes — o anatomista Hirt, o bacteriologista Haagen e o toxicologista Bickenback — procedeu, sobre «cobaias humanas», durante a última guerra mundial, a três ordens de pesquisas: de antropologia física — nomeadamente do esqueleto; quanto à acção dos gases asfixiantes; e sobre a biologia do tifo e da febre amarela.

O caso Hirt é o mais grave, se é que pode haver uma graduação nestes crimes. Professor de anatomia em Estrasburgo, antropologista de renome, preocupado pela falta de crâneos israelitas nas colecções universitárias, escreve a Himmler, pedindo que lhe sejam «cedidos» vivos os comissários judeus das tropas russas para serem medidos, fotografados e mortos, depois, em condições de se poderem obter boas peças anatómicas. Autorizado, envia logo os seus assistentes para escolherem e trazerem os melhores exemplares. A primeira série: 79 judeus, 30 judias, completada ainda com 2 polacos, 4 japoneses e 35 diversos deus óptimos esqueletos e só não pode ser repetida por causa do avanço das tropas aliadas que ainda puderam encontrar 17 cadáveres e acabar o tratamento... em álcool a 55°.

O. Bickenback, especialista do gaz mostarda, tinha chegado já em 1942 a importantes descobertas, como por exemplo a da acção profiláctica da urotropina sobre este tóxico, quando em 1943, forçado pelo estado maior SS começou as suas experiências finais em homens. Dentro da mais perfeita ética, de acordo com a nossa tradição clássica, opôs-se primeiro a tais experiências e ofereceu-se, até, começá-las antes em si próprio. Mas a proibição veio brutal. Para que expôr a vida dum sábio alemão quando no campo de Struthof havia tantas *cobaias*? Bickenback exita. Hirt, seu chefe de pesquisas, e Karl Brandt (Ministro da Saúde, que foi executado deopis em Nuremberga), tiram-lhe as últimas veleidades morais, determinando: é uma ordem. A sua consciência moral vacila. O meio racista contagia-o. Cede. Resultado: dezneas de mortos nas câmaras de gás.

E. Haagen é outra grande figura da medicina alemã. Especialista em virus, imunologista conhecido criador duma vacina contra a febre amarela, professor de bacteriologia no Instituto Roberto Kock, estudava à data da guerra a produção duma vacina antitífica de qualidade superior, quando assinalados os primeiros casos nas tropas do Este, o exército se enche de pânico. Consultado, Haagen admite a hipótese de se poder preparar vacinas mais activas com virus vivos. Experiências em Struthof. Resultados: outras dezenas de mortos.

Neste julgamento, como em Nuremberga, não é uma política que está em causa; é a moral dos homens, são os fundamentos da civilização. Isto sucedeu na Alemanha; pode vir a dar-se noutro povo e é essa possibilidade que se torna preciso deter. Foi uma loucura colectiva dentro da qual, à guisa de pesquisas científicas, se praticaram crimes sem nome; homens como Haagen, Rose e Schilling perderam o juízo e a honra, cometendo «assassinios, brutalidades, crueldades, torturas, atrocidades e outras actos desumanos», que acabaram por pagar na forca ou na penitenciária.

As «experiências» conduzidas metódicamente por esses médicos constituem um dos documentos mais espantosos da história da Humanidade, documentos que só um ser igualmente destituído de coração e de alma poderá ler sem dor e sem revolta. No campo de Dachau ensaios sobre a resistência às «altas altitudes» ou às «baixas pressões», seguidos de autópsias minuciosas, por se terem revelado insuficientes os estudos feitos em macacos; também em Dachau, estudos sobre a congelação, com protocolos inconcebíveis onde figuram temperaturas gástricas e rectais e punções cardíacas e do cérebro; ainda em Dachau, experiências sobre a malária, durante as quais se inocularam milhares de prisioneiros, às quais pagaram particular tributo os padres católicos, e pelas quais, só de uma vez, 400 perderam a vida; de novo em Dachau experiências de tenteio sobre os métodos de potabilizar a água do mar. Em Rievensbrueck, onde o viviseccionismo atingiu o delírio mórbido e desapareceu totalmente o respeito pela dôr e pelo sofrimento, estudos sobre a acção das sulfas na gangrena experimental, sobre enxertos e transplantações de ossos, de músculos e de nervos; em Buchenwald sobre os venenos alimentares e a acção do contacto do fósforo sobre as mucosas; em Sachhausen sobre ictericia epidémica; e em Auschwitz a preparação do programa de extinção das «raças inferiores» — a planificação do genocídio — pela cirurgia, os injectáveis e os RX, que atingiu a perfeição de 4.000 esterilizações por dia e se preparava para reduzir a zero, no espaço de uma geração, os inimigos da Alemanha.

Necessariamente que é preciso experimentar. Mas desde Claude Bernard que está estabelecido o princípio de não ensaiar no homem sem ter esgotado todas as experiências que se podem fazer em animais e mesmo assim só o fazer em voluntários, perfeitamente informados dos perigos que podem correr e inteiramente livres para poderem aceitar ou recusar a operação. Por outro lado, ninguém operará admitir que se executem provas humanas com cuidados inferiores aos que se seguem de rotina na experimentação animal: sem sofrimento, sem violência, com carinho até! Ora, nenhum daqueles nossos dementados colegas demonstrou possuir qualquer sensibilidade moral. Que contraste entre os protocolos de Struthof e o código para pesquisas animais que eu tantas vezes li, cheio de respeito, à entrada do laboratório experimental de Houssay, no Instituto de Fisiologia de Buenos Aires: «os animais têm que ser tratados com carinho; não se lhes deve vocar dôres inúteis; não devem ser operados sem uma anestesia bem conduzida; nunca serão abandonados em *shock*; se por acaso, das experiências em curso, resultarem mutilações, devem ser sacrificados, antes de terminada a anestesia».

Nem sequer estas condições foram satisfeitas no campo de concentração de Btruthof-Natzweiler. Já em Nuremberga, durante o processo geral da medicina nazi (condenada no extenso livro de François Bayle: *Croyx Gammé contre Caducée*), fôra dito que tais procedimentos constituem um desafio à consciência humana. Mas o mais curioso é que foram doutrinas biológicas, quando não médicas, que geraram o ambiente político e moral que permitiu estas monstruosidades. A sua filosofia vem directamente de Gobineau e de Chamberlain que estão na origem dos preconceitos raciais do nazismo, com as suas barreiras e as suas linhas isogénicas. Barreiras e linhas isogénicas que ainda há um mês numa reunião na Universidade de Londres todos nós, sorologistas dos grupos sanguíneos, condenamos redondamente.

ALMERINDO LESSA

N Ã O É O B R I G A Ç Ã O

Tanta vez se diz que ao clínico compete cobrar honorários mais baixos, em relação ao normal, pelos serviços prestados às pessoas economicamente débeis, quer directamente quer através de organismos intermediários, que parece haver a convicção geral de se tratar duma obrigação incontestável do médico. Ora, não é assim. Trata-se apenas dum caso, igual a tantos outros, de, quase sempre, quando se faz um favor a alguém, continuamente, o beneficiário, decorrido algum tempo, deixar de o receber como favor e passar a considerá-lo como obrigação por parte de quem lho presta.

Se se pensar um pouco, verifica-se não haver fundamento sério para justificar semelhante obrigação. Trata-se dum favor que a classe médica presta continuamente às classes menos abastadas e que se traduz em deixar de receber muitos milhares de contos em cada ano.

Ao médico compete como a qualquer outra entidade do corpo social contribuir, de acordo com as respectivas possibilidades, com a sua quota parte para a assistência; todavia, tudo quanto ultrapasse este quantitativo não pode ser considerado como obrigação mas oferta efectuada por espírito de caridade ou por outro sentimento igualmente honroso. Há muita diferença entre o que se paga como contributo obrigatório e o que se deixa de receber ou se dá voluntariamente por espírito de altruísmo.

Onde está a base sobre a qual se possa alicerçar o conceito de a classe médica ter obrigação de pagar para a assistência mais e muito mais do que as restantes? A que título se pode exigir da classe médica tal obrigação?

Quando os médicos se queixam da exiguidade da retribuição pelos serviços prestados, por exemplo, aos acidentados no trabalho, a cargo das companhias de seguros, recebem, entre várias respostas, a de se tratar dum serviço social. Seja; mas a que propósito há-de recair sobre a classe médica a responsabilidade dessa contribuição? Se se trata dum serviço de tal natureza, por que há-de caber o pagamento desse encargo quase exclusivamente sobre a classe médica?

É certo que o médico não paga directamente em dinheiro mas, se deixa de receber uma boa parte do que é justo, tudo se passa, na realidade, como se assim fosse. Por que motivo se exige abatimento considerável nos honorários médicos, já de si bastante reduzidos, pelos serviços prestados às companhias de seguros, quando estas cobram, aos clínicos, pelos seguros efectuados, o mesmo que a qualquer outra pessoa? Trata-se dum serviço cuja exploração dá pouco lucro? E que culpa tem a classe médica desse facto para ser ela a pagar as indemnizações?

Em muitos estabelecimentos de assistência todos quantos neles trabalham recebem o que lhes é devido; mas o médico, só por ser médico, vê os seus serviços profissionais retribuídos com uma importância diminuta ou mesmo nula

quando, afinal de contas, é precisamente o elemento principal e indispensável, pois, sem ele, todos os restantes seriam inúteis.

Há muitos exemplos e, embora não vá citar todos, não deixarei de apontar um dos mais conhecidos, isto é, o de certos organismos de grande envergadura material tabelarem por si próprios os serviços dos médicos sem sequer ouvirem estes nem a respectiva Ordem. Que diriam os padeiros, os merceiros, os sapateiros, em suma, os fornecedores dos médicos se estes adoptassem igual processo, isto é, se depois de obtidos os produtos ou os serviços, lhes pagassem apenas o quantitativo que entendessem, conforme o orçamento doméstico, e não o justo preço? Qual era a classificação moral dada ao médico que assim procedesse? A mesma, evidentemente, que o médico aplica a quem o trata por tal forma.

Se, ao menos, a classe médica recebesse algum benefício especial, ainda poderia haver certa desculpa, mas todos sabem que não sucede assim e muito pelo contrário.

A classe médica pode apresentar-se de cabeça bem erguida para falar dos seus direitos e, neste caso particular, do direito de ver devidamente remunerados os seus serviços como qualquer outro profissional. Acaso o médico comprará qualquer produto mais barato do que outrem só pelo facto de ser médico? Não paga as suas contribuições que, por sinal, são tanto mais elevadas quanto menor é o rendimento? Deixou de pagar as propinas quando estudou durante o seu longo curso?

Nem os próprios estabelecimentos onde trabalha sem remuneração lhe prestam assistência gratuita se dela precisar. Que favor ou benefício recebeu da colectividade para esta lhe exigir um sacrifício maior e mesmo muito maior do que a qualquer outra pessoa só pelo facto de ser médico?

Os habituais exploradores do trabalho dos médicos gostam muito de tentar salvar as aparências empregando uma linda expressão e, assim, afirmam com grande prazer, como se fizessem um brilhante descobrimento, que a medicina é um sacerdócio. Sem dúvida que é um sacerdócio, mas, nem por isso, deixa de ser também uma profissão para cujo exercício se exige trabalho intelectual e físico, qual deles por vezes mais esforçado, e, como tal, com inteiro jus a ser remunerado.

Também se ouve, com frequência, dizer que o médico, ao prestar os seus serviços, fica com igual capital, pois a ciência não se consome, ao contrário do que sucede a quem vende mercadorias sem receber a importância da transacção efectuada. Pretende-se, desta maneira, justificar que o médico em nada é afectado por prestar serviços gratuitos. Claro está que o argumento é completamente ilógico. A ser como aqueles pretendem, teríamos de concluir também que os advogados, os engenheiros, os profes-

res, bate-chapas, mecânicos de automóveis, aviadores, electricistas, carregadores e tantos outros profissionais dos mais variados misteres também estão em igualdade de circunstâncias pois, com certeza, não perdem os conhecimentos quando os aplicam nos serviços a seu cargo.

Não se encontram, todos eles, sob este ponto de vista, em igualdade de circunstâncias? Então, como pode haver coerência sem lhes aplicar a mesma regra?

Aliás, não se pode esquecer o facto de a ciência obtida pelo médico, à custa do trabalho efectuado durante bastantes anos, lhe ter custado também rios de dinheiro e que, além disto, precisa de ganhar como profissional para poder liquidar, ao menos, as suas despesas normais. Estou a referir-me, evidentemente, aos médicos que se dedicam especialmente ao exercício da clínica e dela pretendem viver digna e honestamente e não aos que só a exercem de vez em quando, por se dedicarem a outras profissões onde colhem os rendimentos, e podem, portanto, dar-se ao luxo de clinicar gratuitamente durante as horas vagas e só nestas, bem entendido.

Trata-se, argumentam os mesmos ainda, de trabalhar com o próprio ser humano, de defender a vida e a saúde das pessoas. Mas esta razão ainda milita a favor da causa que estou a defender. Se se trata dum trabalho muito especial onde se lida — passe o termo — com material tão importante e máquinã tão complicada, mais uma razão a justificar o aumento de honorários por parte do respectivo profissional e não precisamente ao contrário, como sucede e se pretende que continue.

Não quero alongar-me mais, pois quem quer que pense um bocadinho no assunto, com calma e são critério, concluirá facilmente que a classe médica não tem obrigação alguma de contribuir mais avultadamente do que as outras para a assistência aos economicamente débeis e com maior razão quando é certo ninguém lhe conceder benefícios justificativos de tal exigência. Cada médico deve contribuir com a sua quota parte, conforme os rendimentos, para a assistência, como compete a qualquer outra pessoa e possui incontestável jus a ser retribuído pelos seus serviços como sucede aos outros profissionais trabalhando nos serviços de assistência ou noutros ramos diferentes.

Quanto à parte justamente englobada como sacerdócio, essa não tem paga, pois não há valor material capaz de a retribuir nem médico algum, jamais, pretendeu cobrar algo por ela.

O facto do médico ofertar mais e muito mais do que lhe compete e mesmo, como tantas vezes sucede, muito mais do que pode, nunca deve ser considerado como obrigação prestada mas tida na conta, bem justa, de manifestação dum alto espírito de bondade, de sacrifício,

TONOGLAN

AMPOLAS • GOTAS • COMPRIMIDOS

APRESENTADO NAS FORMAS

TONOGLAN-M
(MASCULINO)

TONOGLAN-F
(FEMININO)

TÓNICO GERAL HORMONO-VITAMÍNICO
PARA TRATAMENTO DOS
ESTADOS DE DEPRESSÃO FÍSICA E PSÍQUICA
POR INSUFICIÊNCIA GLANDULAR

ASTENIA, DEBILIDADE, FADIGA MENTAL,
HIPOFUNÇÃO HIPOFISO-GONADAL,
ATRASOS DO DESENVOLVIMENTO, ETC.

HORMONAS
VITAMINAS E+C
FÓSFORO ORGÂNICO

LABORATÓRIO  **ÚNITAS. LDA.**
C. DO CORREIO VELHO, 8 LISBOA



Ecoss e Comentaríos

MEDICINA INTERNA

Temos a grande satisfação de publicar neste número de «O Médico» a notável alocução que o nosso colaborador Prof. Mário Moreira proferiu na sessão inaugural da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. O illustre mestre foca, brilhantemente, um assunto de palpitante actualidade e apresenta-o em várias facetas que interessa salientar. Sobre este assunto, as opiniões entrecrocavam-se, manifestando-se os mais desencontrados pontos de vista, desde os colegas que, sob a capa da medicina interna, pretendem abarcar quase todos os acessos da patologia, até aos que... não querem nada! Não estou a blaguear, porque sucedeu há tempos, em certa assembleia de médicos num hospital português, que alguns internistas defenderam a autonomia, como especialidades, de todos ou quase todos os sectores da clínica... menos duma especialidade, que é ainda hoje marcadamente cirúrgica — a ginecologia, que em quase todos os países do Mundo está nos hospitais inteiramente separada. Houve um clínico, que aspira a chefe de serviço de medicina, que sugeriu que se instalassem serviços hospitalares, independentes, de gastro-enterologia, de endocrinologia e não sei que mais ainda. Quer dizer: como a neurologia e a psiquiatria, a fisiologia e as outras doenças infecto-contagiosas estão à parte, se fossem separados os casos de patologia cardiovascular, glândulas de secreção interna, gastro-enterologia e todos os casos das chamadas especialidades cirúrgicas, ficaria para aquele ancioso e clarividente internista... apenas o recurso de se entreter a conversar nos corredores, por não ter doentes nas enfermarias e nas consultas. Bonita medicina interna! Não tinha conhecimento da tal reunião o Prof. Mário Moreira, ao proferir a sua brilhante alocução?

M. C.

Não é obrigação

(Conclusão da página 22)

de altruísmo e de nobres qualidades de coração.

Em suma: Não se pretende, por forma alguma, fugir ao cumprimento dos deveres, mas somente esclarecer que não deve ser tido como obrigação a prestar pelos médicos o que, com boa e justa razão, consiste numa oferta, por sinal muito valiosa, efectuada livremente por elevado espírito de altruísmo de quem a pratica e pela qual não se pede o menor agradecimento e, ainda, evitar certas confusões, criadas por maus hábitos, entre ofertas, direitos e obrigações.

ANTÓNIO JOSÉ LÚCIO

(Cartaxo)

ÚLTIMAS AQUISIÇÕES EM PEDIATRIA

Na «Revue Générale de Médecine et de Chirurgie de l'Union Française», Lassabliere refere, como aquisições em pediatria durante o ano de 1951, o seguinte:

1.º — Gripe — Não existe tratamento; os antibióticos não têm efeito, salvo talvez a aureomicina.

2.º — Febre tifoide — É preciso não abandonar a vacina; a cloromicetina é, para o autor, o antibiótico mais eficaz.

3.º — Coqueluche — A vacinação

é eficaz; o soro humano hiperumanizado possui um efeito terapêutico evidente, mas é caro; a estreptomocina actua principalmente sobre as complicações; a polimiscina (aerosporina) é eficaz em fraca dose.

4.º — Toxoplasmose — O teste de Sabino permite o diagnóstico; só têm acção terapêutica a sulfapiridina e o sulfatiazol.

5.º — Leucoses — Transfusão de sangue, exsanguino-transfusão (reservada aos centros especializados), penicilina.

6.º — Mastoidite — Paracentese precoce da otite; não operar quando se trate de síndrome hipertóxica precoce.

7.º — Toxicoses com porta de entrada rino-faríngea — Aureomicina depois da antrotomia nos síndromas pulmonares e broncopulmonares graves.

EISENHOWER E A MEDICINA SOCIALISADA

Transcrevemos do periódico «The New Orleans Medical Journal»:

Nos Estados Unidos, uma campanha eleitoral presidencial toca em todas as questões: a medicina não podia escapar. O partido democrático é, de maneira geral, pela medicina do Estado; proclama que «a assistência federal no domínio médico deve consistir em aumentar o número de médicos, de enfermeiros e do pessoal sanitário. O custo dos cuidados médicos modernos é tal que equivale à impossibilidade de milhões de pessoas se poderem tratar». Daí, o partido democrático de Truman preconiza nomear uma comissão que apresente soluções para o problema; seria um primeiro passo para o controle burocrático da medicina.

Não sucede o mesmo quanto ao partido republicano do General Eisenhower. Pelo que respeita à medicina, a posição deste partido é a seguinte:

«Admitimos que a saúde do nosso povo, assim como os cuidados médicos e auxiliares não devem ser objecto dum controle burocrático federal. Será necessário discriminar entre as responsabilidades que cabem ao governo, aos médicos, à hospitalização voluntária e ao seguro igualmente voluntário. Somos opostos ao seguro-doença obrigatório, com o seu custo crescente, a sua notória ineficácia, com o peso morto da burocracia, assim como com o nível baixo da assistência médica. Apoiamos as actividades governamentais no sentido dum estímulo para o desenvolvimento adequado dos serviços hospitalares sem nenhuma ingerência na administração local. Favoreceremos o auxílio à investigação científica e encorajaremos os métodos que se considerem bons para assegurar a protecção da saúde.»

Referindo-se a este assunto, o General Eisenhower, numa alocução pronunciada no dia 15 de Setembro, tomou nitidamente partido contra a medicina



COMPLEXO B

Tubo de 25 comprimidos 12\$50

Série fraca —

Caixa de 12 ampolas . 22\$50

Frasco de 50 comprimidos 28\$00

Série forte —

Caixa de 6 ampolas de 2cc. 32\$00

X a r o p e — Frasco de 170 cc. . . , 27\$00



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

NOVOS PREÇOS

ANTIBIÓTICOS ZIMAIA

PENICILINA-PP-ZIMAIA

150.000 U. O.	{ 1 frs.	10\$00
	{ 3 frs.	24\$00
400.000 U. O.	{ 1 frs.	14\$00
	{ 3 frs.	40\$00
	{ 5 frs.	62\$50
	{ 10 frs.	120\$00
600.000 U. O.	{ 1 frs.	17\$00
	{ 3 frs.	49\$00
	{ 5 frs.	77\$50
	{ 10 frs.	150\$00

DIBIÓTICO-ZIMAIA

1 dose	23\$00
3 doses.	66\$00
5 doses.	107\$00
10 doses.	207\$50

DIBIÓTICO-ZIMAIA FORTE

1 dose	26\$00
------------------	--------

DIBIÓTICO-ZIMAIA INFANTIL

1 dose	15\$50
3 doses	42\$50

LABORATÓRIO ZIMAIA — RUA DE ANDALUZ, 38 — TELEFS. 5 2226 — 5 3670

ESCRITÓRIOS E PROPAGANDA: RUA MARTENS FERRÃO, 10 — LISBOA (NORTE)

socializada. Insistiu sobre um ponto: actualmente, diz o candidato presidencial vitorioso, o povo americano disfruta dos melhores serviços médicos do Mundo e seria loucura metermo-nos numa experiência que anularia o statu quo favorável actual. Proclamou que estava de acordo em «conservar plenamente as relações voluntárias entre o médico e o seu doente», sem qualquer intermediário, o que aconteceria se o Governo devesse pagar.

Em resumo, disse:

«A experiência mostrou que a medicina americana ultrapassou a do mundo na base da liberdade e é esta base que os americanos querem manter, aproveitando os seguros voluntários e a assistência pública (por meio das administrações locais) no que diz respeito aos serviços médicos para os indigentes.»

Agora que o partido republicano triunfou na América, é provável que uma reforma do estatuto médico, nos moldes dos Serviços de Saúde da Inglaterra, seja posta de parte nos Estados Unidos.

PUBLICIDADE LAMENTÁVEL

Os jornais espanhóis deram grande relevo — e a imprensa estrangeira, incluindo a portuguesa, também fez eco da notícia — a um caso ocorrido em Madrid, que foi julgado num dos tribunais da capital de Espanha. O tribunal condenou um cirurgião a pena de cadeia, suspensão temporária do exercício profissional e indemnizações, porque lhe atribuiu a morte duma doente apoz um ano e alguns meses duma operação; o cirurgião ter-lhe-ia deixado pinças no abdome e daí resultariam complicações.

Enquanto durou o julgamento, foi publicada na imprensa diária a seguinte nota:

«O Colégio Oficial de Médicos da Província de Madrid, perante a difusão que adquiriu certo desgraçado assunto, actualmente sob a jurisdição da Audiência Provincial desta capital, deseja manifestar o espanto que lhe produz o facto duma operação cirúrgica e a actuação dum prestigioso cirurgião serem expostos e comentados por pessoas leigas na matéria, sobretudo pelo desastroso efeito que podem produzir tais notícias, na forma em que se publicam, sobre o psiquismo de doentes e futuros operados e veria com satisfação que tal tema fosse tratado por autoridades profissionais de verdadeiro prestígio, que fornecessem uma opinião verdadeira, equilibrada e científica e que o público não formasse juízo antes de as ouvir.»

CENTENÁRIO DO TERMÓMETRO

A propósito do centenário do termómetro, a revista alemã Dtsch Med. Wschr. relata a história deste instrumento.

Foi Carl Wunderlich quem se fez em 1851 o apóstolo e o introdutor entusiasta da termometria médica. Apoiado em experiências realizadas em 25.000 doentes e em muitos milhões de mensurações, deu a este método o lugar científico que no futuro deveria ter na clínica. Aliás, a ideia

de medir a temperatura dos doentes por meio de instrumentos primitivos é muito anterior à sua aplicação generalizada; basta citar Galileu (1600), Santorini (1612), Fahrheit (século XVIII), que já tinham utilizado a mensuração pelo calor do corpo humano. Têcnicamente, os termómetros dessa época não se pareciam nada com a pequena maravilha que é o termómetro moderno. O seu volume era tão grande que se falava do termómetro antigo como duma espingarda que se trazia debaixo do braço!

O SEGREDO PROFISSIONAL NA ALEMANHA

O Prof. Neuffer, presidente dos Colégios Médicos da Alemanha, fez

em Hamburgo um discurso, no qual apelou para a opinião pública convidando-a a unir-se à classe médica «para se opor aos abusos da burocracia irrespeitosa para com o indivíduo e os seus direitos que actua nos serviços oficiais de saúde, estatística e seguros sociais e que põe em perigo os mais sagrados direitos da pessoa humana e violenta santuários até agora só abertos à curiosidade insaciável dos totalitarismos nazi e bolchevista». O Prof. Neuffer acrescenta: «O que há de mais secreto no indivíduo que nunca foi acessível ao conhecimento dos outros cidadãos graças ao segredo profissional médico, aparece hoje registado em arquivos e ficheiros à vista de milhares de funcionários duma burocracia que atenta contra a essência cristã do homem e as liberdades democráticas». Neuffer declara que «o segredo profissional foi abolido na zona vermelha alemã e na República de Bonn».

O QUE GANHAM OS MÉDICOS NOS E. U.

Em 1950, o Ministério do Comércio e a Associação Médica Americana promoveram um inquérito sobre os ganhos dos médicos. 100.000 médicos foram convidados a responder a um questionário, ao qual aliás só responderam cerca dum terço. Se eliminarmos os reformados, os médicos militares e outros funcionários médicos, restam 30.000 médicos livres cujas declarações nos interessam.

Os ganhos médios foram estabelecidos em relação a 1949 em cerca de 320.000\$00 (11.000 dólares) por ano; trata-se duma média para todos os médicos. Os especialistas estão acima desta média, com 460 contos; entre estes, os neuro-cirurgiões estão à cabeça, com 840 contos (média); seguem-se os ginecologistas com 560.

O médico de bairro ganha cerca de 250 contos.

Os ganhos dos médicos variam segundo as regiões; mas, contrariamente ao que se podia supor, eles não dependem da riqueza do país. Os médicos de Memphis, por exemplo, ganham duas vezes mais que os seus colegas de Nova York, embora os novaiorquinos sejam francamente mais ricos do que os cidadãos de Memphis.

Este inquérito revela, entre outras coisas interessantes, que o ideal pecuniário para um médico é a cidade de 250.000 a 500.000 habitantes. Com 1.000 habitantes ou menos, o médico está abaixo da escala social e financeira; os seus ganhos crescem com a importância da povoação. Atingido o ponto óptimo de 500.000 habitantes, os ganhos dos médicos decrescem. Acima dum milhão de habitantes, o médico não ganha mais do que numa aldeia de 2.500 habitantes.



FRENANTOL

NOVA SUBSTÂNCIA
DE SÍNTESE, ORIGINAL

para-oxi-propiofenona
composto H-365

NOVO CAPÍTULO
NA QUIMIOTERAPIA

frenador hipofisário

Comprimidos de 0,05 e 0,25 g.



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

MOSAICOS NORTENHOS

XXXIX—O sangue e a ética

M. DA SILVA LEAL.

Na vida agitada de hoje, os problemas surgem de ano para ano, agravando-se bem depressa e tomando proporções inconcebíveis. Agora, mais que no passado, é difícil a pessoa manter uma norma de opinião que não vá colidir com a ética profissional, deformando-a ou enodoando-a, tantos são os impulsos sedutores que nos empurram para caminhos tortuosos, cheios de embuscadas traiçoeiras. Os ventos do desvairo sopram rijos e as paixões crepitam numa lareira tão vasta e tão desprotegida, que é preciso, de facto, ter-se uma formação doutrinária muito bem estruturada, para nos furtarmos ao delírio de inovações que são fundamentalmente perniciosas.

Para quem da profissão médica não eliminou ainda o idealismo, qualquer fuga ou desvio da ética, causa profundo desgosto e um certo desalento. Este, porém, em mim, não é senão transitório, porque logo sinto a reacção e o insentivo para abordar os problemas, delimitando-os nas justas fronteiras rigorosamente estabelecidos pela ética profissional que, automaticamente, denunciam as fugas impensadas a que certos entusiasmos dão origem.

Se os vendavais da época têm vergastado duramente a classe médica, pondo-a à mercê dos políticos e sociólogos, dos aventureiros e arranjistas — para que havemos de expandir desejos de inovações mal pensadas e insuficientemente ponderadas, que, afinal, só servem para mais complicar os nossos problemas, nada contribuindo para os resolver?

Na hora que passa — mais que no passado — a ponderação, o senso e a dignidade, é uma triade que se impõe para a defesa da nossa ética, que de forma alguma se opõe à marcha do progresso, antes pelo contrário, alimenta e conserva sempre viva a ansia de melhor produzir e melhor fazer a bem dos que penam.

Quanto mais analiso a ética hipocrática, maior grandiosidade lhe encontro, maior beleza vejo dela irradiar, numa dignificação que nos aparta de todas as outras classes, situando os médicos num plano inconfundível e invejável. Daí não sermos muitas vezes compreendidos e sermos frequentes vezes maltratados.

DUAS ÉPOCAS

Vêm estas considerações a propósito de um assunto que frequentes vezes constitui tema para conversas entre médicos e que nestes últimos tempos tem sido varrejado com uma certa insistência.

Há pouco ainda passando ali pelo «*Aviz*», fui chamado por um grupo de amigos que discutiam acaloradamente os meios de que dispomos para transfusões de sangue, insurgindo-se contra o *sangue*

comprado e contra a falta de uma regulamentação que venha «nacionalizar» estes serviços, tornando-os baratos e acessíveis.

Não me espantei com as teorias defendidas; hoje trata-se qualquer problema com ligeireza e superficialidade e daí todos se encontrarem aptos a resolver o que aos *técnicos* causa apreensões e suscita dúvidas.

Naquela tarde também eu fui arrastado para um campo ericado de escolhos e da troca de impressões que houve nuns breves minutos, resultou a minha decisão de *meter o bedelho* no problema do sangue, trazendo-o para esta secção, com a sinceridade com que costume abordar os problemas que verso.

O sangue é cada vez mais empregado e cada vez mais necessário, razões que agravam a dificuldade sempre crescente de o obter naquela quantidade que a vulgarização da prática impõe.

Mas ao meditar em certos comentários que ouvi recordei dois factos da minha clínica — um do passado e outro do presente — que marcam duas épocas, ambas dignas de uma nota de gratidão inapagável.

Há bastantes anos fui chamado durante a noite para casa de um colega, o Dr. A. de A., a quem surgira uma grande hemorragia duodenal. Estava o doente em grande perigo e logo providenciei no sentido de lhe fazer uma transfusão de sangue; enquanto por minha indicação alguém reclamava para a Polícia de Segurança Pública um dador, eu vim ao consultório buscar o material necessário. Da Polícia, dada a forma aflictiva como se reclamava o dador, indicaram o guarda de giro da área da rua da Constituição, onde vivia o doente. Foi difícil encontrá-lo, porque a noite estava tempestuosa e o guarda ia fazendo o serviço abrigando-se o mais possível. Encontrado, procedi à transfusão, já com o doente em coma. Salvou-se uma vida e hoje posso afirmar que o Dr. A. de A., se está presentemente a exercer a profissão em África, deve-o aos serviços de transfusão de sangue que nessa época eram mantidos pela Polícia de Segurança Pública e que foram organizados pelos Drs. José Aroso e António Fânzeres.

Transportemo-nos agora ao presente. Há meses, também de madrugada, fui chamado para casa do meu colega Dr. M. de C., em Gaia. Encontrei-o com uma hemorragia duodenal, em estado gravíssimo. Reclamada a colaboração de um dos médicos que na cidade do Porto têm organizados os serviços de transfusões, aquele nosso colega estava a receber sangue cerca de meia hora depois daquele pedido ser feito. A presteza com que neste caso e muitos outros da minha clínica, se está a actuar em matéria de transfusões, só merece reconhecimento e lou-

vores, situando a medicina portuense num plano de muito destaque.

Estes dois exemplos marcam duas fases distintas na história das transfusões de sangue e demonstram que na cidade do Porto a iniciativa de vários médicos — ontem e hoje — soube organizar e manter serviços de transfusões que permitem que se actue rapidamente sempre que é preciso e num tempo mínimo que não será fácil ser menor em qualquer outra parte.

A grande supremacia que se tem que se reconhecer nos serviços de transfusões de sangue na cidade do Porto, resulta, precisamente, desses serviços não estarem concentrados ou burocratizados, antes pelo contrário, serem mantidos por vários médicos em regime livre.

O exame da situação actual serve para realçar o valor da ética que seguimos e acalentamos com entusiasmo e devoção.

ANTEVISÃO DE UM SERVIÇO NACIONAL

Já ouvi falar no projecto de uma organização dos serviços do sangue num movimento nacional adstricto à Direcção Geral de Saúde.

Considero uma utopia e uma fantasia um tal projecto e bem mal servidos ficaríamos se enveredássemos por tal caminho.

A necessidade cada vez mais premente de termos ao nosso dispor grandes quantidades de sangue, não justifica os propósitos de se fazer a sua *nacionalização ou socialização*. O Estado servir-nos-ia muito pior e seria tão grande o *estado maior* que se criaria à sombra da organização, que a *burocratização do sangue* redundaria numa carestia do produto, tornando baldados os esforços visionários dos que teoricamente encaram o problema sem o conhecerem e sem o sentirem com o senso prático dos *técnicos* e dos que mourejam na clínica.

Mas já que o assunto constitui motivo de conversas, atendem, quantos lhe dispensam alguns movimentos, em exemplos dos nossos dias, bem lamentáveis e de resultados catastróficos.

Se viéssemos a fazer a *nacionalização do sangue* teríamos uma organização tão diferenciada, com tantos funcionários, competentes e incompetentes, dedicados ao serviço ou apenas dispostos a receber os vencimentos no fim do mês, que depressa se poderia colocar nessa organização uma tabuleta com o pomposo título — ALBERGUE NACIONAL DO SANGUE.

E não faltaria — podem crer — quem *condescendesse* em receber mensalmente os seus vencimentos, mesmo sem nada fazer. Difícil seria então — não duvidem

— obter sangue e consegui-lo com rapidez.

NACIONALIZAÇÃO DO SANGUE — PARA QUÊ?

Os mesmos argumentos que se apresentem para se defender a *nacionalização do sangue*, podem aduzir-se para a radiologia, para os laboratórios de análises, para os serviços das várias especialidades, para a cirurgia e até para a policlínica.

Esses argumentos aplicar-se-iam aos medicamentos e afectariam as organizações industriais e comerciais que se dedicam à sua preparação e à sua venda.

Teriam ainda cabimento a respeito de todo o material que usamos nos consultórios e nos hospitais.

Se o principal argumento é a necessidade de embaratecer o produto e se apenas pela sua *socialização* se sabe procurar remediar o inconveniente, então atente-se na fragilidade do recurso e repare-se ainda que ele constituiria um desvio da ética que adoptamos.

A *nacionalização do sangue* seria a maneira de estabelecer entre nós uma nova ilhota socialista. Essa é uma das razões porque me interessa fazer estes considerandos. A experiência da *socialização da Medicina* — sob a capa de *Medicina organizada* — já produziu tantos e tão grandes malefícios entre nós, que a simples hipótese de uma *socialização do sangue à custa* de um serviço estadual, apavora, pela desorganização a que daria lugar e pelo rosário de problemas que originaria.

À Direcção Geral de Saúde estão já adstrictas múltiplas obrigações; não a sobrecarreguemos com mais uma — a do sangue — que seria fardo bem pesado.

Que o Estado não venha estropiar o que o esforço, o senso e o saber de alguns conseguiu organizar de forma a bem servir os doentes. Fartos estamos nós de experiências; poupem-nos a mais uma desilusão e a mais um desvio da nossa ética, que outra coisa não resultaria se nos aventurássemos a *espartilhar* o sangue numa organização estadual, com uma pomposa regulamentação e um imponente quadro de funcionários.

A OBRIGATORIEDADE E A VOLUNTARIEDADE NO PROBLEMA DOS DADORES

Os comentários que ouvi e as soluções propostas, gravitam à volta do custo do sangue. Diz-se que o sangue não deve ser pago. Daqui resulta que só se poderá obtê-lo tornando obrigatória a sua cedência ou esperando que ele seja oferecido.

Analisemos as duas hipóteses, embora apressadamente.

Os portugueses são avessos e contrários a tudo que lhes seja imposto.

Se legislásemos no sentido de tornar obrigatório o fornecimento do sangue, a nossa característica frase «*não há direito*» seria gritada em uníssono, sem uma única nota discordante. Se caminhássemos neste

sentido, seria necessário instituir uma polícia especial e numerosa — mas mesmo assim não evitaríamos os milhentos subterfúgios que se inventariam para se fugir à sangria. Como resultado certo teríamos a falta de sangue.

Mas se contássemos com o entusiasmo que se despertaria com uma campanha bem orientada no sentido do fornecimento voluntário do sangue, tê-lo-íamos com abundância nos primeiros tempos, para breve arrefecer esse ardor e começar a sentir-se assustadoramente à sua falta.

Presentemente não há maneira de manter o mercado abastecido senão pelo processo que os nossos *técnicos* têm adoptado: pagando o sangue e procurando aumentar o número de dadores.

Tudo quanto se diga em contrário são fantasias que bem longe estão das ásperas realidades.

Isto não obsta a que se vá estudando o problema de modo a acompanhar a evolução da Medicina, partindo desta verdade incontestada: cada vez é preciso mais sangue. Mas procure-se acompanhar aquela evolução sem desvios da ética e sem nos deixarmos absorver por uma organização oficial.

Ao Estado compete apenas disciplinar as actividades e não se pode negar que a sua intervenção dentro destes limites, pode convir, e no caso do sangue, talvez já se imponha.

SOLUÇÃO IDEAL

No momento presente o panorama que se divisa é aquele que até agora descrevi.

Impõe-se trabalhar dentro das realidades e só uma educação feita através de uma propaganda bem organizada, bem orientada e muito persistente poderá amenizar as duas imposições que a evolução da Medicina tende a tornar mais prementes: *cada vez é preciso mais sangue e torna-se necessário que este seja cada vez mais barato.*

Ainda levará muito tempo a criar no espírito de todos, ou pelo menos de uma maioria, o conceito do dever da cedência do seu sangue.

Mas uma educação trabalhada neste sentido não se realizará com medidas governamentais rígidas e frias. Uma obra destas pede uma alma ardente, dedicada e entusiasta, que se devote ao labor de uma propaganda cujos resultados serão demorados, mas chegarão a sentir-se. Com a aridez de regulamentos — é que nada se conseguirá.

A cruzada do sangue seria mais fácil se a mulher portuguesa se interessasse por ela e se algumas se agremiassem num núcleo social que trabalhasse no sentido de propagandear a imperiosa necessidade de haver mais dadores voluntários. Um «*Serviço Social*» montado com este fim junto do «*Banco de Sangue*» que funciona presentemente no *Hospital Geral de Santo António*, modificaria o problema do sangue e seria de resultados palpáveis na cidade do Porto e no Norte.

O trabalho de convencimento e de educação levaria tempo, mas se fosse feito com o entusiasmo que a nossa mulher sabe imprimir às cruzadas a que se dedica, modificaria o meio, arrancando-o da atmosfera egoísta em que se vive e prepararia o futuro, que seria mais desanuviado.

Só então acabaria o *mercado do sangue*, mas até isso se conseguir, muito se terá que trabalhar, num esforço de educação individual, que, por extensão, chegue a ser uma campanha de educação colectiva, metódica e insistente.

PALAVRAS DE HOMENAGEM E RECONHECIMENTO

Ponhamos de parte os pequeninos ódios que nascem espontaneamente na vida agitada de hoje, as paixõesinhas e as antipatias que florescem e ensombram a boa visão de muitos, que nem por isso deixam de ser bem intencionados.

Sejamos francos e reconhecidos e não escondamos a homenagem que nos merecem aqueles que no passado organizaram o serviço de transfusões na Polícia de Segurança Pública do Porto, que durante tantos anos se manteve com uma regularidade que não pode ser esquecida e que, para a época, não pode deixar de se reconhecer que foi modelar.

Prestemos também reconhecido agradecimento aos médicos de hoje, àqueles que nesta cidade se dedicam às transfusões de sangue, as quais se fazem em tão larga escala, que dificilmente poderemos analisar quantos trabalhos e cansaças eles têm, permanentemente, para cada vez obterem mais sangue, de modo a servirem as nossas constantes e crescentes requisições.

O trabalho de busca de dadores, mesmo apontando uma retribuição, não dispensa muito esforço de convencimento, que é cada vez mais penoso e cada vez mais difícil.

Este labor, associado à permanente vigilância clínica e laboratorial a que esses dadores têm que estar sujeitos, dá-nos o panorama do intenso trabalho a que os nossos *técnicos* estão sujeitos e em que os clínicos nem sempre pensam.

É esse o motivo porque me não abalanço a propor medidas que facilitem o seu trabalho; são eles — os que arduosamente labutam para nos servir e bem servir os doentes — os únicos capazes de saberem o que se torna necessário e urgente executar, afim de lhes facilitar a dura tarefa de obterem cada vez maiores quantidades de sangue.

Ao abordar o problema do sangue eu quis principalmente averbar à margem de todos os comentários que se façam, o reconhecimento e a gratidão de quem à clínica se dedica e de quem na vida profissional tem encontrado motivos para bendizer e louvar o trabalho dos nossos *especializados em transfusões de sangue.*

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: Sóluto de Aleudrin a 1 0/0, 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.



CRÓNICA DE GOA

Escola Médica de Goa e Serviços de Saúde

*Ao Prof. Froilano de Melo,
Homenagem de respeito
e de gratidão.*

O Dr. Almerindo Lessa deixa em Goa um monumento que há-de cantar sempre a sua glória na Índia Portuguesa. É o Banco de Sangue, cuja falta se fazia sentir desde há muito e cujos benefícios vão sentir-se a todo o instante. Era triste verificar que na Índia Portuguesa morria gente por falta de sangue que pudesse ser utilizado para transfusões sanguíneas de emergência. Não fazia sentido que Goa, que procura acompanhar o progresso moderno no campo económico, industrial, comercial, não procurasse também o seu progresso no campo médico. O Banco de Sangue é um grande serviço a mais que Portugal prestou a Goa e — feliz coincidência — ele foi inaugurado em Maio de 1952 por Sua Ex.^a o Ministro do Ultramar, Comandante Sarmiento Rodrigues, que então se encontrava em Goa, de sua visita ministerial. Falta, porém, ainda mais um serviço de igual importância: é a máquina do fornecimento de Oxigénio, devido à falta do qual também morre em Goa muita gente. Nós próprio perdemos um membro de família querido, que talvez ainda hoje vivesse se houvesse em Goa ao tempo — à distância de dois anos apenas — os serviços de Oxigenação que são tão simples, mas de importância, porque dá Vida a quem a falta ou parece faltar em um dado momento.

Teremos assim mais ou menos completos os serviços hospitalares e os Serviços de Saúde na Índia Portuguesa. O aperfeiçoamento deles dependerá certamente de quem está a dirigir esses serviços que, felizmente, são pessoas de reconhecida competência e, como tal, nos merecem a maior consideração.

O governo do Dr. José Bossa na Índia foi muito curto. O Dr. José Bossa foi um grande governador e o seu espírito era genial e clarividente. É forçoso reconhecer esta verdade, evidenciada pelo Decreto n.º 35.610, de 24-IV-1946 e pelo Diploma Legislativo n.º 1.200, de 7-VIII-1947, obras gigantescas de sua autoria, aquela remodelando e actualizando o ensino técnico médico e farmacêutico da Escola Médica de Goa nas mesmas bases das Universidades de Portugal e esta criando a Provedoria de Assistência Pública. É uma legislação fecunda e produtiva, de carácter médico-social, e que immortaliza o nome do seu grande autor, Dr. José Bossa. É claro que o Dr. José Bossa, além da legislação de carácter médico-social, deixa também mais legislação de igual importância e valor, de carácter industrial, comercial e económico, que nos não cabe apreciar neste lugar.

Como grande legislador, o Dr. José Bossa vizou apenas o progresso do Estado da Índia. E a expressão máxima deste progresso verificamos hoje — qua-

tro anos volvidos — nos benefícios ilimitados que a Provedoria de Assistência Pública, o monumento que ele criou e edificou na Índia em tão breve espaço de tempo da sua governação, tem vindo espalhando desde a sua criação.

A governação do Dr. José Bossa foi um relâmpago no Estado da Índia. Foi como uma estrela cadente. Mas brilhou, sonhou e immortalizou-se para sempre. E é, por isso, que lhe chamamos, com razão e com justiça, grande Governador.

O Decreto n.º 35.610, de 24-IV-1946, veio remodelar, reorganizar, aperfeiçoar e actualizar a Escola Médica de Goa. Era preciso que tal se fizesse porque esta necessidade era premente e inadiável.

Assim, os Serviços de Saúde ficaram separados e independentes dos Serviços da Escola Médica de Goa, que antes disto se encontravam fundidos. Nada mais natural. E com a separação e a independência, a Escola Médica de Goa sofreu imenso ao tempo, pois que os dois grandes Mestres, o Prof. Froilano de Melo e o saudoso Dr. Vítor Dias passaram a trabalhar nos Serviços de Saúde. Froilano de Melo e Vítor Dias são efectivamente dois grandes mestres, homens de grande e invulgar talento, de quem nos lembramos com imensas saudades de aluno. As suas lições magistrais tinham qualquer coisa de elevado e de elegante, de espiritual e de doce. Muito embora o assunto fosse árido, a Patologia Exótica por exemplo, eles sabiam suavizá-lo admiravelmente. Eram gigantes em medicina.

Também recordamos com saudades as lições de Clínica Médica do Prof. Pacheco de Figueiredo e as lições de Fisiologia e Higiene e de Climatologia do Prof. Germano Correia, homem de grande valor, uma enciclopédia viva autêntica. Mais recordações da Escola Médica de Goa por onde nós passamos não nos ficam nenhuma porque o restante não nos interessava nem tão pouco nos impressionava. Era vulgar. Era insuficiente no Corpo Docente!

Vem este introito, onde se matam algumas saudades de estudante da Escola Médica de Goa, a propósito da grata transmissão do dia 26 de Junho último findo, que a «Lusitânia» nos traz. Não nos admirou a transmissão. Para falarmos a sério, nós próprio estavamos de atalaia a ver o que vinha, aguardando o desenrolar dos acontecimentos.

A Escola Médica de Goa tem de viver e deve viver. Mas viver dignamente, como deve, conforme as exigências dos modernos tempos — mais ou menos assim escrevia o saudosíssimo Dr. Wolfango da Silva. E nós próprio temos sufragado a existência e a continuação da Escola Médica de Goa, o monumento imortadouro da Civilização Portuguesa na Índia, honrando a nós e a Portugal, erigido há mais de um século, com serviços

relevantes prestados a nós e à Mãe Pátria. Havemos de acabar a última gota de tinta se porventura algum desagradecido pretender em ferir a nossa dama secular — a nossa *Alma Mater* —. Porque ela tem de ser eterna. Visto como ela é inviolável, intangível, imprescritível, inalienável. Desde há mais de um século é uma Vida que tem dado muitas vidas, feito pulsar corações e respirar pulmões! Tem, pois, assim, personalidade própria. Tem deveres e tem direitos.

É do seguinte teor a notícia transmitida pela rádio da «Lusitânia»: «Lisboa, 26 de Junho — Durante a reunião da Sociedade das Ciências Médicas em Lisboa, o Dr. Alberto MacBride apresentou uma monção a propósito de uma comunicação feita pelo Dr. Almerindo Lessa sobre a situação precária em que se encontram os serviços médicos no Estado da Índia, pelo que a Sociedade das Ciências Médicas «resolve em obediência à sua secular tradição promover o estudo das medidas indispensáveis para uma conveniente instalação dos serviços hospitalares e espera uma reforma do ensino médico com o propósito de, na representação que apresentar ao Governo, poder contribuir, desta forma, para conseguir manter o prestígio de um centro que tantos serviços tem prestado à assistência médica local e tanto tem honrado a cultura portuguesa no Oriente». O Conselho Científico da Sociedade vai proceder ao estudo da reorganização dos serviços médicos do Estado da Índia na certeza de que a reconhecida competência dos membros do mais alto corpo consultivo da Sociedade muito contribuirá para a resolução de um problema de tão primordial importância para a assistência médica e para a cultura nacional. A monção e a proposta foram aprovadas por unanimidade».

Este pedaço de prosa retrata bem o carinho que Portugal dispensa à nossa Escola Médica de Goa. Retrata, de outro lado, a insatisfação do Dr. Almerindo Lessa ao ver a nossa Escola Médica de Goa. E é justo porque o Dr. Almerindo Lessa tem visitado os mais avançados centros de medicina no mundo: a América e a Europa, sobretudo e pertence à grande Escola Portuguesa de «O Médico», vigorosa expressão da medicina em Portugal.

Incontestavelmente, é grata a notícia. Mais uma vez, a Escola Médica de Goa vai ser reorganizada depois de 5 anos sobre a sua última reorganização.

Vamos ter uma Escola Médica à moderna. O próprio Dr. Almerindo Lessa tem de vir a Goa novamente para proceder à reorganização da Escola Médica *in loco et de visu* porque é uma individualidade de reconhecida competência e autoridade não só em Portugal mas também em outros países do mundo.

Mas de nada servirão todas as reor-

ganizações da Escola Médica de Goa, se se não reorganizar igual e paralelamente o seu corpo docente na escolha do qual deve ser posto o maior rigor e escrupulo. Evidentemente, está também nas condições de proceder à escolha do corpo docente da Escola Médica de Goa o Dr. Almerindo Lessa, cuja formosura moral e idoneidade são de admirar.

Entre tantos lentes — mais de 12 certamente se não estamos em erro — que constituíam o corpo docente da Escola Médica de Goa, apenas quatro nos impressionavam: Froilano de Melo, o saudosíssimo Vítor Dias, Germano Correia e Pacheco de Figueiredo. Somos inteiramente imparciais na nossa apreciação.

O retrato intelectual de todos os quatro grandes mestres fizemos no nosso 5.º ano de medicina quando demos à luz da publicidade o «Livro dos Quintanistas de Medicina», em 1946, de nossa exclusiva autoria. E, a propósito, cumpre-nos recordar que logo que o Livro foi distribuído, o Prof. Froilano teve a gentileza de nos escrever uma carta na qual nos dirigia palavras de apreço e de cativante apreciação pelo livro. Belos tempos são esses de doces e inesquecíveis recordações que passaram e não voltam mais!

Mas, ao lado de recordações gratas e alegres que nos ficam destes quatro mestres, também nos vêm à memória recordações ingratas e tristes.

São gratas e gratíssimas as saudades que em nós deixam o Prof. Froilano, o gigante, o sábio, o génio, ensinando-nos de uma forma admirável e advertindo-nos com paternal carinho; o saudosíssimo Prof. Vítor Dias, cujas lições eram, de facto, agradabilíssimas e magistrais; o Prof. Germano Correia, uma enciclopédia viva e um cérebro prodigioso e o Prof. Pacheco de Figueiredo, o mestre consciencioso que ensinava e exigia.

De outro lado, era tanta a barbaridade anticientífica ou pseudo-científica que ouvíamos aos Professores e Lentes da Escola Médica de Goa que nós próprio chegávamos a corrigir e a emendar com o livro aberto na mão! Era assim no nosso tempo de aluno da Escola Médica de Goa. Não exageramos. São verdades que confirmarão os nossos condiscípulos. É autêntico. Há 6 anos apenas. Em 1946.

Em 1946 a Escola Médica de Goa foi reorganizada. Mas o elemento docente não foi reorganizado, como era imperioso e continuou o mesmo — *em statu quo*. De Portugal vieram então alguns Mestres apenas que, infelizmente e por má sorte nossa, pouco tempo estiveram entre nós: o Dr. José Baptista de Sousa e... mais um ou dois Mestres somente!

A vergonha dos factos que nos ficam na memória. No nosso tempo de aluno da Escola Médica de Goa era preciso *pedir*. E *pedinchar* num Curso Superior como é o da Escola Médica. Quando tal não fizéssemos ficávamos com nota baixa se não tivéssemos perdido o ano. É a realidade dos factos que registamos aqui com imenso pezar para que se tome em

devida consideração agora que a Escola Médica de Goa vai ser novamente reorganizada nos modernos moldes e bases que o Dr. Almerindo Lessa, o médico *à la moderne*, propõe no seio da prestigiosa Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa. E porque também Portugal procura ver agora mais de perto a nossa Escola Médica de Goa, como é mister e assim o exigem a Ciência e a Medicina modernas.

A Escola Médica de Goa foi reorganizada em 1946, ano em que nós a deixamos, mas não foi reorganizado o seu corpo docente, como era muito natural aliás que se fizesse também.

O ano passado—1951,—5 anos após a reorganização da Escola Médica de Goa, um estudante do 2.º ano de medicina aproximava-se de nós para procurar saber o que era uma cultura *rough* e uma cultura *smooth* que nunca vira fazer na Escola Médica de Goa, *reorganizada 5 anos antes!!!* Mais uma vez lembramos com saudades o Prof. Froilano, que com tanta paixão e interesse nos ensinava no seu «Instituto Pasteur» de Nova-Goa as diversas modalidades de culturas nos tubos de ensaio, nas caixas de Petri, nas retortas, com o seu rigor e escrupulo de Mestre, quando a Escola Médica de Goa não tinha sofrido a mais pequena reorganização. Com que imensas e gratas saudades nos lembramos de tantas memórias originais que o Prof. Froilano, investigador no «Instituto Pasteur» de Nova-Goa, recurvado sobre a objectiva do Microscópio, publicava nas revistas nacionais e estrangeiras e através delas fazia conhecida e prestigiada a Escola Médica de Goa em todo o mundo! E mantinha com vários países, europeus, americanos, indianos, o intercâmbio cultural de Ciência e de Medicina através das revistas! É facto incontestável que a Escola Médica de Goa foi conhecida no Estrangeiro devido ao Prof. Froilano que para toda a parte enviava os seus trabalhos científicos da sua apaixonada investigação, em português, inglês, francês, alemão, espanhol, italiano. Saiu o Prof. Froilano e tudo desapareceu com ele — trabalhos de investigação, incentivo de criar e produzir e a manutenção do intercâmbio cultural médico. E a Escola Médica de Goa foi ingrata para com ele porque ao deixá-la por imposição da lei — o monstruoso limite de idade —, depois de mais de 20 anos de Chefia e de Mestria, nem mesmo teve o nosso Mestre a satisfação de lhe ver feita a si uma demonstração condigna. Era dever da Escola Médica homenageá-lo ao tempo em que o Prof. Froilano deixava a direcção, em 1947, e era do direito do Prof. Froilano ter uma homenagem porque muito fez pela Escola Médica de Goa como ninguém mais fez até hoje e o fará de futuro. Precisamente porque o Prof. Froilano é dotado de qualidades excepcionais. Não só fez muito pela Escola Médica de Goa mas também pelos Serviços de Saúde e pelo País — a nossa Terra Comum estremeçada — onde deixa dois monumentos vivos que hão-de contar sempre a sua glória e do qual o Prof. Froilano representa a expressão máxima — o ex-

poente máximo da intelectualidade indo-portuguesa. Mas... são águas passadas que embora passadas nós recordamos com mágoa como um dever de aluno para com o seu Mestre que hoje se encontra distante no Brasil e que ainda não perdeu de vista os interesses da sua Classe e da sua Terra, e onde está a honrar Goa e a Mãe Pátria e onde continua a sua absorvente paixão de investigador, de bacteriologista, de sábio e tem sempre presente no seu formoso e diamantino coração a nossa querida Terra de Goa e a sua dilecta «Ordem dos Médicos da Índia Portuguesa», por ele fundada em 1911, que o homenageou com um *Porto de Honra* em Abril de 1951, antes de o Mestre partir para o Brasil.

É muito cómodo a quem quer que seja, médico e não médico até, sentar-se na sua cátedra de examinador e arguir o examinando. Estamos a ver a situação de ambos. Aquele vai interrogar e este vai responder. O interrogatório deveria abranger toda a matéria que o examinando procurou estudar durante o ano inteiro por seu esforço pessoal. E a matéria em medicina sobretudo é inesgotável. Mas o examinador não quer fazer um interrogatório geral talvez porque não teve tempo de estudar toda a matéria. Sabe porque estudou ou chegou a ler uma parte apenas desta matéria infinita e lá está ele a *enterrar* o aluno que a alturas tais nem mesmo sabe de que terra é. Esta maneira de proceder pode ser que seja cómoda para o examinador. Mas não é nada elegante nem moral. O resultado estamos a ver. É o ano perdido com dor para os pais do aluno que com tantos sacrifícios o sustentam na Escola Médica. Não nos custa a acreditar que se as situações se trocassem, o resultado seria o mesmo — mesmíssimo. O examinando estaria talvez em perfeitas e até em melhores condições de examinar e interrogar o seu algoz com uma vantagem ainda. Não se limitaria a uma parte de matéria apenas. Passaria revista por toda a matéria para ver até onde iam a ciência e os conhecimentos técnicos de quem se sentou para responder ao exame. Era assim o nosso exame de Patologia Geral e de Patologia Exótica do Prof. Froilano que *varria* toda a matéria, *nunca enterrava* o examinando, mudava sempre a pergunta. Ele sabia interrogar. Ele era um examinador *de verdade*. Fazia gosto assistir ao seu interrogatório inteligente. Era também assim o exame de Drogas do saudosíssimo Dr. Vítor Dias, de Higiene e de Climatologia do Prof. Germano Correia e de Clínica Médica do Prof. Pacheco de Figueiredo. Mas não eram assim os restantes exames que constituíam... a *vergonha* da Escola Médica de Goa.

Não se sentiu desobrigada a «Ordem dos Médicos da Índia Portuguesa» oferecendo o *Porto de Honra* ao seu Mestre, o Prof. Froilano de Melo. Competendo-se do seu dever, elegeu-o seu *Sócio Honorário*.

Preceituum os Estatutos da OMIP, aprovados pelo Governo em Novembro de 1951, no seu art.º 7.º: «Podem ser inscritos sócios honorários personalida-

des médicas que tenham prestado serviços relevantes à Ciência ou à Ordem».

E o Prof. Froilano de Melo é o único que está nestas condições. Bacteriologista apaixonado, perscrutando toda a sua vida os mistérios insondáveis que se desenrolam entre a ocular e a objectiva do Microscópio, leprologista eminente, protozoologista e micologista insigne, inteligência multiforme, poder de assimilação extraordinário, em resumo, um gigante intelectual, sábio e génio, o Prof. Froilano tinha o direito de ser eleito *Sócio Honorário* da OMIP.

É o que o fez a OMIP por unanimidade em 1951.

É o primeiro e único *Sócio Honorário* da OMIP.

No campo científico, o Prof. Froilano tem trabalhos de envergadura e valor festejados em Portugal e no Estrangeiro e que a nós, insignificante e ínfima criatura, não nos é dado apreciar.

No campo médico-social, Froilano de Melo tem dois monumentos vivos na Índia Portuguesa: A «Leprosaria de Macasana» e a «Assistência aos Tuberculosos da Índia Portuguesa».

No campo político, económico, social, patriótico, literário, intelectual, parlamentar, Froilano de Melo tem o seu nome consagrado.

Pela OMIP, o Prof. Froilano fez imenso. É testemunha da nossa asseveração o seu Órgão — o «Boletim Geral de Medicina». E não é para espantar desde que o Prof. Froilano é o Fundador e o Pai estremecido da OMIP e do seu «Boletim», que o acalentou sempre desde 1911 até ao presente com inextinguível carinho e interesse.

A OMIP tem na sua direcção homens dinâmicos: os Drs. Luís dos Santos Álvares, Francisco Correia, António Colaço, que cumpriram um dever sagrado e saldaram uma dívida que estava em aberto, elegendo-o seu *Sócio Honorário*, para com o Prof. Froilano, honra e glória do País e da Mãe Pátria, que hoje no Brasil está a brilhar como astro de primeira grandeza, convidado a trabalhar nas suas pesquisas e investigações de bacteriologista consagrado, pelo gigantesco «Instituto Oswaldo da Cruz». O Diploma de *Sócio Honorário* foi enviado ao nosso Mestre, para o Brasil, pelo correio aéreo. E o Prof. Froilano, imensamente sensibilizado, teve a gentileza de na ocasião escrever ao prestigioso Presidente da «Ordem» uma carta onde se admiram, de satisfação e de tristeza, as suas sublimes e excelsas qualidades de espírito e de coração.

O próximo número do «Boletim Geral de Medicina» vai arquivar tudo quanto nós aqui escrevemos.

No nosso artigo «*Médico de Goa em Bombaim*», publicado em Fevereiro do corrente ano em «O Médico», de Goa, tratando do cancelamento do reconhecimento do nosso diploma na vizinhança de Bombaim, dissemos que o ensino médico técnico ministrado na Escola Médica de Goa em nada ficava inferior ao ministrado na Escola Médica GS ou no Grant Medical College de Bombaim. Evidentemente, então não quizemos ser desagradáveis e faltamos à ver-

dade porque víamos com dor fecharem-se-nos ainda as portas da vizinha Índia onde trabalham um sem-número de médicos diplomados pela Escola Médica de Goa, tanto mais que ainda nos é proibido o exercício de clínica livre em todo o Império Colonial Português e, nomeadamente, nas Províncias Ultramarinas, como Angola, Moçambique, ficando-nos apenas a exígua territorial extensão do Estado da Índia onde existem médicos em abundância que muito pouco chegam a fazer; mas agora que se põe o dedo na chaga no seio da prestigiosa Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, pela voz autorizada do Dr. Almerindo Lessa, digamos a verdade: a prática e o ensino técnico médico em Goa são deficientes, deficientíssimos, não haja a menor dúvida, mas o estudante da Escola Médica de Goa é suficientemente inteligente para estudar por si a medicina. Era o autodidatismo que corrigia muita vez tanta barbaridade da Escola Médica de Goa quando nós eramos estudante. E, de um modo geral, o estudante da Escola Médica de Goa, concluído o seu curso, tem ido para Bombaim, ao Hospital KEM ou ao Hospital JJ, fazer as suas práticas hospitalares por um período de tempo não inferior a 6 meses. É deste aturado esforço pessoal e vontade firme de estudar que lhe vem a Ciência. Nós próprio verificamos isto connosco, pois se alguma coisa sabemos de medicina o devemos ao nosso esforço pessoal e vontade de querer aprender e estudar mais e mais e que fizemos ultimamente no «Remanso» de Mapuçá, do Dr. Francisco Correia, cantado pelo Dr. Almerindo Lessa, que a respeito do qual disse que «era um dos melhores Hospitais particulares em todo o Império Colonial Português» quando o visitou e ficou imensamente encantado com ele, resultado de esforço pessoal de quem é um eterno sonhador, trabalhador e bemfeitor da Humanidade sofredora em Goa — já bem depois de termos deixado a Escola Médica de Goa.

A Escola Médica de Goa precisa com a maior urgência de um anatomo-patologista, de um fisiologista, de um bacteriologista e de um radiologista *de verdade*, sabedores e conscientes do seu metier, *que sejam mandados de Portugal para Goa*. E só então ela verá o seu real progresso e felicidade.

A Classe Médica de Goa ansia pela introdução entre nós de «Cursos de Aperfeiçoamento e de Actualização» em medicina, à semelhança de Portugal.

Esta iniciativa deve partir da OMIP ou então da Escola Médica de Goa.

Escusado se torna encarecer as vantagens destes «Cursos» que reclamamos que se iniciem o mais depressa possível em Goa. As vantagens são, evidentemente, para a Escola Médica de Goa, para os Estudantes de Medicina, para a inteira Classe Médica do País e para o geral da população doente da Índia Portuguesa. Mais se torna imperioso estabelecer-se o intercâmbio cultural de ciência e de medicina através de revistas com países nacionais e estrangeiros, incitando pesquisas e investigações em Goa. É grato registar que este aspecto da questão a dinâmica OMIP tomou já

sobre si com a publicação do seu Órgão — o «Boletim Geral de Medicina» e com permanentes sessões que realiza na Capital e nas suas Secções de Salcete e de Bardez. De tudo isto resultará ainda a instalação na sede da OMIP, em Nova-Goa, de uma «Biblioteca Médica» onde os nossos médicos possam beber e haurir a largos haustos os conhecimentos profissionais da medicina nacional e estrangeira, porque para lá virão revistas e livros de Portugal e de fora. A OMIP está, por isso, de parabéns, porque vem de realizar um dos nossos melhores anseios.

A melhor forma que nos parece acertada de vermos devidamente realizados todos os nossos sonhos e as nossas legítimas aspirações de um médico novo que é um eterno estudante — é a nossa Mãe-Pátria mandar para Goa em comissão de serviço de pelo menos 3 anos ou por sistema de *roulement* personalidades médicas e mestres consagrados do feitio dos Drs. João Porto, Diogo Furtado, Mário Cardia, Almerindo Lessa, Cerqueira Gomes, como Lentes da Escola Médica de Goa e levar para Portugal os actuais Lentes da Escola Médica de Goa, que para lá irão aperfeiçoar e actualizar os seus conhecimentos técnicos médicos.

Nós lemos com avidez as revistas médicas nacionais como «O Médico» e o «Portugal Médico», com as quais estamos em permanente contacto porque nelas estudamos e aprendemos muito. Por elas verificamos que aqueles nomes e mais outros constituem a expressão máxima de Medicina em Portugal, ao presente, com intercâmbio cultural incessante, Jornadas Médicas, Cursos de Aperfeiçoamento e de Actualização brilhantes, conferências, trabalhos originais de investigação, enfim, o verdadeiro progresso em medicina, como fazem hoje todos os países que querem avançar e progredir em ciência e em medicina. Ao mesmo tempo, como o Dr. Almerindo Lessa propoz à Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, devem vir de Portugal para Goa dois lentes de medicina tropical também em comissão de serviço que nos habilitem a exercer clínica se é que habilitados até agora não estamos, vivendo para mais nos Trópicos, em todo o Ultramar Português.

Fique bem assente. E evitem-se confusões e más interpretações.

Com tudo o que escrevemos — e defendemos uma doutrina — não vizamos senão o aperfeiçoamento da cultura da Classe Médica de Goa, à qual temos a honra de pertencer, o progresso e a prosperidade da nossa sempre bendita Escola Médica de Goa que é digna de melhor sorte e a felicidade deste nobre Estado da Índia e da sua população que quando doente terá a fortuna de ser tratada por médicos presentes e futuros enquanto doenças no mundo houver, melhormente treinados e habilitados. Evidentemente.

À subida consideração dos competentes.

Mapuçá, Bardez, Goa, Índia Portuguesa, Julho de 1952.

VENTURA PEREIRA

Fenicolírio

COLÍRIO DE CLORANFENICOL

SIMPLES

4:1.000

FORTE

8:1.000

Com largo espectro de acção para o tratamento
das afecções oculares



Feridas oculares • Hordéolos • Blefarites • Conjuntivites
Dacriocistites • Queratites • Ulceras da córnea
Oftalmia neonatorum • Oftalmias gonocócicas
Tracoma • Cirurgia ocular.

Laboratório Saúde, L.^{da}

Rua de Santo António à Estrêla, 44

LISBOA

Na Faculdade de Medicina do Porto foi prestada homenagem ao Prof. J. A. Pires de Lima

Poucos dias passaram sobre o primeiro aniversário da morte do Prof. Pires de Lima. Joaquim Alberto Pires de Lima tem desde há pouco o seu nome gravado na bandeira da porta do Instituto de Anatomia que durante tantos anos dirigiu, acarinhou e viveu.

Homenagem devida a quem tanto lhe deu! Cientista na mais perfeita latitude do termo: no propósito do seu trabalho, na constância do seu labor, na ignorância ou abandono de outros fins, de outros propósitos, no esquecimento dos leigos, no silêncio do laboratório, à distância do mundo. Na reflexão, no estudo, ensinou gerações de médicos, fez discípulos, encheu cátedras.

Espelho de virtudes: era bom, humilde e sábio. Prudente e firme, alegre e generoso. Confiado ao extremo de aos novos confiar a sua saúde.

O que poderia dele dizer o redactor que os outros ignorassem?

Que difícil seria o lembrar todas as espécies da sua personalidade?

Pensamos que uma frase curta poderia ser aqui, como muitas vezes, a expressão do muito ou do grande: O Prof. J. A. Pires de Lima foi e é para quantos o conheceram indiscutível exemplo de virtudes.

As cerimónias realizadas no passado dia 12 de Dezembro, na Faculdade de Medicina do Porto que o Prof. Pires de Lima serviu em quase cinquenta anos de intenso e verdadeiro apostolado — associaram-se, além dos professores universitários do Porto, o Reitor da Universidade de Coimbra, os chefes das escolas anatómicas de Coimbra e Lisboa e outras individualidades de diversas localidades do nosso País.

A entrada do Instituto de Anatomia, onde o director da Faculdade de Medicina, Prof. Almeida Garrett, pronunciou breves palavras de saudação a quantos vieram, de perto ou de longe, para assistirem ao acto, foi descerrada, pelo filho do homenageado Dr. Fernando de Castro Pires de Lima, uma lápide que dá, àquele departamento universitário, o nome do eminente anatómico.

Seguiu-se uma sessão solene, no salão nobre da Faculdade, presidida pelo Reitor Dr. Amândio Tavares, que tinha, a ladeá-lo, os Prof. Maximino Correia, Reitor da Universidade de Coimbra; Prof. Henrique de Vilhena e Prof. Vitor Fontes; Eng. Manuel Correia de Barros, director da Faculdade de Engenharia; Prof. Novais de Sousa, Director da Faculdade de Medicina de Coimbra; Prof. Hermenegildo Queirós, Director da Faculdade de Ciências; Prof. Hernâni Monteiro, Director do Instituto de Anatomia; Prof. Almeida Garrett, Director da Faculdade de Medicina e Prof. Aníbal de Albuquerque, Director da Faculdade de Farmácia.

Depois do «Hino Nacional» cantado pelo Orfeão Universitário do Porto, usou da palavra o reitor da Universidade do Porto Prof. Amândio Tavares, afirmando que as escolas não se enobrecem nem se impõem apenas pela exibição de pergaminhos que as tornam ciosas da sua jerarquia, mas pelo exemplo e pelo trabalho dos seus mestres e dos seus filhos. Não tem a Faculdade de Medicina do Porto pretensões a pergaminhos de nobreza — sublinhou — mas tem professores como Joaquim Pires de Lima, modelo e exemplo daqueles que, ensinando e investigando dentro das normas científicas modernas, por sua vida de constante trabalho dignificador e ao mesmo tempo por suas qualidades de integro carácter moral, honram a ciência e o magistério superior, e por sua vez hão-de ser guia e modelo a imitar, pelos novos, que terão de assegurar o aperfeiçoamento do ensino e também o valor científico e moral da profissão que abraçaram.

O Prof. Amândio Tavares salientou, mais adiante:

— Nos seus trabalhos de divulgação, Pires de Lima ensina sobre higiene do corpo e da alma, educando sempre, ora quando nos fala de si, da sua sensibilidade e da ternura pelos seus, ora da insatisfação de obreiro infatigável, a confessar-se francamente descontente com o resultado dos esforços de quarenta e tantos anos de labor

aturado, silenciosa e eficaz, «Olhando para a minha obra, acho-a insignificante. O que há de valioso no meu esforço é o ter despertado nos meus amigos e queridos discípulos um amor ao trabalho e um entusiasmo pelas coisas científicas que certamente muito hão-de enaltecer a ciência portuguesa». Não educava menos ao fazer a declaração pública de aberta renúncia às ideias materialistas, que professara durante cerca de vinte anos, e o regresso ao catolicismo que sua santa Mãe lhe «ensinara com o leite do seu peito», ou quando defendia com galhardia, de viva voz ou por escrito, a pureza da língua portuguesa e o amor ao que é nosso.

O orador descreveu, com pormenores, períodos vários, ricos de interesse e dignos de divulgação, do sábio e do educador de bondade inesgotável que foi o Prof. J. A. Pires de Lima, que dava, continuamente, provas do seu amor à escola e aos discípulos, acrescentando:

A lição desta vida exemplar de mestre, de educador, de chefe de família e cidadão pode oferecer-se aos novos que me escutam e nela de certo encontrarão, como nós, poderoso estímulo e conforto, ao procurarem honrar a sua memória com um esforço constante de emulação no cumprimento do dever, com espírito de disciplina e de sacrifício, que deles faça homens dignos da profissão que escolhemos, da escola que os preparou ou prepara e da terra abençoada que os viu nascer. Deste modo, todos ajudaremos a Universidade na alta e difícil missão de formar e educar os seus filhos de acordo com as normas dum sentido humano, na plena acepção da palavra.

AS PALAVRAS DO PROF. VILHENA

O Prof. Henrique de Vilhena, Director da Escola Anatómica de Lisboa, confessou a sua consideração pelo saudoso mestre, cujo nome nunca mais poderá ser esquecido.

No seu discurso, traçou o retrato moral do Prof. J. A. Pires de Lima, «amigo que, trabalhando com devoção, inteligência e disciplina, conquistou posição invulgar como investigador que sempre soube engrandecer a Faculdade e o seu nome».

O Dr. Pires de Lima — disse — enalteceu Portugal entre os países estrangeiros onde se aprecia a sua obra notabilíssima. Fez, depois, larga descrição dos trabalhos do homenageado, citando, também, as obras de sentido literário.

Ao terminar, o orador salientou que o eminente anatomista, estimado e considerado no estrangeiro, era um dos mais distintos de Portugal. A criação do Museu de Anatomia do Porto representa um grande esforço do Dr. Pires de Lima, e atesta a sua energia e o seu amor aos trabalhos anatómicos.

FALA O PROF. MAXIMINO CORREIA

Na qualidade de professor de Anatomia, de presidente da Sociedade Anatómica Portuguesa e de Reitor da Universidade de Coimbra, o Prof. Maximino Correia associou-se à homenagem tributada à memória do insigne Mestre.

— Se era meu dever e meu ofício, conhecer a sua notabilíssima acção científica, tanto na produção, como na criação de uma escola que deve ser a sua maior glória, tive ensejo de apreciar também, os seus dotes de carácter e de coração através de um convívio sempre agradável, e dos seus escritos extra-escolares ou paracientíficos. Fizemos juntos várias viagens pelo estrangeiro e a forma como me acolheu no campo científico, só pode comparar-se à paternal amizade que me dispensou, estando sempre pronto a receber todas as minhas sugestões, às vezes fatigantes, com uma paciência e uma bonomia que recorro com a maior saudade. Se o seu espírito de observação científica era minucioso e claro, a observação dos factos e das atitudes, mereciam-lhe, muitas vezes, os comentários mais espirituosos, mas despidos de malevolência. A sua experiência científica e da vida real, soube aproveitá-la, exprimindo-a sem atavios, mas por isso tornando-a acessível a todos. Os seus escritos médicos e para-médicos, são comunicativos, impregnados pela clareza do seu espírito sem reflexões e o nobre apuramento moral de uma alma sã.

A colectânea de artigos de «O Comércio do Porto» a que pôs o expressivo título «Fóra da Aula», caracterizam do mesmo passo, uma época de descalabros e incertezas e um homem dotado de rara coragem moral em muitas das afirmações estampadas. Exemplar chefe de família, procurava no convívio dos seus o conforto espiritual que acima de tudo apreciava, sentindo-se feliz e orgulhoso dos seus filhos. Por isso quando a desventura o tocou, com uma crueldade que lhe alanciou a alma para todo o sempre, sofreu um rude golpe que pôde anestesiar-se com o tempo, mas que jamais cicatrizou. Mais se radicou no meu espírito a amizade que lhe votava e o respeito que lhe devia. Refugiou-se na ciência e na crença. Religioso sem ostentação, mas com a afirmação da sua fé por forma clara e iniludível, serviu-se desses bens espirituais como lenitivo e bálsamo.

Os últimos períodos do discurso do Reitor da Universidade de Coimbra:

— O Prof. Joaquim Alberto Pires de Lima, honrou, pelo estrénuo trabalho e pelos seus dotes de inteligência e perseverança, a Faculdade e a Universidade a que pertenceu e a ciência nacional; criou uma escola científica de reputação internacional, brilhantemente prolongada pelos seus colaboradores. Foi um homem de carácter e de bem, dotado de qualidades de afabilidade de trato, de bondade natural que o tornavam

A Medicina em S. Bento

Diário das Sessões

«O Médico» arquiva nas suas colunas os discursos referentes a assuntos de medicina proferidos na Assembleia Nacional, assim como pareceres da Câmara Corporativa. Publica-se hoje o relato do notável discurso que fez o Dr. Santos Bessa a propósito da lei dos meios.

O Sr. Santos Bessa: — Sr. Presidente: já algumas vezes, na apreciação da Lei de Meios, tenho subido a esta tribuna para render as minhas homenagens à obra realizada pela Administração no sector da saúde pública e da assistência e para proclamar a necessidade que temos de acelerar o ritmo das obras que lhe dizem respeito e do seu apetrechamento e procedermos convenientemente à coordenação das suas actividades, de modo a conseguirmos uma maior eficiência da sua acção.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Hoje venho de novo para bater quase que os mesmos assuntos.

No resumo elaborado pela Câmara Corporativa sobre as obras feitas nos últimos vinte anos verifica-se que as construções realizadas pelo Ministério das Obras Públicas no domínio da assistência atingem 650.000 contos, estando incluídos neles as construções dos dois grandes Hospitais Escolares de Lisboa e Porto, em via de conclusão, e as outras construções hospitalares que, em cumprimento da lei aqui aprovada, foram realizadas ou estão decorrendo e que totalizam dez construções novas e setenta remodelações de antigos edifícios.

Pelo Ministério do Interior, as verbas gastas com a saúde pública passaram de 7.500 contos em 1938 para cerca de 25.000 em 1948 e 33.700 em 1951 e as da assistência passaram respectivamente de 76.000 para mais de 212.000 e para cerca de 240.000 contos.

Isto representa, sem dúvida, um esforço admirável do Estado Novo para arrancar os assuntos de saúde pública e da assistência daquele deplorável atraso em que, infelizmente para todos nós, se deixaram estagnar durante tão longos anos. Mas, talvez por isto, este esforço não foi acompanhado de resultados imediatos, palpáveis, sensíveis, como era para desejar, traduzidos na profilaxia das doenças, na redução do sofrimento e na das taxas da mortalidade.

Os críticos superficiais, sempre pron-

tos a denegrir a obra da Revolução Nacional, tomam só por estes expoentes das taxas da mortalidade o resultado da nossa acção, confrontando-os com dados correspondentes de outras nações, sem estabelecerem o termo de comparação entre as posições que há vinte anos nós e esses mesmos países possuíamos, sem atender ao atraso em que estávamos na saúde pública e nos demais problemas e ao esforço que temos vindo a fazer em ritmo acelerado para nos aproximarmos deles.

Esses países colhem agora os frutos de uma obra que já vem de longe, dos tempos em que neste cantinho da Europa outros interesses absorviam inteiramente os responsáveis da Administração e se votavam as questões da saúde e da assistência pública a um grande e deplorável desprezo, tão grande e tão deplorável que levou o insuspeito e eminente Ricardo Jorge a dizer, em 1926, que desde 1901 até àquela data os serviços de saúde pública, longe de terem recebido benefícios apreciáveis, tinham sofrido prejuízos sensíveis, razão por que então nos encontrávamos em situação vexatória para o brio nacional.

Podemos afoitamente mostrar o que temos feito em matéria de saúde pública e de assistência nos últimos anos — é obra que nos honra, como tantas outras.

Mas, a despeito do que temos feito, não vencemos ainda o atraso a que deixaram chegar este país e carecemos, por isso, de não esmorecer no entusiasmo nem quebrarmos o ritmo da nossa reabilitação.

Por isso mesmo, ao apresentar-se à Assembleia Nacional nova proposta de Lei de Meios, entendo de meu dever chamar a atenção do Governo para a necessidade de reforçar as verbas que dizem respeito à saúde pública e à assistência, e muito particularmente as que devam destinar-se ao combate à tuberculose e à assistência à mãe e à criança, pois que a morbidade e a mortalidade pela tuberculose e a mortalidade infantil são os dois problemas mais

importantes da saúde pública, os que desgastam mais profundamente a nossa população e que mais a lesam e também os que mais nos comprometem como nação civilizada no confronto internacional.

A tuberculose é entre nós, como em quase todos os países, um verdadeiro flagelo, provocando em cada ano a morte de 4 milhões de pessoas em todo o Mundo. Que eu saiba, só na Dinamarca deixou de ser considerada flagelo, no conceito de Etienne Berard, quando este pequeno e admirável país, em Dezembro de 1950, fez cair a sua taxa de mortalidade pela tuberculose a 13 por 100.000 habitantes e a menos de 2 por cento da taxa da mortalidade geral.

Nós estamos muito longe disso, visto que a nossa taxa de mortalidade pela tuberculose ainda está em 140 por 100.000 habitantes e anda, desde 1926 para cá, entre 10 a 12 por cento da mortalidade geral.

São mais de 15.000 os portugueses que todos os anos pagam com a morte o seu tributo a esta doença. Este desgaste corresponde a um desfalque anual de mais de 800 mil contos do mais valioso e produtivo dos capitais — o trabalho humano.

Mas não é só a mortalidade pela tuberculose que nos interessa: é também a extensão da doença, o número de indivíduos atingidos por ela. Em vários países tem sido estabelecida a relação existente entre o número de mortes por tuberculose e o número de indivíduos atingidos pela doença.

Essa relação varia entre 4 e 15 doentes de tuberculose activa por cada um que morre de tuberculose. Considerando para o nosso país a média de 9, temos de contar, entre nós, com 135 mil tuberculosos, doentes a que temos de assistir, uma grande parte dos quais deve ser isolada porque é contagiante, que na sua maioria são atingidos no período de maior rendimento económico do seu trabalho e que perturbam séria e profundamente o agregado familiar de que fazem parte.

A tuberculose é, de facto, entre nós,

Na Faculdade de Medicina do Porto foi prestada homenagem ao Prof. J. A. Pires de Lima

estimado e venerado por todos os que com ele conviviam. Foi o amigo leal e bom, sábio e paternal para quantos dele se abeiravam. A sua Faculdade tributa-lhe uma honra que se de todo o ponto é merecida, nem por isso deixa de ser uma insigne homenagem, para raros apenas. Pelo que represento e por mim, aqui venho, movido pelo impulso da razão que me fez admirar o sábio, e o calor do coração que me fez venerar o amigo.

O DISCURSO DO PROF. VÍTOR FONTES

— Eu quero apenas — começou o Prof. Vítor Fontes — e para mim é muitíssimo, trazer da minha Faculdade que me concedeu a honra de aqui a representar, do Instituto de Anatomia de Lisboa e de mim próprio, o preito duma sentida homenagem à memória do que foi professor ilustre desta casa, cujo Instituto Anatómico passa a ter o seu nome.

O orador evocou a participação do Prof. J. A. Pires de Lima nas últimas reuniões das Sociedades de Anatomia e as suas intervenções nos congressos luso-espanhóis, afirmando depois:

— Costumei-me a admirar o Prof. Pires de Lima desde 1917. Desde essa data, as

relações entre os Institutos do Porto e de Lisboa intensificaram-se, e chegaram ao ponto que tão explicitamente o fez notar o Prof. Henrique de Vilhena.

E terminou:

— E o apreço por este conjunto de circunstâncias que hoje aqui nos reúne em homenagem ao ilustre trabalhador da ciência portuguesa, e que me levou a pronunciar estas breves mas sentidas palavras evocativas da sua vida e da sua obra.

O QUE DISSE O PROF. HERNANI MONTEIRO

O actual director do Instituto de Anatomia do Porto, Prof. Hernani Monteiro, que começou a trabalhar, como assistente, em 1915, com o Prof. J. A. Pires de Lima, usou a seguir da palavra.

O discurso do Prof. Hernani Monteiro foi a descrição pormenorizada da acção invulgar do homenageado, com horas de alegria e de desalento que um heroísmo muito pessoal conseguia vencer. Esse heroísmo teve-o o Prof. Pires de Lima, que, afastando-se, por completo, do exercício da clínica e querendo seguir o exemplo daqueles que

lidavam, nos grandes centros da ciência europeia, dedicou inteiramente a sua vida à Faculdade, onde passava os dias, repartindo as horas pelo Instituto de Anatomia, sua paixão preponderante, e pela Biblioteca, de que foi, durante quatro dezenas de anos director desvelado. Amava os livros, como humanista que era, e a história da Medicina portuguesa, da qual foi, à semelhança de alguns outros lentes da velha escola, muito distinto cultor.

Ao terminar a evocação e os comentários elogiosos ao «Curriculum vitae» do Prof. J. A. Pires de Lima, o Prof. Hernani Monteiro acentuou:

— Nesta hora de consagração, não quis falar do falecido professor de olhos postos no passado, numa evocação melancólica. Quis, pelo contrário, provar que a sua lição é ainda actual e oportuna, com a projecção no futuro. Oxalá, o Instituto de Anatomia do Porto, pela eficiência do seu ensino e seriedade do seu trabalho dignifique sempre o nome do professor Joaquim Alberto Pires de Lima.

O Orfeão Universitário, sob a regência do «maestro» Afonso Valentim, fez-se ouvir nos intervalos dos discursos, sendo os seus componentes calorosamente ovacionados.

um grave e delicado flagelo, o nosso problema sanitário n.º 1.

E o que temos nós para lutar contra este terrível mal, contra esta peste branca?

A nossa luta começou há largos anos, no alvorecer do século, ao mesmo tempo que a de muitos outros países. Os nossos primeiros dispensários e os nossos primeiros sanatórios pôde dizer-se que são contemporâneos dos primeiros estabelecimentos congêneres semeados por essa Europa fora, e foram o fruto de uma heróica arrancada de pioneiros admiráveis, entre os quais se destacava a Rainha D. Amélia, fundadora e animadora dessa campanha.

Logo de início, quase dum jacto, ficámos na linha de vanguarda dos vários países na luta contra a doença, criando 5 dispensários e 3 sanatórios e destinando 300 camas do Hospital do Rego para tuberculosos.

A contrastar com esta fase, seguiu-se-lhe outra de apatia, de desinteresse e de abandono. Efectivamente, de 1910 a 1925 não conseguiram os Governos de então manter o interesse despertado e não puderam fazer mais do que a criação de um dispensário — o de Ponta Delgada.

Só em 1931 começa uma nova fase da luta e, de então para cá, a Assistência Nacional aos Tuberculosos passou de 800 para mais de 2.300 as suas camas para tuberculosos pulmonares e multiplicou bastante o número de dispensários. Estas camas e as dos hospitais gerais, da Assistência aos Tuberculosos do Norte e da Junta de Província da Beira Litoral andam por 5 mil.

Esta Câmara analisou já em pormenor este problema quando o Governo lhe enviou a proposta que depois foi transformada na Lei n.º 2.044, dando nova amplitude à luta e dotando-a de novas armas, com a criação do serviço de radiorastreio por microrradiografia e dos três centros de profilaxia e diagnóstico de Lisboa, Porto e Coimbra e com a vacinação do Laboratório Central de Produção de Vacina B. C. G. e as indispensáveis condições para uma extensa campanha de vacinação dos analérgicos.

E porque volto hoje ao assunto?

Porque se torna indispensável intensificar o ritmo da luta, porque sinto de meu dever voltar a dirigir o meu apelo aos ilustres Ministros do Interior, das Obras Públicas e das Finanças para que não esmo-

reçam no seu entusiasmo e para que, numa acção conjunta, nos dêem os elementos suficientes para uma campanha de rápidos e eficazes efeitos.

Vozes: — Muito bem.

O Orador: — Carecemos de mais dispensários, de mais sanatórios e duma intensificação do radiorastreio e da vacinação.

O número de dispensários que possuímos é muito inferior ao dos concelhos. Só temos 76, em vez dos 150 de que precisamos. Assistem só cerca de um terço da população, mas assistem mal, não dando o rendimento que deviam, tanto na assistência aos doentes como na profilaxia. E assistem tão mal que poderiam servir para desacreditar a instituição se ela não tivesse, como tem, em todos os países, os seus créditos bem firmados. Não vale a pena fazer a demonstração.

As causas vêm de longe e são várias; mas não lhe é estranha a deficientíssima remuneração dos médicos. O trabalho de um dispensário não pode render sem ter assegurado pessoal médico que nele trabalhe diariamente várias horas, seguindo doentes, fazendo pneumotórax e outros tratamentos, vigiando as famílias desses doentes e fazendo até visitas domiciliárias.

A maior parte dos médicos que trabalham nos dispensários ganha menos que a servente, alguns menos que 10\$ por dia, e ninguém pode exigir do médico que por tal preço assegure bom rendimento ao dispensário! O dispensário falhou ainda, e sobretudo, pela ausência quase total da sua acção de profilaxia junto dos familiares, na pesquisa de doentes e na educação sanitária de sãos e doentes, da falta de visitação e de assistência social; por este carácter passivo e quase exclusivo se limita a abrir a porta para atender o doente.

Não basta multiplicar os dispensários! Torna-se necessário fazer também uma profunda reforma dos existentes, valorizando o seu rendimento, garantindo a eficiência do seu trabalho.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Pelo que respeita a sanatórios, também o rendimento tem sido inferior ao que era lícito esperar, sobretudo porque a nossa insuficiência de camas nos obriga a reter por muito tempo a admissão do doente, que ali chega tantas vezes já

com muito menores possibilidades de cura, depois de uma longa evolução do seu processo.

Além disso, a falta de locais de isolamento fora dos sanatórios, onde pudessem isolar os bacilíferos incuráveis, obriga a retê-los durante muito tempo nos sanatórios, a ocupar camas que podem servir para a cura de outros. É isto outra razão do seu mau rendimento terapêutico.

A este respeito diz Etienne Berthet:

«É irracional, no estado actual da penúria das possibilidades de hospitalização, deixar estar nos sanatórios durante meses doentes crónicos ou perfeitamente estabilizados que não têm nada a esperar da sua cura e que ocupam inútilmente o lugar dos que se podiam curar».

É erro grave de administração sanitária estarmos a encher os nossos sanatórios de altitude com doentes em fase avançada do mal e que vão imobilizar camas sem proveito e estarmos a reter ali outros que nada beneficiam com isso.

A retenção só se pode explicar por profilaxia, e esta poderá obter-se, em boas condições sanitárias, com bom conforto e por muito mais baixo preço, em instalações mais simples, de planície, não longe das cidades.

Para obviar a estes inconvenientes só conhecemos um processo: aumentarmos rapidamente o número de camas para tuberculosos.

Mas, em vez de intensificarmos a construção dos sanatórios de altitude, bem poderíamos concentrar as nossas atenções em construções mais ligeiras e mais baratas, junto das cidades, não só para o isolamento daqueles incuráveis que pejam os sanatórios ou que difundem o mal no domicílio, mas também para tratamento de muitos outros que não carecem de regime de altitude.

Aconselham-no o desenvolvimento cada vez maior da cirurgia torácica e o êxito cada vez mais evidente dos antibióticos que se vão sucedendo no arsenal terapêutico da tuberculose.

A despeito do muito que temos feito, precisamos de acelerar a instalação de mais camas para tuberculosos, pois a lentidão do seu ritmo entrava o desenvolvimento da luta e compromete o seu êxito. Já temos 5 mil, mas carecemos de ter 15 a 30 mil camas.

Sabemos com que entusiasmo o ilustre Ministro das Obras Públicas abraçou este problema. Estamos seguros de que prosseguirá com a mesma energia. Sem essas camas, nem podemos isolar os bacilíferos disseminadores do mal, nem podemos intensificar a campanha do radiorastreio, porque não está certo que vamos descobrir os tuberculosos só para os catalogar, sem meios para lhes assistir convenientemente. Deste modo, criamos a intranquilidade, provocamos alarme e geramos atitudes de revolta.

O radiorastreio é uma nova modalidade posta ao serviço da luta antituberculosa pelo Estado Novo, de êxito seguro, quando acompanhado de outras medidas. Ele e a vacinação dos analérgicos pelo B. C. G. são dois instrumentos sérios de que o País lançou mão para dar combate a este flagelo. Isto é proclamado por todos.

Entre nós, ainda recentemente, no I Congresso de Protecção à Infância, onde se inscreveram 400 congressistas e de que participaram todos os professores de pediatria de Portugal e outros catedráticos, muitos assistentes e chefes de serviço dos hospitais e a maioria de pediatras do País, foram reafirmadas a inocuidade e eficácia do B. C. G. e foi solicitada do Governo a intensificação da campanha antituberculosa, com aplicação em larga escala do radiorastreio e da vacina.

Mas esta não se poderá fazer senão com a criação de brigadas móveis de médicos vacinadores, a completarem a acção dos centros de diagnóstico e de profilaxia e das delegações de saúde.

A luta é difícil, mas a vitória é possível se todos nós dermos as mãos e se concentrarmos as verbas necessárias para o indispensável desenvolvimento dos serviços.

NOVO E ORIGINAL

Reumatismo
Artrite
Dores musculares
Pleurodinias
etc.

algiDerma
CREME ANALGÉSICO ANTIFLOGÍSTICO
E ANTI-REUMÁTICO

Bavi
LISBOA

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

Ouso, por isso, chamar para o caso a atenção de SS. Ex.^{as} os Ministros do Interior, das Finanças e das Obras Públicas e Subsecretário de Estado da Assistência Social.

Repito aqui o que já disse algures: «Desde há um século que este flagelo está a ser batido no Mundo inteiro. Se houve tempo em que a medicina olhou o êxito do combate com dúvida e receio, não sucede hoje o mesmo.

O Prof. Etienne Bernard, em publicação do ano passado, diz que estão contados os dias deste flagelo e que no meio século que está decorrendo se registarão menos vítimas de tuberculose do que naquele que terminou há dois anos.

E Mac Doughal, com a sua responsabilidade de chefe da secção da tuberculose da O. M. S., afirma mesmo que, se as curvas da morbilidade e da mortalidade pela tuberculose continuarem no mesmo ritmo que se observa nalguns países, a tuberculose será neles, no fim do século, tão rara como a lepra o é neste momento.

Efectivamente, nos últimos cinquenta anos, em muitos países da Europa e da América do Norte, a mortalidade pela tuberculose tem sofrido baixas que vão de 65 a 94,5 por cento.

Em Copenhaga, em 1950, eram já dez os países que tinham feito cair a taxa da mortalidade pela tuberculose para 50 por 100.000 habitantes e alguns dos que estavam nesse quadro de honra tinham-na feito descer da casa dos 300 para a dos 50 em menos de cinquenta anos! Desse grupo foi a Dinamarca a portadora do estandarte da vitória, eliminando a tuberculose da categoria de flagelo social. As armas foram as mesmas, comuns a todos os países.

O que foi diferente foi a maneira como aquele pequeno país se serviu delas para conquistar a maior vitória sanitária de todos os tempos. Que a sua vitória possa despertar nos nossos corações o entusiasmo necessário para idêntica campanha. Se o quisermos, conseguimos.

Os métodos são conhecidos, e se pudermos abalar-nos a outras empresas mais difíceis e delas saímos vitoriosos, porque não havemos de fazer desaparecer, numa persistente campanha nacional, esta mancha que nos envergonha perante o mundo civilizado?

Outro problema a reclamar providências firmes e persistentes é o da assistência maternal e infantil.

Nos últimos dez anos tem-se feito alguma coisa neste capítulo. Ainda há dias, perante o I Congresso de Protecção à Infância, dei o balanço de tudo o que se havia feito nos últimos anos. Mas não pude deixar de apontar o extenso caminho que tínhamos de percorrer no campo da assistência à mãe e à criança para nos aproximarmos da situação que desfruta a maioria das nações civilizadas.

E, dentro disto, tive de dizer, e aqui o

repito, que em nove anos o Instituto Maternal, por deficiência de doação, não conseguiu estender a sua acção a mais de sete distritos, com a instalação de delegações e subdelegações, podendo, por isso, dizer-se que só uma parte mínima do País conhece e sente os efeitos da sua acção directiva.

O problema da assistência à maternidade e à infância ombréia em gravidade com o da tuberculose.

Em Paris e em Barcelona eu corei de vergonha ao ver o nosso país apontado como o portador das mais altas taxas de mortalidade infantil, em confronto com uma série deles. Efectivamente, apesar das correcções que possamos fazer, baseadas na diferente forma de recolha de dados estatísticos, estamos a grande distância dos demais.

Por aqui se pode aferir o panorama: dos 200.000 partos que em média se registam em Portugal, só a décima parte é assistida por médico e só a quarta parte é assistida de parteira! Não admira, portanto, que sejam tão altas as taxas de mortalidade materna, as de nado-mortalidade e as de mortalidade neo-natal.

Apregoamos a importância do revigoração da família, colocamos na base da doutrina do Estado a obrigatoriedade de reforçar e amparar a família; mas, a contrastar com a doutrina, temos uma deficiente assistência à grávida e à puérpera e deixamos morrer muitas que poderíamos salvar com uma elementar assistência obstétrica, e, por esta via, permitimos que a família seja profundamente atingida com a perda de muitas mães, parecendo que não damos conta dos problemas que criamos com a perda de tão extraordinário valor moral e económico — tanto maior quanto maior for o número de filhos que abrigar e quanto mais precário for o rendimento do agregado familiar a que pertencer.

Pelo que se refere à mortalidade infantil, temos vindo a descer lenta e penosamente de níveis muito altos. Entre os nossos actuais 89,1 por cento e os 20 por cento da Suécia está todo o caminho que temos de percorrer.

Portugal assiste, quase indiferente, em cada ano à morte de 30.000 crianças com menos de 5 anos. Das 200.000 que nascem vivas em cada ano, cerca de 17.000 a 20.000 não chegam ao fim do primeiro ano. À volta de 6.000 destas morrem antes de atingir 1 ano de vida e cerca de 6.000 morrem sem assistência médica!

Como ontem dizia o jornal *O Século* em ponderado e luminoso artigo de fundo: «a infância é um capital precioso que é preciso aproveitar até às últimas parcelas, porque sem ele não há civilização possível, nem progresso declarado, nem criação de riqueza individual ou colectiva».

Eu sei que, levemente, se pode argumentar que apesar disso o nosso saldo fisiológico é positivo e substancial; mas há que ver como é realizado esse saldo. Para que ele tenha real valor económico é preciso

que a natalidade aumente ou não decresça e que a mortalidade infantil nos não ceife tantas vítimas. Sob o ponto de vista económico, interessa-nos muito que esse saldo seja de elementos jovens.

A experiência da garantia do êxito da nossa assistência à infância está feita em Coimbra, onde as suas obras de assistência colocaram de há muito a cidade e o seu distrito com as mais baixas taxas de mortalidade infantil de Portugal. Outro tanto poderíamos dizer de Castelo Branco.

O Congresso há pouco reunido aprovou as linhas gerais da orientação seguida, mas formulou votos, que vão ser entregues ao Governo, no sentido de se assegurarem ao Instituto Maternal as verbas necessárias para a criação da sua delegação em Coimbra, a substituir a provisória e deficiente onde actualmente funciona; para a criação das subdelegações em todos os outros distritos que as não possuem; para se alargar e intensificar toda a acção que legalmente lhe incumbe, etc.

Nos votos das três secções do Congresso estão enunciadas as medidas indispensáveis e urgentes dum plano vasto de assistência maternal e infantil.

No momento em que se discute a Lei de Meio, sinto de meu dever chamar para este assunto a atenção do Governo para que distribua as verbas orçamentais de modo a garantir a execução daqueles votos.

Falta-me tempo para tratar, como desejava, de outros assuntos que dizem respeito à assistência e que carecem de ser enfrentados decidida e urgentemente.

Estão neste caso muitos que dizem respeito aos serviços sanitários, como o da verificação dos medicamentos, que coloca o País à mercê da invasão de drogas inferiores ou adulteradas; sobre o saneamento das povoações e muitos outros. Sente-se que os serviços de saúde pública, a despeito de as dotações terem aumentado muito, não têm o desenvolvimento que deviam ter, estão como que tolhidos por falta de pessoal e apetrechamento suficiente.

Outro tanto se poderia dizer da assistência psiquiátrica, que depois daquela arrancada de há oito anos como que paralisou, como se tivera cansado na corrida ou se não estivéssemos ainda muito longe do que precisamos.

Informações seguras garantem-me que esse magnífico plano hospitalar que o País está a desenvolver não é acompanhado da evolução no mesmo sentido das verbas de sustentação de antigos e novos hospitais, donde resulta que, à medida que se inauguram os novos, se vão reduzindo camas nos velhos.

Embora não conheça pormenores do problema, sinto que a assistência aos menores deficientes — sensoriais, motores e mentais — carece de sopro renovador que nos permita recuperar muitos milhares de indivíduos, roubando-os à mendicidade forçada e à delinquência, que, de outro modo, seguramente os espera.

Ao apontar estes assuntos à consideração do Governo não tenho outro objectivo que não seja o de o informar acerca destas questões da mais alta importância, na esperança de que o ilustre Ministro das Finanças considere o seu alto valor e justamente as coloque acima de outras que absorvem volumosas verbas e que as dote em condições de poderem cumprir a sua missão, a bem da Nação.

Tenho dito.

Vozes: — Muito bem, muito bem!
O orador foi muito cumprimentado.

I Reunião Hispano-Lusa de Endocrinologia

O Prof. Gregório Marañon encerrou a I Reunião Hispano-Lusa de Endocrinologia, anunciando que a Sociedade Espanhola de Endocrinologia nomeia seus sócios correspondentes o Prof. A. Celestino da Costa e os Drs. Iriarte Peixoto, Rosário Dias, Mário Fernandes e Eurico Pais.

MARTINHO & CIA.

Tudo o que interessa da
a medicina e cirurgia

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

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

Na sala dos Actos Grandes da Faculdade de Medicina de Lisboa efectuou-se no passado dia 27 a sessão solene inaugural da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

Presidiu o Prof. Gustavo Cordeiro Ramos, presidente do Instituto para Alta Cultura, em representação do sr. ministro da Educação Nacional, que se encontrava ladeado pelos Profs. Mário Moreira, Toscano Rico, Vaz Serra e Dr. Emilio Faro. Usou da palavra, em primeiro lugar, o Prof. Vaz Serra, que representava a Sociedade Internacional de Medicina Interna, de cujo comité executivo faz parte.

O orador começou por se dirigir ao Prof. Cordeiro Ramos, dizendo-lhe do grande regoço que todos os presentes sentiam, pelo brilho que a sua presença prestava àquela sessão solene e do agradecimento que lhe era devido pela honra conferida.

Acedendo ao pedido da direcção da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, em se fazer representar — disse — o ministro da Educação Nacional quis manifestar o interesse que lhe merecem todos os esforços desta índole e nos dizer, ao mesmo tempo, da grande responsabilidade que nos incumbe. Há pouco mais de um ano, na inauguração do novo edifício da Faculdade de Letras, construído dentro do plano da cidade universitária de Coimbra, o ministro da Educação Nacional dirigiu aos professores do ensino superior palavras cheias de elevação, que bem traduzem a angústia de espírito universitário do nosso tempo.

É sob o império dessas preocupações — afirmou — que hoje aqui nos juntamos e, se tal o fazemos em obediência a um impulso irresistível da nossa orientação intelectual, é-nos sumamente grato registar o aplauso recebido de quem, como ninguém, tem qualidade para o fazer.

Entrando, propriamente, no assunto da sua conferência, o Prof. Vaz Serra disse: Em Setembro de 1948 reuniu em Basileia um grupo numeroso de médicos de todos os países, cultores notórios da medicina interna, com a intenção de se constituírem em Sociedade. A sugestão pertenceu a uma Senhora, Nanna Svartz, professora de clínica médica em Stockolm, que encontrou no Prof. A. Gigon, da Basileia, um auxiliar notável pelos excepcionais dotes de diplomacia, incansável actividade, entusiasmo e capacidade organizadora que nele se reúnem.

A afluência a esta primeira reunião, foi muito quantiosa. Centenas de médicos da Europa, América e Ásia, acordaram no interesse da criação de uma nova Sociedade de médicos a que se conveio dar o nome de Sociedade Internacional de Medicina Interna, a qual teria por fim, segundo resa o art. 1.º dos seus Estatutos, posteriormente elaborados «promover o conhecimento científico em medicina interna, auxiliar a educação das gerações mais novas e suscitar a amizade entre médicos de todos os países».

De médicos portugueses, apesar de alguns terem sido convidados, apenas um se encontrava presente e a essa circunstância é devido o facto de o seu nome, posteriormente, figurar entre os membros do comité internacional então eleito. Deve, no entanto, esclarecer-se que o seu consentimento foi dado sob a condição de ser substituído, ou por quem a futura Sociedade Nacional indicasse, ou por outro colega proposto por grupo de médicos portugueses presentes a novas reuniões da Sociedade Internacional.

Em 1950 e 1952, a Sociedade Médica então criada, teve dois congressos de farta representação e repercussão, o primeiro em Paris e o segundo em Londres.

Contrariamente ao sucedido da primeira vez, em que, ao lado de sessões administrativas importantes, houve apenas algumas comunicações livres, nos congressos de Paris e de Londres, deu-se a primazia ao trabalho científico e assim houve relatórios, com discussão, e comunicações relacionadas, principalmente, com os temas em estudo.

Até Setembro de 1952, o presidente da Sociedade Internacional foi o Prof. Gigon. Nesta data, por sua proposta, foi substituído pela Prof.ª Nanna Svartz, de Stockolm, onde, segundo preferência da maioria, se deve realizar o próximo congresso de 1954.

Neste congresso de Londres, para não falar

senão no de recordação mais recente, houve 4 temas, estudados sob a forma, hoje muito preferida, da Symposia, síndrome sprue, perturbações da balança aquosa e electrolítica, vírus neutrópicos e antibióticos no homem.

Cada problema foi investigado diferentemente por 4 relatores, de modo a serem postas em evidência as suas facetas mais interessantes. As comunicações que se seguiram foram complemento valioso deste estudo.

Vários foram os médicos portugueses presentes tomando parte activa nos trabalhos do congresso e todos, creio, se congratularam com a referência e saudações dirigidas pelo presidente, na sessão inaugural, à nova Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

Recentemente, ao tomarem conhecimento da realização desta primeira reunião da Socie-

A grande ambição da medicina interna de hoje está no progresso do conhecimento científico, isto é, a substituição da probabilidade pela certeza, a dúvida pela segurança, a sombra pela claridade. Muito se tem progredido neste caminhar.

R. Cabot, no Massachussets General Hospital, verificou que, em 1910, apenas 20 % das autópsias confirmavam o diagnóstico; em 1950 a perfeição do diagnóstico subiu para 80 %. O mesmo se poderá dizer em toda a parte, não direi já num período tão longo de intervalo, mas apenas num recuo de 20 anos.

Os que vivemos essa data não muito afastada recordamo-nos da apreensão com que assistíamos a esse exame de resultado tantas vezes imprevisível e sentimos hoje o contraste da tranquilidade com que enfrentamos a mesma prova.



O Prof. Mário Moreira lendo a sua alocução

dade Portuguesa de Medicina Interna, tanto o antigo como o actual presidente da Sociedade Internacional me pediram para exprimir aos colegas da nova sociedade médica a grande satisfação da Sociedade Internacional e os melhores votos de êxito na honrosa tarefa que se impuseram.

Eis o motivo por que aqui estou; membro do comité da Sociedade Internacional e seu delegado momentaneamente junto da nova Sociedade compete-me, em primeiro lugar, saudar calorosamente os colegas que em boa hora tomaram sobre si o árduo encargo de organizarem a nova agremiação e felicitá-los por mais este passo dado na preocupação da vida intelectual portuguesa.

Regosigemo-nos com o facto de vermos entre eles o escol da medicina portuguesa, professores, directores de serviço, clínicos reputados, mas não se nos leve a mal a ambição que sinto de desejarmos ampliado o nosso grupo. Todos juntos não somos demais. Somos, é certo, numerosos mas reconheço que não devemos dispensar todos os que, por deveres oficiais, exercem naturalmente funções de condução, como não podemos esquecer os que, ricos de educação e intelecto, são por todos apontados como personalidades dignas e proeminentes.

Creio que a nova Sociedade teria vivo prazer em os contar entre si.

A Sociedade Portuguesa de Medicina, moldada e filiada na sua congénere internacional, tem à frente um trabalho tão respeitável como difícil.

Como é natural, nada se faz sem custo e quanto mais alto o objectivo maiores as dificuldades.

Parte do pressuposto que em medicina não há situações simples, claras ou definidas.

Desaparece cada vez mais o caso banal, para ser substituído por um problema, senão um conjunto de problemas.

A medicina, parafraseando Leonardo de Vinci, é coisa mental, arte e ciência, ideia e técnica, enriquecidas e adestradas mercê dos complicados jogos de espírito.

O diagnóstico tornou-se, de facto, mais seguro.

A maioria dos colegas aqui presentes dispõe de um serviço clínico a que estão adstritas funções oficiais ou officiosas de ensino. Não me falem das suas deficiências, porque sei disso como poucos, dispondo de enfermarias desconfortáveis, de escassa lotação, poucos colaboradores e asoerbadado por deveres pedagógicos inadiáveis. É para estes, como nos é exigido por lei, por formação, pelo estilo tradicional da casa e pelas disponibilidades, que vão as nossas principais inclinações.

Assim compete-nos, e desse encargo tomamos a devida responsabilidade, formar clínicos, ensinando-lhes aquilo que os outros nos ensinaram, temperado ou não com uma nota de crítica pessoal que em pouco perturba a rotina.

Afinal tudo vem nos livros e o dever do professor está em ensinar os alunos a saber ler neles e num outro, o da experiência, diàriamente folheado perante eles. E honra lhe seja, quando bem cumpre.

Mas não se repara, ou, se se repara, não se pode dar-lhe remédio, que uma escola de ensino desta índole é, como escreve Thomas Lewis, uma escola de tecnologia, onde se ensinam factos e certezas colhidos por observação directa ou por maquinismos mais ou menos engenhosos e ousados. A medicina é, segundo este ponto de vista, uma técnica que procura a perfeição.

A medicina moderna e nomeadamente a Sociedade Internacional de Medicina Interna tem outras aspirações mais elevadas. Não a preocupa a medicina prática, aplicada, utilitária, mas, admitindo muito embora que o interesse do paciente prima todos os outros, pretende difundir na medicina a inquietação do conhecimento científico.

Falar em conhecimento científico é o mesmo que falar no culto do problema, das incógnitas, dúvidas, obscuridades que toda a situação clínica em si contém. É preciso admitir que não há casos clínicos elementares, mas que em todos eles se encontra um mínimo

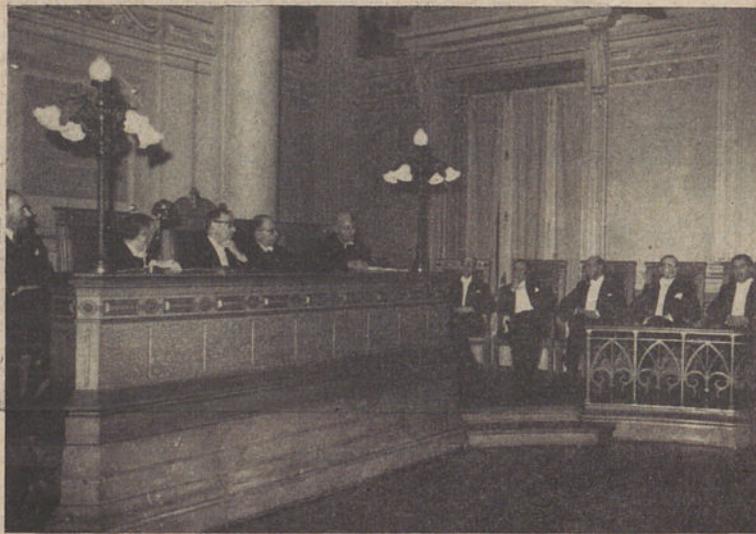
de características individuais, dignas de atenção e relevo.

Nuns ou noutros não se procura directamente o sucesso clínico ou terapêutico, mas pretende-se descobrir o porquê das coisas, o mecanismo da acção patogénica e a justificação deste ou daquele sintoma. O seu terreno de eleição é a etiopatogenia e a fisiopatologia.

A observação natural do doente, neste meio do século XX, parece ter esgotado os seus recursos. Olhado e examinado, sob todos os ângulos, nada mais fica para registar do que ele espontaneamente nos pode oferecer, se fizermos excepção do capítulo, sempre incompleto, da psico-patologia.

Eis porque o médico se torna cada vez mais homem de laboratório, onde encontra um campo ilimitado de trabalho e onde a uma pergunta outra se liga numa cadeia interminável de inquietações. Não é só a vastidão que o tenta, mas ainda, e sobretudo, a esperança de aí encontrar sólidos esteios para a interpretação e orientação clínica. A medicina de presunção de ontem vê-se, mercê desta orientação, substituída progressivamente por uma medicina de certeza.

Uma medicina fixada, estática ou conformista desaparece, pouco a pouco, para dar lugar



O Prof. Vaz Serra lendo a sua conferência

a uma medicina moderna, renovada, sempre agitada e insatisfeita. É seu objectivo fundamental o conhecimento científico do fenómeno patológico.

As Sociedades de Medicina Interna comprometem-se a participar neste labor. Tomam sobre si a responsabilidade de considerarem a investigação científica como inerente à dignidade do médico, a quem compete funções directivas e de ensino e esperam que da sua actividade nasça um renovo de interesse por trabalhos desta índole.

Crêem igualmente que o exemplo dado pelos seus associados virá exercer uma influência salutar sobre as novas gerações. Educadas num meio onde sopra o vento da luta contra o ignorado, não podem evitar o contágio do ambiente. Estimular-se-lhes-á, deste modo, a atenção, o respeito pelo facto, a dúvida metódica, o prazer do trabalho ao serviço de uma ideia, a actividade em grupo, o mérito de um esforço cuja compensação se não vislumbra. E nas canseiras e angústias encontrarão sempre motivo para honrar e louvar os trabalhos alheios.

Mais tarde, chamados a novas responsabilidades, espontaneamente seguirão o trilho já indicado, ou, quando o não seguirem, não deixarão de ter para os outros um pensamento ou palavra de incitamento e aplauso.

É ainda objectivo desta Sociedade fomentar as relações pessoais entre os seus membros, facilitando conhecimentos, troca de impressões, sugestões, estímulos. Desnecessário se torna encarecer esta vantagem da vida cultural.

Muitas vezes se critica por uma questão de hábito, se não ignorância ou comodismo. Com uma irreverência ou palavra mais cáustica, desce-se a apoucar trabalhos de valor onde cada um pôs o melhor do seu esforço.

Creio que um dos benefícios não menores de Sociedades desta índole estará nas relações

de respeito mútuo que as suas reuniões suscita. Todos norteados pela mesma intenção, receberão com benvindas as opiniões, críticas ou observações dos outros.

Desde que nos conheçamos melhor e que possamos apreciar mais intimamente a pureza de intenções e a rectidão da ideia que cada um porá nos seus trabalhos, poderemos estar certos de que entre nós surgirão laços de apreço, simpatia ou fraternidade.

Começo neste momento a ouvir as críticas que nos chegam de todos os lados. Somos um meio clínico modesto, por modéstia das nossas instalações e por encargos de assistência clínica que primam todos os outros. Todos sofremos as agruras e o despotismo de uma administração que, no cumprimento do seu dever, restringe ou suprime despesas que nos parecem muito justas.

Os nossos laboratórios consomem-se num trabalho clássico, costumeado, de necessidade indiscutível, mas sem interesse para a nossa intenção. Faltam-nos institutos de investigação de facto, onde, ao lado dos aparelhos e reagentes, de pessoal idóneo e suficientemente remunerado, se dispuzesse das verbas necessárias para prosseguir no desbravar de um problema. Falta-nos ainda a tradição que, como na frase

pitais Civis, a Sociedade das Ciências Médicas, esta de passado respeitável, dedicam-se a problemas que são também nossos. Admito que todas estas Sociedades tenham vida desafogada e brilhante, mas no nosso pequeno país, tal divisão trará fatalmente dispersão, isolamento, cansaço e talvez desinteresse. Merecem-nos todos estes colegas, que já há anos nos precederam na campanha que agora encetamos, as homenagens mais respeitadas, mas permitam-nos que lhes digamos do orgulho que teríamos em os contar entre nós. Não nos movem quaisquer intuições de absorção, mas apenas o interesse da maior difusão da cultura médica nacional, o seu progresso em profundidade, maior câmbio de ideias, a consciência da inter-relação entre as várias secções da medicina interna.

Não se pode ocultar que o campo desta quase não tem limites. Dir-se-á, porque é exacto, que a ciência médica se afasta cada vez mais da generalidade, do enciclopédismo, que a especialização é a consequência fatal do progresso científico, porque quem chega mais alto não topa em frente um campo mais vasto e melhor iluminado, mas descobre apenas vários novos caminhos que não pode percorrer simultaneamente sem receio de perder-se.

Consideremos, porém, as nossas possibilidades, num país pequeno com três universidades, e atentemos em como são escassos os cultores isolados de certa especialização.

Podem constituir uma família forte, porque dinâmica, interessada e progressiva, mas será sempre uma pequena família cuja actividade talvez fosse mais proveitosa se integrada noutra mais geral e, por isto, capaz de mais numerosas dedicações. Repare-se ainda nas condições de vida da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, cujos sócios fundadores foram escolhidos entre os professores e 1.ºs assistentes do grupo de Medicina Interna das Faculdades de Medicina e os directores dos Serviços de Medicina dos Hospitais Civis, e na necessidade que uns e outros têm da cultura médica geral.

Todos crêem na especialização e possivelmente a cultivam com maior ou menor exclusivismo, mas são obrigados a não esquecer a medicina interna em geral. Nada do que lhe pertence lhes pode ser indiferente. Cardiologia, pneumologia, radiologia, endocrinologia, gastro-enterologia, dermatologia, a nova especialidade gerontologia, para não falar nas próximas parentes a pediatria, neurologia, a psiquiatria, são sempre ramos da medicina interna, ou antes os elos de uma cadeia a que o internista deve uma observação global.

Perdõe-se-me este pequeno parentesis que, sem dúvida, não escapou à direcção da nossa Sociedade para sobre ele tomar, oportunamente, a melhor das soluções, e nele se veja senão o que ele pretende. A medicina interna foi e será, ainda por muito tempo, a base dos conhecimentos postos à disposição dos clínicos.

Compete-nos, portanto, dar-lhe o melhor das nossas capacidades físicas e intelectuais, as nossas canseiras e alegrias. Elevámo-la à categoria de ciência e como tal criamos em nós um estado de perpétua inquietação e dúvida.

A ciência nunca permitirá a perfeição absoluta. Como que caminha nessa esteira, mas é seu próprio fazer-se acompanhar da eterna insatisfação. E possamos nós dizer um dia, ao médico o caminho percorrido que foi dessa insatisfação que fizemos o principal dos nossos pensamentos e labores.

Seguiu-se, no uso da palavra, o Prof. Mário Moreira, presidente da Sociedade, que fez a alocação presidencial subordinada ao tema «Grandeza e decadência da Medicina Interna» que publicamos na íntegra na primeira parte deste número de «O Médico». Após a alocação do Prof. Mário Moreira, que, como a do Prof. Vaz Serra, foi muito aplaudido, a sessão terminou.

de André Gide, não é a recordação de um passado morto, mas o que desse passado fica sempre vivo.

Estas são realmente dificuldades exactas, indiscutíveis, patentes a todos nós. Mas temos de as transpor. Impossível nesta época, próspera igualmente em qualidade, mantermo-nos, como habitualmente, absorvendo o que de fora nos vem já preparado.

Quando colocados perante uma obrigação, os portugueses revelam-se zelosos, inteligentes, argutos, geniais, como os melhores. Apesar das suas dificuldades, não é lisonja dizer-se que a vida médica nacional, desenrolada nas várias publicações que periodicamente surgem, é-nos motivo de contentamento.

Esperamos, na firme convicção de ser atendidos, em que o Governo nos encoraje na necessidade inadiável da investigação, fornecendo-nos gradualmente as condições mínimas de um trabalho que não seja só heróico sacrificio.

Precisamos de teimar, de continuar teimando, de teimar sempre. A Sociedade Portuguesa de Medicina Interna propõe-se colaborar na obra nacional de melhoria do espírito médico e está firmemente convicta de o conseguir, mercê dos princípios que a norteiam e da garantia que lhe conferem as altas qualidades dos seus associados.

Uma outra questão, esta de ordem pragmática, devemos pô-la desde já.

Antes da fundação da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna outras sociedades médicas já existiam, algumas cultivando ramos de ciência que pertencem claramente ao âmbito desta nossa recém-criada. Assim, as Sociedades de Radiologia, de Cardiologia, de Dermatologia, de Hidrologia, de endocrinologia, o capítulo português do American College of Chest Physicians, a Sociedade Médica dos Hos-

Dr. Joaquim Carrusca

Assumi o cargo de inspector da 4.ª Inspeção dos Serviços de Saúde Militar, com sede em Évora, o tenente-coronel Dr. Joaquim Júlio Carrusca, que, desde há anos, era director do Hospital Militar Regional n.º 4, daquela cidade.

ORDEM DOS MÉDICOS CONSELHO REGIONAL DE LISBOA

V Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário

Terminou no dia 29 de Novembro o V Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário, promovido pelo Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos, destinado a médicos rurais, subdelegados de saúde e clínicos das Casas do Povo e de Pescadores e da Federação de Caixas de Previdência. Subsidiado pelo sr. ministro do Interior e, a exemplo dos anos anteriores, organizado pelos Drs. Andresen Leitão e Pimentel Barata, este curso foi frequentado por 31 médicos e compreendeu lições teóricas e práticas, das quais a primeira foi feita, no dia 17, pelo Prof. Adelino Padesca, na 1.ª clínica médica do hospital de Santa Marta, e versou o tema «Arterioesclerose e perturbações endócrinas na senilidade».

A segunda lição, efectuada no mesmo dia, foi feita pelo Dr. Joaquim Ferreira Rés, director do Posto Anti-Sezónico de Mourão, que falou de «Febre recorrente mediterrânica». Os médicos inscritos no Curso estiveram, depois, no Banco do hospital de S. José, cujos trabalhos acompanharam com o maior interesse.

No dia 18, ainda no hospital de Santa Marta, a Dr.ª D. Maria de Lourdes Levy ocupou-se de «Antibióticos em pediatria». A conferencista descreveu os aspectos farmacológicos e os métodos de administração dos antibióticos e mostrou as suas indicações, tanto em profilaxia como em medicina infantil, terminando por apontar os efeitos secundários sobre o organismo humano. Terminada a lição, houve demonstrações práticas nas enfermarias.

O Dr. Fernando de Melo Caeiro, falando de «Vacinações na profilaxia das doenças infecto-contagiosas», encarregou-se da lição seguinte. Depois de apreciar o princípio geral da vacina e dos fenómenos imunológicos, comparou a protecção resultante da doença à obtida pela vacinação. Terminou por apontar a real eficácia da vacinação no campo da profilaxia das doenças transmissíveis.

Ao fim da tarde, no Serviço de Transfusões de Sangue do Hospital de S. José, o Dr. Almerindo Lessa falou de «Tratamento nos estados hemorrágicos». Depois de referir as dificuldades ainda hoje existentes na compreensão, diagnóstico e classificação dos estados hemorrágicos, descreveu, sumariamente, o mecanismo hemostático normal e as provas clínicas e laboratoriais de que se dispõe para avaliar a sua capacidade. Expôs, depois, duas classificações, uma etiológica e outra fisiológica, e concluiu a sua lição com a apresentação de dois doentes com diáteses hemorrágicas.

As lições do dia 19 iniciaram-se com a do Dr. José Rocheta, no Sanatório Popular de Lisboa. O conferencista, que dissertou sobre «Da pneumólise extra-pleural», definiu a técnica operatória, expôs a posição técnico-cirúrgica da pneumólise extra-pleural entre o pneumotorax intra-pleural e a toracoplastia, e apontou as indicações clínico-radiológicas do pneumotorax extra-pleural, aludindo à obrigatoriedade da sua substituição pelo óleo-torax extra-pleural. Referiu, depois, as vantagens e inconvenientes de um e de outro, e descreveu, a seguir, a pneumólise extra-pleural com chumaço sólido: bolas de lucite e polystan, mostrando os seus resultados. Aludiu, ainda, a uma nova modalidade técnica de toracoplastia de Maurer, e fez, por fim, a comparação entre o valor da terapêutica cirúrgica e da terapêutica médica da tuberculose. Depois da lição houve demonstrações práticas nas enfermarias, e à tarde, às 15 horas, no Hospital Ortopédico de Nossa Senhora de Fátima, na Parede, houve uma sessão de trabalhos, na qual o Dr. Fernando Nogueira falou sobre «Aspectos médicos da tuberculose ósteo-articular», afirmando que a tuberculose do esqueleto, originada por propagação a distância, a partir de outro foco, coexiste muitas vezes com outras localizações, as quais devem ser cuidadosamente procuradas nos vários órgãos e sistemas, referindo, por fim, a terapêutica dessas localizações. Falou depois o Prof. Aires de Sousa, que referiu os aspectos radiológicos clássicos da tuberculose ósteo-articular, assim como

as suas características regionais, documentando a sua exposição com numerosas radiografias de doentes internados naquele hospital, e terminando por chamar a atenção para o interesse diagnóstico e terapêutico dos exames tomográficos das regiões doentes. O Dr. Freitas de Sousa, que falou a seguir, dissertou sobre o «Valor e interesse dos exames bacteriológicos e histo-patológico» no diagnóstico das afecções ósteo-articulares de natureza bacilosa. Por último os Drs. Paiva Chaves e Xavier de Faria referiram-se aos mais importantes problemas clínicos e terapêuticos. Realçaram a gravidade das paralisias que ocorrem em portadores de tuberculose vertebral e mencionaram o seu problema terapêutico. Os médicos que frequentaram o curso foram obsequiados, pelas Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, com uma merenda.

No dia seguinte o Prof. Xavier Morato, no Serviço n.º 1 do hospital de Arroios, proferiu a sua lição, na qual falou de «Síndromas digestivos de causa extrínseca». Depois, por turnos, aos médicos que frequentam o Curso, foi explicada pela Dr.ª D. Isabel Teixeira e pelo Dr. Vasconcelos Dias a técnica da rectossigmoidoscopia, tendo os mesmos assistido, ainda, a uma demonstração de radiografias do aparelho digestivo, feita pelo Dr. Matias Nunes. Por fim, observaram doentes nas enfermarias, no que foram acompanhados pelos Drs. Ivaldo da Fonseca e Santa Barbara.

No Instituto Português de Oncologia prosseguiram, depois, as lições deste dia, tendo o Dr. Marques da Gama falado de «Leucémia aguda». Começando por fazer a história da doença, a partir do conceito de hemopatia aguda, mostrou depois, à luz das estatísticas, a sua frequência, para se ocupar, a seguir, do respectivo quadro clínico, descrevendo ainda a análise dos sintomas e apresentando exemplos de histórias clínicas, para terminar com a apreciação do diagnóstico e com a descrição do tratamento.

Falou, depois, o Dr. Francisco Branco, sobre «Terapêutica da leucemia. Posição actual do problema». O conferencista estudou as possibilidades actuais da medicina em relação às formas agudas e crónicas daquela doença, e descreveu a actividade desenvolvida à volta de trinta casos da forma aguda da doença, nos dois últimos anos, todos internados e tratados no Instituto de Oncologia. Por fim, ponderou os conhecimentos que, em relação com esta doença, a medicina adquiriu nos últimos dez anos.

Os médicos que frequentavam o curso deslocaram-se depois ao Serviço de Transusão de Sangue do hospital de S. José, onde os Drs. Almerindo Lessa, Canela de Abreu e Herculanio Coutinho falaram, respectivamente, de «Prática de classificação de grupos sanguíneos»; e «Técnica de transfusões».

Os trabalhos do Curso de Aperfeiçoamento iniciaram-se no dia 21 com um colóquio sobre «psico-somática», no Hospital Júlio de Matos, no qual foram oradores o Prof. Barahona Fernandes e os seus colaboradores, Prof. Pedro Polónio — que tratou de «psico-somática das perturbações» — e Drs. Luís Soeiro — que se ocupou de «psico-somática de perturbações digestivas» — e João dos Santos — que falou de «Diagnóstico psico-somático». O Prof. Barahona Fernandes expôs o concerto de «psico-somática», apontando excessos e mal-entendidos, e tratou, a seguir, do problema prático para o clínico geral e para o médico sanitário; das dificuldades e dos erros de diagnóstico e da terapêutica; da iatrogenia; da prevenção das doenças; do aumento das reacções psico-somáticas (neuroses, perturbações vegetativas, úlcera gástrica, hipertensão, etc.), das possibilidades profiláticas; do diagnóstico precoce da neurose, dos desvios funcionais e das perturbações da adaptação. Falou, depois, da superação dos exageros de «escola», e apresentou alguns exemplos clínicos, apontando os factores hereditários, ambientais e outros. O conferencista demo-

rou-se no desenvolvimento daquele e de outros pontos e terminou ocupando-se da acção educativa e psicoterápica dos medicamentos, do regime de vida, da adaptação social, das formas de criação e formação na família e na sociedade.

Na Ordem dos Médicos, onde os médicos inscritos no curso se deslocaram, depois, o Dr. Leopoldo de Figueiredo falou de «Doença reumática: sua etiologia, terapêutica e profilaxia». Depois de salientar a importância social da doença reumática, tratou da etiopatogenia da doença e das suas diferentes teorias, umas de importância apenas histórica e outras de maior actualidade. Desceveu, assim, a teoria tuberculosa de Lowenstein, a teoria estreptocócica, a teoria hiperalérgica virótica e a hipótese associação vírus-estreptococcus. O Dr. Leopoldo de Figueiredo, tratou ainda da terapêutica pela cortisona e ACIH, que considera princípio duma nova era de terapêutica hormonal de que muito há a esperar, e terminou por tratar da profilaxia individual e colectiva, demorando-se na descrição da incidência dessa profilaxia. Falou, depois, o Dr. Norton Brandão, sobre «Dermites tóxicas e de sensibilização aos medicamentos». O conferencista chamou a atenção para a importância do conhecimento das reacções tóxicas e alérgicas dos medicamentos. Comparou os fenómenos alérgicos que se observam nas doenças infecciosas e nas afecções cutâneas medicamentosas, tendo acentuado a dificuldade por vezes existente na diferenciação daqueles dois quadros clínicos. Referiu-se, em seguida, aos aspectos mais importantes sob o ponto de vista clínico evolutivo e, finalmente, à medidas terapêuticas mais usualmente empregadas.

No dia 22 apenas se efectuou uma lição, que foi feita pelo Dr. Ernesto Roma, na Associação Protectora dos Diabéticos Pobres, e versou o tema «Insulinas de acção retardada — Tratamento insulínico — Rotina do tratamento seguido na Associação». O conferencista, visou sobretudo a forma prática de, na clínica rural, longe dos grandes centros, sem ter portanto facilidades da cooperação dos laboratórios, iniciar um tratamento pela insulina e acompanhá-lo nas suas indispensáveis modificações e alterações segundo os casos clínicos.

Assim, apresentou a vantagem de se iniciar o tratamento da diabetes pela insulina, exceptuando o dos diabéticos obesos, tratamento que actualmente está muito facilitado pelo aparecimento da Protamina-Insulina (insulina de acção retardada) o qual, no entanto, muitas vezes tem de ser auxiliado com a junção de insulina, na mesma injeção. Continuando, o Dr. Ernesto Roma fez a demonstração dos casos tratados na Associação Protectora dos Diabéticos Pobres, onde as estatísticas mostram que, em média, um doente diabético, tratado pela insulina, dispense diariamente 2\$50, o que representa economia de tempo e de dinheiro, por ser mais fácil aos organismos encarregados da assistência, sejam estes de carácter oficial ou particular, dispor dessa quantia do que modificar os hábitos alimentares e económicos do doente, e o seu ambiente de trabalho e familiar, visto que o maior número de diabéticos que proum o clínico pertencem às classes menos abastadas e, portanto, sem condições propícias à execução de dietas rigorosas. A terminar, afirmou que, além do mais, o factor de se começar o tratamento do doente pela insulina abrevia-o consideravelmente, resituindo-se desse modo o doente mais depressa, ao trabalho.

Em prosseguimento do curso, realizaram-se, no dia 24, três lições, tendo os trabalhos deste dia sido iniciados pela lição do Dr. Filipe da Costa, no Salão Nobre do Hospital de S. José. Aquele cirurgião expôs o «Critério conservador em cirurgia torácica», tema que demonstrou, depois, nas enfermarias, em trabalhos práticos. À tarde, na Ordem dos Médicos, o Dr. Manuel Corte-Real fez uma lição, para um grupo dos frequentadores do curso, intitulada «Radiologia das vias urinárias», que ilustrou com várias

radiografias. À mesma hora, na Maternidade Magalhães Coutinho, outro grupo de ouvintes escutou uma lição subordinada ao tema «Distócias resolvidas por via normal», feita pelo Prof. Freitas Simões. Um terceiro grupo de assistentes do curso passou a tarde e parte da noite no banco do hospital de S. José.

O Prof. Carneiro de Moura fez, no dia 25, a primeira lição deste dia, ocupando-se de «Neoplasias malignas do aparelho génito-urinário». Disse que a maior parte dessas formações não são muito traiçoeiras na sua evolução, pois em cerca de 80 por cento dos casos, a hematuria é um sinal precoce. Pôs em foco o facto de nem sempre aquele sinal, tão importante, ser devidamente interpretado, e passou em revista as suas diversas localizações. Defendeu, a seguir, o critério da necessidade dos exames prostáticos de rotina, a partir dos 50 anos, e insistiu no facto de determinada neoplasia aparecer em idade especial, tantas vezes erradamente julgada como só podendo ser própria das lesões inflamatórias. A terminar, o Prof. Carneiro de Moura disse que ao contrário do que poderia julgar-se, a prova de diagnóstico biológico de certo cancro (prolanuria) não veio aumentar muito o diagnóstico precoce daquele tumor, o que se baseia, essencialmente, nos conhecimentos actualizados do primeiro clínico que vê o doente.

De tarde, na Maternidade Magalhães Coutinho, o Prof. Castro Caldas, ocupou-se de «Tuberculose genital», apontando a grande frequência com que esta afecção hoje se regista, mercê da melhoria do diagnóstico, baseado, fundamentalmente, em dados clínicos. Expôs os exames a usar para confirmar aquele diagnóstico.

Por último, na Ordem dos Médicos, o Dr. Max Schreck falou sobre «Radiologia do duodeno», documentando a sua lição com numerosos casos pessoais.

Os trabalhos do dia 26 iniciaram-se com uma lição, de manhã, no hospital de Curry Cabral, tendo-o feito o Dr. Cristiano Nina, que falou de «Toxinfecções alimentares». Depois de referir o aumento daquele tipo de ocorrências, mesmo em países de modelar sanidade, o conferente apreciou as suas causas desencadeantes e insistiu, sobretudo, nos perigos de ingestão de alimentos preparados com grande antecedência e insuficientemente preservados pelo frio ou expostos à contaminação por insectos (moscas e baratas), pelos ratos, ou por manipuladores porta-bacilos. Atribuiu o recente aumento de alarmantes ocorrências daquela natureza à maior tendência das populações urbanas e hábitos de alimentação colectiva nos locais onde a higiene nem sempre é irrepreensível. Descreveu depois a sintomatologia de cada um dos tipos de toxinfecções alimentares, dos quais citou exemplos concretos e indicou as normas de inquérito epidemiológico. Por último afirmou que, dado o carácter insuspeito da maioria dos alimentos contaminados, se torna absolutamente indispensável ampla vigilância bacteriológica dos produtos, rigorosa inspecção sanitária periódica dos estabelecimentos e do pessoal, acuteladas, umas e outras, por legislação convenientemente actualizada. À tarde, na Maternidade Magalhães Coutinho, o Dr. Kirio Gomes fez uma lição sobre «Hemorragias funcionais uterinas», e depois na Ordem dos Médicos, houve mais uma lição, feita pelo Dr. Carlos

Barbosa, intitulada «Radiologia em ginecologia e obstetria».

No Instituto Português de Oncologia realizou-se a primeira lição do dia 28, na qual foi versado o tema «Cancro do pulmão».

Falou, primeiro, o Prof. Lima Basto, que se referiu ao aumento da incidência do cancro do pulmão, citando vários factores etiológicos aos quais esse aumento é atribuído, nos vários países, entre os quais o tabaco, e referiu, por fim, os aspectos clínicos e os meios de diagnóstico. A seguir, o Prof. George Gander falou da anatomia patológica no estudo do cancro do pulmão, referido ao estudo citológico da secreção brônquica e dos derrames pleurais.

O Dr. Carlos Silvio Rebelo dissertou sobre o diagnóstico radiológico daquele cancro, focando vários outros aspectos radiológicos do diagnóstico diferencial, apresentando larga documentação.

Falou depois o Dr. Lopo de Carvalho, filho, acerca do exame broncoscópico no diagnóstico da neoplasia pulmonar, e, por último, o Prof. Dr. Lima Basto, voltou a falar, para se referir à terapêutica, afirmando que o cancro do pulmão é curável, por meio da cirurgia, desde que seja diagnosticado precocemente, e apontou os meios de efectivar esse diagnóstico.

À tarde, os médicos ouvintes do curso deslocaram-se ao Hospital do Ultramar, cujo director lhes dirigiu cumprimentos e apresentou o Dr. Paiva Chaves, que lhes ia falar das «Possibilidades da cirurgia reconstrutiva do membro superior».

Aquele cirurgião procurou mostrar o que hoje se pode pedir à cirurgia ortopédica, pondo em relevo, especialmente, o capítulo da patologia do membro superior, e passando em revista várias situações, tais como as lesões, o plexo braquial e dos nervos periféricos, secção de tendões flexores da mão, queimaduras, fracturas, esmagamento da mão, malformações, etc. A lição foi ilustrada com a exibição de filmes e apresentação de doentes tratados no hospital do Ultramar, que conta já mais de duzentos operados.

O Dr. Freitas de Sousa leu, depois, a mensagem que o presidente da Royal Society of Medicine proferiu na abertura do ano académico de 1952, sob o título «Cirurgia e cirurgiões».

O penúltimo dia de trabalhos foi preenchido com três lições, a primeira das quais, feita pelo Prof. Eduardo Coelho, versou o tema «O tratamento da insuficiência circulatória crónica». Depois de afirmar que as investigações hemodinâmicas dos últimos seis anos deram à fisiopatologia da insuficiência circulatória crónica novas bases, e que se supunha que a insuficiência cardíaca se identificava com a diminuição do débito cardíaco, referiu que os trabalhos experimentais vieram mostrar que essas conclusões eram erradas. De facto — acentuou — Harrisson, em 1935, aceitando os resultados experimentais, estabeleceu que podiam existir insuficiências cardíacas com valores altos do débito cardíaco. Continuando, o Prof. Eduardo Coelho aludiu ainda aos resultados das investigações de Cournand e de Mac Michael, que permitem dar uma definição hemodinâmica da insuficiência cardíaca, e projectou diferentes curvas da pressão de repleção diastólica da insuficiência ventricular esquerda, direita e biventricular, tiradas no laboratório do seu Serviço, nos quais se demonstra a exactidão

da definição que dá da insuficiência cardíaca. Sobre esta base, o conferencista estudou, depois, a acção de diversos medicamentos e demonstrou que o mecanismo da sua acção incide, principalmente, sobre a regularização das alterações hemodinâmicas. Mostrou, ainda, a importância da oxigenoterapia e do emprego de anti-coagulantes na insuficiência circulatória crónica. Por último, falou nas formas de insuficiência circulatória crónica, nas quais está indicada a intervenção cirúrgica, pois regulariza as perturbações hemodinâmicas.

Após a lição, os assistentes do Prof. Eduardo Coelho apresentaram doentes com cardiopatias submetidos à terapêutica exposta na lição.

As restantes lições deste dia preferiam-nas, na Ordem dos Médicos, o Dr. Rocha Pinto, que apresentou «Aspectos Radiológicos das lesões mais frequentes dos ossos», largamente documentados com numerosas radiografias, e, na Maternidade Magalhães Coutinho, o Dr. Félix Machado, sobre «Toxémias gravidicas».

A última lição do Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário, feita no Hospital de Santa Marta, no dia 29, coube ao Prof. Virgílio de Moraes, que se ocupou de «Doenças do estômago operado». Nela, o ilustre professor categrático pôs em relevo o valor da cirurgia gástrica na úlcera, que hoje atingiu grande eficácia e segurança, com mortalidade insignificante. Comparou os diversos métodos de gastrectomia, mostrando a superioridade do método de Billroth I, que pratica desde há mais de 25 anos, e falou, por último, das perturbações que se podem observar após estas operações gástricas, devidas, em geral, a má escolha de processos operatórios e a erros de técnica.

Os médicos ouvintes do curso reuniram-se, depois, num almoço, na Cooperativa Militar, no qual tomaram também parte o Prof. Cerqueira Gomes, que presidiu, e os Drs. Castro Soares, em representação do Ministério do Interior e da Direcção-Geral de Saúde; Andresen Leitão e Pimentel Barata, organizadores do Curso. Aos brindes falaram os Drs. Bivar Branco, delegado de Saúde em Évora, em nome dos médicos ouvintes do Curso; Castro Soares e Andresen Leitão e, por último, o Prof. Cerqueira Gomes, que começou por encarecer a importância dos Cursos de Aperfeiçoamento promovidos pela Ordem dos Médicos, e revelou que o próprio sr. Presidente do Conselho já lhe transmitiu os seus aplausos, ao mesmo tempo que lhes prometeu o seu valiosíssimo auxílio.

A certa altura o Prof. Cerqueira Gomes disse:

— O médico prático foi o verdadeiro criador da Medicina, e tem de ficar o seu melhor servidor. Porque a Medicina não é, como alternadamente e erradamente se tem defendido — nem celular, nem humoral, nem psicossomática, nem social — é tudo isto, é o conhecimento do homem total, do homem inteiro, a viver e a sofrer na equação do seu eu e das suas circunstâncias, das realidades naturais em que se integra, desde a família à profissão e à cidade. E não é a especialização, esclarecimento de um bocado, nem a equipa, iluminação de várias parcelas, que atingem a real, a segura Medicina, mas o médico que mais se aproxime do homem, que mais largamente o abarque na sua dimensão, para mais finamente o recortar na sua complexidade de pessoa. Por isso, aperfeiçoamos e defendemos o médico prático. Afinal, o que queremos é que a Medicina se não desumanize, nem por influências interiores que a desviem para o exclusivismo da técnica nem por forças externas, que a diluam num sentido de massa. Acuso o último destes perigos como o maior de todos. Nada desumaniza a Medicina como a massificação do seu exercício.

A terminar, o orador disse desejar que deste Curso levem os seus ouvintes boa semente.

Guarda-mor de Saúde de Lisboa

Na Direcção-Geral de Saúde tomou recentemente posse do lugar de guarda-mor de Saúde de Lisboa, que conquistou em concurso de provas públicas, o Dr. António Varejão Castelo Branco e Sousa.

Quinarrhenina Vitaminada

ELIXIR E GRANULADO

Alcalóides integrais da quina, metilarsinato de sódio e — Vitamina C

Soberano em anemias, anorexia, convalescenças difíceis. Muito útil no tratamento do paludismo. Reforça a energia muscular, pelo que é recomendável aos desportistas e aos enfraquecidos.

Fórmula segundo os trabalhos de Jusaty e as experiências do Prof. Pfannestiel

XAROPE GAMA

DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO NAS BRONQUITES CRÓNICAS

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR POLI-GLICERO-FOSFATADO (COM GLICEROFOSFATOS ÁCIDOS)

Depósito geral: FARMACIA GAMA — Calçada da Estrela, 130 — LISBOA

Hospital Escolar de Lisboa

Tomou posse a Comissão Instaladora e Administrativa

No gabinete do sr. ministro do Interior, tomou posse, no dia 13 de Novembro, a comissão instaladora e administrativa do novo Hospital Escolar de Lisboa, constituída pelo sr. tenente-coronel, na situação de reserva, António Emílio Simões da Mota, pelo Prof. Adelino Padesca e pelo Dr. Joaquim José Paiva Correia. Lido o respectivo auto, usou da palavra o Dr. Trigo de Negreiros, que começou por agradecer aos empossados o terem acedido a comporem a comissão instaladora e administrativa do novo hospital e, seguidamente, pôs em relevo a delicadeza e complexidade das funções em que acabavam de ser investidos, porquanto — afirmou — não se trata apenas de instalar e organizar o primeiro estabelecimento hospitalar do País, em cuja construção se despenderam algumas centenas de milhares de contos, mas também de conseguir que, no seu funcionamento, se atinja plenamente o seu duplo objectivo: assegurar a assistência aos doentes, sem que com isso se prejudiquem as funções pedagógicas que lhe cabem como hospital escolar.

Prosseguindo, o sr. ministro do Interior disse que a articulação dos seus serviços com os Hospitais Cívicos e ainda com os hospitais especializados — Júlio de Matos e Miguel Bombarda e Maternidade Dr. Alfredo da Costa — permitirá pôr à disposição da Faculdade de Medicina um vasto campo de observação e estudo, constituído por mais de 6.000 camas, podendo serem transferidos para aquele hospital os doentes internados nestes últimos, desde que a transferência seja aconselhada pelo exercício das funções pedagógicas ou no interesse da investigação científica.

É que, interessando a formação dos médicos, por igual, às Faculdades que os habilitam ao exercício da profissão e aos hospitais em que a exercem, a lei n.º 2.011 cometeu, e bem, aos Hospitais Centrais de Lisboa, Porto e Coimbra a função não só assistencial, mas ainda pedagógica, visto que todos funcionam em centros universitários.

É acrescentou:

— Numa palavra, Faculdades e Hospitais Centrais têm de conjugar esforços no sentido de melhorar a preparação científica e técnica dos médicos, como condição indispensável aos progressos da Medicina e à conservação e defesa da saúde pública.

Ora, para que os Hospitais Centrais, que incluem os Hospitais Escolares, possam desempenhar cabalmente a sua missão, não basta seguramente construir edificios magníficos, pois estes só por si pouco representam: o que importa é assegurar o seu funcionamento e manutenção, em condições de garantir-se a eficiência dos serviços, dentro dos recursos financeiros postos ao dispor da sua administração.

Em Portugal não tem existido escola nem tradição de verdadeiros administradores hospitalares. É necessário criá-las. Para tanto muito poderá contribuir a comissão a que acabo de dar posse, atendendo a que os seus componentes, por provas já anteriormente prestadas, constituirão exemplo e lição para quantos se debruçam sobre os problemas, cada vez mais complexos, duma boa administração hospitalar.

Se, no que toca às funções pedagógicas e à investigação científica, a orientação compete ao Ministério da Educação Nacional, o Ministério do Interior procurará que, sem prejuízo delas, a administração se desenvolva segundo normas que visem a maior eficiência dos serviços com o máximo de economia. Quer dizer: com o funcionamento do hospital despendem-se a verba que for julgada necessária, mas só esta, suprimindo-se corajosamente os gastos inúteis ou superfluos.

O Dr. Trigo de Negreiros terminou declarando que, para o desempenho da sua missão, a comissão podia contar com o

apoio do Governo, empenhado em que ela alcance pleno êxito.

O sr. tenente-coronel Simões da Mota, que falou depois, disse:

— Os membros da comissão administrativa do novo Hospital Escolar sentem-se honrados com a distinção que V. Ex.ª lhes quis conceder, escolhendo-os para o desempenho das funções em que acabam de ser investidos.

É difícil a missão? Incontestavelmente que o é, pois é sempre difícil administrar com espírito de economia, aquela economia que se impõe, sobretudo quando as verbas de que se dispõe obrigam a ser-se parcimonioso nos gastos.

Mas as dificuldades que se nos apresentarem serão, seguramente, vencidas pelo conhecimento que, tanto os meus ilustres companheiros como eu, possuímos do que é a administração hospitalar, uma vez que, qualquer de nós, não é inexperiente e já provas tem dado neste ramo de administração.

Contamos por isso connosco, e esperamos contar com a boa compressão — que nunca nos faltará —, apoio e boa colaboração do ilustre corpo docente, clínico, pessoal de enfermagem e administrativo que connosco vai trabalhar.

Sobretudo aos ilustres professores e médicos que no novo hospital vão ter oportunidade de mostrarem mais uma vez o valor do seu saber, a proficiência na sua missão — que é sacerdotário — a comissão, agora empossada, espera dever-lhes — e nisto só justiça faz às suas qualidades de inteligência — a atenção de nunca julgarem quaisquer atitudes que nos vejamos forçados a tomar como actos de menos consideração pela sua honrosa profissão ou como peias à sua meritória e caritativa missão de restituírem à sociedade, como válidos, aqueles que ao seu saber recorreram para lhes ser restituída a saúde que tinham perdido.

Podem estar certos de que a comissão põe como lema principal da sua actuação o proporcionar-lhes, dentro do possível, todos os meios que necessário se tornem para

o bom desempenho das suas actividades profissionais, a bem da humanidade.

A V. Ex.ª, sr. ministro, bem como ao sr. subsecretário de Estado, eu dou a garantia plena, pelos meus ilustres colegas e por mim, de que procuraremos sempre corresponder à confiança que em nós foi depositada, escolhendo-nos para o desempenho destas funções.

Inteligência e energia, tudo será oferecido em holocausto ao exercício da nossa missão; esforços e canseiras não regatearemos e não sentiremos para que bem possamos corresponder àquilo que V. as Ex.ªs de nós esperam, nomeando-nos para a comissão agora empossada.

Lealdade? Não a ofereço porque, talvez por educação profissional, entendo que a lealdade não se oferece. Dela se faz implícita dádiva — que é obrigação — ao aceitarmos qualquer cargo, ao desempenharmos qualquer função para que tenhamos sido chamados. Desde que V. Ex.ª, sr. ministro, em nós confiou, escolhendo-nos para esta missão, tem o incontestável direito de — em tudo — com a nossa lealdade contar.

Com o amparo e apoio dos srs. ministro e subsecretário de Estado, a boa colaboração de todos quantos conosco tenham de trabalhar e a nossa boa vontade — que é total — em acertar, em Deus confio havemos de atingir o fim que todos desejamos: fazer com que o Hospital Escolar seja instituição útil aos que a ele recorram, isto é, que o Hospital Escolar seja a bem da Nação».

No final, usou da palavra o Prof. Adelino Padesca, que, em breves palavras, aludiu aos funcionamento dos hospitais, nos últimos cinquenta anos, e ao desenvolvimento dos respectivos serviços, que presentemente diferem muito do que eram no tempo em que começou a estabelecer contacto com eles. Concluiu, afirmando que, como bem dissera o sr. tenente-coronel Simões da Mota, os membros da comissão estavam na disposição firme de bem cumprir.

Dr. Nobre Cartaxo

Por ter sido promovido ao posto de major, foi nomeado director do Hospital Militar Regional n.º 4, em Évora, o Dr. José Alfredo Nobre Cartaxo.

DR. ALMERINDO LESSA



O embaixador da França com os condecorados

O embaixador da França entregou, no dia 2 de Novembro, ao Dr. Almerindo Lessa, durante uma cerimónia íntima no Palácio de Abrantes, em Lisboa, a cruz de Cavaleiro da Legião de Honra, com que o Governo daquele país agraciou, recentemente, aquele clínico.

Assistiram ao acto a esposa do embaixador, pessoas de família e relação do Dr. Almerindo Lessa, a esposa e filhos do sr. Carlos Monteiro, presidente da Associação Comercial de Lisboa, que, no decorrer da mesma cerimónia, recebeu a cruz de Oficial da mesma Ordem, o adido cultural e o cônsul da França.

V I D A M É D I C A

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 24 de Dezembro a 3 de Janeiro)

Dia 24 — Noticia-se a passagem por Amarante do Eng. Maçãs Fernandes, Director da Comissão de Construções Hospitalares, com o fim de averiguar das possibilidades de aproveitamento do edificio e terrenos do antigo quartel para o novo Hospital Sub-regional.

O novo hospital terá a lotação de 100 camas e com modernas instalações médicas e cirurgicas. Os trabalhos iniciam-se em 1953.

27 — Inauguram-se no Hospital de Santo António, do Porto, dois aparelhos de radioterapia: um de contacto e outro de profunda. Este é o mais potente e moderno do país. O Governador Civil, colega Braga da Cruz que preside à cerimónia, refere-se ao acto, ao próximo início do Internato clinico e oferece 60 mil escudos para actualização do material de fisioterapia. Daremos noticia pormenorizada do acontecimento.

— Parte para Bombaim o Prof. Edmundo de Lima Basto, de Lisboa, que vai participar no Congresso Internacional de Luta Contra o Cancro, de que é secretário geral.

28 — São eleitos os novos corpos gerentes da Misericórdia do Porto. É seu provedor o nosso illustre colaborador, Prof. Luis de Pina.

29 — O «Diário do Governo» nomeia o agron. Francisco Gustavo Tavares de Almeida presidente da Comissão Reguladora dos Produtos Químicos e Farmacêuticos.

— O Instituto de Sintra oferece um almoço de homenagem ao Prof. Celestino da Costa por motivo da sua graduação «honoris causa» pela Universidade de Mompilher.

— Num dos restaurantes da capital, realiza-se um jantar comemorativo do 25.º aniversário do funcionamento em instalações próprias do Instituto Português de Oncologia.

Preside o Prof. Francisco Gentil e assistem 60 médicos que prestam serviço naquele estabelecimento hospitalar, entre os quais se encontra o Prof. Bernard Guedes.

No final, o Dr. Arsénio Cordeiro, em nome dos presentes, traça o elogio do Prof. Francisco Gentil, que agradece.

30 — A Associação Médica Pan-Americana, de Nova Iorque, elegeu seu membro honorário o Dr. Henrique Moutinho, tendo em vista o valor do seu trabalho no campo da oftalmologia. Aquela importante agremiação científica fez a respectiva comunicação ao Dr. Henrique Moutinho, convidando, também o nosso compatriota a participar na reunião da mesma associação no próximo ano.

Estrangeiro

— Realiza-se em Bruxelas a Assembleia Geral da Associação Europeia contra a Poliomielite; foram admitidos 8 novos membros, o que eleva a 13 o número de países europeus que aderiram. Foi resolvido realizar em Abril do ano corrente em Copenhague um Simpósio sobre problemas relacionados com as recentes epidemias de poliomielite na Europa.

— Realiza-se em Berna, numa das salas da Universidade, uma sessão de homenagem à memória do Dr. Alberto Wander, fundador dos importantes laboratórios deste nome, que morreu em 1950. Durante aquela cerimónia, que se efectuou em 22 de Novembro último com a assistência duma elite universitária e das autoridades, foi salientada a acção benemerita que exerceu o Dr. Alberto Wander — que era doutor em medicina «honoris causa» — fornecendo assim para a investigação científica nos domínios da Medicina. Esta comemoração foi seguida

de recepção oferecida aos participantes pelo Sr. Jorge Wander, digno continuador da obra de seu pai.

— O Dr. Chisholm, director geral da Organização Mundial da Saúde, tornou pública a sua decisão de não aceitar a renovação do seu contracto, que a 5.ª Assembleia Mundial de Saúde lhe tinha oferecido em Maio último. O actual contracto do director geral da O. M. S. termina em 21 de Julho de 1953. A referida Assembleia ofereceu-lhe novo contracto por um período máximo de 3 anos mais.

— Celebrou-se recentemente no salão nobre da Universidade de Bruxelas o 118.º aniversário desta Universidade. Foi prestada homenagem aos fundadores e aos estudantes mortos durante as duas guerras.

— Em Madrid, no Salão de Actos do Colégio de Médicos, realizou-se no dia 20 de Novembro último, a sessão inaugural da Associação Espanhola de Escritores Médicos, tendo o Dr. Blanco Soler realizado uma conferência com o título «A vulgarização da medicina». Presidiram o Ministro da Educação Nacional e o Director Geral de Sanidade.

— Celebrou-se em Madrid o colóquio internacional em honra de Ramon y Cajal, comemorativo do centenário do nascimento daquele eminente histologista — glória da ciência espanhola, com a assistência de numerosas personalidades, entre as quais 50 estrangeiros.

— Noticiam de Roma que as experiências do Dr. Waksman, decobridor da estreptomicina e recentemente galardoado com o prémio Nobel de medicina, foram coroadas de êxito, conseguindo descobrir um remédio eficaz contra a gripe.

— A Associação Europeia contra a poliomielite, criada em 1951, celebrou em Bruxelas a sua primeira Assembleia Geral. Foi eleito presidente o Prof. Pierre Lepine (França).

— No passado mês de Novembro realizaram-se na Suíça dez Congressos médicos, sendo 5 só em Berne.

— O Comité Directivo do Hospital Bermondsey e Southwark, de Inglaterra aprovou uma proposta para instruir como Enfermeiras vinte e cinco meninas espanholas. Aguarda autorização do Ministro da Saúde para prosseguimento, devendo serem escolhidas as futuras enfermeiras em Barcelona.

— A Deputação Provincial de Madrid concedeu o prémio Ramon y Cajal ao Dr. José Luiz Mingo Alsina.

— No Congresso Internacional de Oftalmologia, que se realizou em Chicago, um especialista inglês apresentou sessenta casos de doentes operados de cataratas, nos quais foi substituído o cristalino por uma lente de plástico; obtiveram-se excelentes resultados; não são necessários óculos.

AGENDA

Portugal

O V Congresso Internacional de Neurologia realiza-se em Lisboa de 7 a 12 de Setembro de 1953, sendo secretário geral o Prof. Almeida Lima (Hospital Júlio de Matos, 53, Avenida do Brasil, Lisboa).

Estrangeiro

Prémio do livro Médico-Cirúrgico

O prémio anual do livro Médico-Cirúrgico, no montante de 100.000 francos, distribuído pela «Presse Médicale» e correspondente a 1952, será entregue na Faculdade de Medicina de Paris no dia 23 de Março de 1953.

Congresso Internacional Abolicionista

Vai realizar-se o Congresso Internacio-

nal Abolicionista, organizado pela Federação Abolicionista Internacional, com sede na Suíça, e que terá a participação de portugueses. Nele serão tratados os seguintes problemas: «O ficheiro sanitário e social da prostituição»; «Princípio de actuação da Polícia em matéria de costumes»; «A polícia de costumes em França»; «Premias de um inquérito sobre certos factores psicológicos da prostituição»; «Aproveitamento social das pessoas dadas á prostituição e dos seus exploradores».

A discussão destes quatro pontos dará grande animação ao Congresso, porque vai ser considerado o programa base da campanha de moralidade em todo o Mundo.

Quaisquer informações podem ser solicitadas ao Dr. Arnaldo Brasão, Avenida Poeta Mistral, 17-2.º-esq., Lisboa.

— Nos dias 21 a 23 de Maio próximo vai realizar-se em Copenhague o 2.º Congresso Europeu de Alergia. Os assuntos a tratar são os seguintes:

1.º — Alergia e as hormonas cortico-suprarrenais.

2.º — Alergia e infecção.

Fornece esclarecimentos o secretário geral do Congresso, Dr. Egon Bruun — Gersonvej, 8, Hellerup, Copenhague, Dinamarca.

— Numa reunião realizada em Genebra, com a assistência de nove médicos especialistas de gripe que vieram de vários países, discutiu-se a forma de combater as epidemias daquela doença. O Dr. Andreus, director do Centro Mundial de Gripe, de Londres, declarou que não se conhecem as causas dessas epidemias e que não é possível evitar que se repita uma epidemia como a de 1918-1919 — a maior praga da história — que custou à Humanidade 15 milhões de mortos.

— Realiza-se no ano corrente em Genebra (24 a 28 de Agosto) o VIII Congresso Internacional das doenças reumatismas, sob a presidência do Dr. Jarlov, de Copenhague, presidente da Liga Internacional contra o reumatismo.

— A Liga contra o tracoma, cuja Assembleia Geral se reunirá em Paris durante o Congresso da Sociedade francesa de Oftalmologia (Junho de 1953), resolveu atribuir pela primeira vez neste ano uma bolsa de estudos de 200.000 francos a um candidato designado em concurso documental; o estágio será feito em Alger, Tunis ou Rabat-Salé.

— Nos dias 15 a 19 de Julho de 1954 vai realizar-se em Basileia a Conferência Internacional sobre as trombozes e as embolias, sendo secretário geral o Dr. Merz (Clínica Ginecológica universitária — Basileia).

— Em 13-15 de Maio do ano corrente realiza-se o XIV congresso dos pediatras de língua francesa, em Bruxelas.

— O VIII Congresso Internacional dos Hospitais realiza-se no ano corrente em Londres nos dias 25 a 30 de Maio.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(Desde 23-XII a 30-XII-952)

23-XII

Dr. Luis José de Pina Guimarães — reconduzido por mais um biénio no cargo de secretário da Faculdade de Medicina da Univ. do Porto.

Dr. Amândio Gomes Sampaio Tavares — aprovado o termo do contrato, por conveniência urgente de serviço, para o desempenho das funções de segundo-assistente, além do quadro, da Fac. de Med. da Univ. do Porto.

Dr. Francisco Norton Brandão — aprovado o termo do contrato, por conveniência urgente de serviço, para o desempenho das funções de segundo-assistente, além do quadro, da Fac. de Med. da Univer. de Lisboa.

O MÉDICO SEMANARIO DE ASSUNTOS MÉDICOS E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.^{os} 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 (chef. da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroude, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de 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 Sarmiento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Dir. de Serv. Técn. 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 Disp. 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.to António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.to António), José Aroso, J. Frazão de Nazareth (Dir. do Hosp. de S.to António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hosp. de S.to 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 (Sub-director do Hospital de Santo António)

DELEGADOS: MADEIRA — Celestino Maia (Funchal); ANGOLA — Alexandre Sarmiento (Nova Lisboa); MOÇAMBIQUE — Francisco Fernandes J.^{or} (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)

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 Gynæcologica 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.^{da} — L. Trindade Coelho, 9-2.^o — Lisboa — Telefone 27507

BISMUCILINA

Bial

INJECTAVEL

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.

Caixas de 1 e de 6 ampolas



SÍFILIS (EM TODAS AS FORMAS E PERÍODOS)
AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

NA SÍFILIS — COM UMA SÓ AMPOLA, DUAS VEZES POR SEMANA, UM DUPLO EFEITO:

1. EFEITO RÁPIDO DA PENICILINA
2. EFEITO «PROFUNDO, ESTERILIZANTE E DURADOURO» DO BISMUTO