

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 154
12 de Agosto de 1954

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

Infecções

**UMA CONCEPÇÃO NOVA NA
TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA**

3 ACCÕES

- Antibiótica específica
- Imunizante inespecífica
- Modificadora do terreno

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

APRESENTAÇÃO

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

OMNACILINA

AZEVEDOS

LABORATÓRIOS AZEVEDOS
MEDICAMENTOS DESDE 1775



E

SUMÁRIO

| | Pág. |
|--|------|
| F. FIGUEIRA HENRIQUES — <i>Para um melhor conhecimento dos «Mucancalas» do Baixo Cunene</i> | 679 |
| JOSÉ AUGUSTO RIBEIRO GRAÇA — <i>A mortalidade geral e por algumas doenças infecciosas, em Portugal Continental</i> | 681 |
| MOVIMENTO MÉDICO — <i>ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS</i> — O diagnóstico etiológico das vertigens ... | 692 |
| Resumos da Imprensa Médica | 696 |

SUPLEMENTO

| | Pág. |
|--|------|
| Os críticos e as Confrarias — JOAQUIM PACHECO NEVES | 557 |
| Ecos e Comentários | 558 |
| O Ensino Médico na Suíça — J. M. PACHECO DE FIGUEIREDO | 560 |
| Guerra ao fumo | 562 |
| Noticiário diverso. | |

Para um melhor conhecimento dos “Mucancalas” do Baixo Cunene



F. FIGUEIRA HENRIQUES

(Médico do Quadro Comum do Ultramar)

Se são interessantes e vantajosos os trabalhos antropológicos efectuados nas diversas populações ultramarinas, revestem particular importância os que se relacionam com os «mucancalas», como são chamados no Baixo Cunene os indígenas pertencentes ao grupo étnico dos «homens dos bosques» — os «bosquimanos».

De facto, a natureza nómada; as relações precárias com os outros povos; a sua timidez; a condição elevada em que colocam a mulher e a família, se fizermos a comparação com os outros negros; a sua linguagem; a sua alimentação; o pouco interesse que lhes merece o futuro, vivendo só o presente, nada guardando, nada poupando; a sua fragilidade e pequena resistência; em suma, tudo nos apaixonou no estudo destas gentes tão pouco acessíveis, primitivas e escassas.



Localização do Baixo Cunene

Os nossos trabalhos são resultantes dos exames a que procedemos em muitas centenas de homens, mulheres e crianças mucancalas que habitam as áreas quase despovoadas do leste do Baixo Cunene, esta região semi-desértica do sul de Angola que, geologicamente, é a continuação do Kalahári.

No estudo que ocupa este artigo, faz-se referência aos valores que encontramos nas diversas medições e pesagens efectuadas em 416 mucancalas masculinos, com idades aparentes compreendidas entre 18 e 40 anos.

CARACTERES MERÍSTICOS

1 — Estatura

A média dos valores encontrados é igual a 154,5 centímetros, variando os valores de 1,45 a 1,69 metros.

2 — Diâmetro biaxilar

Determinado com os braços caídos encontramos valores

compreendidos entre 22,5 e 30,5 centímetros e a média de 23,5 centímetros.

3 — Perímetro torácico

É o perímetro obtido ao nível dos mamilos e no estado passivo.



«Mucancalas» do Baixo Cunene

Encontrámos 73 centímetros para média e valores compreendidos entre 70 centímetros e 87.

4 — Peso

Determinado com os indivíduos nus.

Os números encontrados variam entre 34 quilos e 63, com a média de 44 quilos.

Deve frizar-se que encontramos valores bastantes superiores a esta média em mucancalas que regressavam de Moçâmedes ou de Gabela depois de um contrato de trabalho, mas estes indígenas não foram por nós considerados no presente estudo.



«Mucancalas» do Baixo Cunene

Só referimos o facto para se ver que os mucancalas também engordam quando são... bem tratados!

5 — Altura do busto

Seguimos o método de BERTILLON, determinando a altura do indivíduo sentado num banco e tirando ao valor encontrado a altura do banco.

Encontrámos valores compreendidos entre 72 e 86 centímetros com a média de 78 centímetros.

6 — *Comprimento da cabeça*

O diâmetro cefálico ântero-posterior máximo apresentou valores limites de 18,5 e 20,6 com a média de 19,1 centímetros.



Mulheres

7 — *Largura da cabeça*

Achamos os seguintes números para o diâmetro cefálico transversal máximo:

limites: 13,3 e 15
 média: 14,3 centímetros

8 — *Comprimento do nariz*

Os valores encontrados variam de 3,9 a 5,1 centímetros. A média foi de 4,22 centímetros.

9 — *Largura do nariz*

Encontramos os valores limites de 3,1 e 4,7 centímetros e a média de 3,94 centímetros.



Crianças

Com os valores encontrados determinamos o tipo morfológico e vários índices.

A) — *Tipo morfológico*

Que nos é dado pela relação entre a estatura (A) e o diâmetro biaxilar (Db_a)

$$\frac{A}{Db_a} = \frac{154,5}{23,3} = 6,57$$

B) — *Índice de Pignet*

Servimo-nos da conhecida expressão:

$$IP = \text{Altura} - (\text{Perímetro torácico} + \text{pêso})$$

$$IP = 154,5 - (73 + 44) = 154,5 - 117 = 37,5$$

Índice de Pignet = 37,5



Um «caso» pouco vulgar: uma mucancala engraçada

C) — *Índice célico*

É a relação centesimal entre a altura do busto e a estatura.

$$IC = \frac{\frac{b}{A} Ab}{A} = \frac{78}{154,5} \times 100 = 50,4$$



Veio à Vila e enfeitou-se

D) — *Índice cefálico*

Que é a relação centesimal entre a largura (L_c) e o comprimento da cabeça (C_c)

$$IC_f = \frac{L_c}{C_c} = \frac{14,3}{19,1} = 74,8$$

E) — Índice nasal

Relação centesimal entre a largura (Ln) e comprimento do nariz (Cn)

$$In = \frac{Ln}{Cn} = \frac{30,4}{42,2} = 93,3$$

Em face destes resultados concluímos:

- Efectuaram-se medições e pesagens em 416 «bosquimanos» masculinos residentes nas regiões orientais do Baixo Cunene, com idades compreendidas entre 18 e 40 anos.
- A estatura média encontrada foi de 154,5 centímetros, muito inferior ao normal da humanidade.
- O valor médio do perímetro torácico medido no estado passivo e ao nível dos mamilos foi de 73 centímetros.
- A média do diâmetro biaxilar é igual a 23,5 centímetros.
- O peso médio do «mucancala» desta região é 44 quilos.
- O valor médio da altura do busto é igual a 78 centí-

metros, donde os membros inferiores medirem 76,5 centímetros.

- O comprimento da cabeça destes indígenas deu a média igual a 19,1 centímetros.
- A largura da cabeça tem um valor médio de 14,3 centímetros.
- É de 4,22 centímetros o comprimento do nariz dos mucancalas.
- A largura do nariz tem um valor médio de 3,94 centímetros.
- O «mucancala» do Baixo Cunene é longilíneo, pois a relação encontrada entre a estatura e o diâmetro biaxilar (6,57) é maior que 6.
- O índice de Pignet igual a 37,5 traduz a fraca constituição destes indígenas.
- Os «mucancalas», segundo GIUFFRIDA - RUGGERI, são macroscélicos, pois têm um índice de 50,4.
- São também hiperdolicocéfalos, segundo DENIKER pelo seu índice cefálico ser de 74,8.
- Segundo COLLIGNON, os mucancalas do Baixo Cunene são considerados platirríneos pelo seu índice nasal ser igual a 93,9.

A mortalidade geral e por algumas doenças infecciosas, em Portugal Continental

JOSÉ AUGUSTO RIBEIRO GRAÇA

(Conclusão do número anterior)

Em Portugal, a tuberculose (todas as formas), forneceu, de 1918 a 1948, os números seguintes:

| Ano | Obito | Ind. por 100.000 hab. |
|------|--------|-----------------------|
| 1918 | 8.216 | 136,6 |
| 1919 | 8.166 | 135,6 |
| 1920 | 8.823 | 146,3 |
| 1921 | 8.316 | 136,8 |
| 1922 | 8.931 | 145 |
| 1923 | 9.825 | 157,5 |
| 1924 | 10.544 | 166,9 |
| 1925 | 10.119 | 158,2 |
| 1926 | 10.475 | 161,8 |
| 1927 | 12.185 | 185,9 |
| 1928 | ? | ? |
| 1929 | 12.372 | 184,3 |
| 1930 | 13.013 | 191,6 |
| 1931 | 12.172 | 177 |
| 1932 | 11.685 | 167,7 |
| 1933 | 12.370 | 175,3 |
| 1934 | 11.812 | 165,3 |
| 1935 | 11.685 | 161,1 |
| 1936 | 11.688 | 159,5 |
| 1937 | 11.181 | 150,8 |
| 1938 | 11.467 | 152,8 |
| 1939 | 10.867 | 143,1 |
| 1940 | 11.764 | 153,1 |
| 1941 | 12.454 | 160,1 |
| 1942 | 12.566 | 159,7 |
| 1943 | 12.068 | 151,7 |
| 1944 | 11.645 | 144,8 |
| 1945 | 12.336 | 151,7 |
| 1946 | 12.905 | 156,9 |
| 1947 | 12.724 | 153,1 |
| 1948 | 12.423 | 147,9 |

Em 1913 tiveram os ingleses uma morbidade tuberculosa geral, dada por 111.100 casos declarados, cifra que em 1948 se reduziu para 52.600.

O ritmo do aumento do número de leitos, tem sido, até há pouco, o seguinte, na Inglaterra e País de Gales:

| em 1912 existiam | 5 a 6.000 leitos |
|------------------|------------------|
| » 1921 | » 19.000 » |
| » 1944 | » 30.000 » |
| » 1945 | » 31.000 » |
| » 1946 | » 32.000 » |
| » 1947 | » 32.700 » |
| » 1948 | » 33.400 » |

No entanto, lá também, nem tudo está satisfatoriamente solucionado, pois que:

| em 1944 ... | 4.300 tuberculosos aguardavam hospitalização |
|-------------|--|
| » 1945 ... | 5.400 » » » |
| » 1946 ... | 7.000 » » » |
| » 1947 ... | 8.000 » » » |
| » 1948 ... | 9.200 » » » |
| » 1950 ... | 11.000 » » » |

Vejamos ainda este outro quadro, que nos indica a nossa posição, de 1934 a 1936, entre 32 países:

MORTALIDADE POR TUBERCULOSE (n.ºs redondos)

Índices por 100.000 habitantes (1934-36)

| | | | | | |
|-----------------------|------|-----|--------------------|------|-----|
| Chile | 1935 | 250 | Irlanda (Norte) | 1936 | 103 |
| Finlândia | 1934 | 191 | Lituânia | 1935 | 101 |
| Japão | 1935 | 191 | Suíça | 1936 | 95 |
| Estónia | 1935 | 167 | Suécia | 1936 | 92 |
| Rumânia | 1933 | 166 | Itália | 1936 | 87 |
| Portugal | 1935 | 162 | Bélgica | 1935 | 76 |
| Hungria | 1935 | 159 | Escócia | 1936 | 74 |
| Islândia | 1934 | 145 | Alemanha | 1934 | 72 |
| Grécia | 1935 | 136 | Inglaterra | 1936 | 69 |
| Checoslováquia | 1936 | 129 | Canadá | 1936 | 61 |
| Uruguai | 1935 | 129 | Estados Unidos | 1936 | 56 |
| França | 1934 | 126 | Holanda | 1939 | 50 |
| Est. Livre da Irlanda | 1936 | 117 | Dinamarca | 1936 | 47 |
| Noruega | 1934 | 113 | Austrália | 1935 | 43 |
| Austria | 1935 | 109 | União Sul-Africana | 1935 | 40 |
| Espanha | 1935 | 107 | Nova Zelândia | 1935 | 39 |

Mas estávamos nós, em tão incompleta e pouco ordenada síntese, a tentar mostrar um pouco do que nestes anos mais chegados se tem realizado, quando novamente escorregámos para o absorvente e complexo problema da tuberculose, no que se terá sacrificado a lógica sequência de toda esta meia dúzia de dados, um pouco ao jeito de quem, pretendendo dar arrumação aos livros numa estante, o faça, por exemplo, encaixando entre dois volumes numa Obra de História Universal, um outro respeitante às propriedades terapêuticas das águas de Melgaço!...

Daqui resulta que teremos agora de retroceder, no intuito de tentar encontrar a última ponta do nosso raciocínio.

Continuemos pois, e seja o que Deus quiser, já que agora será humanamente impossível subtrair a tão modesto trabalho, o aspecto de manta de retalhos...

E continuemos, dando dentro de breves momentos a palavra a alguém, que de há muitos anos se vem fervorosamente dedicando ao estudo dos complexos e vastíssimos problemas que constituem a *Medicina Social*.

Ora no campo da Medicina Social, algo também se tem realizado. Faça-se uma referência especial à criação, em 1929, da enfermeira-visitadora sanitária, que foi um dos mais vigorosos passos dados em matéria de saúde pública, neste século.

O assunto é complicado também, extenso, condicionado por muitos factores, e por uma razoável evolução de conceitos, como o sugere o que a seguir transcrevemos, palavras proferidas em 1939 pelo Dr. Fernando da Silva Correia:

«...Basta dizer que a assistência moderna, desiludida com as experiências que pretendiam provar como a acção benéfica devia ser exercida principalmente em estabelecimentos centralizadores (assistência fechada), voltou à prática dos primeiros tempos do cristianismo, adaptando à vida moderna a intuição dos diáconos e diaconisas com o nome recente de serviço social, de origem anglo-saxónica, servindo-se de assistentes sociais e visitadoras; que a assistência moderna é inseparável da Higiene e da Pedagogia e aproveita os mais recentes conhecimentos da ciência, para os pôr à disposição do bem dos necessitados; que evita quanto possível ter de dar remédio aos males, mas prefere evitá-los antes, sempre que pode.

Essa orientação nova da assistência exige evidentemente uma técnica que é mais difícil do que as aparências por vezes fazem supor, e que é impossível de improvisar, ao contrário do que muita gente imagina.

Uma das primeiras tarefas a realizar, é a do estudo do meio em que vivem os necessitados e das causas da miséria individual e colectiva, feito com a mesma meticulosidade que o médico põe no diagnóstico das enfermidades e das epidemias».

E mais adiante diz, sintetizando o que afinal é a Medicina Social:

«Se o dispensário especializado é indispensável nos grandes centros, nos meios pequenos o tipo preferível é o mixto com secções de higiene pré-natal, da primeira infância, medicina escolar, luta contra a sífilis, contra o cancro, contra a tuberculose; de medicina preventiva e profilaxia a um tempo da doença, da miséria, do vício, do crime, da prostituição, da loucura, da cegueira, e de toda a invalidez precoce».

Pode dizer-se mais, ou melhor, em tão curto espaço? Não cremos. E o que sobretudo nos interessa focar é que, estas palavras, de 1939, podem também, ainda com bastante propriedade, ser de hoje.

Mas dos muitos problemas que esta síntese tão feliz realça, alguns se têm acarinhado e diligenciado resolver.

Também neste campo, nem tudo está feito ainda? Pois não, mas já não é mau verificar-se que também os assuntos não estão votados ao abandono, e que afinal, nem tudo está por fazer e começar. E o melhor lamento, pelo que se não fez, será trabalhar a dobrar. A maior punição, se para ela houver lugar, não esmorecer nem descansar, enquanto não estiver de pé toda a obra de que necessitamos.

Aqui ainda, há boas esperanças, há tristes realidades, e há consoladoras certezas.

Destaquemos a luta médico-social a favor dos cardíacos, entusiasticamente iniciada em 1941 em Coimbra por um ilustre Professor, com o Centro de Cardiologia Médico-Social, que tão bons frutos tem produzido e cuja utilidade se avaliará, se nos lembrarmos que morrem anualmente em Portugal, por doenças cárdio-vasculares, cerca de 24 mil portugueses.

Destaquemos a acção médico-social a favor dos diabéticos pobres, iniciada em 1926.

A luta contra os reumatismos, tão entusiasticamente mantida pela Associação Portuguesa de Reumatologia, e pelo Centro de Reumatologia de Lisboa. E hoje sabe-se bem, que não há que descurar o «problema do reumatismo», tão importante, tanto médica como socialmente.

A criação em 1949, do Centro de Profilaxia da Velhice. Concordemos em que o problema da Alimentação e da Nutrição, também não tem sido de todo descurado, mediante a realização de judiciosos inquéritos alimentares, praticamente iniciados em 1932, com os trabalhos do Dr. Meliço Silvestre.

A luta contra os estupefacientes, começada por nós em 1923, por legislação depois actualizada por Ricardo Jorge, em 1926. Etc., etc., etc..

Muitas e eficazes medidas têm de facto sido tomadas no domínio médico-social.

Meia dúzia de números, respeitantes a verbas gastas com a saúde pública, também nos elucidarão.

Essas verbas passaram de 7.500 contos, em 1938, para 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!

Em obras para a assistência, o Ministério das Obras Públicas dispendeu de 1928 a 1950, 790.000 contos!

Para o ano de 1953, o Subsecretariado de Estado da Assistência, determinou a distribuição de subsídios a instituições de assistência, que atingem o montante de 209.887.000\$00.

Mas não há que chorar o que se gasta, quando a soma é bem empregue. Que neste caso, é como diz Newsholme:

«A saúde vale toda a despesa que com ela se faça, desde que necessária, quer para a conservar, quer para a readquirir quando tenha alguma vez decaído».

Se tivermos presente, que para tornar eficientes as obras da medicina social, se requiere para a população, suficiência de meios económicos, um mínimo de cultura intelectual, de educação sanitária, e de salubridade do ambiente, em toda a acepção da palavra, avaliaremos do caminho já percorrido, e do que falta ainda percorrer.

É que a caminhada é longa e penosa. São muitos os obstáculos a vencer.

Não haverá ninguém que discorde da imperiosa necessidade de encarar certas doenças, sob o seu aspecto social. Mas os problemas que esse facto, tão simples na aparência, traz associados?

É coisa fácil, na generalidade, encontrar cabal solução, e a curto prazo, para os factores higiene, educação, alimentação, subvenção aos doentes, etc., etc.? A solução dum problema, implica a solução de muitos outros.

E a educação sanitária, o nível de cultura da população, pelo menos os indispensáveis para se poder esperar uma colaboração eficaz nas medidas de sanidade?

Não haverá ninguém, de sãs e humanas intenções e actualizados conceitos, que discorde de que, devendo-se acompanhar os progressos da medicina curativa, se deve no entanto realizar um maior esforço nos domínios da preventiva.

Mas para isso, quantos obstáculos a vencer? Qual o prazo mínimo que é forçoso aguardar, até que se comecem a colher os frutos dessa orientação? Queremos nós dizer enfim, que, se devemos aplaudir o que se realizou já, quanto ao que ainda se não conseguiu, total ou parcialmente, procuremos ver se existem disso razões justificativas, ou atenuantes.

Quantas vezes, senão todas, as medidas preventivas, dado o seu carácter um tanto coercivo, são mal aceites, sabotadas digamos, pela população, com deficiente espírito compreensivo e de colaboração, por deficiente educação sanitária e social? Aquela aceita melhor, em princípio, a medicina curativa, talvez porque é dirigida a um mal presente, palpável (ainda que nem sempre no sentido restrito da palavra). E isto dá-se, não obstante ser da sabedoria popular, que «mais vale prevenir do que remediar».

É um paradoxo? Mas é a realidade também.

Mas o que é um facto é que, já que tocamos neste assunto de medidas preventivas e curativas, entre nós, e dum modo geral, se verifica isto: se realmente há um ataque pronto e eficiente às epidemias que surgem, por outro lado também, a maioria das endemias, dos focos latentes, não estão devidamente subjugados, por não serem alvo dum persistente e ordenado combate. Temos exemplos disso, nas bruceloses e algumas salmoneloses. São braseiros que só por si vão consumindo e donde, a todo o instante

ACÇÃO ANTIBIÓTICA COM REFORÇO DAS DEFESAS NATURAIS

IMUNOBIÓTICO

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

IMUNOBIÓTICO-E

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

APRESENTAÇÃO:

IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA

IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

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

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

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

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

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

A CADA FRASCO CORRESPONDE UMA AMPOLA
DE LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

CAIXAS DE 1, 3, 5 e 10 DOSES

LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8 - LISBOA

DEPÓSITO EM ANGOLA: JALBER, L.P.A. - CAIXA POSTAL, 710 - LUANDA

PROPULMIL
Bial

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

PROPULMIL

INJECTÁVEL

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

PROPULMIL

SUPOSITÓRIOS

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

PROPULMIL INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

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

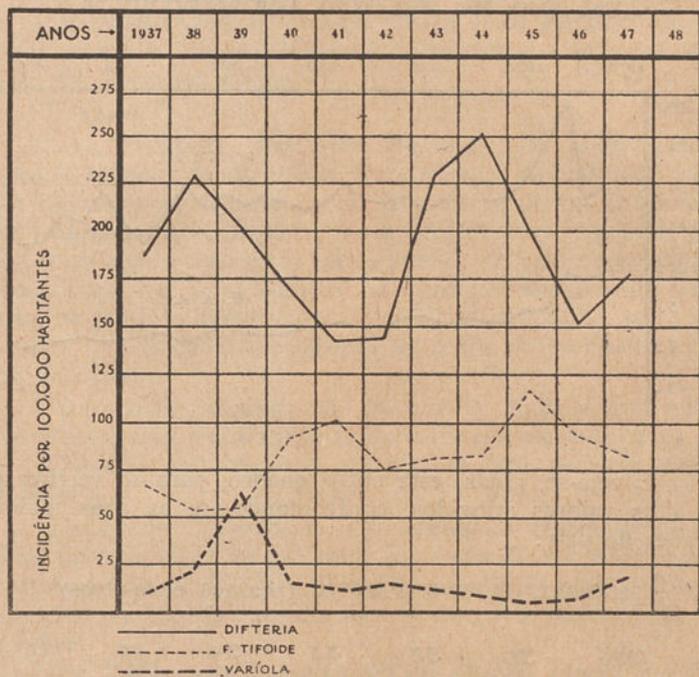
pode romper a labareda. Todos sabemos isso. E é nesse sentido, que se deve trabalhar.

Apontem-se as duas excepções, que são a luta anti-zezonática e a anti-leprosa.

E assim vemos, por exemplo, que a varíola, a febre tifóide e a difteria, causam ainda um número exagerado de óbitos, que a tuberculose e a sífilis continuam a desempenhar um papel altamente destruidor, etc. Donde a necessidade de instituição duma melhor medicina preventiva.

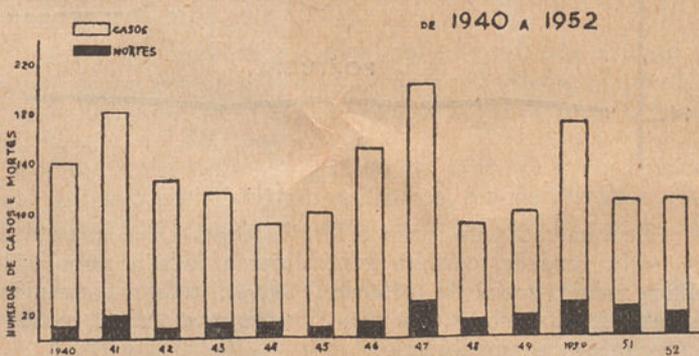
Vejamos o quadro que se segue, referente a alguns anos não muito distantes, e que atesta bem alguns destes factos:

EVOLUÇÃO DAS ENDEMIAS DE VARIOLA, FEBRE TIFÓIDE E DIFTERIA, NA CIDADE DE LISBOA



Pelo que diz respeito à poliomielite, como se constata no quadro abaixo, ela tem atingido entre nós uma razoável morbilidade, mas no entanto, uma reduzida mortalidade:

POLIOMIELITE em PORTUGAL



Alguns números referentes ao sarampo, mostram, como aliás seria de esperar, alguns surtos epidémicos, mas dum modo geral, têm vindo a baixar:

MORTALIDADE PELO SARAMPO EM PORTUGAL

| Anos | Total |
|------|-------|
| 1941 | 1.616 |
| 1942 | 784 |
| 1943 | 484 |
| 1944 | 436 |
| 1945 | 317 |
| 1946 | 246 |
| 1947 | 202 |
| 1948 | 555 |
| 1949 | 534 |
| 1950 | 269 |
| 1951 | 204 |
| 1952 | 129 |

Há ainda muito a fazer para termos a meta mais próxima?

Os números dispensam comentários. Dão-nos a justa medida da posição que ocupamos (no caso do quadro anterior — que ocupávamos). Dizem-nos (e um tanto à maneira do Poeta), donde vimos, o ponto a que chegamos, e, até certo ponto, para onde vamos. E sabermos para onde queremos ir, já será meio caminho andado, se cada qual contribuir com a vontade e o esforço que o bem comum lhe exige.

Para a diminuição dos valores de tantas taxas que, hoje ainda, atingem níveis desmedidamente elevados, necessário se torna realmente, uma conjugação de esforços e de vontades.

Que não seja por exemplo para os clínicos, letra morta, a disposição que obriga a notificar os casos previstos, de doenças de notificação obrigatória.

Já lá vai o tempo em que o factor psicológico fazia arredar os benefícios dessa medida. No início do século, dizia com efeito Germain See, argumentando contra a declaração obrigatória da tuberculose em França:

«O silêncio do médico deve restabelecer a calma no espírito perturbado».

Concepção piedosa, mas anti-social. Não são panaceias desse tipo, que solucionam estes magnos problemas.

Que se criem hospitais de isolamento com instalações capazes, onde se diminua o perigo de infecções cruzadas.

Que se torne obrigatório o internamento, nos casos de doenças de maior contagiosidade.

Que se compreenda e ampare a útil missão da visitadora sanitária.

Que se eduque sanitariamente a população, pelos variados processos modernamente utilizados.

Que se cuide do estado de imunidade da população, pela vacinação intensiva.

Que se preste, em maior escala, assistência aos necessitados.

Lembremo-nos de que, em 1949, ainda se atingiu em Portugal uma percentagem de indivíduos falecidos sem assistência médica, de 26,5%! Em 1950 faleceram em Portugal Continental 25.220 indivíduos sem assistência médica; foram 26.661 em 1951, e 22.938 em 1952!!

Encare-se o alcoolismo, que tanto reflexo tem na curva de mortalidade geral, como um problema de saúde pública. É um dos mais instantes e agudos problemas de saúde pública! Note-se que a Suíça, por exemplo, tem hoje mais de uma centena de dispensários anti-alcoólicos. Aí, o consumo do álcool puro, por cabeça, e por ano, baixou de 6,68 litros, para o período de 1923-32, para 2,3 litros nos anos de 1941-42. E nós? É pena não termos à mão dados concretos a este respeito, para apresentar... Explica-se, ou compreende-se, que se tenha usado, e abusado, do «slogan»: *beber vinho é dar de comer a um milhão de portugueses?*...

E atente-se sobretudo, que o alcoolismo não pressupõe unicamente, e forçosamente, tabernas e «tascos», não tem por únicas fronteiras, as que limitam os meios rurais. O alcoolismo é também, e talvez sobretudo, dos meios urbanos, é um dos expoentes da miséria moral que anda ligada a certo modernismo; pressupõe também, a par das tabernas, os «cabarets» e os «bars», a par do vinho que enche os cascos, as extravagantes bebidas contidas em garrafas de sugestivos rótulos...

São pois inúmeros quase, os campos onde a acção da Medicina Social pode ser muito benéfica.

Assim, impõe-se também uma larga e eficiente campanha anti-venérea, outro dos grandes problemas, de repercussões tão vastas e por vezes tão graves, e que tão deficientemente tem sido encarado

E ainda:

Protecção da maternidade e da infância, encarando o problema da protecção à criança, em toda a sua legítima amplitude, sob os aspectos médico, moral e social. Mas dando realmente também aos aspectos moral e social, o destacado lugar que por direito devem ocupar.

Largo uso das modernas técnicas da luta antituberculosa. O número de tuberculosos existentes em Portugal pode avaliar-se, sabendo que está calculado que por cada óbito por essa doença, há mais três a cinco tuberculosos!

E nos últimos vinte anos (1933-52), faleceram em Portugal, 236.201 pessoas por tuberculose (todas as formas), o que

conduz a uma média anual de 11.810 mortes, e à desmedida taxa (por 100.000 hab.) de 151!

Estender a organização sanitária aos meios rurais, atendendo a que, em Portugal, a população rural é cerca de 80 % da total.

Exercer a medicina sob os três aspectos, preventivo, curativo e educativo.

Divulgação ampla dos modernos conhecimentos em matéria de alimentação, a cujos benefícios assim se refere S. Segarra, em *Gaceta Med. Esp.*-n.º 263: «Gozar de saúde é um bem inestimável, reconhecido em todo o seu valor somente pelos que a perderam. No organismo humano — conjunto indivisível — não se pode atentar contra um órgão ou função sem que se ressinta todo o corpo.

O homem é, antes de tudo, um processo nutritivo, disse exageradamente Carrel; porém, o certo é que com uma alimentação defeituosa diminui a resistência do organismo às infecções, a sua força corporal e psíquica, a sua eficácia no trabalho. Altera-se, além disso, o equilíbrio funcional, modificando-se a atitude intelectual».

O Prof. Meliço Silvestre, que aos assuntos da higiene alimentar tanta atenção e carinho tem dedicado, dizendo por sua vez «que a saúde não é, unicamente, a ausência da doença, mas sim um estado de perfeito bem-estar psicossomático», levamos à mesma conclusão.

Dar o devido relevo e a maior atenção, a cada um dos pontos essenciais da luta antituberculosa: despistagem, diagnóstico, tratamento, post-cura, ambiente moral e material, e reeducação profissional, não deixando de atender à necessidade de isolamento precoce. Porque a luta antituberculosa só será eficiente e bem orientada, quando incluir, com seriedade, todos estes capítulos.

Sendo o dispensário o instrumento principal da luta antituberculosa, criem-se mais destas unidades, criem-se dispensários móveis, todos com reais possibilidades de bem cumprirem a sua missão. E aumente-se o número de leitos sanatoriais.

Melhorem-se as condições de sanidade.

Que não seja esquecida a importância dos estabelecimentos post-sanatoriais na luta contra a tuberculose, aos quais se refere assim, o Dr. J. Rocheta: «Não pode construir-se nada de sério e eficaz em matéria de luta contra a tuberculose, quando se não encare estes três elementos: dispensário — sanatório — centro post-sanatorial de readaptação profissional».

Não se esqueçam também, os elementos acessórios da luta anti-tuberculosa, os preventórios, ninhos dos pequeninos, etc.

Incrementar o rãdiografamento torácico e a vacinação pelo B.C.G., pois a utilidade e inocuidade da vacina de Calmette e Guérin, está demonstrada através de milhões de vacinações: só até 1951, 17 milhões de pessoas tinham com ela sido vacinadas, por médicos de todos os países.

Lutar contra a mortalidade infantil, disseminando estabelecimentos que cuidem da saúde de mães e filhos. Desenvolver as consultas pré-natais, cantinas maternas, lactários, creches, centros de criação, consultas de lactantes, colónias de férias, etc.

Ter presente que, lutar contra a mortalidade feto-infantil, é, sobretudo, procurar subtrair a criança aos principais perigos a que está sujeita: o perigo congénito, o alimentar, e o perigo infeccioso.

A mortalidade infantil é, precisamente, juntamente com a causada pela tuberculose, a que mais nos compromete no confronto internacional. Estas palavras do Dr. Fernando Correia, de 1938, ainda que naturalmente desactualizadas em 1953, ainda, para nós, portugueses, queimam como brasas:

«Portugal é o país da Europa em que a taxa de mortalidade por mil habitantes é maior. A taxa de mortalidade pouco menor é do que a da natalidade, sendo também a mais elevada da Europa, facto que só pode ser atribuído à falta de assistência obstétrica, agravada pelo alcoolismo, sífilis e tuberculose.

No decénio 1916-25, a maior mortalidade verifica-se do nascimento até um ano, seguindo-se por ordem de frequência, desde um ano a dois, e de dois para quatro, só depois dos oitenta anos a taxa de mortalidade se lhe podendo comparar».

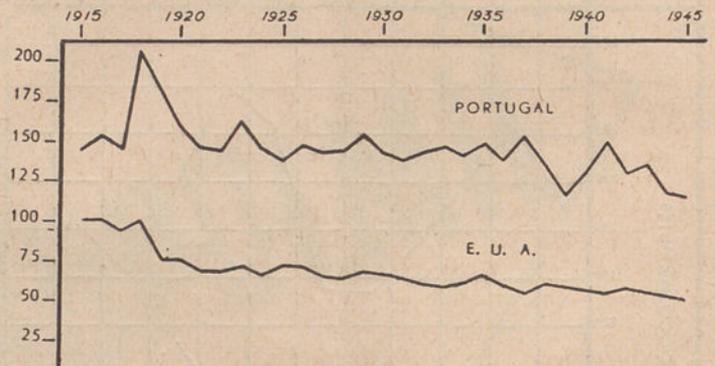
Não serão demais pois, todos os esforços que se façam no sentido de reduzir a nossa ainda hoje desmedida mortalidade infantil, que nos envergonha, e sobretudo, nos doi, por vermos tantas vidas roubadas ainda no berço, tantas vidas que mal chegaram a ser vividas. Que tão estacionária se tem mantido, e que tão

influenciável é, pelas condições de vida higiénica da população, e as actividades da medicina social.

Os números, imparciais e impassíveis, não perdoam, tanto quando elogiam, como quando acusam: em 1910 morreram (Continente e Ilhas) 25.024 crianças de menos de um ano; pois em 1949, morreram 24.304! Esta lição dos números é eloquente, ainda que a tendência seja para uma baixa na mortalidade das crianças de menos de um ano, tendência que se vem verificando de 1934 para cá.

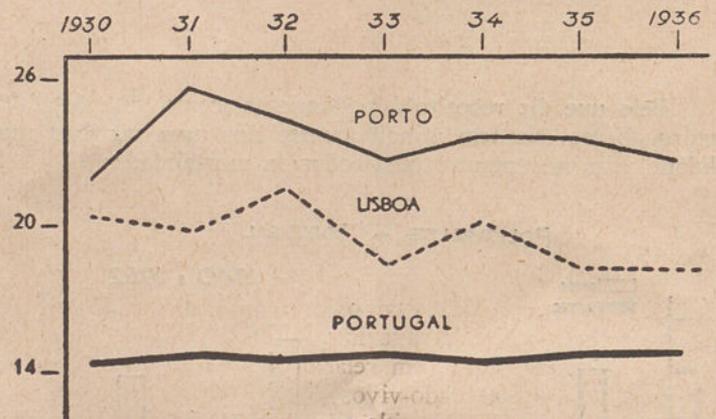
Vejamos como ainda, porém, em 1945, a nossa posição era tão desfavorável, em relação por exemplo, com os Estados Unidos:

PERMILAGEM DE ÓBITOS EM CRIANÇAS DE MENOS DE UM ANO, EM RELAÇÃO AOS NADO-VIVOS



E veja-se, ainda, este outro quadro, para se verificarem os altos valores atingidos, confrontando-se as duas maiores cidades do país:

MORTALIDADE INFANTIL (por 100 nado-vivos)



Tem carradas de razão o Dr. J. Lopes Dias, quando diz: «Na verdade, convém generalizar a toda a população a política médico-social da infância, e haverá toda a conveniência em integrar estas obras, nas suas funções primordiais, excluindo improvisações e amadorismos».

E agora, abrimos um parêntesis para muito provavelmente irmos ao encontro dum juízo do paciente leitor: a possível abundância de citações e sobretudo transcrições, que notará neste trabalho. Ora em nosso modesto entender, a justificação está em que, pela sua autoridade, pelo conteúdo, por quem as subscreve, enfim, só poderão elas afinal, elucidar, valorizá-lo, se outro valor ele pode ter. Por esse lado, cremos, não pecará ele pela quantidade, e muito menos pela qualidade.

E fieis a esse raciocínio, permitimo-nos transcrever, agora como sempre, pelo valor que a essas parcelas atribuímos, as considerações seguintes, do Dr. Cristiano Nina:

«Se recordarmos que a taxa de mortalidade infantil é o índice mais sensível, e mais facilmente influenciável, do nível sanitário duma população, teremos a comprovação do nosso lamentável atraso».

E mais adiante, muito criteriosamente também:

«Passados em revista rápida os principais aspectos da evolução da saúde pública em Portugal nas últimas décadas, não podemos deixar de considerar o balanço geral como particularmente insatisfatório.

Mas se se investigam as causas primordiais, que a responsabilidade é um pouco de todos nós. Uns, baseados na pobreza das nossas instalações e na falta de apoio superior, vão deixando extinguir, a chama de entusiasmo que os aquecia nos primeiros tempos da investidura do seu cargo; outros, críticos irreverentes dos actos alheios, são incapazes de contribuir com a menor parcela de esforço para melhoria da situação e, a maioria, de afadigada que anda, não tanto pelo trabalho como pela indisciplina mental, nem tempo encontra para avaliar a importância do problema que se põe e a obrigatoriedade moral e social do seu concurso.

Em meu sentir, se cada um de nós, na sua área de acção, se esforçar por obter a cooperação dos colegas arredios e esgotar as máximas possibilidades dentro da modéstia das nossas instalações e da parcimónia dos nossos recursos, os efeitos não se farão esperar e a seu tempo virá a justa remuneração do nosso esforço e, que mais não seja, pelo menos a suprema satisfação do dever cumprido».

E ainda:

«...a eficiência dum plano nacional de saúde pública depende, certamente, da integração harmónica de múltiplos factores; da melhoria das condições de salubridade do ambiente a cargo da engenharia sanitária, duma perfeita engrenagem de toda a máquina administrativa da saúde pública, do zelo e competência especializada dos seus técnicos, da educação sanitária da população, da prática conscienciosa da medicina preventiva por todos os clínicos e da perícia e isenção de todos os profissionais da arte de curar».

A realidade presente, não há dúvida, ainda é bem triste! Nos últimos anos registam-se ainda, números inconcebíveis!

Digamos alguma coisa do que se tem passado, numericamente.

No triénio 1946-48, no Continente, a média anual dos óbitos infantis (0-11 meses) atingiu o valor 22.743, o que representa uma taxa de 108,77 (calculada para 1.000 sobreviventes); no mesmo período, a média dos óbitos sem assistência, foi de 7.605.

Em 1949, esses números foram 24.304, 114.49 e 7.922, respectivamente!

No mesmo ano, a nossa taxa de mortalidade do 1.º mês de vida, é de 34,60 e as equivalentes de Inglaterra e Gales, e da França, são de 19,27 e 22,5, respectivamente; para o 2.º trimestre estas são 4,58 e 1,7, nesses países, e a nossa equivalente, atinge 23,60. Para o segundo semestre de vida, a taxa inglesa é, no mesmo ano, de 4,14, a francesa de 12,7, enquanto a nossa sobe a 29,15!

Em 1949 ainda, registamos uma mortalidade infantil por doenças infecciosas e parasitárias, de 1.627 óbitos, o que dá as elevadas taxas de 66,93 (em relação a 1.000 óbitos), e de 7,66 (em relação a 1.000 nado-vivos).

No triénio atrás considerado de 1946-48, a nossa mortalidade infantil por distúrbios nutritivos, foi de 364,03 e 39,69, taxas referidas respectivamente a 1.000 óbitos, e a 1.000 nado-vivos.

Essas mesmas taxas subiram em 1949 para 406,77 e 46,61, donde se conclue a responsabilidade da falta de higiene alimentar.

Neste ano ainda, a nossa taxa referente a «vícios de formação congénitos, debilidade congénita, e nascimento prematuro», é de 33,29, referida aos nado-vivos, sendo 15,20 a equivalente francesa, e 15,05 a inglesa. A nossa foi mais de duas vezes superior àquelas!

A referente a «pneumonia e bronquite» foi então de 12,04, e as francesa e inglesa correspondentes, de 8,90 e 5,80.

Ainda sob este aspecto comparativo, diremos que em 1946 tivemos uma taxa de nado-mortalidade de 44,7, enquanto na França, e Inglaterra e Gales, se registaram, respectivamente, 24,7 e 23. Sensivelmente metade!

É de facto um panorama muito sombrio.

Encontraremos para ele alguma explicação, se soubermos que em 1943, por exemplo, houve no Continente 127.327 partos sem assistência médica, o que dá uma percentagem em relação ao total dos partos, nada maior, mas desgraçadamente também nada menor, do que 63,10%. Mais de metade do total dos partos!

E que no triénio de 1946-48, a média dos partos não assistidos foi de 129.034, ou seja, uma percentagem de 64,88%!

E a elevadíssima mortinatalidade não terá aí, também, boa parte da sua explicação? Vejamos os seguintes números:

| | | |
|--------------------------|-------|----------|
| em 1900, nasceram mortas | 1.665 | crianças |
| » 1910, » » | 2.732 | » |
| » 1920, » » | 8.762 | » |
| » 1930, » » | 8.631 | » |
| » 1940, » » | 8.847 | » |
| » 1949, » » | 9.008 | » |

Avaliemos da responsabilidade que ao obituário infantil (referido ao grupo etário dos 0-4 anos) cabe no volume da mortalidade geral, acrescentando que em 1946-48, houve em Portugal Continental 30.776 óbitos dos 0-4 anos, o que dá uma percentagem em relação aos óbitos de todas as idades (104.764), de 29,37%. Mais de uma quarta parte!!

E para 1949, esses números são, respectivamente, 33.436 e 30,58%!

Os números são exageradamente grandes, não obstante a situação ter vindo a melhorar. Avaliaremos assim, as proporções que ela já atingiu!

Anotemos agora como têm evoluído as taxas de mortalidade infantil na Metrópole, por quinquénios, desde 1921:

| | | |
|-----------|-------|-------|
| 1921 — 25 | | 147,8 |
| 1926 — 30 | | 145,1 |
| 1931 — 35 | | 145,8 |
| 1936 — 40 | | 135,0 |
| 1941 — 45 | | 129,9 |
| 1946 — 50 | | 107,1 |
| 1951 | | 89,1 |

Foi pois no quinquénio 1936-40 que esta começou a baixar, e não se pode dizer que a posição de 1951 não seja, comparada com a de 1921-25, de certo modo, invejável.

E, já que estamos *com a mão na massa*, como soe dizer-se, mais alguns dados numéricos, ainda a propósito da mortalidade infantil.

Em 1914 e 1932, era a seguinte a nossa posição internacional (m. i. por 100 nado-vivos):

| | 1914 | 1932 |
|---------------------|------|------|
| Nova Zelândia | 5,9 | 3,0 |
| Canadá | 8,0 | 7,3 |
| Suécia | 8,6 | 5,1 |
| Suíça | 13,2 | 5,1 |
| Inglaterra | 13,3 | 6,5 |
| Bélgica | 14,0 | 8,8 |
| E. U. A. | 14,4 | 5,8 |
| Portugal | 14,1 | 14,0 |
| França | 17,0 | 7,6 |
| Alemanha | 18,3 | 7,9 |
| Áustria | 21,6 | 10,6 |

Nesse intervalo, a nossa taxa manteve-se praticamente inalterável, e em 1932 estávamos colocados na pior posição.

Para o quinquénio 1942-46, a nossa posição em mortalidade infantil, é também pouco de invejar, como pode ver-se a seguir:

| | |
|----------------------|------|
| Suécia | 29,0 |
| Austrália | 33,0 |
| Noruega | 35,8 |
| Estados Unidos | 36,2 |
| Nova Zelândia | 36,4 |
| Suíça | 40,0 |
| Inglaterra | 46,4 |
| Dinamarca | 46,8 |
| Holanda | 46,8 |
| Canadá | 52,2 |
| Escócia | 61,8 |
| Irlanda | 73,4 |
| Argentina | 78,2 |
| Bélgica | 83,4 |
| França | 84,0 |
| Áustria | 96,8 |

| | |
|----------------|-------|
| Espanha | 98,6 |
| Itália | 101,8 |
| Checoslováquia | 115,0 |
| Portugal | 120,1 |
| Bulgária | 130,4 |
| Roménia | 175,0 |
| Chile | 182,8 |

| | |
|----------|------|
| Polónia | 28,7 |
| Portugal | 29,6 |
| Bulgária | 31,3 |
| Japão | 32,9 |
| Chile | 34,2 |
| Roménia | 35,9 |

A nossa natalidade também não tem subido, ou melhor, não voltou a atingir a taxa à volta de 30, que se verificou até 1932.

Eis os nossos índices de natalidade e mortalidade infantil, desde 1932 a 1951:

| Anos | Natalidade | Mortal. infantil |
|------|------------|------------------|
| 1932 | 29,6 | 146,5 |
| 1933 | 29,0 | 148,5 |
| 1934 | 28,4 | 144,0 |
| 1935 | 28,2 | 149,4 |
| 1936 | 28,2 | 139,7 |
| 1937 | 26,7 | 151,4 |
| 1938 | 26,6 | 137,4 |
| 1939 | 26,2 | 119,9 |
| 1940 | 24,3 | 125,6 |
| 1941 | 23,7 | 150,8 |
| 1942 | 23,8 | 131,0 |
| 1943 | 24,9 | 132,6 |
| 1944 | 25,0 | 122,2 |
| 1945 | 25,7 | 114,9 |
| 1946 | 25,0 | 119,4 |
| 1947 | 24,1 | 107,3 |
| 1948 | 26,3 | 100,2 |
| 1949 | 25,0 | 114,5 |
| 1950 | 24,2 | 94,1 |
| 1951 | 24,3 | 89,1 |

Mas essa natalidade também não tem sido, internacionalmente, das mais baixas.

Em 1932, por exemplo, ano em que atingiu o valor mais elevado, o confronto era para nós bastante lisonjeiro:

NATALIDADE EM 1932 (por 1.000 hab.)

| | |
|----------------|------|
| Suécia | 14,5 |
| Alemanha | 15,1 |
| Áustria | 15,2 |
| Inglaterra | 15,3 |
| Noruega | 16,3 |
| Suíça | 16,7 |
| Austrália | 16,9 |
| Nova Zelândia | 17,1 |
| E. U. A. | 17,3 |
| França | 17,3 |
| Estónia | 17,6 |
| Bélgica | 17,6 |
| Dinamarca | 18,0 |
| Escócia | 18,6 |
| Finlândia | 18,7 |
| Letónia | 19,4 |
| Checoslováquia | 21,0 |
| Países Baixos | 22,0 |
| Canadá | 22,4 |
| Hungria | 23,4 |
| Itália | 23,8 |
| Lituânia | 27,3 |
| Espanha | 28,2 |

A seguir, aponta-se a redução das quotas de mortalidade infantil nos triénios 1939-41 e 1941-51, nalgumas cidades do Continente melhor dotadas de obras de puericultura, sendo lógico deduzir-se a benéfica influência do factor assistencial:

| | Taxas de 1939-41 | Taxas de 1949-51 | % de redução |
|----------------|------------------|------------------|--------------|
| Lisboa | 147,9 | 85,0 | 42,5 |
| Porto | 193,6 | 131,1 | 32,3 |
| Coimbra | 97,5 | 69,2 | 29,0 |
| Aveiro | 101,8 | 69,1 | 32,1 |
| Castelo Branco | 123,2 | 70,9 | 42,5 |

No mesmo lapso de tempo, a redução no conjunto metropolitano foi de 23,33 %, muito menor portanto. Isto prova a influência das actividades médico-sociais, como elas fazem baixar as quotas da mortalidade infantil, e, implicitamente, as da mortalidade geral.

Quais são as causas que mais responsabilidade têm, naquela mortalidade?

A mortalidade da criança, nos primeiros tempos de vida, continua a ter como causas primeiras, a debilidade congénita e as afecções do aparelho digestivo, vindo em terceiro lugar, as do aparelho respiratório, como se verifica no quadro abaixo, respeitante a 1947-51:

| Rubricas nosológicas | Taxas | | |
|-----------------------|--------------|-------------|--------------|
| | Portugal | Lisboa | Porto |
| Debilidade congénita | 30,4 | 25,6 | 38,3 |
| D. do apar. digestivo | 36,0 | 25,4 | 42,0 |
| D. do respiratório | 12,5 | 18,2 | 20,0 |
| D. infecciosas | 7,9 | 12,6 | 24,5 |
| Outras doenças | 14,4 | 8,8 | 12,3 |
| Total | 101,2 | 90,6 | 137,1 |

De 1948 a 1951, a mortalidade por prematuridade, debilidade congénita e vícios de conformação, andou sempre à volta de 7.000 por ano, o que significa mais de um terço do total da mortalidade infantil.

E como se distribui a mortalidade infantil das grandes cidades do País, em relação à da província?

Vê-lo-emos a seguir:

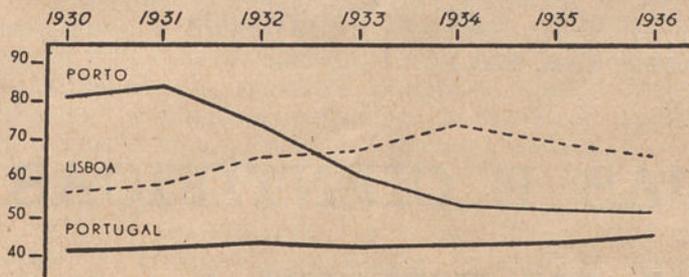
TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL

| Anos | Lisboa | Porto | Província |
|------|--------|-------|-----------|
| 1941 | 41,4 | 46,9 | 41,6 |
| 1942 | 46,7 | 44,4 | 40,3 |
| 1943 | 45,7 | 38,4 | 42,0 |
| 1944 | 40,7 | 41,5 | 37,5 |
| 1945 | 40,2 | 39,0 | 36,5 |
| 1946 | 35,6 | 48,8 | 36,0 |
| 1947 | 36,6 | 47,8 | 36,1 |
| 1948 | 39,8 | 45,3 | 32,8 |
| 1949 | 34,2 | 44,4 | 34,3 |
| 1950 | 28,6 | 40,1 | 31,3 |
| 1951 | 32,6 | 30,1 | 31,8 |

A mortinatalidade não tem registado nas duas cidades valores tão aproximados quanto os da mortalidade infantil,

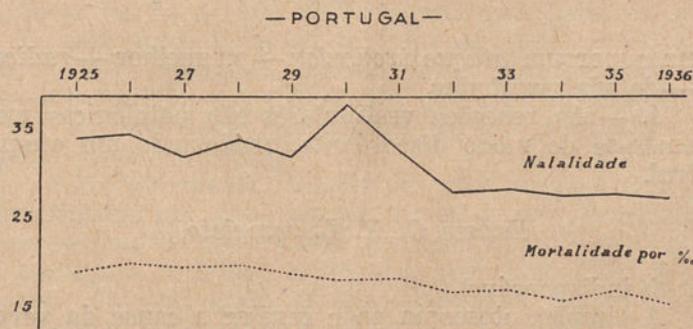
como se verifica por exemplo, no período que decorreu entre 1930 e 1936:

MORTINATALIDADE (por 1.000 nado-vivos)



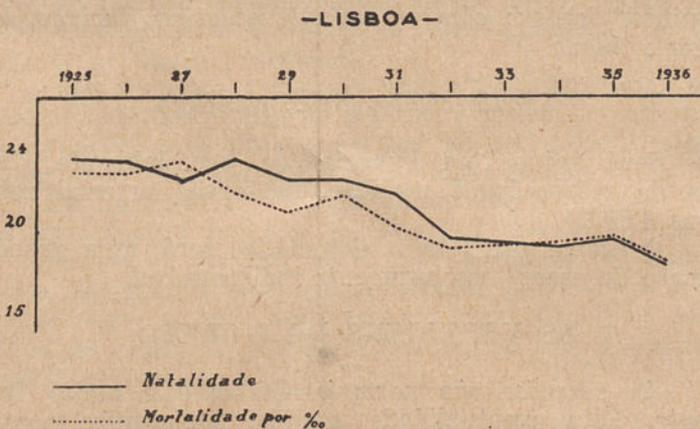
De 1930 a 1936, a nossa mortinatalidade subiu, pois, de 42,61 para 45,74, enquanto que no mesmo período a natalidade desceu de 32,7 em 1930, para 28,2 em 1936 (taxas por 1.000).

E ainda até 1936, e a partir de 1925, a comparação, em Portugal, da natalidade com a mortalidade, é a seguinte:

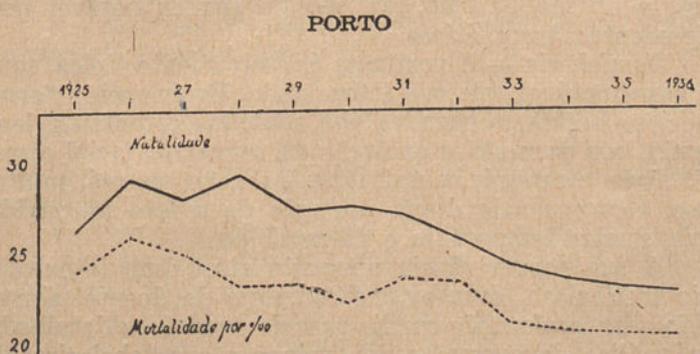


onde se vê que a linha da natalidade foi mais decrescente do que a da mortalidade geral, mas verificando-se ainda, um superavit da natalidade sobre a mortalidade geral.

No mesmo intervalo, em Lisboa, a curva da mortalidade chega a ultrapassar a da natalidade:



E no Porto, tendo sido a natalidade superior, a mortalidade porém, pouco se afastou dos valores da de Lisboa:



E para finalizar, vejamos, ainda em 1936, a nossa situação perante a classificação do Comité de Peritos da S. N., a qual entra em relação com os factores responsáveis pela mortalidade:

POR 100 NADO-VIVOS

| | Fraco | Moderado | Forte | Muito forte | Portugal 4986 |
|-----------------------|-------|------------|------------|-------------|---------------|
| Perigo congénito | até 3 | 8 a 4,99 | 5 a 6,99 | mais de 7 | 7,8 |
| Perigo alimentar | 0,5 | 0,5 a 0,99 | 1 a 1,49 | 1,5 | 5,4 |
| Perigo infeccioso | 1,5 | 1,5 a 2,49 | 2,5 a 3,49 | 3,5 | 2,8 |
| Mortal. até 1 ano | 5 | 5 a 6,99 | 7 a 9,99 | 10 | 13,96 |
| Mortal. feto-infantil | 6 | 6 a 9,99 | 10 a 13,99 | 14 | 18,4 |

Rominger disse que a mortalidade infantil «representa o melhor índice do nível cultural, da higiene e do bem-estar dum povo».

Pelos números a ela referentes que atrás ficam representados, podemos inferir do nosso nível cultural, de higiene e de bem-estar...

E chegámos ao fim!

Olhando para trás, para os números que aí ficaram dispersos, uma esperança nos acalenta: a de que, num futuro não muito distante, as nossas estatísticas obituárias estarão mais desanuviadas, mais concordantes afinal, com o preceito bíblico: «Crescei e multiplicai-vos».

E um desejo nos move: o de que, acompanhando a milenária luta do homem contra a doença, e a par dela, haja lugar, sempre, para aquela outra contra a corrupção dos costumes, contra a decadência moral: «Mens sana in corpore sano».

(Curso de Medicina Sanitária — 1953)

BIBLIOGRAFIA

Tabelas do Movim. Fisiol. da Popul. de Port. — 1901, 1910.
 Movim. da Popul. — 1910, 1914.
 Estat. do Mov. Fisiol. da Popul. de Port. — 1913, 1914, 1915, 1916, 1917, 1918, 1919, 1920, 1921, 1922, 1923, 1924, 1925.
 Anuário Demográfico — 1929, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934, 1935, 1936, 1937, 1938, 1939, 1940, 1941, 1942, 1943, 1944, 1945, 1946, 1947, 1948, 1949, 1950, 1951, 1952.
 Movim. Fisiol. da Popul. — 1913, 1916.
 Anuário Estatístico — 1936, 1938, 1942, 1946, 1950, 1951.
 Censo da População — 1864, 1878, 1890, 1900, 1911, 1920, 1930, 1940, 1950.
 Portugal Médico — N.º 7, 1951; n.º 12, 1952; n.º 2, 1953; n.º 11, 1953.
 Jornal do Médico — N.º 302, 1948; n.º 430, 1951; n.º 439, 1951; n.º 469, 1952; n.º 480, 1952; n.º 482, 1952; n.º 506, 1952; n.º 508, 1952; n.º 510, 1952; n.º 514, 1952; n.º 520, 1953; n.º 522, 1953; n.º 526, 1953; n.º 538, 1953; n.º 543, 1953; n.º 550, 1953; n.º 559, 1953.
 Imprensa Médica — N.º 3, 1953; n.º 4, 1953.
 Epítome de História da Medicina Portuguesa — 1943 — Dr. J. A. Pires de Lima.
 Necessidades e deficiências da Assistência Infantil — 1939 — Dr. C. Sal. de Sousa.
 O Significado Social e Nacional da Maternidade de Júlio Diniz — 1938 — Dr. Alfredo da Magalhães.
 A Assistência Moderna e a Tradição — 1939 — Dr. Fernando Correia.
 Portugal na História da Medicina Social — Dr. Fernando Correia.
 Estado actual da luta contra a tuberculose em Portugal — Dr. J. Rocheta.
 Medicina Preventiva e Saúde Pública — Gaz. Méd. Port. — n.º 3 — 1948.

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

O diagnóstico etiológico das vertigens

J. A. CHAVANY, J. LEMOYNE e D. HAGENMULLER

A vertigem é uma sensação ilusória de deslocamento dos objectos exteriores em relação ao corpo ou, mais raramente, do corpo em relação aos objectos exteriores. Muitas vezes, a perturbação afecta o carácter de rotação, num dos planos do espaço.

DEFINIÇÃO

Trata-se dum fenómeno cortical que certos autores (P. Martin e M. Aubert) consideram mais do que uma sensação: para eles trata-se duma perturbação perceptiva cuja elaboração se situa, na escala integrativa, a um nível muito mais elevado que a sensação; perturbação que põe em causa numerosos dados, sendo os elementos labirínticos os que estão em primeiro plano.

Esta perturbação primordial, puramente subjectiva, é flanqueada de perturbações satélites importantes em virtude do seu carácter objectivo.

Trata-se, em primeiro lugar, duma perturbação do equilíbrio originada pelas modificações sistematizadas do tonus muscular, susceptível de provocar a queda brutal, ou de levar, apenas, a deslocamentos muito lentos da cabeça, do tronco e dos membros.

Esta perturbação do equilíbrio pode faltar ou limitar-se a uma simples impressão de insegurança.

Estabelecem-se, seguidamente, fenómenos vegetativos, muitas vezes importantes, consistindo em náuseas, vômitos, palidez, suores profusos, estados lipotímicos e modificações do pulso.

Pode-se enxertar um contexto psico-afectivo neste conjunto: medo, ansiedade, inquietude, ou mesmo angústia, terminando, por vezes, num verdadeiro estado psico-nevrótico. Praticamente, a vertigem nunca termina numa perda completa do conhecimento.

Não nos alargaremos na fisionomia geral da vertigem, já bem conhecida de todos, mas faremos notar, de início, que a importância da vertigem não prejudica em nada a gravidade da doença. O único meio de apreciar a importância das lesões, e a sua sede, consiste em fazer o exame labiríntico.

O EXAME LABIRÍNTICO

Constitui a chave do diagnóstico etiológico das vertigens. O seu fim essencial é objectivar as perturbações do tonus muscular em que o nistagmo é uma das modalidades. Estas perturbações podem existir espontaneamente (sinais vestibulares espontâneos), ou são postas em evidência pelas provas instrumentais (calórica, rotatória, galvânica).

Um tal exame permite classificar os vertiginosos em 4 grupos, segundo:

- 1.º — As reacções vestibulares são normais.
- 2.º — As reacções vestibulares são patológicas mas ordenam-se de maneira concordante, assinalando o ataque do aparelho periférico.
- 3.º — As reacções vestibulares são de natureza periférica, mas atípicas; e certas notações de tipo central

fazem supor um ataque troncular — ou melhor — radicular — da via vestibular.

4.º — As reacções vestibulares são patológicas mas ordenam-se de modo discordante, traduzindo um ataque central.

Exame O. R. L. completo

É indispensável.

A simples otoscopia pode revelar a causa da vertigem, despistando um rolho de cerumen, um catarro tubar sub-agudo ou crónico e mostra-nos, além disso, o estado da cavidade timpânica.

O estudo da audição assinala a participação coclear, sob a forma de zumbidos ou de surdez e vem confirmar a noção da origem periférica ou radicular do síndrome observado.

É necessário sublinhar a importância da pesquisa da mobilidade, da sensibilidade e da reflectividade dos seguintes órgãos: córnea, abóbada palatina, faringe, laringe e língua.

Exame oftalmológico completo

Será feito com investigação, especialmente, das vias de refração, e medição da tensão arterial retiniana (TAR).

O exame neurológico sistemático será, num grande número de casos, absolutamente indispensável.

AS VERTIGENS DO I GRUPO

As reacções são normais — O caso é muito frequente. Esta eventualidade mantém a natureza passageira das perturbações, pelo seu carácter, ordinariamente benigno, e talvez, também, pela insuficiência dos nossos processos de investigação.

O que caracteriza este grupo, além da parte semiológica vestibular, é que não se encontra nenhuma causa local: o ouvido não purga; não há surdez notável nem antecedentes traumáticos.

Semiologia — A vertigem é inteiramente típica, muitas vezes notável pela sua intensidade. Evolue sob a forma de crises breves, separadas por acalmias completas, lembrando, por exemplo, a evolução da nevralgia facial essencial. Pode constituir a única perturbação, mas é, muitas vezes, acompanhada duma sensação de tensão no ouvido, duma surdez temporária e de zumbidos.

A sua sobrevivência necessita além dum interrogatório meticoloso, dum exame completo do doente, abrangendo uma exploração cardio-vasculo-sanguínea detalhada, com análise de sangue e das urinas e o estabelecimento

dum balanço minucioso das *funções renais, hepáticas, digestivas*, e, por fim, *visuais*. Nos indivíduos jovens praticar-se-á uma *intradermo-reacção pela histamina*, que se tornará positiva em 27 % dos casos (Atkinson).

Etiologia — Os anamnésticos podem-nos orientar, imediatamente, para a noção duma *intoxicação exógena* (tabaco, salicilato de sódio, quinino, álcool, arsénio e estreptomicina). Os zumbidos precedem, muitas vezes, a vertigem, existindo abaixamento da acuidade auditiva, que traduz o ataque dissociado do ramo coclear.

Ao seu lado inscrevem-se as vertigens por *intoxicação endógena* (diabetes, uremia e insuficiência hepática).

Depois dos cinquenta anos, encontra-se, com mais frequência, a origem circulatória (hipertensão arterial, arteriosclerose). Sabe-se quantos destes doentes se expõem às variações bruscas do regimen circulatório: quer no sentido da congestão, quer no sentido da isquemia espasmódica com, como termo final comum, fenómenos de *estase* e de *edema* ligados a um exagero da permeabilidade dos capilares. Os autores lioneses, Mayoux, Paufigue e Piganiol, aconselham o exame sistemático do fundo do olho de tais doentes, anotando as modificações tensionais da artéria central da retina, que seriam, segundo eles, paralelas às da artéria auditiva interna. Conforme a T. A. R. está aumentada (90 ou 100) ou diminuída (20 ou 25), far-se-á injeções endovenosas de soro glicosado hipertónico, ou de água destilada que, por intermédio do L. C. R. modificam, no mesmo sentido, a pressão dos líquidos endolabirínticos.

São, igualmente, as perturbações vasomotoras angioneuróticas que explicam as vertigens por *desregulação neuro-vegetativa* no decurso da menopausa, assim como as vertigens reflexas, originadas por uma lesão à distância: sinusite, cárie dentária, afecções gastro-intestinais, reumatismo cervical.

Se existem perturbações do metabolismo da água, dos cloretos e da ureia, pode-se pensar numa *hidropisia labiríntica*, num verdadeiro «glaucoma» do labirinto. Numerosos autores vêem nesta hipertensão dos meios endolabirínticos, especialmente da endolinfa, a causa da maior parte das vertigens deste I grupo. Introduzem, a este propósito, a noção de *vertigens alérgicas* por aumento brusco e momentâneo da permeabilidade dos capilares ao nível do labirinto membranoso. Estas novas noções são ricas de sequências terapêuticas, como acabamos de ver para as vertigens vasculares.

Não deve ser esquecida uma última etiologia: é a possibilidade das vertigens devidas a vícios de refração (estigmatismo) ou provocadas por um desequilíbrio oculomotor, especialmente por uma diplopia latente.

De qualquer forma, verifica-se que a etiologia das vertigens deste I grupo é, muitas vezes, obscura; e fala-se de *vertigem de Ménière de forma nevrálgica*. A afecção não se acompanha no início de nenhum débito cocleo-vestibular; mas aparece, ordinariamente, no fim dum certo tempo de evolução, afectando, primeiramente, o compartimento coclear.

AS VERTIGENS DO II GRUPO

- O ouvido, muitas vezes, purga ou já purgou.
 - O doente, muitas vezes, também é surdo.
 - Algumas vezes, verifica-se que foi vítima dum violento traumatismo do crânio, com fractura da base.
- As reacções vestibulares são anormais, mas numa perspectiva concordante:

Trata-se dum síndrome periférico

Semiologia — É de regra a presença da sensação vertiginosa típica.

As reacções vestibulares são *totais, globais e harmoniosas* (Barré), isto é, todos os elementos da reacção exteriorizam-se numa proporção idêntica e coordenam-se, segundo uma lei constante. Assim, acontece que, para um dado nistagmo, o desvio dos braços estendidos (sempre bilateral), a inclinação do corpo na prova de Rom-

Há mais de 50 anos que os

Laboratórios Sherman

investigam no sentido de
criar novos medicamentos

PROTAMIDE

(Solução coloidal de Enzima Proteolítico desnaturado)

apresentado em 1947 é um dos
resultados dessas investigações

as suas acções
terapêuticas nas

N E V R I T E S

HERPES ZOSTER

TABES DORSALIS

V A R I C E L A

são seguras e eficientes

Todos os dias vão surgindo
novas indicações para

PROTAMIDE

★

REPRESENTANTES E DISTRIBUIDORES

Soc. Com. CROCKER, DELAFORCE & CIA., S. A. R. L.

Rua D. João V, 2 - 2.º — LISBOA

berg, o desvio angular durante a marcha, operam-se sempre no sentido dos movimentos lentos do nistagmo.

A posição da cabeça (rotação para a direita ou para a esquerda) influencia o sentido dos desvios.

O *nistagmo* é, habitualmente, de tipo horizontal rotatório. Não é permanente; aparece ao mesmo tempo que o acesso vertiginoso e finda com ele, e a sua intensidade está em relação com a violência da vertigem. Existe, deste modo, um paralelismo estreito entre os dois fenómenos.

O *desiquilíbrio* é constante, e o doente é detido nas suas ocupações.

As *provas vestibulares* especificam a localização habitual, por um lado, e indicam se se trata dum síndrome de *destruição* (o mais frequente) ou dum síndrome de *irritação*. Exteriorizam a mesma harmonia que a sintomatologia espontânea. No primeiro caso, o nistagmo estabelece-se do lado oposto à lesão; no segundo caso, estabelece-se do lado da lesão. No síndrome de irritação, em virtude da hiperexcitabilidade vestibular, as provas instrumentais podem ser difíceis de pôr em acção porque o indivíduo as suporta mal.

A *crise vestibular periférica* evolue rapidamente em algumas horas, alguns dias, ou algumas semanas.

Os sinais espontâneos desaparecem, mas as perturbações das provas instrumentais persistem. Por vezes, esta crise permanece única, mas pode recidivar depois duma acalmia mais ou menos prolongada.

O síndrome periférico, muitas vezes, enriquece-se de perturbações cocleares: zumbidos, surdez, de tipo labiríntico ou de tipo mixto.

ETIOLOGIA

A — Vertigens das supurações auriculares

a) *Supurações agudas*—O aparecimento duma vertigem violenta com zumbidos e surdez testemunha a sobrevivência dum surto *labiríntico agudo*, que pode vir complicar uma otite aguda: quer *precocemente*, no primeiro septanário (é, então, ora benigna, ora grave); quer de *maneira tardia* (e é, então, sempre grave).

Os nistagmos e as vertigens são paralelos. Atenuam-se progressivamente e desaparecem em três ou quatro semanas, mesmo no caso de morte do labirinto (em que a surdez é total). A sua persistência, mesmo curta, deve fazer pensar numa complicação endocraniana.

b) *Supurações crónicas* — As pequenas vertigens, discretas e intermitentes, podem constituir o primeiro sinal dum foco juxta-labiríntico ou dum começo de carie da própria parede do labirinto.

Desde que a surdez conserve durante muito tempo os caracteres de surdez de transmissão e que a prova calórica forneça ainda uma resposta positiva ou exagerada, pode-se admitir a integridade do labirinto membranoso.

Mas, o prognóstico torna-se muito mais sério quando a surdez torna-se total ou sub-total e acompanha-se de sinais de deficit à prova calórica.

A destruição anatómica do labirinto é de temer e a surdez tornar-se-á definitiva; mas as vertigens, o desiquilíbrio e o nistagmo acabarão por desaparecer, ao fim dum certo tempo, quando sobrevier a *fase de compensação*, posta em evidência pelas provas. Como nas supurações auriculares agudas, pelo mesmo motivo, é necessário desconfiar da persistência anormal dos sinais vestibulares espontâneos.

B — Vertigens nos surdos (vertigem com surdez)

a) *Surdez brutal* — Pode tratar-se duma *hemorragia intra-labiríntica*; doença excepcional pois que não se têm referido mais de 50 casos. Pode atribuir-se a um acidente de hipertensão arterial, a um traumatismo violento ou a uma doença hemorragípara, como a leucemia. A surdez total, a vertigem violenta e as perturbações vestibulares evoluem, em geral, paralelamente.

Um estado vertiginoso que se acompanha de cefaleias violentas, de surdez quase completa de início e de zumbidos bilaterais deve fazer pensar na *meningo-nevrite do VIII* do período secundário da *sífilis*.

Os anamnésticos e o exame de sangue devem concorrer para o estabelecimento, o mais precoce possível, deste diagnóstico, para instituir um tratamento que *curará completamente o doente*.

Os *acidentes terciários* ou hereditários da sífilis, evoluem mais lentamente, as vertigens são mais discretas, e o tratamento específico muito menos eficaz.

b) *Surdez progressiva* — Fala-se de «*vertigem de Ménière de forma nevritica*», quando as crises vertiginosas se escalonam no tempo, acompanhadas de zumbidos e de surdez, seguidas dum agravamento cada vez mais marcado do deficit cocleo-vestibular. Alguns fazem dele *uma doença autónoma do labirinto*. Parece ser mais de acordo com a realidade dos factos admitir a possibilidade de causas múltiplas, em que algumas são idênticas às da vertigem-nevralgia.

Citaremos: *as perturbações angioneuróticas; as modificações tensionais dos líquidos endolinfáticos* por perturbação do metabolismo da água, por alteração do saco endolinfático ou da estria vascular do caracol; *as nevrites infecciosas* (sífilis, tuberculose) ou *tóxicas*. As perturbações vertiginosas devidas à *estreptomycina* depressa se acompanham de modificações das reacções vestibulares e, mais tarde, de surdez nítida. De começo, a hiporreflectividade vestibular instrumental coincide com uma atenuação ou desaparecimento da sensação vertiginosa, apesar da persistência do nistagmo. Se a medicação não é interrompida, a arreflexia vestibular torna-se total.

A evolução da *doença de Ménière de forma nevritica* é longa, podendo encurtar-se pelos tratamentos médicos. Espontaneamente, a afecção estende-se com destruição do labirinto. Certas nevrites infecciosas (sífilis, tuberculose) podem curar sob a influência do tratamento.

Nos casos rebeldes, a destruição cirúrgica do labirinto ou a secção do VIII podem dar muito bons resultados.

Como epílogo deste capítulo, é necessário falar da *vertigem de Lermoyez*. Atribue-se este fenómeno curioso a um *espasmo vascular* que anemia o labirinto e cujo desaparecimento provoca uma congestão intensa do órgão, donde: vertigem e ao mesmo tempo reaparição da audição.

C — Vertigens nas fracturas do rochedo

A vertigem, quando se produz, só aparece após a dissipação da fase inicial de comoção cerebral. Pode ser devida a uma comoção labiríntica grave, ou a uma lesão destruidora quando o traço de fractura interessa todo ou parte do vestibulo.

Se a lesão está localizada, o desaparecimento da vertigem opera-se, em cerca dum mês. Uma vertigem de posição, verdadeiramente de origem otolítica, pode ser mais durável. No caso de persistência de perturbação, sobretudo se as reacções vestibulares são atípicas, é necessário pensar numa sequela post-traumática, mais extensa. As fracturas do rochedo são difíceis de ver radiologicamente; é necessário empregar as incidências de Chaussé e o processo de ampliação de Fischgold.

AS VERTIGENS DO III GRUPO

— As reacções vestibulares são de tipo periférico predominante;

— Mas, existem atípicas, lembrando o síndrome central;

— Trata-se dum síndrome troncular ou, mais exactamente, radicular.

Semiologia — Como no síndrome periférico, as vertigens podem evoluir por crises. Mas, não é raro que este carácter paroxístico seja menos nítido e seja substituído por uma tendência vertiginosa, em que o desiquilíbrio está em primeiro plano. Como no síndrome periférico, encontra-se de início, a associação mórbida cocleo-

-vestibular com zumbidos frequentes e constância de surdez bastante nítida, de tipo labiríntico.

O *nistagmo espontâneo* pode persistir entre as crises e afectar um tipo múltiplo. O desvio dos braços pode ser unilateral, interessando um único membro do lado doente.

No *Romberg*, a inclinação do corpo faz-se, muitas vezes, para trás e para o lado lesado, sem modificação notória pelas mudanças de posição da cabeça.

No *decurso das provas*, o lado doente reage sob a forma de hipo ou de inexcitabilidade, com resistência considerável à prova galvânica. Mas, não é raro notar pequenas anomalias do lado são, como:

— a atenuação do nistagmo provocado de forma rotatória;

— uma diminuição da sensação vertiginosa provocada;

— uma diminuição ou uma anulação do desvio dos braços do lado doente.

Neste caso, é necessário procurar sempre a *presença de sinais neurológicos concomitantes*: cefaleias, alterações do fundo do olho, sinais cerebelosos frustes, ataque discreto do facial e, sobretudo, do trigêmeo (modificação da sensibilidade da córnea e perturbações do reflexo corneano).

Etiologia — A lesão é já endocraniana mas não é ainda intraparenquimatosa, situando-se no trajecto do VIII, entre o buraco auditivo e os núcleos vestibulares.

Com as vertigens, a cefaleia posterior, muitas vezes lateralizada do lado doente, deve fazer pensar numa *aracnoidite adesiva ou quística*, porque ela não existe nunca no decurso do síndrome periférico. O fundo do olho mostra, por vezes, um edema discreto, mas nunca estase. Os sinais cocleo-vestibulares são sempre muito acentuados, mas a nota *central* é sempre ligeira e marcada, somente por uma anomalia. Estas aracnoidites vêm, por vezes, prolongar uma *supuração do ouvido médio*, ou um *traumatismo da região cervico-occipital*. Mas, existem numerosas aracnoidites infecciosas, em que não se pode fazer a prova bacteriológica.

Um outro diagnóstico deve ser estabelecido: o de *tumor do ângulo ponto-cerebeloso no início*. Se bem que não tenha a sua origem no ramo vestibular, o síndrome vertiginoso é raro, e os zumbidos muito mais frequentes. O exame põe em evidência, do lado doente, uma surdez completa e uma arreflexia vestibular total com, por vezes, do lado são, uma abolição electiva do nistagmo rotatório em terceira posição.

Podem descobrir-se outras anomalias do tipo central: nistagmo de tipo central do lado inexcitável, desvio espontâneo do único braço do lado doente, resposta desarmónica consistindo, por exemplo, em nistagmo e inclinação, operando-se no mesmo sentido. Quando o tumor evolue e adquire um certo volume, o síndrome vestibular central completo, os sinais neurológicos associados e os sinais radiológicos estabelecem facilmente o diagnóstico.

VERTIGENS DO IV GRUPO

— As reacções vestibulares são patológicas;

— Ordenam-se num conjunto inteiramente discordante;

— Trata-se dum síndrome central.

Semiologia — A atenção é concentrada sobre o próprio carácter da vertigem. A sensação subjectiva e sistematizada da vertigem falta, muitas vezes, substituída por uma *vaga impressão de incerteza de equilíbrio* e, por vezes, de fraqueza das pernas.

As perturbações vestibulares espontâneas têm um grande valor.

O *nistagmo* é, ordinariamente, *intenso, durável*, se bem que susceptível de variações dum dia para o outro. É, muitas vezes, de forma pura:

1.º — *Rotatória*, no caso de lesão baixa, bulbar.

2.º — *Horizontal*, no caso de lesão média, protuberancial.

3.º — *Vertical*, no caso de lesão alta, peduncular. Estabelece-se, frequentemente, em várias direcções.

Não existe nenhum paralelismo entre nistagmo e vertigem, isto é, um indivíduo portador dum nistagmo violento pode ir e vir sem apresentar vertigem apreciável, nem mesmo sensação de desequilíbrio. O desvio dos braços pode operar-se no sentido do movimento lento, mas opera-se, muitas vezes, no sentido do movimento rápido. Pode não interessar mais dum braço.

Na posição de *Romberg*, o doente limita-se a oscilar sem inclinação nítida.

O estudo da marcha torna objectivo o desequilíbrio, mas não termina no desvio angular, progressivamente crescente.

No *decurso das provas instrumentais*, podem revelar-se um certo número de anomalias.

A reacção nistágmica pode não existir. O nistagmo provocado, normalmente horizontal, na posição I, pode apresentar-se rotatório. Se é horizontal nesta posição, pode não se tornar rotatório na posição III.

O desvio dos braços pode não existir ou limitar-se a um único braço. Pode interessar unicamente o braço adutor qualquer que seja o lado interrogado (desvio contra-lateral cruzado de J. Lemoyne). Muitas vezes, a sensação vertiginosa não existe apesar da presença dum nistagmo violento.

Um nistagmo espontâneo, estabelecendo-se do lado dum labirinto inexcitável é um sinal de grande valor de lesão central. Muitas vezes, existem sinais cocleares, sendo necessário fazer *exames audiométricos* para pô-los em evidência. Pelo contrário, existe um contexto neurológico, mais ou menos importante, constituído por um conjunto de sinais nucleares e de sinais cordonais variáveis, segundo o nível da lesão no nevreixo. Em casos semelhantes, a vertigem observa-se, raramente, no estado puro ou predominante. Ordinariamente, é simulada, num contexto sintomático mais ou menos rico, segundo os casos.

Etiologia

A — No que diz respeito ao tronco vertebral, especialmente, a vertigem é rara; é mais frequente nas afecções pedunculares e protuberanciais altas, nas lesões protuberanciais baixas e nas bulbares.

É rara na seringobulbia, mais frequente no período em que se instala o *síndrome de Wallenberg-Foix*, de origem vascular. Faz parte da sintomatologia habitual dos *tumores do IV ventrículo*. Pode figurar aí como fase inicial, acompanhando-se de palidez, fraqueza das pernas e, por vezes, dum pequena perda de consciência. Neste caso, nota-se uma anflexia vestibular precoce; é, muitas vezes, bilateral, se bem que predomine, habitualmente, dum lado. Podemos dizer que a vertigem pode existir no *tabes* e na *esclerose lateral amiotrófica*.

Aparece durante algumas horas ou alguns dias, no síndrome vestibulo-espinal, descrito por Barré, nos indivíduos que ultrapassaram os cinquenta anos, sendo este síndrome curável, espontaneamente.

Nas *afecções cerebelosas*, a vertigem é relegada para segundo plano e é o desequilíbrio que a traz.

Na história evolutiva dum *abscesso cerebeloso de origem otítica*, as vertigens, na fase de destruição do labirinto, atenuam-se quando se dá a morte deste. A sua persistência, juntamente com a existência de pequenos sinais vestibulares centrais, deve pressupor a complicação endocraneana, confirmada com maior rigor pelo contexto de tipo meníngeo e cerebeloso.

B — A vertigem torna-se raríssima no decurso das lesões localizadas quer do cortex, quer das formações intra-hemisféricas: são as *perturbações do equilíbrio que dominam o quadro*.

Pode falar-se de vertigens quando se fala nas outras giratórias que precedem certas crises de epilepsia e que reconhecem três zonas de possível separação: uma *zona frontal*, situada na base de F²-F³; uma *zona parietal*, situada na parte posterior de T¹. Não se trata de modificações paroxísticas do tonus, que nada têm que ver com a via vestibular?

C — Pelo contrário, no decurso das lesões difusas

de tipo infeccioso (encefalites agudas de tipo neurótrofo, ou de origem indeterminada), as manifestações vertiginosas são, muitas vezes, assinaladas.

Porém, é a esclerose em placas que deve prender, em primeiro lugar, a atenção. As vertigens, frequentes em todos os aspectos desta doença proteiforme aumentam a insegurança, provocada pela pareplegia cerebelo-espasmódica; acompanham-se duma hiperexcitabilidade às provas instrumentais. Existe mesmo uma forma desta afecção de começo vestibular (Barré e Reys); no decurso da qual a vertigem, sintoma isolado e inicial, pode prolongar-se durante alguns dias sob a forma de estado de mal; a doença não faz a sua verdadeira prova senão a seguir a surtos ulteriores, interessando outras partes do nevreixo.

A hipertensão do L. C. R., quer seja de essência tumoral ou pseudo-tumoral, acompanha-se, muitas vezes, de vertigens expontâneas pouco marcadas em intensidade, mas notáveis pelo seu carácter contínuo. A vertigem provocada é, pelo contrário, muito mais rara.

Em virtude da sua frequência cada vez maior e das suas incidências médico-legais, as sequelas vertiginosas dos traumatismos cranianos merecem uma menção à parte. Elas pertencem a um vasto capítulo do síndrome chamado post-comocional, dos mais enfadonhos, que representa um incómodo considerável para a reiniciação de certas ocupações profissionais (operários navais e aviadores). A intensidade deste síndrome post-comocional não tem relação com a gravidade do traumatismo causal e as lesões crânio-cerebrais registadas. Poder-se-ia mesmo sustentar que os traumatismos fechados são mais nocivos que os traumatismos com lesões ósseas.

A vertigem, em casos semelhantes, é, muitas vezes, originada por deslocações bruscas da cabeça, ou por certas posições da cabeça. Faz parte duma pleiade de perturbações subjectivas mais ou menos intensas: zumbidos, sibilos, ansiedade de equilíbrio, cefaleias, perturbações da memória, de emotividade e do carácter. Nos numerosos casos que não são nem sinistrose, nem simulação, o psiquismo especial do ferido, a sua fatigabilidade e a sua emotividade torna difícil o exame vestibular. Este, se bem que minucioso, deve limitar-se às investigações principais: pesquisa dos sinais expontâneos, prova calórica.

Acrescenta-se, por vezes, à prova calórica uma hiperreflectibilidade com exagero nítido dos sinais subjectivos; muitas vezes uma hiporreflectividade global e, noutros casos, um síndrome vestibular francamente dissociado. No capítulo dos síndromes vestibulares dissociados encontram-se a disreflexia vestibulo-ocular cruzada de Barré e o desvio contro-lateral de Lemoyne. Interessa pôr em evidência estas perturbações da série vestibular que vêm confirmar, de modo objectivo, a sinceridade das alegações do ferido.

*

Resumindo, esquemáticamente, o diagnóstico etiológico das vertigens, poder-se-ia dizer que as vertigens do I grupo pertencem à *clínica geral*; as do II grupo à otologia, as dos grupos III e IV à neuropsiquiatria e à neuro-cirurgia.

(«La Presse Médicale», n.º 30; 24 de Abril de 1954)

RESUMOS DA IMPRENSA MÉDICA

«Proteína reactiva-C» como mais recente meio de diagnóstico dos processos inflamatórios, in J. A. M. A., 152 (13): Adv. «Pfizer», 26; 1953.

Destronando a *velocidade de sedimentação*, a determinação da *proteína reactiva-C* («C-reactiv protein») veio revolucionar, nos E. U. A., o diagnóstico precoce e o estudo da evolução e do prognóstico de *todos os processos inflamatórios*, agudos ou crónicos.

A «C-reactiv protein» aparece muito precocemente no soro, sempre que se inicia qualquer processo inflamatório, sendo bastante mais sensível e aparecendo mais precocemente do que a alteração da velocidade de sedimentação.

Já foi possível comprovar que em numerosos casos, em que a V. S. era negativa, apesar da existência de qualquer processo inflamatório, a determinação de «C-reactiv protein» revelou a inflamação muito precocemente. E, inversamente, em casos sem qualquer processo inflamatório, em que a V. S. estava, enganosamente, alterada (exemplo: anemias marcadas), nunca foi possível constatar a presença de «C-reactiv protein», pelo menos em concentração anormal.

A sua determinação tem sido sobretudo modernamente empregada (nos E. U. A.), no diagnóstico e no estudo da evolução, ou do prognóstico da febre reumática ou doença reumática evolutiva. Assim, por exemplo, tem sido possível confirmar o diagnóstico de certas formas ligeiras, ou frustes de febre reumática, muito mais precocemente do que anteriormente e tem sido possível firmar-se, pela sua determinação periódica, um prognóstico muito mais correcto e uma orientação terapêutica muito mais perfeita.

Em alguns doentes de febre reumática, tratados por salicilatos, cortisona ou A. C. T. H., já sem sintomas e com uma V. S. normal, foi encontrado um nível ainda anormal daquela proteína. Todos esses doentes vieram a recair e em quase todos tratava-se de formas evolutivas graves.

A técnica de determinação da «C-reactiv protein», presentemente em uso, foi descrita por Harold C. Anderson e por Maclyn Mc Carthy, investigadores do *Rockefeller Institute*.

L. C. M.

IBÁLSAMO BIENGUIÉ

O ANALGÉSICO DE EFICIÊNCIA CONSTANTE PARA O TRATAMENTO LOCAL DAS AFECÇÕES REUMÁTICAS E DAS NEURALGIAS

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Montelro, 142

LISBOA

PENI-14 A PENICILINA

EM SUSPENSÃO ORAL, EM COMPRIMIDOS
OU INJECTÁVEL, FORMAS IGUALMENTE
EFICIENTES SOB O ASPECTO CLÍNICO.

DOS
14
DIAS

PENI 14

SUSPENSÃO

300.000 U. O. de N,N'-dibenziletlenadamina
dipenicilina G

Em regra uma colher de chá cada 6 horas

COMPRIMIDOS

300.000 U. O. de N,N'-dibenziletlenadamina
dipenicilina G

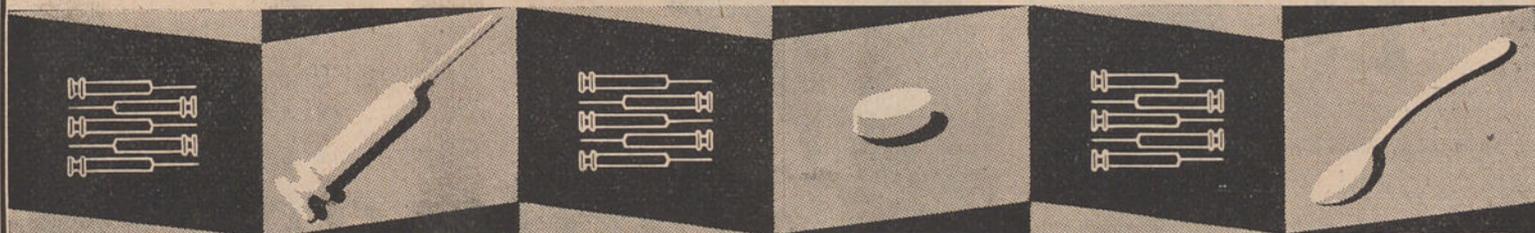
Em regra um comprimido cada 6 horas

900 INJECTÁVEL

| | |
|--|---------------|
| N,N'-dibenziletlenadamina-dipenicilina G . . . | 500.000 U. O. |
| Procaína Penicilina G | 300.000 U. O. |
| Penicilina G cristalizada | 100.000 U. O. |

Em regra uma ampola por semana

MENOS INJECCÕES • UM COMPRIMIDO • UMA COLHER DE CHÁ



IGUAL EFICIÊNCIA • MAIOR COMODIDADE

LABORATÓRIO SANITAS



NOVIDADE!

ESTIMULANTE ANTIALÉRGICO PARA USO DIURNO O ANTIALÉRGICO PARA AS PESSOAS QUE TRABALHAM



Plimasina
Drageias

*Efeito antialérgico intenso
com acção estimulante central*

Produtos CIBA, Limitada — Lisboa

S U P L E M E N T O

OS CRÍTICOS E AS CONFRARIAS

Não há dúvida que o parentesco, a amizade ou o correligionarismo pesam na mentalidade do crítico com a força ancestral de uma herança e o peso de uma tradição difícil de romper. Os laços de sangue, os velhos compromissos ou ainda as obrigações impostas pelo mesmo credo político ou confessional, não o deixam fazer uma crítica desinteressada e superior, à altura do valor da obra, das possibilidades artísticas ou literárias do criticado e até dos seus próprios méritos. No geral, dizem bem ou dizem mal, não pelo que a obra representa ou vale, mas pela grande amizade ou antipatia que nutrem pelo autor. Se ele pertence à confraria dos eleitos, e respira o mesmo ar, e se acotovela na mesma mesa, e come da mesma gamela, os adjectivos da louvaminha e do incenso são manejados à vara larga, com um exagero que surpreende. O que por vezes não passa de um rele «pastiche» ou de uma poalhada de lantejoulas, é tomado pelo crítico como uma obra de substanciais talentos que os séculos não conseguirão encaminhar para o limbo do esquecimento. E aplaudem sem restrições, e escurecem fraquezas, e deixam na sombra as mazelas, como se elas não existissem ou fossem alimentos capazes de nutrir, como qualquer vianda saborosa, os apetites mais exigentes...

Se por acaso é o inverso que se dá e o crítico esconjura o autor mal lhe enxerga a sombra, a obra por mais elevada que seja e por maiores méritos que revele, não passa de uma banalidade arripante ou de uma chocarrice confrangedora. Pode ser a obra de um génio ou a expressão maravilhosa de um artista. Pode ser a revelação de um talento, ou a comunicação surpreendente de um in-

vestigador. Para o crítico azedo é porém sempre uma obra mistificada, com fraquezas que se reflectem na forma e no conteúdo ou se revelam numa expressão menos clara ou numa gralha despercebida, das quais ele tira partido usando o humor pesado e mariola de graça insonsa e malcriada.

Pior é que a independência de juízos que apregoa e a força de convicção que mostra, se perdem numa mascarada de fingimentos que nem a todos convence. O exagero transformou a crítica num arranjinho de agrados ou numa catilinária de azedumes que define a confraria ou limita o campo adverso. A sua dignidade transformou-se numa coisa suja e repelente que, se fere o criticado, ludibria os leitores. O crítico não foi superior às suas questões pessoais nem às birras de «clan» e deixou-se conduzir por um mau caminho para um juízo errado...

Contudo, os autores procuram-no e não escapam à fraqueza de se julgarem excepções, e vivem na esperança de uma justiça que se lhes não presta e de uma verdade que se lhes esconde. Não se entregam, quando os primeiros adjectivos os chicoteiam ou as últimas ironias os mordem. Na sua boa fé, desculpam-se com a falta de simpatia pessoal ou discordância política. Às vezes sem razão, porque a obra é péssima e o crítico excepcionalmente foi sério. A maior parte das vezes, porém, com ela porque o crítico quis ser propositadamente mau e grosseiro e, da tribuna onde pontifica, criar um ambiente ruim e inutilizar um esforço sincero. E é pena, convenhamos. Se a crítica é um estudo de comparação de valores, o crítico não deve descer a baixezas, só porque o au-

tor não é comparsa nas suas rapiocas, ou bate com a mão no peito, quando ele o desejava ateu ou livre pensador. Tem de ser elevada e justa, séria e ponderada. Tem, sobretudo, de viver à margem de idealismos políticos e credos religiosos na plena independência dos juízos claros e livres. Não pode ser servil nem louvaminheira, só para agradar. Nem azeda e rebarbativa, só para ferir. Tem de ser verdadeira e digna, equilibrada e independente, sem quaisquer amarras que a prendam a velhos favores, nem subserviências que diminuam a sua dignidade. Se ela perde alguns dos seus atributos mais representativos, falará apenas à simpatia ou ao ódio de cada um, às suas correntes ideológicas ou pensamentos doutrinários, aos laços de sangue ou aos compromissos de família, sem nunca possuir a limpidez dos juízos puros nem a transparência dos pensamentos claros. Dela se poderá dizer, como li algures, que só serve para definir um mau princípio, depois de bacular um mau senhor...

Vem este aranzel a propósito das críticas mais desencontradas que eu li sobre um filme nacional exibido há pouco nas pantalhas cidadinas. O que dele se disse e o que sobre ele se escreveu, merecem uma referência e um comentário que serão feitos oportunamente. Por hoje, direi ainda que a crítica também deve ser criticada para que não suponha ter as mãos inteiramente livres para operar com a habilidade dos carteiristas e a língua completamente desembaraçada para actuar com a doçura meliflua dos hipócritas ou a licenciosidade agressiva dos arruaceiros...

ECOS E COMENTÁRIOS

ESPECIALISTAS

A especialização em dados ramos da Medicina é cada vez mais uma necessidade pela impossibilidade de abarcar todos os pormenores de cada ramo. Esta verdade de La Palisse faz com que muitos jovens médicos, recém formados, se dediquem imediatamente a uma dada especialidade para ficar a conhecer um só órgão do corpo humano ou um só sistema, ou noutros casos ainda, uma só técnica de estudo da doença. Um especialista nestas condições é sempre um mau especialista porque perdeu a visão conjunta do doente e acaba por tratar mal o próprio órgão que conhece em minúcia, mas não nas suas conexões fisiopatológicas.

A Ordem dos Médicos reagiu com clarividência contra esta especialização precoce e obrigou a estágios em Medicina e Cirurgia e a um tempo mínimo de formatura, antes que o candidato fosse admitido a prestar provas para especialista.

Se a ideia foi esplêndida, nem sempre os resultados serão os previstos. Muitas vezes se vê o uso de subterfúgios para não cumprir a determinação estatutária. Durante o período de estágio em Medicina ou em Cirurgia é comum ver o candidato trabalhar simultaneamente na sua especialização e limitar os conhecimentos gerais a uma passagem breve pelo ponto da enfermagem onde «o não querer fazer mal» do director acaba por lhe conceder o documento de assiduidade. Desta forma é deturpado o espírito da lei.

Felizmente, que nem sempre as coisas se passam assim e que são numerosas as excepções.

Vem isto a propósito de uma destas excepções que penso pode ser citada por exemplificar bem o que se pretende de um especialista completo.

O Dr. F. Castro Amaro acaba de obter a unanimidade na aprovação para gastroenterologista pelo juri da Ordem.

Interno dos Hospitais, foi o Dr. Castro Amaro assistente do Prof. F. Fonseca na Faculdade de Medicina e no ensino da propedêutica trabalhou com afinco até à demissão do Mestre. Tem um curriculum valioso, sobretudo em doenças digestivas e em doenças infecciosas, e uma vasta prática clínica. Médico das Termas de Caldelas há muito se dedica à gastroenterologia. O título de especialista é assim um corolário lógico da sua vida de especialista e vem oficializar uma situação de facto.

Embora neste caso haja um excesso de condições para aquilo que é razoável exigir de um candidato a especialista, não fica mal marcar esta posição frente a alguns especialistas feitos à pressa.

J. A. L.

O BARÃO DR. HENRI DE ROTCHILD

Empregando uma expressão alheia, digo que devoro os livros de memórias. Infelizmente, não surge, a cada passo, um novo livro de memórias, que interessem do princípio ao fim. É preciso reler alguns deles. De resto — quem é que não relê um velho livro, desses que nos deixaram impressões profundas?

Há dias, voltei a ler alguns dos capítulos dum livro, editado em Portugal, em dois volumes, «Cinquante ans de souvenirs», cujo autor, o Barão Dr. Henri

de Rotchild, esteve em Portugal durante alguns anos, após a invasão da França pelos alemães. Com amabilíssima dedicação, recebi então (1945), os dois volumes, que «devorei», e que há pouco voltei a ler.

Henri de Rotchild pertencia a essa célebre família de banqueiros e grandes senhores do comércio e da finança, que começou com os cinco «senhores de Francfort» que, há cerca de um século e meio, se dispersaram em várias capitais da Europa. Este Rotchild formou-se em medicina, foi notável autor dramático, filantropo, organizador de serviços médico-sociais, escritor, grande viajante que conhecia o Mundo inteiro... Foi, como dizia Augusto de Castro no prefácio dos «Cinquante ans de souvenirs», uma das mais representativas figuras da sua época, «pelo fulgor que o seu nome empresta à dinastia universal dos Rotchild, pela posição que o seu nascimento e a sua imensa fortuna lhe deram, pelo brilho dum grande nome literário e científico conquistado por um talento de escritor internacionalmente consagrado, pela influência das suas relações cosmopolitas e da sua intimidade com as mais altas figuras do seu tempo».

M. C.



COMPLEXO B

| | | |
|---------------|----------------------------|--------|
| | Tubo de 25 comprimidos | 12\$50 |
| Série fraca — | | |
| | Caixa de 12 ampolas | 22\$50 |
| | Boião de 50 comprimidos | 28\$00 |
| Série forte — | | |
| | Caixa de 6 ampolas de 2cc. | 32\$00 |
| X a r o p e — | Frasco de 170cc. | 27\$00 |
| Reforçado — | Boião de 20 cápsulas | 35\$00 |



LABORATÓRIOS
DO
**INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

COMO SE TRATAVA A SÍFILIS

No 2.º volume dos «Cinquante ans de souvenirs» do Barão Henri de Rotchild, vem um capítulo sobre o Professor Georges Dieulafoy, cujo nome se celebrizou em numerosos países, como Portugal, devido aos seus livros, entre os quais se contam os numerosos volumes publicados com o título «Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu».

Henri de Rotchild foi «externo» dos hospitais, tendo como «patrão» Dieulafoy. No referido livro conta a história duma doente jovem, que apresentava «lesões terciárias de sífilis» localizadas aos ossos do nariz. Vale a pena referir aqui o caso — recordando o que eram há 50-60 anos, os tratamentos da sífilis, comparando-os com a moderna terapêutica por meio dos antibióticos...

A doente eliminava, de tempos a tempos, pequenos fragmentos ósseos com o volume dum grão de trigo e o «patrão» recolhia-os com cuidado, como se fossem relíquias. Depois de lavados com álcool, eram conservados num tubo de vidro. Periódicamente, o «relicário» era retirado do lugar onde se encontrava, para ser apresentado aos estagiários durante uma lição clínica.

Por indicação de Dieulafoy, Henri de Rotchild estava encarregado de notar cuidadosamente a observação do caso, sem desprezar qualquer detalhe. Ao fim de cada mês, somava as doses exactas de cada um dos medicamentos que a doente tomava. Enquanto a doente esteve

internada, ingeriu algumas dezenas de litros de xarope de Gibert e de iodeto de potássio; quanto às pílulas proto-iodeto de mercúrio, o seu peso atingiu cerca de 2 quilos!

Sucedeu que a doente, ao fim de dois anos de internamento hospitalar, quis ter alta. Dieulafoy ficou aborrecidíssimo com esta resolução, pois queria conservar a rapariga na sua enfermaria, para continuar a ser rigorosamente observada. Procurou dissuadi-la, mas não a convenceu. Para ter a certeza de que a doente viria, num dia em cada semana, ao Hospital, com o fim de ser observada, prometeu-lhe que lhe pagaria os transportes e lhe daria ainda, por cada fragmento ósseo que ela trouxesse, um «prémio», que seria tanto maior quanto mais volumoso fosse o fragmento...

Algumas semanas depois, a rapariga apareceu no Hospital, mas, desta vez, trazia um osso bastante grande — com cerca de 8 centímetros de comprimento... Dieulafoy olhou atentamente para o «fragmento» e, depois de consultar os colaboradores, declarou que aquilo era... o ramo horizontal do espenóide. Como, porém, não era forte em anatomia, mandou chamar um colega anatómico, que, logo que chegou, depois de observar atentamente o osso, declarou, terminantemente, que o osso era... uma «costeleta de carneiro». Dieulafoy ficou irritadíssimo e invectivou a mulher, chamando-lhe impostora. Ela, muito naturalmente, explicou então: — Sim, era de facto uma «costeleta de carneiro». Mas como o Prof. Dieulafoy lhe dissera que pagaria tanto mais quanto maior fosse o «fragmento», ali estava com um osso grande, para receber um prémio elevado...

M. C.

O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE NA AUSTRÁLIA

Do número de 26 de Março do J.A.M.A. colhemos alguns dados respeitantes a esse Serviço, os quais encerram sugestões de alto interesse para nós, muito embora não se deva esquecer que o nosso País é um País pobre e a Austrália tem um nível de vida dos mais elevados, em todo o mundo.

O governo trabalhista australiano aprovou, em 1948, o «National Health Service Act», pelo qual seria possível

estabelecer um serviço de saúde nacional completo, gratuito para os doentes e pago por tributação especial para serviços sociais; contudo essa legislação não chegou a ser executada! Em 1949 o governo trabalhista foi derrotado e substituído por um outro de coligação, constituído por membros do partido Liberal (conservadores) e Agrário, chefiado pelo actual primeiro ministro. Sir Earle Page, que é médico (o sublinhado é nosso) foi nomeado Ministro da Saúde, e logo após o seu advento anunciou que o governo daria todo o encorajamento ao seguro-doença voluntário, usando as suas verbas para reforçar os encargos de protecção contra a doença assumidos pelas organizações de seguros aprovadas. No desenvolvimento dos seus planos, ele teve a cooperação das classes médica e farmacêutica (que anteriormente se tinham oposto a certas iniciativas e tentativas do partido trabalhista). Esses planos compreenderam as seguintes etapas:

1 — Por acordo com os governos dos estados, cada criança das escolas, com menos de 12 anos, recebe gratuitamente cerca de 2 decilitros de leite por dia.

2 — Em Julho de 1950 entrou em vigor um esquema de subsídios aos tuberculosos, passando estes doentes, enquanto se encontram em tratamento, a receber uma pensão em dinheiro. O governo federal da Austrália também contribue para cobrir as despesas de inquéritos radiológicos em massa, conduzidos pelos departamentos de saúde dos estados, e igualmente para a construção de sanatórios.

3 — A partir de Setembro de 1950, todos os australianos passaram a ter gratuitamente uma série bastante «substancial» de medicamentos, compreendendo as drogas para profilaxia e as de interesse vital (lifesaving and disease-preventing drugs).

Esses medicamentos são fornecidos aos doentes por farmacêuticos aprovados, sob prescrição médica, e o governo paga ao farmacêutico.

Nesta lista estão incluídas as sulfamidas, insulina (como se pode consentir que um diabético morra por não ter dinheiro para comprar insulina?!), penicilina, estreptomina, cloranfenicol, clortetraciclina, vacinas, soros, e muitos outros medicamentos de comprovado valor. A lista em questão é ampliada de tempos a tempos, segundo as recomendações de uma comissão em que estão representadas as profissões médica e farmacêutica.

4 — Em Fevereiro de 1951 foi criado um serviço gratuito para velhos, inválidos e certos pensionistas e pessoas a seu cargo, compreendendo cerca de 600.000 pessoas. Os beneficiários deste serviço recebem gratuitamente, dos médicos participantes (todos os médicos são elegíveis para participar), todos aqueles serviços prestados habitualmente por um clínico geral no seu consultório ou em casa do doente. Além das drogas da lista anterior, estes beneficiários podem receber, sem qualquer despesa, todos os medicamentos da Farmacopeia Britânica. Não há qualquer contrato entre o Governo e o médico, mas, por combinação com a Associação Médica Britânica da Austrália, aquele recebe pelos seus serviços cerca de 60% do que cobra na sua clínica privada. O médico é pago pelo departamento de saúde, mediante a apresentação de documento justificativo assinado pelo doente.

5 — Em Julho de 1953, iniciou-se um esquema de benefícios médicos, segundo o qual as quantias a pagar pelas organizações de seguros contra a doença são reforçadas por subsídios governamentais, pagos através dessas mesmas organizações. Os seguros comerciais são excluídos desse esquema que abrange, apenas, os organismos de socorros mútuos, criados sem fins lucrativos. O montante do subsídio varia em relação com a natureza do serviço médico, mas para cada serviço, em particular, é sempre o mesmo sejam quais forem os honorários do clínico que o prestou. Os serviços subsidiados compreendem perto de 1.000 espécies, cobrindo toda a gama da assistência médica, incluindo consultas, operações, obstetrícia, serviços radiológicos e mesmo exames anátomo-patológicos.

Como se vê, a Austrália, afastando-se do sistema da Grã-Bretanha, com o seu serviço médico nacionalizado, assim como do americano (USA), com a sua predilecção pela responsabilidade pessoal, adoptou um sistema intermédio, um sistema de «auto-ajuda», de responsabilidade individual, auxiliado pelos recursos do Estado.

Os últimos seis meses mostraram que a reacção da população é favorável a estes desígnios, pois que durante esse período se verificou um enorme aumento dos membros das organizações de seguros previdência), estando quase metade da população da Austrália coberta por esses seguros voluntários contra uma parte das despesas por doenças.

DIGITALINA MIALHE

(SOLUÇÃO MILESIMAL DE DIGITALINA CRISTALIZADA)

SUPERIORIDADE INCONTESTÁVEL SOBRE TODAS AS PREPARAÇÕES DE DIGITALIS PURPÚREA

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

O ENSINO MÉDICO NA SUÍÇA

Impressões duma visita de estudo

III

Ensino laboratorial

O ENSINO DE ANATOMIA
PATOLÓGICA

Certamente sob a influência da escola alemã, este ensino é bastante desenvolvido e essencialmente prático pela forma como ele é orientado. Ele decorre do V.º ou VI.º semestre ao X.º ou XI.º semestre e é assim organizado:

Aulas teóricas:

Anatomia Patológica geral — 1 semestre.

Anatomia Patológica especial — 2 semestres.

Trabalhos práticos:

Autópsias — 2 semestres.

Demonstrações de Anat. Patológica — 2 semestres.

Histologia Patológica — 2 semestres.

O estudo de tumores merece especial atenção.

Pelo interesse que tem este ramo de ensino, visitei os Laboratórios de todas as Faculdades Suíças e cá registo, embora rapidamente, as minhas impressões:

Instituto de Anat. Pat. de Zurique (Prof. H. U. Zollinger) — Este magnífico Instituto, o melhor que tenho visto e que faria honra a qualquer Faculdade do mundo, foi inaugurado em 1947 e o seu plano muito bem delineado se deve ao Prof. Meyenburg, hoje jubilado. Funciona num amplo pavilhão de 5 andares, sendo o último reservado para a conservação de animais. Tem, além do museu, dois serviços dirigidos por professores extraordinários que se revesam

semestralmente: *serviços de autópsias e de biópsias.*

Todo o doente que morre no Hospital é obrigatoriamente autopsiado, o que se faz às 9 horas de manhã.

Para a conservação de cadáveres há dois refrigeradores: um grande marcando 4.º, onde o cadáver é conservado até a autópsia, e um outro, menor, marcando — 4.º, constituído de dois armários com dois tabuleiros, cada um destes podendo conter dois cadáveres que precisem de ser conservados por longo tempo. Feita a autópsia, recolhidas as vísceras para exames ulteriores, o cadáver é transferido para uma sala onde nenhum estranho pode entrar. Se a família o reclamar e se o doente não tiver morrido de moléstia infecciosa, ele é transferido para a câmara mortuária durante meia hora e finda a qual é directamente transportado para o cemitério. No caso de doença infecciosa, ele é conservado num *box*, podendo a família vê-lo através de janela de vidro.

A sala de autópsia, com 6 mesas, é ampla e bem arejada. Ao lado existe uma outra, menor, reservada ao professor. Fazem-se em média 1.800 autópsias anuais. Existe um grande anfiteatro para demonstrações, com 300 assentos, as quais se fazem duas vezes por semana: autópsias às segundas e o exame de órgãos às quartas.

É elevado o número de biópsias. Existem laboratórios especiais exclusivamente destinados ao estudo de tumores. Existem também dois arquivos diferentes, muito bem organizados, para as preparações de biópsias: lesões em geral e tumores. A sala de trabalhos práticos de histologia patológica, disposta em anfiteatro, com 124 microscópicos com iluminação automática, sa-

tisfaz todos os requisitos modernos e cria um ambiente agradabilíssimo. Tem dois magníficos museus, organizados pelo preparador Galler, com mais de 30 anos de prática, contendo peças preparadas com perícia e arte e que conservam a sua cor natural. Um dos museus, com peças de alto valor, fica na cave para evitar a entrada da luz. O Prof. Zollinger é autor de interessantes trabalhos sobre nefrite intersticial.

Instituto de Anat. Pat. de Basileia (Profs. Werthemann e Roulet) — Este Instituto, conquanto funcione num pavilhão construído em 1880, tem instalações bem montadas. Está também dividido em dois departamentos: autópsias e histologia patológica. Existe uma sala de autópsias com 4 mesas. As demonstrações fazem-se num anfiteatro para 60 estudantes, anfiteatro este que é diferente do de aulas teóricas. O número anual de autópsias é de quase 1.400. Têm, pois, os estudantes bom material para o estudo ao contrário do que se nota em Anatomia. É um problema de solução difícil, disse-me o Prof. Roulet, pois em cada cem autópsias, dificilmente se consegue mandar um para o Instituto de Anatomia. Assisti a uma demonstração feita pelo Prof. Werthemann sobre o fígado e rim com lesões de periarterite nodosa. A autópsia não é obrigatória como em Zurique. O Instituto possui duas câmaras frigoríficas, de 4.º, e de — 4.º, esta última para conservação de vísceras, sala de maceração de ossos, forno crematório, etc.

Para os trabalhos práticos de histologia patológica existe uma sala com 70 microscópicos. A cada estudante é fornecida uma colecção completa de 350 preparações pelo módico preço de 20 francos. Não me impressionou muito o museu.

Instituto de Anat. Pat. de Berna (Prof. Walthard) — A organização deste Instituto é quase idêntica a dos dois anteriores. As autópsias fazem-se numa sala com 2 mesas e as demonstrações num anfiteatro anexo. O número aproximado de autópsias é de 700 ao ano. Faz-se sistematicamente exame do fígado, coração, aorta, pulmão, baço, rim, tireoide e às vezes supra-renal, pâncreas, hipófise e cérebro. O estudo de glândula tireoide tem merecido especial atenção do Prof. Walthard. Eu mesmo tive o prazer de ver os seus trabalhos de investigação sobre o bócio, feitos com o microscópio electrónico. Todos os relatórios de autópsias e biópsias são encadernados em volumes.

O Prof. Walthard tem organizado um esplêndido índice de lesões, o qual

permite a um estudioso ter facilmente um vasto *dossier* para o seu trabalho. A autópsia não é obrigatória.

A sala de trabalhos práticos possui 73 microscópios. Cada estudante tem uma colecção de 100 preparações por 12 francos. No museu existem belas preparações de tiroide e algumas peças com metastases ósseas do cancro de tiroide.

Vi no anfiteatro de aulas teóricas e no gabinete do professor quadros murais com desenhos de diversas lesões histo-patológicas. O Prof. Walthard, espírito muito interessante e original no seu modo de pensar, entende, com razão, que o ensino de Anatomia Patológica por meio de projecções luminosas não é suficiente nem eficiente. O estudante, o principiante em especial, não fixa os detalhes das imagens que passam rapidamente no *écran*. É preciso que ele se habitue a *contemplar* os detalhes, pois a *contemplação* tão peculiar no Oriente, pouco se cultiva no Ocidente, disse-me o Prof. Walthard. E no Instituto existe um quarto para o assistente que se dedica a qualquer trabalho bastante delicado de investigação, — *quarto de contemplação*, como lhe chama com verdadeiro *sense of humour* o Prof. Walthard.

Instituto de Anat. Patológica de Lausana (Prof. Nicod) — Na ausência de Prof. Nicod fui recebido pelo chefe de trabalhos práticos Dr. Raymond Alfred. O Instituto funciona num pavilhão independente e vasto, construído há uns 10 anos. Para o serviço docente existe um anfiteatro grande — «Jorge Spengler» — com uma mesa de autópsias para demonstrações, um anfiteatro pequeno para lições teóricas e uma sala de trabalhos práticos de histo-patologia com 80 microscópios.

O departamento de autópsias é constituído de uma sala com 3 mesas, uma sala com uma mesa e aparelho de Raios X, uma sala de *triage* com uma mesa e um frigorífico, onde se escolhem e conservam as vísceras que servirão para demonstrações e trabalhos práticos, uma sala para preparador, e uma sala de refrigeração a 9.º com um frigorífico que marca 5.º. Todos os doentes que morrem no hospital são autópsados, quando não haja impedimento da família. Faz-se sistematicamente o exame das seguintes vísceras: pulmão, coração, baço, rim, fígado e tiroide. Como a patologia infantil não está ainda bem estudada, o exame histológico das vísceras, incluindo as glândulas endócrinas, é completo quando se trate de cadáver de criança. O número de autópsias é de 800 por ano.

Há laboratórios para biópsias, um deles especialmente destinado a neuro-patologia. O número de biópsias de peças operatórias é de 9.000.

Este Instituto não tem museu. A sala que lhe estava destinada vai ser transformada em sala de leitura. Não há vantagem em se organizar o museu: as peças estudadas nas autópsias e as fotografias são suficientes para o ensino, disse-me o Dr. Alfred. Será assim?

Lembrei-me dos belos museus de Zurique e de Berna e não me convenci de sua inutilidade.

Instituto de Anatomia Patológica de Genebra (Prof. Rutishauser) — Dos cinco Institutos que visitei este é o mais modesto. Algumas notas mais importantes:

O número de autópsias é aproximadamente de 800 ao ano. Ela não é obrigatória, a não ser em casos em que seja reclamada pelo clínico assistente. Além de exame de órgãos doentes, faz-se sistematicamente ao do fígado, rim, coração e pulmão. Fazem-se exames histológicos de quase 7.000 peças operatórias por ano. O curso é em média de 170 estudantes, e a cada um deles é entre-

que, de empréstimo, uma caixa contendo aproximadamente 520 lâminas com preparações. Entre vários laboratórios notam-se: laboratório de neuro-patologia, de micro-fotografia e de Raios X. A sala em que está instalado o museu é muito pequena em relação ao número de peças existentes. O Prof. Rutishauser se dedica especialmente ao estudo histo-patológico de ossos, articulações e tecidos.

(Notas ext. dum relatório).

J. M. PACHECO DE FIGUEIREDO

(Bolsheiro da O. M. S.)

GELDIAZINA

NO TRATAMENTO
DAS DIARREIAS
DE ORIGEM
INFECCIOSA



GELEIA AGRADÁVEL AO PALADAR

FÁCIL E PRÁTICO: CONTROLE DE
ADMINISTRAÇÃO DA SULFADIAZINA
ESPECIALMENTE NAS CRIANÇAS

Sulfadiazina 5 grs. — Pectina — Vitaminas
do Complexo B — Pantotenato de cálcio —
Extracto de banana — Excipiente açucarado
não fermentescível — q. b. para 100 grs.

Uma colher das de chá rasa equivale a 0,20 grs. de Sulfadiazina

Laboratório



Farmacológico

J. J. FERNANDES, LDA.

LISBOA — PORTO — COIMBRA — FUNCHAL

GUERRA AO FUMO!

**Resultados aterrorisantes do inquérito sobre o cigarro.
Os médicos americanos lançam um S. O. S.**

A «guerra do fumo» desenvolve-se com especial intensidade sobretudo na América do Norte, abrangendo, não só as atenções dos médicos, mas também de todo o público. Os que atacam o tabaco, acusando-o principalmente de originar o cancro e de agravar as doenças cárdio-vasculares, e os que o consideram como inofensivo degladiam-se, tanto na imprensa médica e nas sociedades científicas como na grande imprensa informativa. Como exemplo do interesse que vai pelo mundo a respeito de «Guerra ao fumo», transcrevemos a seguir um artigo que há pouco publicou a revista «Paris-Match».

Uma nuvem de fumo subia para a clarabóia do Civic Center de S. Francisco enquanto que o Dr. Hammond lia a sua comunicação. Terminada a sessão, saíram, em grande e viva discussão, os 1.500 ouvintes, representando os 150.000 membros da American Medical Association. Lumes de fósforos e de isqueiros acompanhavam esta multidão. A classe médica ouvira que o cigarro era um assassino. E a classe médica americana fumava.

Um pouco depois, E. Cuyler Hammond, de 42 anos, doutor em biologia e em estatísticas, atende os jornalistas. Um destes pergunta-lhe (enquanto puxa de um cigarro) se não teria um preconceito contra o tabaco quando iniciou o seu inquérito. Hammond sorri: «Fumava três maços de cigarros por dia. Parei quando conheci as primeiras conclusões».

Um outro médico toma a palavra: Charles Cameron, nome célebre na América, presidente da American Cancer Society, que organizou este inquérito sem precedentes sobre as relações do tabaco e a morte. «Estou, diz, no meu sétimo dia de abstinência. Mas se remontarmos atrás quatro anos veréis que é o meu terceiro sétimo dia». Um perguntou se esta terceira tentativa seria a eficaz. Charles Cameron teve então um gesto de evasiva. «Quem sabe?».

Os médicos estão entre os grandes fumadores da América e há poucos sinais de que muitos deles renunciem ao seu hábito. Acabam contudo de ouvir o aviso mais dramático que até hoje se fez. «Não tínhamos a intenção, disse o Dr. Hammond, de publicar os resultados do nosso inquérito antes do próximo ano, mas entendemos que não havia o direito de demorar: trata-se de vidas».

O inquérito mencionado começara em 1 de Novembro de 1952. Em nove estados americanos, entre os quais Nova Iorque, Pensilvânia, Hinois, Califórnia, etc., 22.000 voluntários recrutados pela American Cancer Society iniciaram os seus ficheiros onde registam as relações presentes ou passadas do tabaco nas pessoas entre os 50 e os 70 anos de idade. 187.776 fichas concluíram-se em 1 de Novembro de 1952. Foram classificadas em três grandes grupos: 1.º não fumadores; 2.º fumadores ocasionais; 3.º fumadores habituais.

Este último grupo subdividiu-se em sete grupos: de cigarros exclusivamente, de cigarros e de charutos, de charutos somente, etc. A finalidade era a de esclarecer a afirmação de que o cigarro era o responsável pelo aumento vertiginoso do número de cancros do pulmão.

O Dr. Hammond e o seu assistente, o Dr. Horn, colecionaram os registos de óbitos das suas cobaias. «Encarava com cepticismo as conclusões da nossa experiência», declara Hammond.

De 1 de Novembro de 1952 a 31 de Outubro de 1953, 2,6% ou 4.854 dos indivíduos considerados, morreram. 745 destes fumavam mais de um maço de cigarros por dia. Se a sua taxa de mortalidade fosse a mesma que a dos não fumadores, os 745 não teriam sido senão 426.

O tabaco, segundo todas as aparências, originara 319 vítimas, ou seja mais de 40 % do número total de mortes neste grupo.

A análise das causas fatais acentuava os contornos deste quadro sombrio. 334 dos 745 «heavy smokers» sucumbiram a crise cardíaca e 161 morreram de cancro

enquanto as suas afecções não deviam ter feito senão respectivamente 171 e 98 vítimas. No que respeita ao cancro do pulmão, principal ponto de controvérsia, a linguagem dos números era particularmente impressionante: pelo menos 5 vezes mais e talvez até 16 vezes mais casos mortais entre os fumadores habituais que entre as pessoas que nunca fumaram.

Como se suspeitava, o culpado parecia ser o cigarro. As fichas do Dr. Hammond indicam que a mortalidade dos fumadores só de charuto é levemente superior à dos não fumadores. Mas ninguém está de acordo sobre os motivos que conferem ao cachimbo e ao charuto a sua inocuidade.

De modo grosseiro e sob reserva de exame mais atento, a comunicação Hammond chega ao seguinte cálculo de probabilidades: um homem de cinquenta anos tem uma probabilidade sobre cem de morrer nos dezóito meses seguintes se nunca fumou; probabilidade e meia se fumou intensamente em certa época da vida, e duas probabilidades se continua a fumar um maço de cigarros ou mais por dia.

Em S. Francisco, os médicos disseram na generalidade ser necessário conservar o sangue frio e que nada se podia concluir de uma experiência de um só ano. Vários condenaram a American Cancer Society por divulgar resultados que ainda não tinham amadurecido. A reacção do público não é menos viva. As acções das grandes empresas de cigarros, American Tobacco, Reynolds, Ligett and Myers, Lorillard, etc., baixaram novamente. Em 1952, eram consideradas as mais seguras e classificadas entre as «fifty favorite» de Wall Street.

A diminuição no consumo dos cigarros começou há cerca de quinze meses, quando o público foi informado da relação de causa e efeito possível entre o fumo do tabaco e o cancro do pulmão. Em Abril de 1954, os americanos fumaram menos 1 bilião 810 milhões de cigarros que em Abril de 1953. Isto representa para a indústria de tabaco uma perda de receitas brutas de cerca de 7 biliões de francos. Num só mês.

Na Virgínia, na Carolina do Norte, onde o tabaco representa uma fortuna pública, cultivadores, em comícios, mandaram para o inferno a American Cancer Society e o seu Dr. Hammond. As grandes companhias de cigarros formaram um Tobacco Industry Research Committee no 54.º andar do Empire

CALDAS DE AREGOS

**ÁGUA HIPERTERMAL,
SULFÚREA SÓDICA,
CARBONATADA SÓDICA
E MIXTAS, ETC.**

As melhores no tratamento do reumatismo, nas doenças catarrais e alérgicas do aparelho respiratório, certas dermatoses e doenças utero-anexiais

Balneário inteiramente novo, modelar, entre os melhores do país, dotado de aparelhagem moderna para todas as aplicações, banhos de imersão, de bolhas de ar e carbo-gasosos, duchas simples, duchas sub-aquáticas, ducha massagem de Vichy, irrigações vaginais, etc., tratamentos fisioterápicos diversos. Instalação moderna e completa para tratamento das vias respiratórias superiores (inalatório colectivo de água mineral pulverizada e vaporizada); inalações e pulverizações individuais.

Médico Director — Dr. Jaime de Magalhães

Médico adjunto — Dr. Manuel Esteves



REBITE POLIVITAMÍNICO DA RESISTÊNCIA ORGÂNICA

VICOMBIL

Bial

DRAGEIAS — XAROPE

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

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

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

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

State Building, cujo fim principal é identificar, a fim de eliminar, o elemento cancerígeno do fumo. Um dos melhores especialistas do cancro, o Dr. Clarence Cook Little, dirige os trabalhos. E em Atlantic City um investigador, cujo nome não foi divulgado, pincela a sua pele com alcatrão proveniente da combustão dos cigarros para verificar se, deste modo, provoca a si mesmo o cancro. Até aqui a experiência só fora tentada em ratos, que são atingidos na proporção de 44 %.

A defesa dos cigarros ocupa-se em negar as estatísticas e mesmo em ridicularizá-las. O aumento do número de cancros de pulmão é paralelo ao aumento do consumo dos cigarros, mas também paralelo ao aumento do custo da vida. O tabaco já tem praticamente sido acusado de todos os malefícios. Em 1915, nove Estados americanos proibiram a venda de cigarros; em 1920, um candidato anti-tabagista apresentou-se na Casa Branca e mais tarde um «exército de crianças» organizou-se para tirar os cigarros da boca dos fumadores. O tabaco resistiu brilhantemente, tanto a estes gestos de fanatismo como aos ataques médicos, e, diz uma declaração dos cultivadores e dos fabricantes, não deixou de proporcionar o consolo e a felicidade à humanidade.

As fichas (actualmente mais de 200.000) coligidas e classificadas, aguardam se constate, ano após ano, uma perturbante relação entre um excesso de mortalidade e o uso regular do tabaco. Por outro lado, o inquérito deve brevemente envolver o sexo feminino. O cancro do pulmão é, neste, muito mais raro que nos homens, mas parece em transe de aumento ainda mais rápido. Supõe-se como uma consequência da introdução progressiva do cigarro nos costumes femininos, atendendo à vintena de anos necessários ao desenvolvimento do cancro provocado pelo alcatrão do tabaco.

O relatório Hammond tem um outro aspecto que não foi considerado. Inicialmente tendo em vista o cancro, o inquérito chegou à conclusão provisória de que os acidentes cardíacos são até muito mais mortíferos nos fumadores. Isto põe em causa a nicotina que se havia abandonado, depois de a ter carregado com os maiores malefícios.

Em S. Luís (Missuri), um tal chamado Ira Lowe já chegou a conclusões pessoais. Reclama da firma Reynolds Tobacco, C^o (Camels) 500.000 dólares por prejuízos causados pelo cancro que contraiu fumando continuamente, segundo ele diz, vários maços de cigarros por dia.

Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos

Terminou o concurso de provas públicas para cirurgião ortopedista do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, no qual foram classificados os Drs. Paiva Chaves, Jacques Resina, Pedro País e Lino Ferreira.

LIGA PORTUGUESA DE PROFILAXIA SOCIAL

Exposição Bibliográfica comemorativa das Bodas de Prata das suas conferências

Tendo em 22 de Maio último ocorrido o 25.º aniversário das conferências doutrinárias promovidas pela Liga Portuguesa de Profilaxia Social, comemorou esta Instituição com uma lição pelo eminente ginecologista e higienista Prof. Costa Sacadura — conferência que noutro lugar nos ocupamos desenvolvidamente — e com uma exposição biblio-

gráfica que esteve aberta nos dias 25, 26, 27 e 28 de Maio no salão nobre do Clube Fenianos Portuenses, e em que se exibiam as sete colectâneas já editadas das Conferências da Liga Portuguesa de Profilaxia Social, as separatas de outras conferências da Liga publicadas em Revistas Médicas, os textos dactilografados das muitas conferências que ainda aguardam nos arquivos da Liga a possibilidade de edição de novas colectâneas; os 12 «Cadernos Culturais» já saídos e que vão ter continuação; e finalmente, alguns documentos muito honrosos de tributos prestados à Liga de Profilaxia, tais como: os discursos proferidos na sessão de homenagem à Liga realizada na Sociedade de Geografia de Lisboa em 16 de Dezembro de 1941; a mensagem de agradecimento das telefonistas da A.P.T.C.^o por a Liga lhes ter alcançado a revogação da medida que lhes proibia o casamento; os diplomas, medalhas e placas recebidas das prestimosas e prestigiosas Associação dos Jardins-Escolas João de Deus, Federação das Colectividades de Educação e Recreio e Instituto de Higiene Natural, de Lisboa; e Sociedade Humanitária, do Porto; a reprodução fotográfica da exposição dirigida em 1939 à *Rockefeller Foundation* pedindo-lhe para subsidiar a Liga de Profilaxia, e que era subscrita pelas mais altas personalidades do Porto: S. Ex.^a R.^{ma} o Bispo da Diocese, Dr. Joaquim Trigo de Negreiros, Governador Civil, General Fernando Borges, Comandante da Região Militar, Conselheiro Dr. Eduardo Plácido, Presidente do Tribunal de Relação, Prof. José Pereira Salgado, Reitor da Universidade, Prof. Mendes Correia, Presidente da Câmara, Dr. Eduardo Torres, Inspector de Saúde, Comandante José Marinho, Chefe do Departamento Marítimo, Dr. João Antunes Guimarães, Presidente da Comissão Distrital da União Nacional, e dirigentes da Legião Portuguesa, do Conselho Regional da Ordem dos Médicos, da Associação Comercial da A.N.T. e A.T.N.P., do Ateu Comercial do Porto, do Clube Fenianos, da Associação dos Jornalistas e Homens de Letras, da Cruz Vermelha, da Anglo Portuguese Society, etc., etc..

A Exposição foi visitada, durante os dias em que esteve aberta, pelas Ex.^{mas} Autoridades e por muitas pessoas do escol social portuense, amigos da Liga de Profilaxia e curiosos das questões de que ela se ocupa.



SULFAMETIL - TIODIAZOL

Tratamento da colibacilose das vias urinárias

Sulfametil-tiodiazol . . 0,1 g.

Boião de 20 comprimidos



LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

A VIDA MÉDICA EM FRANÇA

A medicina livre

ROBERT ARON

Cada vez mais a medicina torna-se uma actividade social e colectiva, em que o médico e o doente necessitam do concurso dos poderes públicos. Em França, para o ano de 1949, o orçamento sanitário da nação quase atingiu os 400 biliões para os diferentes capítulos da assistência e dos seguros contra a doença. Este acréscimo extraordinário resulta, em especial, dos progressos técnicos, realizados em Medicina, cujas consequências são duplas. Por um lado, permite salvar uma grande quantidade de vidas humanas que, de outro modo, teriam sucumbido. Por outro lado, multiplicam o número de doentes em tratamento em estabelecimentos de assistência, prolongando, até à cura, a duração da sua permanência e, por consequência as despesas, para o seu regresso à saúde.

Vejamos um exemplo, mostrando as repercussões sociais dos novos processos de cura. Há pouco tempo, a meningite tuberculosa que, em todos os casos, evoluía em alguns dias para um resultado fatal, apenas impunha à Assistência Pública desembolsos limitados.

Depois da descoberta da estreptomina, mais de metade dos doentes atingidos por esta doença curaram. Porém, esta cura obtém-se após sete meses de cuidados, em que o custo médio é de cerca de meio milhão. Resgate financeiro do progresso. Vê-se como ele sobrecarrega os orçamentos hospitalares. A saúde, hoje, custa caro, não só a preservar, mas também a reconquistar.

Graças aos melhores meios técnicos, à melhor vigilância médica dos lactentes, a mortalidade infantil que era de 250 por mil em 1900, e de 80 por mil em 1939, baixou em 1952 para 40 por mil.

O equipamento médico do país que não podia fazer-se, certamente, sem o emprego de meios colectivos, e a organização da «Segurança Social» beneficiam, em França, de um grande progresso que se marca por duas consequências felizes: o prolongamento da duração média da vida e o aumento da natalidade.

Quando, em 1945, a França, arruinada pela invasão, enfraquecida pelas perdas da guerra e da resistência estabeleceu um novo direito do homem, o da Segurança Social, realiza uma verdadeira revolução nos costumes, que devia levar a consequências sociais e políticas importantes.

Hoje, após nove anos de prática, pode-se fazer a estimativa da obra grandiosa concluída. Sanitariamente, a civilização registou um dos seus mais decisivos progressos.

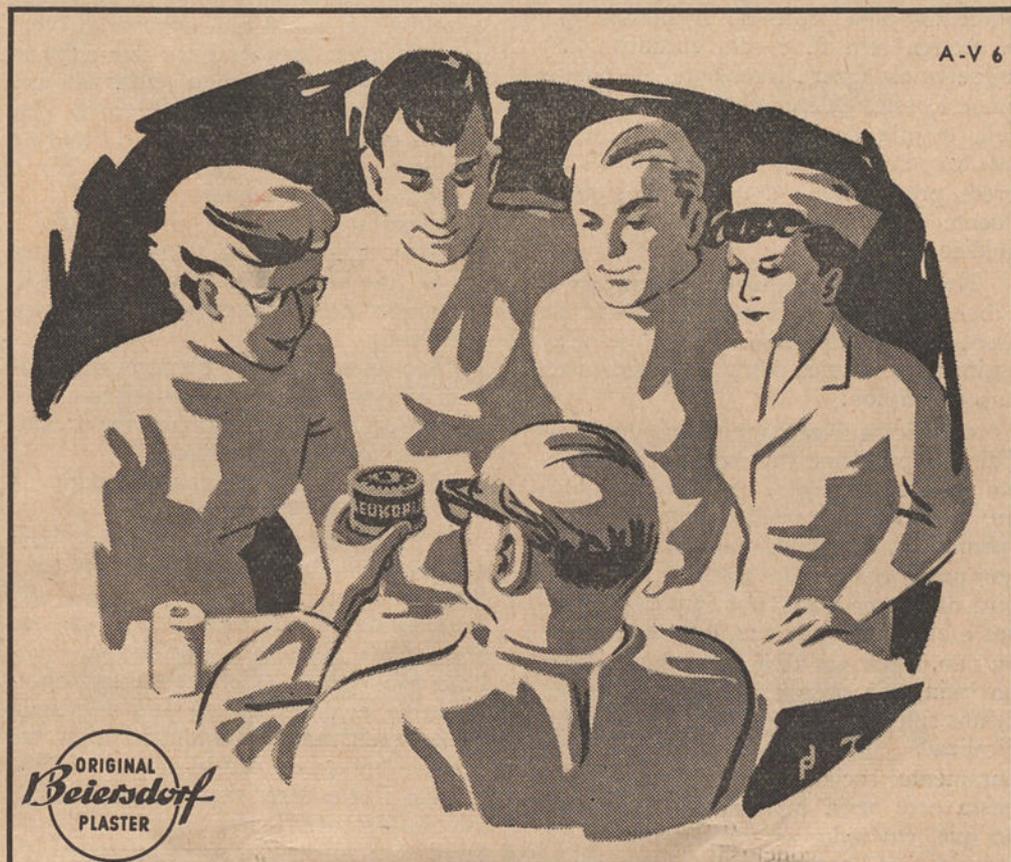
Humanamente, ou moralmente, a gigantesca obra empreendida suscita certas reservas, ou, pelo menos, certas apreensões, em especial nos médicos.

O corpo médico francês que, até nas campanhas mais remotas, tem agido com competência e abnegação, não se arriscará a ser sindicalizado? Em virtude da

intervenção de organismos colectivos ou do Estado na cura das doenças, pelo facto, em especial, do «Seguro Social» que resolve administrativamente os problemas que se apresentam em cada família pelo recurso do médico, os nossos práticos não se arriscam a perder o contacto necessário com a sua clientela? A medicina, arte individual e livre que era há pouco tempo, não se arrisca a tornar-se uma actividade administrativa onde o doente já não poderia escolher o seu

médico, onde o médico já não poderia seguir nem conhecer aquele que recorreu a ele? Isto seria o fim dos «médicos de família» e a burocratização da profissão médica.

O corpo médico, em França, não tardou a reagir contra este perigo. A tradição de humanismo, de que os médicos permaneceram fieis representantes, originou, em 1946, a criação dum movimento officioso, a *Medicina livre*, que defendida pelos maiores nomes da ciência



ORIGINAL
Beiersdorf
PLASTER

LEUKOPLAST HANSAPLAST ELASTOPLAST

São produtos das fábricas **BEIERSDORF** de Hamburgo, criadoras do primeiro adesivo à base de borracha e óxido de zinco, e possuem as vantagens seguintes:

- Adere imediatamente e duradouramente.
- Não irritam a pele e são flexíveis.
- Não perdem as suas propriedades com o tempo.

Aplique estes produtos e temos a certeza que não mais deixará de os usar.

P. BEIERSDORF & CO., A.-G. — Hamburgo

Amostras à disposição dos Ex.mos Médicos nos representantes

PESTANA & FERNANDES, LDA. — Rua da Prata, 153-2.º — LISBOA

médica, alargou-se, hoje em dia, à maioria dos médicos da região parisiense e estendendo-se pela França.

A *Medicina livre* não intervem nem com a «Ordem dos Médicos», organismo oficial em que são obrigatoriamente inscritos todos os médicos franceses, nem com o sindicato: o primeiro tem por fim impor as regras do exercício da profissão, o segundo defender os interesses materiais dos seus membros.

A *Medicina livre* é um movimento de inspiração e de preocupações morais, ou, poder-se-ia quase dizer, éticas. Ela actua, lembrando sem cessar aos poderes públicos e aos médicos, as condições humanas necessárias ao exercício da sua profissão e formulou uma «carta médica» que compreende quatro preceitos: 1.º «A medicina não é uma mercadoria. Não queremos uma profissão agrilhoadada que se exerça sem fé e com enfado»; 2.º «Queremos fazer livremente as nossas prescrições... Queremos que só o médico seja o juiz da oportunidade do tratamento»; 3.º Queremos o respeito do segredo profissional; 4.º Queremos que o doente possa escolher livremente o seu médico.

Num artigo intitulado «Medicina e Liberdade» que apareceu na revista da associação, o Professor Jean Lhermitte assinalou o alcance moral e filosófico de tais princípios:

«Medicina livre ou medicina dirigida? Tal é o problema que se nos põe hoje, em todo o seu rigor. Seremos nós levados a tornar-nos médicos conformistas, submetidos a alguma doutrina elaborada por uma organização superior, que dirigirá os nossos actos, nos imporá directivas e obrigando por fim, quer queiramos ou não, a pôr em acção terapêuticas que, no íntimo da nossa consciência, não podemos subscrever?... Numa medicina sindicalizada, isto é, submetida a regras puramente sociais e administrativas, a nossa arte seria literalmente decapitada do que, em todos os tempos, fez a sua grandeza: a liberdade de acção, e o sentido da responsabilidade».

Pode-se concluir nestas linhas o que se afirma acerca da continuidade do humanismo francês?

(Gentilmente fornecido pela
Embaixada da França)

ACADEMIA DAS CIÊNCIAS

Sob a presidência do Prof. Egas Moniz, reuniu-se no dia 6 de Maio a Classe de Ciências da Academia das Ciências de Lisboa.

Corridas as urnas, recaiu a eleição para académico de número no nome do Prof. Reynaldo dos Santos, que foi calorosamente saudado pelo presidente, que afirmou: «Está de parabéns a Academia das Ciências. Acaba de ser eleito académico de número o Prof. Reynaldo dos Santos, alta mentalidade nacional, espírito lúcido e arguto, que deixa atrás da sua missão de notável professor de Cirurgia rasto de obra original e duradoura».

«No campo da história da arte — disse — ergueu e prestigiou os nossos primitivos e muito tem corrido com as suas investigações para dar solução a muitos problemas que andavam mal conhecidos, sobretudo em torno dos nossos mais belos monumentos. Saúdo-o em nome da Classe a que vem dar o prestígio do seu nome».

Usando da palavra, em seguida, o Prof. A. Celestino da Costa congratulou-se também pela eleição do Prof. Reynaldo dos Santos para académico efectivo.

Seguiu-se a sessão plenária da Academia, depois do que se procedeu a acto de recepção do Prof. Lopez Ibor, cientista espanhol e académico.

Apresentando o conferencista, o Prof. Egas Moniz disse:

«Vem hoje a esta casa o nosso ilustre consócio Prof. Lopez Ibor dar uma lição com que nos quis honrar e muito aproveitaremos. É uma das glórias da Psiquiatria espanhola com larga e valiosa bibliografia. Conheço a sua obra, que tem enriquecido não só a ciência do seu país, mas a Psiquiatria moderna. Vai ocupar-se da sua obra o Prof. Barahona Fernandes, representante máximo da Psiquiatria portuguesa. Dia de festa para a nossa Academia, e especialmente para os que defendem como indispensável a aproximação científica, cada vez mais íntima entre os dois povos peninsulares».

O Prof. Barahona Fernandes, considerando a personalidade do Prof. Lopez Ibor, sob os seus diferentes aspectos e como criador de ciência, e revendo os trabalhos do douto investigador, tratou,

em especial, da sua obra sobre angústia vital e o círculo timopático.

Falou a seguir o Prof. Lopez Ibor, que fez uma brilhante lição sobre o velho problema corpo-alma em face da realidade médica, depois de ter focado a rara virtude duma instituição como a Academia das Ciências de Lisboa, numa época como a nossa, de dispersão científica.

Examinou, depois, o problema corpo-alma do ponto de vista médico, filosófico e empírico. O médico considera-o na sua unidade físico-psíquica, afectada pela enfermidade que prejudica a liberdade do individuo são. O enfermo não é livre em relação ao próprio corpo e a elevada missão médico-cirúrgica consiste em restituir ao doente a liberdade perdida.

*

«A leucotomia está em causa»

Integrada na série de lições do Instituto de Altos Estudos, o Prof. Egas Moniz proferiu, no dia 20 de Maio passado, na Academia das Ciências, uma brilhante lição subordinada ao título «A leucotomia está em causa». O motivo da apresentação deste conjunto crítico sobre a leucotomia foi determinado por uma intervenção do «Figaro Littéraire», que, em três números seguidos, trouxe à apre-Moniz proferiu, no dia 20, na Academia das Ciências, uma brilhante lição subordinada ao título «A leucotomia está em causa». O motivo da apresentação deste conjunto crítico sobre a leucotomia foi determinado por uma intervenção do «Figaro Littéraire», que, em três números seguidos, trouxe à apreciação do grande público o parecer de neurocirurgiões, professores de Medicina e teólogos, de forma a excitar a curiosidade dos seus numerosos leitores. Um dos colaboradores refere-se aos «Cahiers Laënnec», que dedicou o seu primeiro número, em 1951, à psicocirurgia.

O Prof. Egas Moniz, depois de uma pequena introdução sobre a descoberta do novo método cirúrgico, apresentou uma série de comentários médicos, filosóficos e teológicos ultimamente aparecidos.

O orador citou opiniões do Dr. Raymond Hondart, Prof. Prick, da Universidade de Niméque; Bertagna, chefe de clínica da Faculdade de Medicina de Paris. Aludiu em seguida ao brilhante artigo do Dr. Marc-Rilchard Klein, no «Figaro Littéraire», no qual se fazem, entre outras, as seguintes afirmações:

«Têm acusado a leucotomia de atingir o homem na sua integridade e liberdade espiritual. É inexacto. A Imprensa chegou a anunciar que Pio XII ia chamar a atenção e pôr em reserva o mundo católico e mesmo interdita-la. Mas o Papa não o fez, mantém-se em sábia reserva». E comenta, depois de afirmar que as secções das fibras nervosas do



E. TOSSE & C.^a
HAMBURGO

VALODIGAN

Tonificação do coração em doses de digitalis extremamente pequenas e sossêgo simultâneo do doente. Eficácia óptima e compatibilidade excelente.

VALOMENTH

Estados de ansiedade e inquietação. Nevrose cardíaca. Excitabilidade. Distonia neuro-vegetativa (estômago nervoso).

REPRESENTANTE GERAL: SALGADOLENCART

Rua de Santo António, 203 — PORTO

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

cérebro conseguem fazer desaparecer certas perturbações psíquicas. «Estes resultados evidentes, inegáveis, explicam o rápido sucesso que esta intervenção alcançou em todos os países». Cita alguns casos clínicos:

Uma mãe de cinco filhos, asilada, volta a ocupar-se da sua casa e dos seus filhos. Um homem de negócios, dominado pela ansiedade, receio de si próprio e dos que o rodeavam, perde toda a sua actividade. Após a intervenção cirúrgica, retoma progressivamente o trabalho, alcançando a diligência anterior, apenas guardando da sua doença, longínqua lembrança. Uma rapariga leucotomizada, depois de alguns anos de permanência num asilo, melhorou, fez os seus estudos de assistente social e exerce a profissão com a plena satisfação dos seus superiores. Uma outra asilada melhora, casa, é mãe, segue vida normal. Todos os tratamentos anteriores tinham fracassado.

O Dr. Klein acrescenta: «Esta lista pode alongar-se a centenas de exemplos de um único cirurgião que pratique habitualmente estas operações». Sobre a crítica feita aos estados pós-operatórios, põe em confronto o doente antes e depois da leucotomia. «Pode falar-se de personalidade num individuo ansioso, delirante, que apenas vive no círculo reduzido das ideias que o obcecaram? É esta personalidade que é necessário não alterar? Há o direito de deixar viver em torturas atrozes um doente cuja dor não pode ser aliviada e isto em nome de uma ideia inexacta?»

Esse artigo, que causou profunda impressão nos meios culturais, provocou um inquérito do «Figaro Littéraire» — «A leucotomia inquieta os católicos, protestantes e israelitas» — em que foi ouvido, em primeiro lugar, o rev. Tesson S. J., professor do Instituto Católico de França. Declarou, nomeadamente, que os católicos não pensam que o bisturi do leucotomista possa atingir a alma; que a maioria dos católicos admite a leucotomia, considerando-a, moralmente, lícita. Pio XII, no seu discurso de 16 de Setembro de 1952, não a condenou. Sustentou, ainda, que, para julgar a leucotomia com imparcialidade, é preciso pensar no que era o doente antes da intervenção cirúrgica.

O pastor Charles Westphal, figura proeminente do protestantismo em França, fez entre várias, a seguinte declaração:

— Devemos felicitar-nos pelos progressos da Medicina. A Igreja não pode permitir-se o direito de estorvar o progresso da ciência. Ela fez a experiência infeliz no tempo de Galileu.

O grande rabino Schill, Director da Escola de Estudos Israelitas de Paris, declarou que, como o leucotomizado distingue o bem do mal, a operação não está interdita pelo Grande Rabino da Sinagoga de Paris.

Jean Rostand, com obra científica e literária de mérito, inicia as suas considerações afirmando: «Nós, os materialistas, somos arrastados numa continuidade sem fim». E, depois de algumas

considerações, afirma sobre a leucotomia: «Se me dizem, este doente agita-se em gritos e convulsões, e se apenas a leucotomia consegue dominar os seus sofrimentos, não hesito, desejo que ele seja curado».

O Dr. Logre, psiquiatra notável, autor de valiosos trabalhos médico-literários, dá o seu parecer nestas palavras: «A leucotomia é destinada a reparar certas perturbações da personalidade. Deve empregar-se em cérebros anormais. Muda a personalidade, mas não a altera». Disserta depois sobre o corte das fibras no cérebro e faz considerações médicas e extra-médicas em que paira o espírito francês. «Quem descobriu a leucotomia?! Foi Egas Moniz, em Portugal, e «les portugais sont un

peuple doux». Faz a história da intervenção.

O Prof. Jean Lhermitte, da Faculdade de Medicina de Paris, notável neurologista e católico, é um fervoroso defensor da leucotomia. Afirmou que a leucotomia não leva a depravações morais. As modificações intelectuais são de cada vez mais restritas. Os operados resolvem os problemas dos testes muitas vezes melhor do que antes.

Na Rússia a decisão contra a leucotomia mereceu sentença oficial. Pelo decreto n.º 1.003, do ministro da Saúde da U. R. S. S., de 9 de Dezembro de 1950, foi condenado o emprego da leucotomia prefrontal nas afecções neuro-psiquiátricas. O orador ignora se ainda hoje continua a proibição, pois,

SULFAMIDOTERAPIA INTESTINAL

TRÊS PRODUTOS «CELSUS»
DE COMPROVADA SUPERIORIDADE

FTALIL-KAPA

FTALIL-TIAMIDA

FTALIL-TIAZOL

LABORATÓRIOS «CELSUS»

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

A VIDA MÉDICA

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 2 a 7 de Agosto)

Dia 2 — O Ministro das Obras Públicas concede, pelo «Fundo do Desemprego», as seguintes participações para os melhoramentos abaixo indicados: AVEIRO — A Santa Casa da Misericórdia de Espinho, para construção do novo hospital sub-regional, reforço, 8.100\$00; CASTELO BRANCO — A Junta de Freguesia de Salvaterra do Extremo, concelho de Idanha-a-Nova, para aquisição de material cirúrgico destinado ao posto de consultas e socorros, esc. 1.280\$00; ÉVORA — A Santa Casa da Misericórdia de Reguengos de Monsaraz, para ampliação do seu hospital, reforço, esc. 17.900\$00; PORTO — A Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde, para aquisição de mobiliário e equipamento destinado ao seu hospital, 78.600\$00; SANTA RÉM — A Santa Casa da Misericórdia de Torres Novas, para aquisição de algum equipamento destinado ao seu hospital, 12.350\$00.

3 — A convite do Consulado da Venezuela, partem, no avião da Alitalia, para Caracas, os Drs. Mário Martins de Castro

após a morte de Estaline, consta que algumas alterações se fizeram no domínio científico, depois da ascensão do ditador Malenkov. O decreto acusa a leucotomia de não trazer vantagens sobre os outros tratamentos aplicados no combate às doenças mentais, o que está em desacordo com os depoimentos que apresentámos. Que não assenta em boas bases teóricas. Mas são os resultados que contam e no Ocidente e na América, tem sido reconhecida por neuro-psiquiatras e neurocirurgiões.

Mas na Rússia operam-se várias lesões cerebrais. Faz-se a angiografia. Há anos pediram o seu retrato para o Instituto Científico Neuro-Cirúrgico do Estado, de Moscovo. Acusou-lhe a recepção o seu Director, Dr. Repylov, que informou: «Votre portrait occupe dans mon service la place d'honneur». Ora, se operam o cérebro para casos de tumor e de outras lesões cerebrais, também há prejuízos irreversíveis nessas intervenções. Podem dizer que não é a mesma coisa; mas em qualquer caso são cérebros doentes.

A leucotomia está em causa. Há-de julgá-la definitivamente a psiquiatria de hoje e a de amanhã. As peças do processo são-lhe, por agora, favoráveis.

e Mário Fernandes Coelho, que vão estudar, em conjunto com os serviços médicos de emigração da Venezuela, um ajustamento de critérios médicos.

— No avião da PAA parte, para Lourenço Marques, em missão do Instituto de Medicina Tropical relacionada com o problema da bilhardioses, o Prof. Fraga de Azevedo, director daquele Instituto. O Prof. Fraga de Azevedo seguirá, depois, para o Congo Belga, onde, a convite das Jornadas Médicas, realizará uma conferência. Também a convite da Organização Mundial de Saúde, tomará parte numa Conferência de Peritos de Parasitologia, que se realizará em Leopoldville.

— Regressa a Lisboa o Dr. Gonçalves Leitão, assistente do Hospital Miguel Bombarda, que, durante um ano, estagiou, como bolseiro, nos principais hospitais psiquiátricos de Paris, Bruxelas e Londres.

— A comissão de festas a favor da Misericórdia do Entroncamento, que se realizaram em Junho último, é recebida pelo presidente da edilidade local e provedor da Misericórdia, a quem faz a entrega de esc. 20.000\$00, receita líquida das mesmas festas.

— O Dr. João Carlos Celestino Gomes profere, em Lisboa, um comentário durante a exibição do filme «O Grande Cirurgião».

4 — O «Diário do Governo» publica as condições do concurso, que abre, para professora psicopedagógica do Hospital Júlio de Matos.

6 — De avião, parte para Maracay (Venezuela) o Dr. Mendonça e Silva, assistente do Instituto de Medicina Tropical, que vai frequentar o Curso Internacional de Malariologia.

— Chega a Lisboa o Prof. Nuri F. Ayberk, oftalmologista turco, director do hospital modelo de Hayderpoda, de Istambul, que, depois de visitar os centros da sua especialidade na capital, seguirá para Nova Iorque e Boston, onde vai representar o seu país no Congresso Internacional de Oftalmologia.

7 — O Dr. Melo e Castro, Subsecretário de Estado da Assistência Social, inicia as suas visitas aos Hospitais Cívicos de Lisboa, tendo percorrido demoradamente as principais instalações e serviços do Hospital de S. José e da Maternidade Magalhães Coutinho. Aquele membro do Governo, que em dias próximos prosseguirá nas visitas aos restantes hospitais, é acompanhado pelos Drs. Emilio Faro e Rafael Ribeiro, respectivamente, enfermeiro-mor e administrador dos H. C. L., e pelos srs. Francisco Maria Queirós e Marciano Marques, respectivamente fiscal-geral dos H.C.L. e fiscal do Hospital de S. José.

— De Lisboa, parte para a Suíça, em viagem de estudo, o Dr. Pinto Harberts.

Estrangeiro

Realizou-se em S. Paulo o Congresso Latino Americano de Ginecologia e Obstetrícia de 10 a 15 de Julho.

— Na mesma cidade, o XII Con-

gresso Brasileiro de Cardiologia, de 9 a 14 de Julho.

— Em Edimburgo, de 9 a 10 de Julho, reuniu a Sociedade Europeia de Cirurgia Cárdio-Vascular.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

— Para provimento do cargo de médico municipal do partido, com sede e residência obrigatória na freguesia do Azevedo (Pinhel).

No Instituto Maternal, na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, está aberta, a partir de hoje até ao próximo dia 14, a inscrição para a frequência do 1.º Curso de Dietistas. A inscrição é limitada a 20 alunas, de mais de 18 anos e menos de 30, com a habilitação mínima do 7.º ano dos liceus (Secção de Ciências).

O curso inicia-se no próximo dia 1 de Setembro e funcionará em regime de externato.

— Em Odemira realiza-se a 22 de Agosto um cortejo de oferendas.

Estrangeiro

Em Nova-Iorque, de 3 a 9 de Setembro, reúne a Associação Americana de Psicologia.

— Em Essen, de 6 a 9 de Setembro, realizam-se os LIV Dias da Sociedade Alemã de Pediatria.

— Em Roma, de 6 a 11 de Setembro, realiza-se o Congresso Internacional de História da Farmácia.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

de 28 a 4/VIII/54

4/VIII/54

— Dr. Eugénio Rocha Santos—provido definitivamente no lugar de director de serviços técnicos da Direcção Geral de Saúde.

Núcleo do Centro da Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Encontra-se desde já instalado na sede da Secção Regional de Coimbra da Ordem dos Médicos o Núcleo do Centro da Sociedade Portuguesa de Estomatologia (Praça do Comércio, 27-2.º), para onde pode ser dirigida toda a correspondência que lhe respeite.

IODALOSE GALBRUN

iodo fisiológico, solúvel e assimilável

O PRODUTO CLÁSSICO PARA A IODOTERAPIA, CONSAGRADO PELA EXPERIÊNCIA DE LONGOS ANOS

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

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

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto 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), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emídio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.º António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.º António), José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.º António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hospital de Santo António) — PORTO

Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Dir. do Sanat. Sousa Martins da Guarda), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matozinhos), J. Pimenta Presado (Portalegre), Joaquim Pacheco Neves (Vila do Conde), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), M. Santos Silva (Dir. do Hosp.-Col. Rovisco Pais — Tocha), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Vila Real)

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

COIMBRA — Luís A. Duarte Santos (Encar. de Cursos na Fac. de Med.); — LISBOA — Fernando Nogueira (Médico dos H. C. L.) e José Andresen Leitão (Assist. da Fac. de Med.); PORTO — Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde) e Waldemar Pacheco (Médico nesta cidade).

DELEGADOS: MADEIRA — Celestino Maia (Funchal); ANGOLA — Lavrador Ribeiro (Luanda); MOÇAMBIQUE — Francisco Fernandes J.º (Lourenço Marques); ÍNDIA — Pacheco de Figueiredo (Nova Goa); ESPANHA — A. Castillo de Lucas, Enrique Noguera, Fernan Perez e José Vidaurreta (Madrid); FRANÇA — Jean R. Debray (Paris) e Jean Huet (Paris); ALEMANHA — Gerhard Koch (Munster)

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

Outros países: um ano — 200\$00

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

Portugal Continental e Insular — 160\$00

Ultramar — 210\$00

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

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

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

BISMUCILINA

Bial

BISMUCILINA

INJECTÁVEL

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

EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,09 g
Por ampola de 3 c. c.

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

BISMUCILINA

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,09 g

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA

INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,045 g

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS