

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 140
6 de Maio de 1954

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

Afectões

**UMA CONCEPÇÃO NOVA NA
TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA**

3 ACCÇÕES

- Antibiótica específica
- Imunizante inespecífica
- Modificadora do terreno

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

APRESENTAÇÃO

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

OMNACILINA

AZEVEDOS

LABORATÓRIOS AZEVEDOS
MEDICAMENTOS DESDE 1775

E

SUMÁRIO

	Pag.
J. FRAGA DE AZEVEDO — Importância das bilharzioses humanas em África. Dificuldades e perspectivas actuais da sua profilaxia	365
E. LOPES SOARES — Anestesia geral em Estomatologia	375
MOVIMENTO MÉDICO — ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — Um obstáculo no estudo da Patologia que deve evitar-se	383
Resumos da Imprensa Médica	388
MEMORANDO CLÍNICO — Um caso de choque anafilático após injeção intramuscular de vitamina B ₁ — JOSÉ DOS SANTOS MARTINS	389

SUPLEMENTO

	Pág.
O trabalhador-escravo — M. DA SILVA LEAL	309
Associação Espanhola de Etnologia e Folclore — Factores da medicina popular — CASTILLO DE LUCAS	310
Ecos e Comentários	312
Américo Pires de Lima, um Mestre Português	313
Crónica de Goa	316
Q. aumento da produção de antibióticos e de insecticidas	318
*Assistência Hospitalar	322
Noticiário diverso.	



O Maior Produtor de Antibióticos do Mundo

Descobridor da Tetraciclina

o mais recente antibiótico de largo espectro

*para aplicação na
sua clínica
a Tetraciclina
estará disponível,
dentro em breve,
sob o nome de:*

Tetracyn*

MARCA DA TETRACICLINA

o mais recente antibiótico de largo espectro

o mais recente agente anti-infeccioso

PFIZER INTERNATIONAL
Service Co., Inc.
25 Broad Street, New York 4, N. Y., U.S.A.

Unicos Distribuidores:

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

Representantes de



FUNDADA EM 1849

* Marca registada da CHAS PFIZER & Co., Inc.

O maior Produtor de Antibióticos do Mundo

Importância das bilharzioses humanas em África. Dificuldades e perspectivas actuais da sua profilaxia



J. FRAGA DE AZEVEDO

(Conclusão do número anterior)

IV — DIFICULDADES DA LUTA CONTRA AS BILHARZIOSES

Uma vez precisadas, através dos trabalhos de Leiper no Egipto em 1915, as condições em que ocorre o ciclo dos schistosomas na natureza parece que ficaríamos da posse de todos os elementos para enfrentar o flagelo.

Esquemáticamente bastaria, na verdade, que (fig. 21).

a) se impedisse que os infectados eliminassem ovos férteis, que estes fossem destruídos nos excreta, ou não atingissem as colecções de água;

b) se destruíssem os moluscos hospedeiros intermédios do parasita;

c) se impedisse que o homem utilizasse a água inquinada com cercárias ou tomasse contacto com ela;

d) se protegesse a população sã e a doente para que a 1.^a se não infectasse e a 2.^a se não reinfectasse.

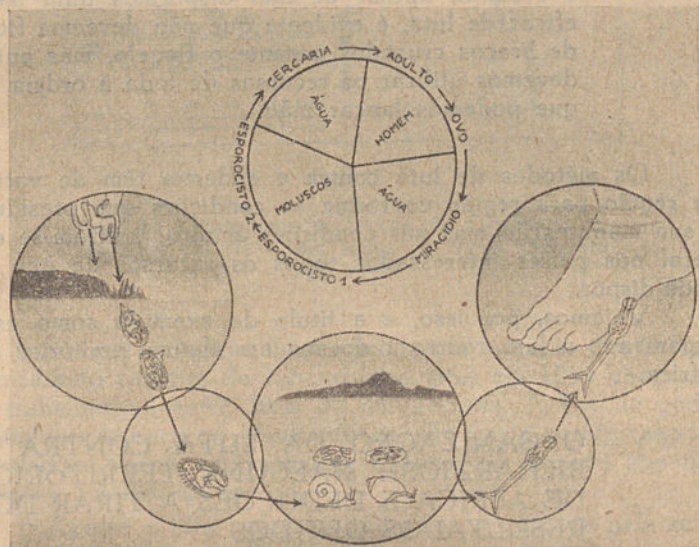


Fig. 21

Ciclo evolutivo dos Schistosomas

Se tal esquema é porém fácil de apresentar, embora tivesse levado muitos anos a estabelecer, o que é certo é que carecemos de meios eficazes para atender cada um dos pontos referidos.

Para resolvermos o problema, considerado o 1.^o ponto, devíamos poder eficazmente pôr em prática as seguintes medidas:

1.^o — Actuar sobre toda a população infectada por meio dum medicamento bem tolerado e de fácil aplicação.

Ora, no estado actual dos nossos conhecimentos é difícil fazer o recenseamento total da população duma dada região, não é fácil diagnos-

ticar todos os doentes, não dispomos dum medicamento satisfazendo aquele desideratum, nem seria também fácil aplicá-lo a todos os doentes. Demais os doentes curados, uma vez regressando aos seus trabalhos reinfectam-se seguramente, porque a imunidade devida à doença não é absoluta.

2.^o — Actuar sobre os excreta por forma a destruir os embriões nos ovos ou impedir que os excreta contendo esses ovos atinjam as colecções de água. Quer pela incompreensão geral das populações de África, quer pela sua dispersão, quer porque no geral se ocupam em trabalhos agrícolas e urinam ou defecam ao acaso no campo, em colecções de água ou na vizinhança destas não é fácil modificar hábitos seculares e estreitamente ligados às suas condições de vida.

A resolução do problema da bilharziose pelo ataque aos moluscos hospedeiros intermédios (2.^o ponto) oferece dificuldades não menores como passamos a referir:

1.^o — Não se conhecem ainda em África com a devida precisão as espécies de moluscos ligadas à transmissão da bilharziose, pois começa por nos oferecer dificuldades apreciáveis a classificação dos moluscos gasterópodos.

Na verdade, quando desejamos lançar numa dada região uma campanha contra uma doença parasitária em cuja disseminação do agente causal intervem um hospedeiro intermédico, a primeira determinação a fazer deve visar a classificação das espécies de hospedeiros existentes. Ora, aqui encontramos a grande 1.^a dificuldade. Durante muito tempo a classificação dos moluscos gasterópodos teve por base a morfologia da sua concha, mas, sabe-se hoje, que classificar assim um molusco é como definir um indivíduo pelo seu vestuário, no expressivo dizer do Dr. Barlow, pois a concha não é mais que o fato do molusco. Realmente a forma da concha é susceptível de variar com as mais variadas circunstâncias. Sem falar nas suas dimensões, consistência e cor, que podem mudar conforme as características do meio de criação, a sua forma geral é também susceptível de apresentar grandes variações.

Posta de lado a classificação dos moluscos pela forma da concha temos que basear a sua sistemática, nos elementos da sua morfologia interna e aqui principalmente na conformação dos seus órgãos genitais e da radula.

Ora, para o estudo da morfologia destes órgãos é necessário proceder à dissecação dos moluscos e embora essa técnica seja facilitada pela prática, exige sempre certa destreza e delicadeza, que a torna relativamente morosa.

2.^o — Pelo exposto não foi possível ainda determinar ao certo as espécies de moluscos existentes em África e pelo mesmo motivo muitas vezes a mesma

espécie é descrita sob designações diversas conforme as regiões e conforme os autores. É assim que o *Pl. pfeifferi*, agora designado por *Biomphalaria pfeifferi* tem sido descrito sob as mais variadas designações.

Sem se chegar a um acordo perfeito sobre a classificação dos moluscos não é possível lançar em bases sólidas uma campanha contra a doença.

3.º — Mesmo das espécies averiguadamente vectoras dos schistosomas ignoramos muito acerca da sua ecologia, como sejam as relações com o plancton, a flora, a constituição do solo e da água, com as suas formas de resistência em função das mudanças de estação e condições desfavoráveis e com a sua própria reprodução e alimentação. Por tais razões não é possível conhecer a melhor forma de sobre eles exercermos com eficiência a nossa acção.

4.º — Embora se venham a resolver os problemas anteriores, haverá depois que encarar a melhor forma de actuar sobre os moluscos. Ora, até à data tem-se recorrido a processos físicos, biológicos e químicos, mas aguarda-se ainda a última palavra sobre qualquer deles. Por outro lado, o facto de os moluscos se poderem reproduzir durante todo o ano nas regiões quentes e ainda a sua extraordinária resistência à secura, 12 meses pelo menos para certas espécies até 8 anos para uma, como referiu Barlow, cria enormes dificuldades à sua erradicação.

São os moluscocidas que se têm revelado mais eficazes mas não há ainda um que satisfaça plenamente.

É bem sabido que o sulfato de cobre é o moluscocida que mais largamente tem sido aplicado por ser barato, porém, contra ele devem mencionar-se as seguintes objecções:

- a) não actua sobre as cercárias e os ovos dos moluscos;
- b) a sua acção é pouco duradoura, pois não se exerce além de 1 hora e é dependente em grande parte da matéria orgânica que a água contenha;
- c) posto que pouco tóxico sobre os peixes na dose em que actua sobre os moluscos, 20 por 1.000.000, essa acção não deve deixar no entanto de ser considerada;
- d) em água corrente a área da sua acção é muito limitada.

Quer dizer que não podemos considerar o sulfato de cobre como o moluscocida ideal posto que a sua acção se intensifique quando associado ao ácido tartárico ou tartarato de sódio e por isso se compreende a necessidade de químicos e biólogos acertarem os seus passos para uma acção em conjunto com vista à solução do problema.

Deve recordar-se que muitas tentativas têm sido feitas nesse sentido e assim na América do Norte subiu a mais de 500 o número de drogas ensaiadas recentemente mas nenhuma delas se encontrou como satisfazendo às cinco condições a que deve satisfazer um bom moluscocida:

— Ser barato; actuar em dose infinitesimais; ter persistência de acção; ser de fácil aplicação; não se revelar tóxico para os peixes e outros animais e para as plantas.

Quanto aos outros pontos — impedir que o homem tome contacto com água contendo cercárias e protecção da população sã e da doente por forma a que a 1.ª se não infecte e a 2.ª se não reinfecte, são óbvias as razões porque estes pontos nos oferecem apreciáveis dificuldades para os

resolver. Embora alguma coisa se possa fazer pela educação, não deve esquecer-se que a população das áreas endémicas vive sobretudo da agricultura e compreende-se a quase impossibilidade de a levar a praticar esta em condições de não se infectar.

Mesmo a que não vive de trabalhos agrícolas mantém em regra estreito contacto com as colecções de água na natureza, quer para beber, quer para se lavar ou chapinhar, quer para aí lavar a roupa, o que tudo são condições que facilitam a infecção. O uso de botas impermeáveis de repelentes ou produtos cercaricidas a aplicar na pele ou nos vestuários dos trabalhadores não pode ter carácter generalizado e quando muito poderá limitar-se a tropas em campanha, ou em operações limitadas. O tratamento da água pelo cloro, já que as cercárias são assim destruídas em 30 minutos, quando o produto atinge a concentração de 0,22 a 0,28 por 1 milhão só é aplicável, evidentemente, às populações que possam beneficiar de águas tratadas, o que raras vezes acontece nos meios tropicais.

Por outro lado a bilharziose não é doença imunizante e por isso os indivíduos das regiões endémicas estão sujeitos a infectarem-se desde que voltem ao contacto da água contendo cercárias. Além disso a apreciável longevidade dos vermes, que pode ir até 25 anos ou mais, período durante o qual continuam as suas posturas, constitui outro obstáculo na luta contra o parasita.

Vê-se pois, em face do exposto, quão grandes são as dificuldades que nos oferece o combate das bilharzioses e por isso como importa prosseguir os estudos sobre a doença por forma a obter-se um método eficaz de profilaxia como o que se conseguiu ao cabo de porfiados trabalhos e de muitos anos contra o paludismo.

Apesar, porém, do muito que se ignora sobre o assunto, apesar de não dispormos dum meio eficaz de luta, é evidente que não devemos ficar de braços cruzados perante o flagelo, mas antes devemos utilizar os recursos de toda a ordem de que podemos lançar mão.

Os métodos de luta contra e endemia têm de variar de região para região conforme as condições que presidem a sua manutenção mas nas condições actuais, utilizam-se em geral nos países interessados todos os recursos de que se pode dispôr.

Vejamos, por isso, e a título de exemplo como está organizado a luta contra a doença em alguns territórios de África.

V — ORGANIZAÇÃO DA LUTA CONTRA A BILHARZIOSE NALGUNS TERRITÓRIOS DE ÁFRICA E DEDUÇÕES A TIRAR DOS RESULTADOS OBTIDOS

a) *Egipto* — No sistema de combate à doença neste país ocupa lugar proeminente a organização da luta contra os moluscos para o que existe uma secção especial de destruição de moluscos — Bilharzia Snail Destruction Section.

É que neste país a acção contra os moluscos é facilitada pelas suas próprias condições de vida.

Na verdade, toda a economia do Egipto é comandada pela irrigação dos terrenos do Vale do Nilo à custa da água deste rio.

À irrigação do Vale do Nilo preside uma Administração própria e em ligação com esta actua a Secção de Destruição dos Moluscos.

A base da luta contra os moluscos assenta na sua destruição química pelo sulfato de cobre, que é aplicado nos canais na concentração inicial de 15 a 20 por milhão e deixado aí actuar durante 2 a 3 dias.

A aplicação deve ser feita todos os 2 meses, que é o período de reprodução dos moluscos, ou pelo menos 4 vezes

por ano, mas por dificuldades financeiras é em regra feita 1 ou 2 vezes por ano.

O trabalho de pesquisa (Survey) dos moluscos é feito com redes ou folhas de palmeira, e executado previamente na primavera. Ele dá as necessárias indicações sobre os canais contendo moluscos e portanto, onde a aplicação deve ser feita. O tratamento é executado nos canais em que se encontram mais de 10 moluscos por cada 100 colheitas («dips») feitas de 500 em 500 metros.

Dado o conhecimento perfeito que o país tem dos seus canais de irrigação, volume de água e sua profundidade é sempre fácil à secção de destruição dos moluscos fazer a aplicação do sulfato de cobre na concentração adequada e quando ache oportuno, para o que dispõe duma estreita colaboração e cooperação do Departamento de Irrigação.

A secção de destruição dos moluscos tem alargado pouco a pouco a sua acção e hoje actua em quase todo o Vale do Nilo (fig. 22) e nos vários oásis.

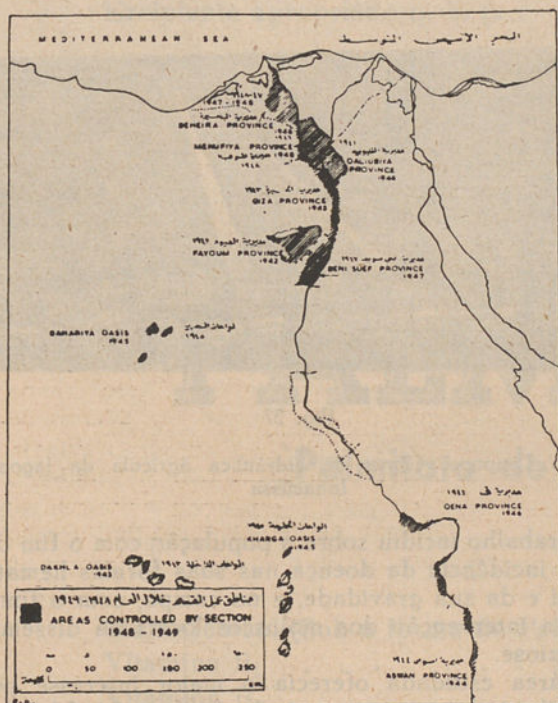


Fig. 22

Área do Egipto onde a Secção de Destruição dos Moluscos exercia a sua acção em 1949. (Relatório, 1948-1949)

Para a realização do seu programa a secção dispõe dum verdadeiro exército de funcionários, pois em 1951 chegaram a trabalhar ali entre 20 a 30 mil homens. A fim de poder satisfazer o encargo resultante da sua vasta tarefa, são-lhe atribuídas somas astronómicas, e assim só naquele ano dispendeu 750.000 libras.

À parte a luta contra a bilharziose realizada pela referida secção desempenham ainda um papel importante na organização os centros de tratamento da doença dispersos pelo país. Nessas unidades, instaladas em centros de saúde, se faz o tratamento a todos os doentes à base do tartaro emético e outros antimoniais.

Além destes dois meios de acção os serviços de saúde do Egipto realizam entre as populações uma importante campanha educativa por meio de cinema, palestras e quadros murais de propaganda.

Pelo seu sistema de irrigação, pela distribuição da população do país, já que esta se concentra no Vale do Nilo, atingindo assim aí a elevada densidade de 600 habitantes por Km.², é relativamente fácil ao Egipto pôr em prática uma adequada campanha de combate à bilharziose, recorrendo aos meios de que é possível dispôr. Apesar, porém, da sua boa organização a que, deve dizer-se, não faltam as necessárias dotações, a incidência da doença não se reduziu pois se cifra ainda por 50 %, tendo-se conseguido apenas uma redução da gravidade dos casos e praticamente o desaparecimento das complicações mais temíveis da doença.

b) *Rodésia do Sul* — Aqui a acção tem-se dirigido para o doente e para os moluscos, por intermédio da «Schistosomiasis Research Unit» dos Serviços de Saúde.

O tratamento é feito a todos os doentes com o diagnóstico de bilharziose pela intradermo-reacção praticada com um antigéneo preparado com cercárias. O produto usado é o tartaro emético.



Fig. 23

Aspecto dum tanque usado para irrigação na África do Sul (Transvaal) junto da fronteira portuguesa

Sobre os moluscos, a acção da Unidade tem-se exercido em colecções de água onde se encontram esses hospedeiros intermediários, recorrendo especialmente ao sulfato de cobre na dose de 15 a 20 por 1 milhão. Aqui, porém, ao contrário do que se passa no Egipto, este sistema de luta encontra grandes dificuldades, pois não lhe é possível como naquele país calcular o volume certo da água duma dada colecção para lhe aplicar uma dose adequada de sulfato de cobre e além disso não é fácil actuar sistematicamente sobre todas as colecções de água.

Por tais motivos o controle da luta contra a doença encontra na Rodésia do Sul incomparavelmente mais dificuldades que no 1.º país referido.

Demais a dispersão da população e o atrazo da sua mentalidade tornam naturalmente mais difícil a aplicação das campanhas sanitárias de educação.

c) *África do Sul* — Neste país há um grande alarme sobre a doença em face da sua tendência invasora e grande hesitação e descrença sobre a melhor forma de a combater.

As dificuldades que ali há a enfrentar são enormes porque a doença está largamente difundida e porque são numerosos os locais de criação dos moluscos e muitas vezes difícil o acesso aí.

A luta contra a doença está integrada nos Serviços de



Fig. 24

Aspecto do Vale do Incomati (Moçambique) onde se realizaram estudos sobre a bilharziose

Saúde e estes têm em vista especialmente uma acção contra os moluscos, para o que cuidam actualmente e como acto preliminar, do estudo da sua sistemática e biologia.

Os meios postos em prática com esta finalidade variam com as regiões.

Pude visitar a parte do país que fica junto da fronteira de Moçambique onde a população vive sobretudo duma cultura agrícola bem organizada. Serve de base a esta cultura a irrigação das terras à custa de tanques não cimentados (fig. 23), mas feitos de terra, os quais são por sua vez cheios por meio de bombas à custa da água do rio dos Crocodilos.



Fig. 25

Aspecto do Vale do Limpopo onde se realizaram estudos sobre a bilharziose



Fig. 26

Uma planície e lagoa do Vale do Incomati

Ora, na região, são sobretudo esses tanques os grandes criadouros de moluscos, tendo-nos sido dado observar ali as 3 espécies reputadas de maior importância em África: o *Physopsis africana*, a *Biomphalaria pfeifferi* e a *Pirgophysa forskali*. Na maioria dos tanques, cujas dimensões são variáveis, mas que em média têm cerca de 10 m. de comprimento por 10 m. de largura e 1 a 2 m. de altura, os moluscos encontram condições muito favoráveis ao seu desenvolvimento, pois uma simples colheita com a rede apropriada permite obter por vezes mais de 100 moluscos.

São os tanques os principais responsáveis pela incidência da endemia, porquanto é ali que os nativos se banham.

A acção dos serviços de combate aos moluscos é facilitada por este sistema de irrigação, pois é-lhes fácil ter um levantamento topográfico da região com os tanques devidamente marcados e assim poderá actuar com a devida eficiência por meio de moluscocidas. Na verdade, o serviço faz a aplicação periódica do sulfato de cobre nesses tanques e assim é notória aí depois disso a baixa dos moluscos.

É evidente que se a sua acção não for persistentemente e metódicamente conduzida, a breve trecho o tanque será infestado por novos moluscos vindos do rio donde é colhida a água.

Mas, por outro lado, numa grande parte do mesmo território, os moluscos são criados em variadíssimos cursos de

água de margens e fundos pedregosos e muitas vezes de difícil acesso.

Compreende-se então como se torna difícil actuar sobre os moluscos aí criados pelo menos em toda a extensão do seu curso. A acção do serviço limita-se nesse caso à aplicação de moluscocidas nos charcos mais procurados pela população.

À parte isso, os serviços fazem o tratamento dos doentes, mas a dispersão dos habitantes torna também difícil uma acção sistemática e em massa sobre a população.

d) *Moçambique* — Foi-me possível participar em 1952 num inquérito epidemiológico sobre a bilharziose no Sul desta província.

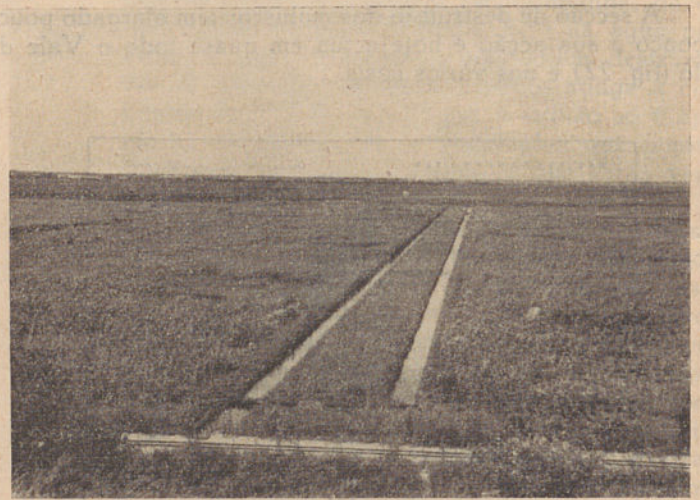


Fig. 27

Vale do Limpopo. Obras de hidráulica agrícola da lagoa de Inhamissa

O trabalho incidiu sobre a população com o fim de averiguar da incidência da doença nas suas formas hematobium e mansoni e da sua gravidade, e no campo, com o fim de se conhecer a intervenção dos moluscos locais na disseminação da bilharziose.

A área estudada oferecia o maior interesse por ser muito fértil e já largamente agricultada (figs. 24, 25, 26 e 27).

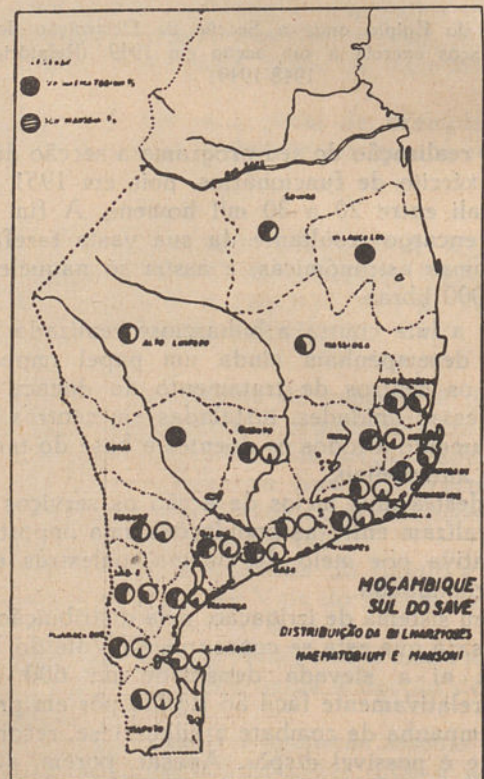


Fig. 28

Distribuição das bilharzioses hematobia e mansoni no Sul do Save

ENTEROBIÓTICO

Sulfamido - antibióticoterápia associada

COMPOSIÇÃO

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de sulfato)	0,015 Grs.
Bacitracina	600 U. I.
Sulfato de Neomicina	0,0075 Grs.
Ftalilsulfacetimida	0,500 Grs.
Excipiente apropriado q. b. p.	1 comp.

APRESENTAÇÃO

Tubo de 20 comprimidos

PALMIFENICOL

Palmitato de Cloranfenicol + Complexo B

COMPOSIÇÃO

Cloranfenicol (Sob a forma de Palmitato)	3,750 Miligrs.
Vitamina B ₁	6 >
Vitamina B ₂	6 >
Vitamina B ₆	3 >
Pantotenato de cálcio	3 >
Vitamina P. P.	50 >
Excipiente q. b. p.	60 c. c.

APRESENTAÇÃO

Frasco de 60 c. c., correspondendo uma colher das de chá (4 c. c.) a 250 Miligrs. de Cloromicetina base.



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

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



para as irritações de pele no verão...

Com a chegada do Verão, as crianças e os recém-nascidos sofrem mais com as irritações da pele. Aumentam as causas da alergia.

Borbulhagens, comichões e erupções aparecem com grande frequência; as mordeduras de insectos e picadas de mosquitos são menos importantes mas sempre incómodas. Há um remédio simples e eficaz para estes pequenos males — a **Loção de Caladryl**, um líquido não-gorduroso, refrescante e agradável que contém 1 % de Benadryl e que se aplica facilmente. Há, também,

o **Creme de Caladryl**, suavizante, em bisnagas.

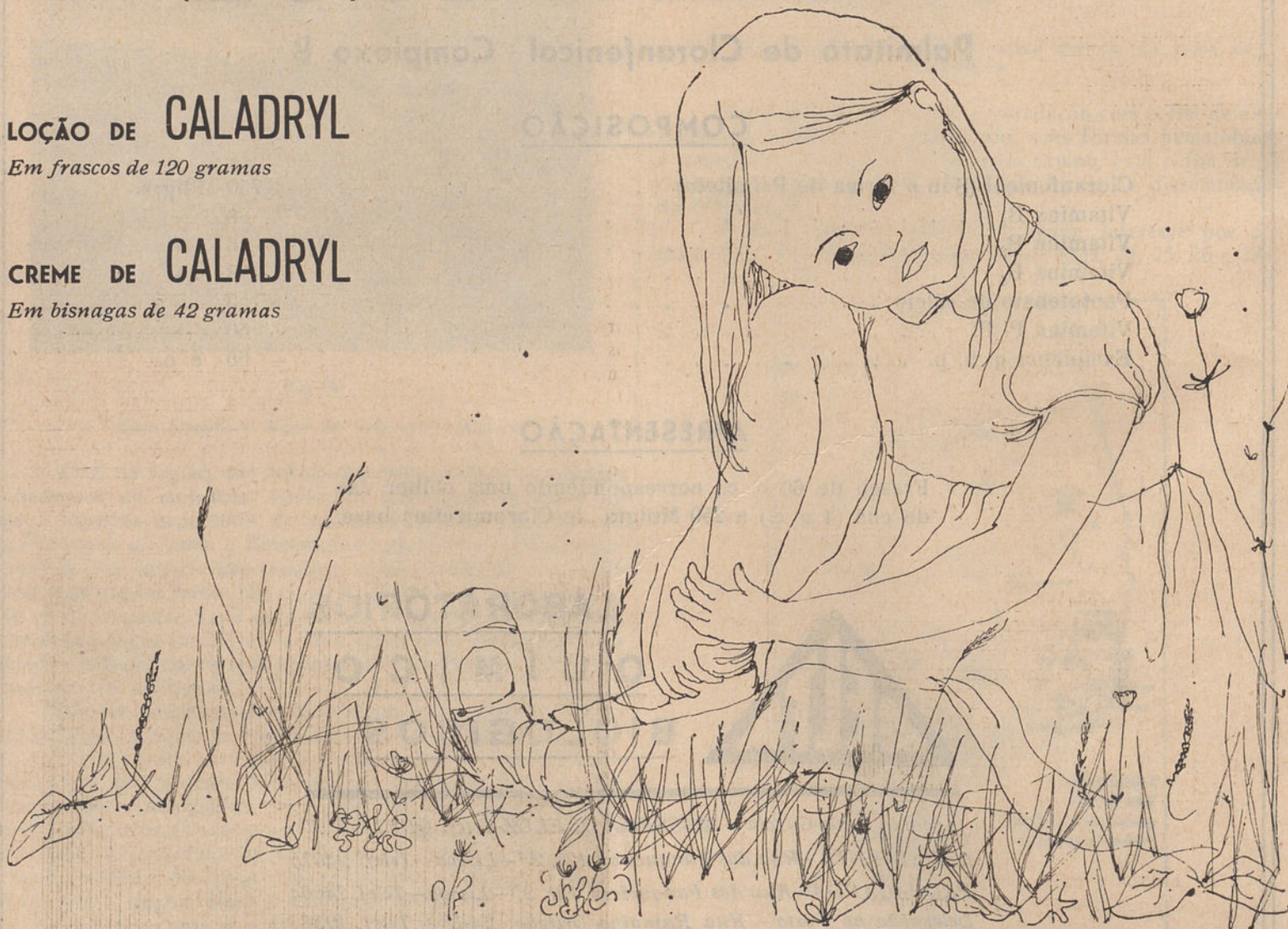
Um e outro recomendam-se para as inflamações e irritações de pele de toda a qualidade.

LOÇÃO DE CALADRYL

Em frascos de 120 gramas

CREME DE CALADRYL

Em bisnagas de 42 gramas



População— Quanto à bilharziose hematobium, cujo diagnóstico teve por base a pesquisa de ovos na urina, sobretudo das crianças das Escolas (de 9.238 indivíduos examinados, 7.863 tinham de 5 a 15 anos), verificamos que a doença se encontrava largamente dispersa (fig. 28) com incidências indo de 2 a 100% (fig. 29). A taxa de infecção média foi de 61,5%. No norte da província (fig. 30) têm-se verificado taxas idênticas. Referimo-nos já aos meios de laboratório utilizados para se avaliar da gravidade da doença.

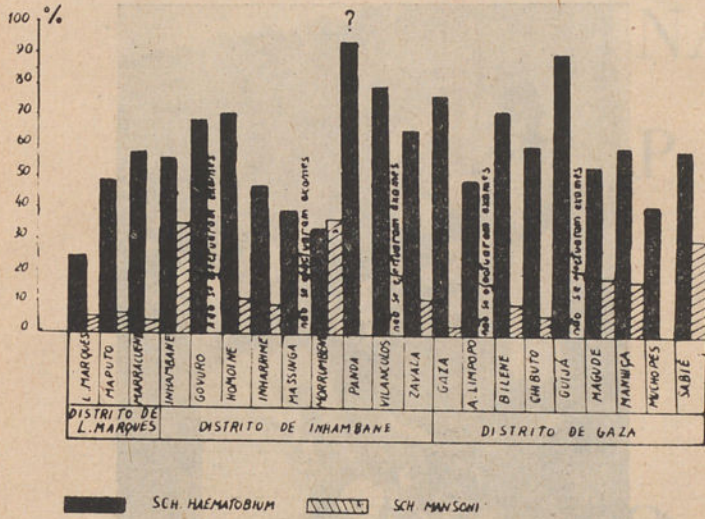


Fig. 29

Taxas de infecção por *Sch. hematobium* e *Sch. mansoni* no Sul do Save, em função das circunscrições

A forma mansoni foi diagnosticada pelo exame das fezes, também em crianças (de 2.841 indivíduos examinados 2.264 tinham de 6 a 15 anos) e revelou-se em focos sempre mais discretos (figs. 28 e 29). Como média a taxa de infecção foi de 11,85%, portanto inferior à que se tem registado no norte.

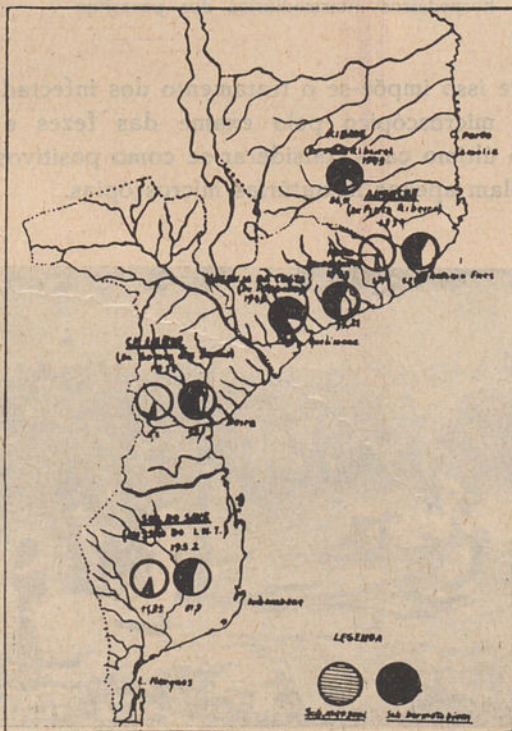


Fig. 30

Incidência das bilharzioses em Moçambique, segundo alguns inquéritos

Da responsabilidade na transmissão do *Sch. hematobium* temos a referir apenas o *Ph. africana*, pois foi esta a espécie que conseguimos infectar com miracídeos daquele parasita, enquanto à *B. pfeifferi* cabe a responsabilidade da disseminação do *Sch. mansoni*, pois só esse molusco conseguimos

infectar com miracídeos do último parasita. Também na Natuzera encontramos uma e outra espécie infectadas pelas cercárias dos mesmos schistosomas.

À parte as duas espécies encontramos ainda raras vezes a *P. forskali*, o qual numa colheita se revelara infectada com cercárias do tipo humano.

Paralelamente à distribuição do *Sch. hematobium* encontramos o *Ph. africana* largamente difundido, enquanto a *B. pfeifferi* tinha uma distribuição por manchas (fig. 31).

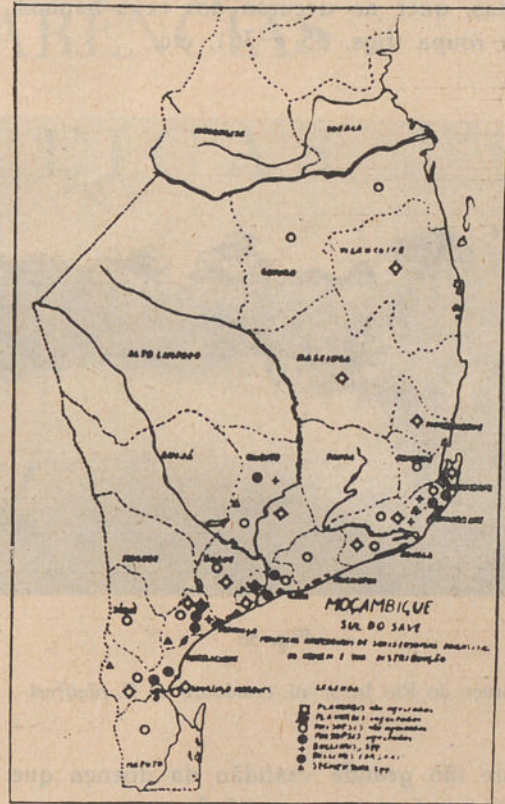


Fig. 31

Distribuição no Sul do Save (Moçambique) das espécies de moluscos hospedeiros intermediários do *Sch. hematobium* e do *Sch. mansoni*

A região onde incidiu o nosso estudo é essencialmente agrícola e tem como base da sua economia a cultura das férteis margens do Incomati, do Limpopo e de outros rios secundários.

Ali existem importantes fazendas agrícolas dirigidas por europeus. Os moluscos em referência criam-se em todas as colecções de água e particularmente nos canais de irrigação e de drenagem dos terrenos cultivados.

Deve dizer-se, no entanto, que o *Physopsis africana* se encontrava mais frequentemente em valas lodosas (fig. 32),



Fig. 32

Vala da Manhiça (Sul do Save), criadouro de *Ph. africana*

enquanto a *Biomphalaria pfeifferi* se encontrava antes em colecções de águas mais límpidas (fig. 33). A *Pirgophysa forskali* foi encontrada em canais e numa lagoa com água bastante límpida. Os dois primeiros encontravam-se ainda com frequência associados (fig. 34).

Têm portanto, os nativos da referida região inúmeras possibilidades de contraírem a infecção, quer nos seus trabalhos agrícolas, quer no decurso dos seus banhos, quer na lavagem da roupa (figs. 35 e 36), etc.



Fig. 33

Braço do Rio Incomati, criadouro de *B. pfeifferi*

Perante tão grande vastidão da doença que medidas de profilaxia convém usar na região?

São as crianças que mais pesado tributo pagam à doença pois são elas que fornecem a mais elevada taxa de infectados e as que se apresentam mais pesadamente infectadas já que é entre elas que se encontram as hematórias mais acentuadas.



Fig. 34

Canal de drenagem dum arrosal, importante criadouro de *Ph. africana* e de *B. pfeifferi*

É nos canais de irrigação, nos pântanos, nos lagos que se infectam. Está indicado, como medida de profilaxia, que cada Escola, pois é ali que passam uma grande parte do seu tempo, seja dotada dum poço com água adequada para todos os usos. Por outro lado levará a bons resultados a construção de lavadouros, tanto quanto possível centrais, para impedir

que as mulheres com os seus filhos passem a maior parte do tempo nos charcos, rios ou canais onde se infectam.

Uma dificuldade, porém, se levanta para o bom êxito deste sistema de luta: é que a população do sul do Save vive dispersa, em pequenos aldeamentos de 2 a 3 habitações e por isso se compreende a impossibilidade de pôr em prática medidas de profilaxia de interesse colectivo.



Fig. 35

Uma cena frequente no Sul do Save favorável à infecção por *Schistosomas*: lavagem de roupa numa colecção de água onde existem moluscos hospedeiros intermediários dos parasitas

À parte isso impõe-se o tratamento dos infectados, após diagnóstico microscópico pelo exame das fezes e urinas, devendo no último caso considerar-se como positivos mesmo os que revelam apenas hematórias microscópicas.



Fig. 36

Outra cena frequente do Sul do Save favorável à incidência das bilharzioses: banho das crianças numa colecção de água contendo moluscos receptivos aos *Schistosomas*

Em tal campanha, que tem de ser dirigida por um médico, os próprios professores nativos, já que têm um curso de enfermagem, podem cooperar eficazmente.

A luta contra a doença com base na aplicação de molus-

NAS CARÊNCIAS
PROTEICAS

AMINO TÓNICO

FRASCO DE 200 cc.
40\$00

LABORATÓRIOS
DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA



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

cocidas não é susceptível de conduzir a resultados satisfatórios dada a relativa ineficácia desse meio de combate, dada a impossibilidade de actuar em todas as áreas infestadas por moluscos e atendendo a ineficácia da sua acção nos rios, que são grandes disseminadores dos moluscos. Em todo o caso, a aplicação do sulfato de cobre, ou outro moluscocida porventura mais eficiente, nas colecções de água que actuam como focos locais importante da bilharziose é susceptível de conduzir ao seu exterminio.

Anàlogamente ao que se passa no Sul do Save é possível que na parte restante de Moçambique a situação seja também grave, mas as medidas de combate a pôr em prática terão de variar com as circunstâncias e a deduzir de estudos futuros.

Em conclusão, e para terminar, podemos dizer, que o problema das bilharzioses é actualmente um dos mais importantes problemas que urge resolver em África mas para a sua solução cabal carecemos ainda de meios práticos e eficientes, pelo que se torna necessário que estudos sistematizados sejam empreendidos com esse fim, particularmente por todos os países a quem o assunto diz directamente respeito.

VI — RESUMO

É possível que o foco de origem das bilharzioses vesical e intestinal fosse o Egipto donde essas doenças teriam irradiado à custa das migrações dos povos.

Apesar, porém, de serem, certamente doenças muito antigas em África ao Sul do Sahará, só em 1864 foram pela 1.^a vez referidas, sob a forma vesical, na África do Sul.

As duas formas de doença, conquanto incidindo em todas as idades são mais frequentes dos 15 aos 25 anos; os dois sexos são igualmente atingidos.

Embora haja quem considere as bilharzioses como doenças geralmente bem toleradas pelas populações nativas, diversas provas são a favor da gravidade das suas manifestações. De entre estas podem citar-se provas directas como as clínicas e anátomo-patológicas e indirectas como as de inteligência, do rendimento de trabalho, da fecundidade, da morbidade, etc.

Pelas razões expostas compreende-se o interesse que actualmente dedicam ao seu combate os vários países a que a endemia respeita. Deve dizer-se, porém, que são grandes as dificuldades de tal profilaxia, pois não temos meios eficazes de actuar, quer sobre o doente para que não seja disseminador de ovos ou se reinfecte, quer sobre o sã para que se não infecte. Urge, por isso que estudos prossigam para se obterem meios eficazes, exequíveis de combate à doença.

VI — RÉSUMÉ

C'est possible que le centre de l'origine des bilharzioses vésicale et intestinale a été l'Égypte d'où ces maladies auraient peut-être irradié aux dépens des migrations des peuples.

Malgré d'être, cependant, certainement des maladies très anciennes en Afrique au Sud du Sahara, ont été seulement référées pour la lère fois en 1864, sous la forme vésicale à l'Afrique du Sud.

Les deux formes de la maladie, quoique pouvant se manifester à tous les âges sont plus fréquents de 15 à 25 ans; les deux sexes sont également atteints.

Quoique il y a des personnes qui considèrent les bilharzioses comme des maladies généralement bien supportées par les populations natives, plusieurs preuves sont en faveur de la gravité de ses manifestations. On peut citer parmi eux des preuves directes comme les cliniques et les anatomo-pathologiques et indirectes comme ceux de l'intelligence, de l'aptitude au travail, de la fécondité, de la morbidité, etc.

On comprend alors, par les raisons exposées, l'intérêt qu'actuellement est consacré à leur combat par divers pays auxquels l'endemie respecte.

On doit dire cependant que les difficultés de sa prophylaxie sont considérables, parce que nous n'avons pas des moyens efficients d'action soit sur le malade pour qu'il ne soit pas disséminateur des oeufs ou se réinfecte, soit sur le sã pour qu'il ne s'infecte pas. Pour ces raisons il faut que des études poursuivent pour qu'on peut obtenir des moyens efficients et exécutable de combatre la maladie.

VI — SUMMARY

It is possible that the original source of the vesical and intestinal bilharziasis was Egypt from where those diseases perhaps spread on account of the migration of the people.

However in spite of being undoubtedly very old diseases in Africa to the South of the Sahara, only in 1864 for the first time they were described under the vesical form in South Africa.

Although the two forms of the disease are found in all ages, they are most frequent from 15 to 25 years; both sexes are equally attacked.

Though there are some who consider the bilharziasis as diseases generally well tolerated by the native population, several proofs are in favour of the seriousness of their manifestations. Among these may be mentioned direct proofs, such as the clinical and pathological, and indirect ones such as the tests of intelligence of the labour production, of the fecundity, of the morbidity, etc.

For the reasons mentioned above we understand why various countries interested on these diseases at present are dedicating themselves to its combat. However, it must be said that the difficulties of its prophylaxis, are great because we have no effective means of action, either on the patient, in order not to be the spreader of the eggs or to be reinfected, or on the healthy population to avoid the infection.

So it is urgent that the studies should be carried on to obtain effective and executable means of fighting the diseases.

Anestesia geral em Estomatologia

E. LOPES SOARES

(Anestesiologista do Hospital do Ultramar—Lisboa)

A grande maioria, senão a quase totalidade das intervenções estomatológicas, é feita, entre nós, sob anestesia local.

Várias causas concorrem para que a percentagem das extracções dentárias efectuadas sob narcose seja muito pequena. Em primeiro lugar trata-se de uma questão de Escola. A maioria dos nossos estomatologistas, educados profissionalmente num País onde até há poucos anos, não havia anestésistas especializados e, onde, por consequência uma anestesia geral era sempre uma aventura perigosa, adaptaram a sua técnica à anestesia local e, conseguindo com ela resolver a maioria dos seus problemas, dificilmente poderão mudar de métodos e de hábitos. A este problema, que, quanto a nós é o capital, juntam-se outros, como

seja a necessidade de aparelhagem dispendiosa, o emprego de gases caros e a necessidade da colaboração de um anestésista porquanto o estomatologista não se pode ocupar simultaneamente da anestesia geral e da extracção.

Temos, portanto: educação técnica feita utilizando anestesia local; necessidade de aparelhagem especial e de emprego de gases caros; necessidade da colaboração de um anestésista. Tais são, cremos, as razões que ainda hoje fazem com que se use muito pouco, entre nós, a anestesia geral em estomatologia.

Quem, de entre os presentes, teve ocasião de visitar clínicas estomatológicas dos países anglo-saxónicos, sabe muito bem como é frequente recorrer à anestesia geral para extracções

dentárias, mesmo das mais simples e rápidas. Aí podemos dizer que o problema é inverso: como regra geral as extracções são feitas sob narcose. Os factores que levaram a isso foram, logicamente: educação feita em meios em que a anestesia geral é um recurso fácil; existência, há longos anos, de anestesistas competentes que fizeram com que a anestesia geral deixasse de ser um perigo eminente, para ser um acto regrado e controlado; existência de aparelhagem e baixo custo de gases anestésicos.

Fazemos estas considerações para focar bem que julgamos que a opção feita entre nós pela anestesia local depende mais de razões secundárias, do que do facto de se julgar que seja melhor do que a geral.

E porque as vantagens desta última são numerosas, como veremos adiante, pensamos que valerá a pena fazermos um esforço para vencer as dificuldades ainda hoje existentes e que se opõem à expansão destas técnicas.

Em primeiro lugar há que perder o receio da anestesia geral, quando feita por pessoas competentes.

Quem possa dispor da colaboração de um anestesista com uma preparação feita numa boa escola, que domine bem todos os problemas da moderna anestesia, não tem mais que ter receio de uma boa anestesia geral.

Este será o primeiro passo: colaboração de um anestesista.

A pequena alteração da técnica do estomatologista a que obriga o emprego da anestesia geral é tão insignificante que rapidamente se encontra uma adaptação perfeita.

O problema dos aparelhos está a ser resolvido nos nossos hospitais, embora lentamente. Esperamos que mais tarde ou mais cedo, todos os serviços de estomatologia estejam equipados com um simples aparelho que sirva pelo menos, para administrar Protóxido de Azoto (N_2O). Na clínica particular é ao anestesista que compete resolver esse problema, levando o seu próprio aparelho.

Já o problema dos gases, particularmente do N_2O se nos afigura mais difícil de resolver, enquanto este gás não for produzido em Portugal. O gás na origem é muito barato, mas o seu transporte encarece-o extraordinariamente. Uma firma portuguesa, procura, contudo, resolver o problema importando o N_2O em grandes tanques e fazendo depois o transvazamento para os cilindros pequenos dos aparelhos.

É verdade que uma anestesia local resulta sempre economicamente mais favorável do que uma anestesia geral, visto que esta tem que abranger: honorários do anestesista, preço dos gases ou de outros anestésicos e desgaste do aparelho. Mas se pesarmos bem os prós e os contras, veremos que valerá a pena suportar o aumento de encargos que são largamente compensados pelo conforto que se proporciona ao doente. Temos obrigação de respeitar a dor alheia e evitar de todos os modos provocar o sofrimento desnecessário.

Podemos dizer que todas as crianças e numerosos adultos são dominados pelo receio de se sentarem numa cadeira de estomatologista.

A anestesia geral provocando uma perda de consciência e insensibilidade vencem aquele receio, tornam os doentes confiantes e prontos a repetir a experiência sempre que se torne necessário.

Em nossa opinião todas as extracções em crianças deveriam ser feitas sob anestesia geral. É um erro, muito espalhado, pensar que as crianças sentem menos do que os adultos. Isto dá origem a que se façam extracções sem nenhuma espécie de anestesia, tal como se fazem amigdalectomias e outras pequenas intervenções sem anestesia. Bem pelo contrário as crianças são extremamente receptivas e, conservam na memória a lembrança desagradável das dores que sentiram. Todos conhecemos bem como as crianças procuram resistir a voltar ao estomatologista. Mas ainda não encontrei nenhuma criança a quem se tenham feito extracções sob narcose e que tenha relutância em se sujeitar novamente ao tratamento.

Nas crianças, pois, consideramos que tem toda a indicação a narcose, mesmo para extracções simples, inclusivamente para dentes da primeira dentição. Não falamos já nos processos inflamatórios em que a narcose se impõe como a única solução.

Quanto aos adultos há também numerosas situações em que a anestesia geral se impõe. São elas principalmente: extracções simples em doentes pusilânimes, extracções múltiplas, doentes com sensibilizações aos anestésicos locais, nos processos infla-

matórios em que a anestesia local não é exequível, e ainda quando é desejo expresso do doente.

Evidentemente que se nas crianças julgamos que a anestesia geral deverá ser a regra, nos adultos pelos contrário, será a anestesia local a regra, e a geral a excepção. Mas esta excepção tem tendência para admitir cada vez mais casos, embora estejamos ainda muito longe de atingir a frequência com que nos países anglo-saxónicos se recorre a este método.

TÉCNICAS CRIANÇAS

As extracções nas crianças são, em regra, intervenções fáceis que se resolvem com uma anestesia geral muito simples, quer com cloreto de etilo, quer com N_2O .

Não fazemos nenhuma pré-medicação. A única precaução que tomamos é fazer com que a criança esteja em jejum, se se opera de manhã, ou que não tenha tomado qualquer alimento nas quatro horas que precedem a extracção, se esta se realiza à tarde.

Depois de experimentarmos várias técnicas anestésicas, fixamo-nos no cloreto de etilo em máscara aberta, e no N_2O .

A anestesia com cloreto de etilo é muito simples e não é perigosa, sendo bem feita. A droga é barata e não exige nenhuma aparelhagem especial. Uma simples máscara aberta é quanto basta. A regra mais importante a observar é só administrar o cloreto de etilo quando a criança respira; se suspende a respiração devemos suspender também a administração, porque se continuamos a lançar o jacto na máscara, na primeira inspiração que a criança faça a seguir à pausa respiratória, inala uma concentração muito alta de cloreto de etilo, o que pode ser perigoso.

Esta precaução e o ter sempre à mão possibilidades de fazer mecânicamente respiração artificial põe-nos ao abrigo das tão temidas complicações do cloreto de etilo.

Logo que a criança entra em anestesia levantamos a máscara e pode começar a extracção; o tempo de anestesia é suficiente, mas, se não for, podemos em qualquer altura recommençar a administração do cloreto de etilo.

Este anestésico elimina-se muito depressa de modo que as crianças acordam rapidamente e em pouco tempo estão perfeitamente conscientes e podem abandonar o gabinete dentário.

O principal inconveniente é que dá uma percentagem relativamente alta de vômitos.

O N_2O é um excelente anestésico para crianças. Tal como o cloreto de etilo tem a grande vantagem de provocar uma indução muito rápida e de se eliminar rapidamente, permitindo que as crianças acordem logo que termine a extracção, ainda sentadas na cadeira. A indução é agradável, visto que o N_2O é praticamente desprovido de cheiro e não é irritante.

Administramos o N_2O com um aparelho de fluxo intermitente, isto é, em que o gás só é lançado de cada vez que o doente inspira. Trabalhamos com um aparelho de McKesson (Fig. 1); o aparelho inglês de Walton baseado no mesmo prin-

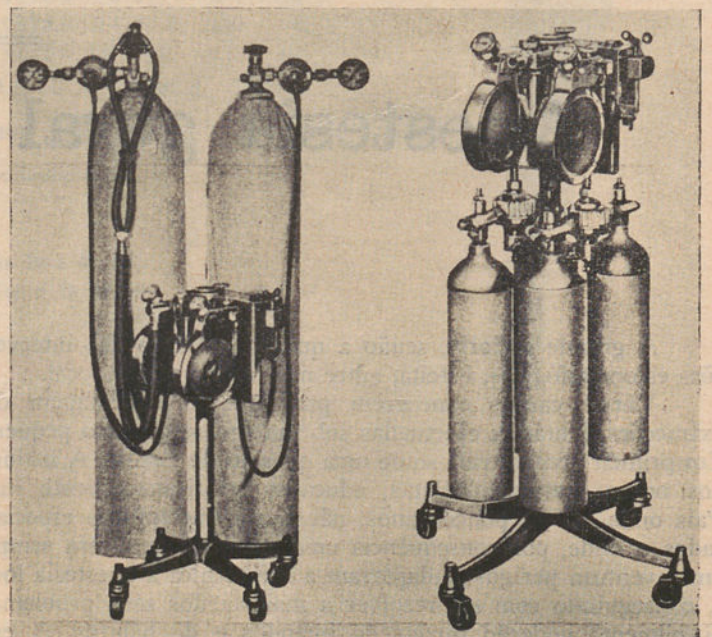


Fig. 1 — Aparelho de McKesson

ACÇÃO ANTIBIÓTICA COM REFORÇO DAS DEFESAS NATURAIS

IMUNOBIÓTICO

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

IMUNOBIÓTICO-E

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

APRESENTAÇÃO:

IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA

IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

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

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

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

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

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

A CADA FRASCO CORRESPONDE UMA AMPOLA
DE LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

CAIXAS DE 1, 3, 5 e 10 DOSES

LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8 - LISBOA

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

Epilepsia

ANTISACER

WANDER



PREPARAÇÃO ANTIÉPILEPTICA NÃO DANDO ORIGEM A FENÓMENOS SECUNDÁRIOS. TOLERÂNCIA PERFEITA. ACCÃO BENÉFICA SOBRE O TEMPERAMENTO, CONDUTA E RENDIMENTO DO TRABALHO.

ANTISACER SIMPLES — Tubos de 20 grajeias

ANTISACER COMPOSTO — Tubos de 20 grajeias

(Antisacer + fenobarbital + brometo de potássio + atropina sulfúrica + cafeína cítrica)

cípio é igualmente bom. Estes aparelhos têm a grande vantagem de o gás poder ser dado sob pressão regulável e da mistura N_2O+O_2 ser feita automaticamente com um simples comando que fixa a percentagem relativa de qualquer dos gases. Com qualquer destes aparelhos pode-se fazer respiração artificial e administrar O_2 sob pressão.

O doente é sentado convenientemente com os pés bem apoiados, as nádegas bem chegadas atrás, o colo fixado com uma correia e a cabeça em ligeira extensão. A administração do gás faz-se com uma máscara nasal, pedindo nós ao doente que expire pelo nariz, o que nós dá a garantia de que a inspiração será feita pela mesma via.

Se a criança não coopera bem ou não compreende o nosso desejo tapamos-lhe a boca com compressas ou com uma paleta de borracha.

Os sinais de anestesia mais importantes são os respiratórios (o ritmo da respiração automática, regular e nasal marca o plano cirúrgico da anestesia), os sinais oculares e a cor do doente. A própria essência do processo de anestesia pelo N_2O impõe um certo grau de hipoxia. Na verdade a percentagem de oxigénio na mistura N_2O+O_2 tem que ser inferior a 20% para se conseguir a anestesia. Habitualmente fazemos a indução com N_2O puro; ao fim de um minuto ou minuto e meio o doente perde a consciência, começa com respiração estertorosa e apresenta ligeira cianose. Nesta altura alteramos a mistura para 90% N_2O —10% O_2 . É claro que isto só se pode fazer durante um curto período de tempo; a hipoxia provocada deste modo não traz qualquer prejuízo, mas vai traduzir-se por uma cianose moderada na criança. Devemos prevenir que esta cor das crianças anestesiadas com N_2O pode alarmar quem não esteja habituado. Por esta razão nunca permitimos que pessoas da família das crianças assistam à anestesia. Alarmavam-se sem razão e a sua presença pode perturbar o nosso trabalho.

A administração da mistura N_2O+O_2 prossegue, durante todo o tempo das extracções, exclusivamente por via nasal, ficando a cavidade bucal livre para o estomatologista. Nós cooperamos fixando a cabeça do doente ou ajudando a manter em posição o abre-bocas que sempre colocamos com o doente ainda acordado.

Quando termina a extracção, passamos a administrar apenas O_2 e o acordar do doente é imediato.

Falta-nos referir que é de capital importância ter um bom aspirador para proceder à limpeza da boca de sangue e mucosidades, enquanto o doente estiver adormecido. Logo que o doente acorde dizemo-lhe para deitar fora a saliva e sangue que haja na cavidade bucal. Não temos tido vômitos post-anestésicos.

A maior vantagem deste tipo de anestesia é que o doente recupera rapidamente e, pouco tempo após o terminar das extracções, pode ir para sua casa e pouco depois para a escola ou para as suas ocupações, sem ser obrigado a tomar qualquer cuidado especial, podendo, inclusivamente, alimentar-se.

Esta técnica de anestesia, permite a extracção de vários dentes na mesma sessão, mesmo trabalhando devagar e com toda a calma.

As desvantagens são: exige a colaboração de um anestesista, necessita de aparelhagem especial e representa um encargo mais.

ADULTOS

a) *Extracções simples.*

Nos adultos deixamos praticamente de fazer anestesia geral usando apenas N_2O , porque sendo este gás um anestésico pouco potente, tínhamos, por vezes, grande dificuldade em obter um plano de anestesia adequado.

A indução com N_2O é fácil e agradável, mas a anestesia obtida com ele, é, numa grande percentagem de casos, insuficiente. Actualmente fazemos a indução com um barbitúrico de acção ultra-rápida. Nos homens fortes e bem musculados preferimos o Pentotal, mas nas mulheres optamos pelo Kemital, menos

potente e com uma menor acção depressora sobre o centro respiratório. A indução feita assim é extremamente agradável para o doente. Injectamos rapidamente 4 ou 5 c.c. de um soluto a 5% e esperamos um pouco. Se há perda do reflexo palpebral e se o doente inicia uma respiração rítmica paramos a injecção. O estomatologista pode iniciar o seu trabalho, sendo a primeira coisa a fazer abrir o abre-bocas, que tinha sido colocado em posição, com o doente ainda acordado. Se há qualquer reacção ao estímulo cirúrgico, injectamos um pouco mais de Pentotal, nunca excedendo em cada re-injecção mais do que 1 c.c.

Isto é, em regra, suficiente para pequenas extracções. Se se prevê que a operação seja demorada ou porque as extracções sejam numerosas ou porque os dentes sejam difíceis e exigam a aplicação de manobras mais enérgicas, associamos ao Pentotal a administração de N_2O por via nasal, em técnica idêntica à descrita anteriormente, apenas com a diferença que nunca usamos N_2O puro, mas sim, uma mistura variável de N_2O e O_2 , frequentemente à roda de 80/20.

Quando as extracções são pouco demoradas e feitas apenas com a dose inicial de Pentotal, o acordar do doente é muito rápido, até como reacção ao estímulo cirúrgico. Quase sempre o doente acorda na cadeira e é capaz de deitar fora as mucosidades e sangue, sob nossa ordem. Uma vez acordado passa para outra sala onde fica deitado uns 15 a 30 minutos, depois do que pode ir para casa, devidamente acompanhado.

Quando a extracção é demorada e obriga a uma dose maior de barbitúrico e a N_2O , o acordar não é tão rápido e somos obrigados a transportar o doente, ainda adormecido, para outra sala. Aí permanecerá até que esteja bem acordado, depois do que pode recolher a casa.

Quando nos interessa despertar o doente mais rapidamente recorremos ao uso de Coramina intra-venosa.

Os vômitos post-anestésicos são raros e nunca tivemos qualquer complicação.

As precauções a tomar são idênticas às que descrevemos para as crianças: os doentes têm que estar em jejum ou não ter comido nas últimas quatro horas e devem urinar antes de se começar a anestesia.

Antes de injectar o Pentotal damos sempre meio miligrama de Atropina I. V.

O doente senta-se na cadeira na posição que já descrevemos e que é aquela que os estomatologistas usam normalmente. Com o doente ainda acordado colocamos em posição um abre-bocas de ramos protegidos com borracha e pedimos-lhe que o morda.

Antes do estomatologista começar a extracção introduz na boca do doente, mas não muito profundamente, duas compressas de gaze, para absorver o sangue e evitar que este tome o caminho das vias respiratórias. A aspiração constante, durante todo o tempo em que o doente está anestesiado e sem reflexos, impõe-se como condição «sine qua non». Isto é tão importante que quando não temos aspiração recusámo-nos a anestesiá-lo o doente. Na realidade, o maior perigo da anestesia geral em estomatologia reside na possibilidade do doente aspirar, o sangue resultante das extracções dentárias. Todavia as medidas que indicamos — aspiração constante e colocação de compressas na boca — previnem este acidente, sempre de tão desagradáveis consequências. Só quando o doente está acordado e recuperou os seus reflexos é que este perigo desaparece.

O acordar destes doentes não é tão rápido como quando se emprega apenas N_2O ; são obrigados a ficar no hospital ou no consultório mais tempo e só devem regressar a casa devidamente acompanhados. Em casa não precisam de cuidados especiais, podendo alimentar-se se quiserem.

Falta-nos referir a nossa colocação durante a anestesia. Escolhemos o braço esquerdo do doente para fazer o Pentotal e colocámo-nos entre esse braço e a cabeça do doente. Nesta posição pouco interferimos com a colocação do team cirúrgico. Ao mesmo tempo que seguramos em posição a máscara nasal, amparamos a cabeça do doente e oferecemos ainda apoio ao maxilar inferior.

b) *Extracções múltiplas e exérese de dentes inclusos*

Por último vamos falar da técnica que seguimos nos casos de dentes inclusos e de extracções de numerosos dentes.

Como nestes casos o acto cirúrgico é demorado e provoca sempre uma hemorragia abundante, achamos preferível que o doente seja internado durante 24 horas num hospital ou numa casa de saúde, para o podermos rodear de todos os cuidados.

O doente entra em jejum, na própria manhã da operação. É preparado para o acto cirúrgico e recebe como pré-medicação a mistura de Escopolamina ou Atropina e Morfina ou Pantopon, em doses adequadas ao seu peso, idade e sexo, uma hora antes da operação.

Fazemos a indução empregando um curarizante (Tubarina ou Flaxedil) para obter-nos um bom relaxamento do maxilar inferior e Pentotal.

Oxigenamos o doente e fazemos a intubação traqueal usando um tubo de Magill introduzido por via nasal (Fig. 2)

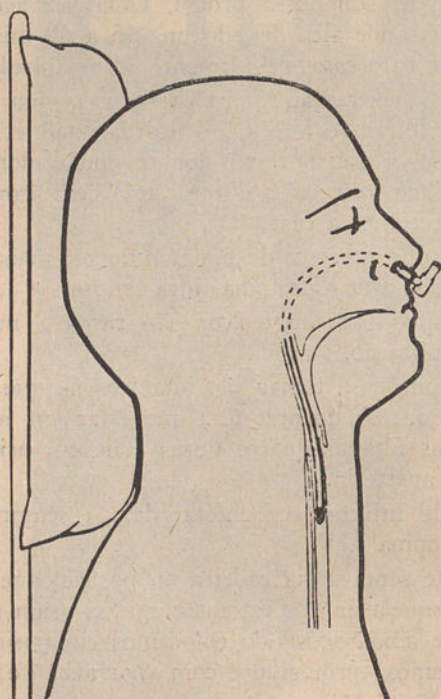


Fig. 2 — *Tubo traqueal em posição (via nasal)*

e conduzido, sob visão de laringoscópio com uma pinça de Magill até à sua entrada na traqueia. Fazemos em seguida um tampamento cuidadoso da faringe, bloqueando as vias respiratórias à roda do tubo traqueal. O doente passa a respirar exclusivamente através do tubo. É de extrema importância que o tampamento seja correctamente executado. Só isto impede a entrada de sangue nas vias respiratórias que é, sem contestação, a maior complicação que pode surgir.

O tubo traqueal é fixado em posição com adesivos e ligado ao aparelho de anestesia. A manutenção da anestesia pode ser feita com qualquer anestésico: apenas com Pentotal intermitente; com Pentotal e N_2O com Éter ou com Ciclopropano. Este último agente não é de aconselhar porque aumenta a hemorragia da ferida operatória. A técnica que usamos de preferência é o Pentotal intermitente associado ao $N_2O + O_2$, em partes iguais (1 litro de cada) em circuito fechado, com a válvula expiratória ligeiramente aberta, para deixar sair o excesso de gás.

Colocamos o doente num Trendelenburg ligeiro. Durante toda a operação o ajudante do cirurgião encarrega-se de executar uma aspiração completa de sangue e saliva.

Uma vez terminada a operação fazemos nós a aspiração final da boca e faringe e retiramos o tampamento. Introduzimos uma cânula oro-faríngea, depois do que tiramos o tubo traqueal. Como a anestesia é sempre muito superficial o doente acorda e readquire os seus reflexos protectores enquanto fazemos estas manobras. Todavia e como excesso de precaução, quando colocamos o doente na cama põmo-lo na posição que os ingleses chamam «tonsil position» e que o Prof. Macintosh vulgarizou na sua aplicação a todos os indivíduos anestesiados. Esta posição tem por fim facilitar a drenagem para o exterior de sangue e saliva, impedindo a sua entrada para as vias respiratórias.

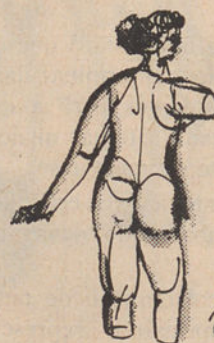
Já dissemos que os doentes acordam facilmente, e, se tudo corre bem, podem ter alta e ir para casa no próprio dia da intervenção, à noite, ou no dia seguinte de manhã.

Em regra não temos vômitos post-operatórios. Por vezes os doentes ficam com uma ligeira irritação traqueal devido à presença do tubo.

Nunca tivemos qualquer acidente nem complicações post-operatórias.

Eis, resumidamente expostas, as técnicas que usamos actualmente quando somos chamados a colaborar com um estomatologista. A sua inocuidade e o conforto e bem-estar que proporcionam aos doentes fazem-nos pensar que elas terão cada vez maior aceitação, quer da parte dos colegas estomatologistas quer da parte dos doentes.

(Comunicação apresentada nas Jornadas Estomatológicas, realizadas no Hospital de Santo António, em 1952).



**em processos
inflamatórios**
inibição geral

com **Cortef***

marca da
hidrocortisona
(composto F)

Comprimidos de Cortef

frascos de 25 comprimidos
de 10 mg. cada um

Fornece-se literatura clínica
aos médicos que a solicitarem

*MARCA REGISTRADA

Upjohn Productos farmacêuticos superiores desde 1886

UPJOHN OF ENGLAND, LTD.

4 ALDFORD ST., PARK LANE, LONDON W. 1, ENGLAND

ATOXIMICINA

associação de antibióticos

Sulfato de Dihidroestreptomicina — Sulfato de Estreptomicina
Procaína - penicilina G — Penicilina G potássica

SINERGISMO DE ACÇÃO SEM EFEITOS SECUNDÁRIOS
NEUROTOXICIDADE PRÁTICAMENTE NULA

ATOXIMICINA

NORMAL

Sulfato de Dihidroestreptomicina 0,25 gr.

Sulfato de Estreptomicina 0,25 gr.

Procaína - penicilina G
300.000 U.

Penicilina cristalizada G
potássica 100.000 U.

Caixas de 1, 3, 5 e 10 frs.

ATOXIMICINA

INFANTIL

Sulfato de Dihidroestreptomicina 0,125 gr.

Sulfato de Estreptomicina 0,125 gr.

Procaína - penicilina G
150.000 U.

Penicilina cristalizada G
potássica

Caixas com 1 e 3 frascos

ATOXIMICINA

FORTE

Sulfato de Dihidroestreptomicina 0,5 gr.

Sulfato de Estreptomicina 0,5 gr.

Procaína - penicilina G
300.000 U.

Penicilina cristalizada G
potássica 100.000 U.

Caixa com 1 frasco



INSTITUTO LUSO-FARMACO-LISBOA



XAROPE CONTRA A TOSSE CONVULSA

O LAUROCONVULSOL É UM MEDICAMENTO ELABORADO PARA O TRATAMENTO DA TOSSE CONVULSA E, DUM MODO GERAL, DE TODAS AS TOSSES REBELDES À TERAPÊUTICA USUAL DESTAS AFECÇÕES E QUE, DEVIDO À PRESENÇA DO COMPLEXO CODEINA - THYMUS VULGARIS - BROMOFÓRMIO, E AINDA DE OUTROS ELEMENTOS, DESENVOLVE UMA NOTÁVEL E

INGONTESTAVEL ACÇÃO SEDANTE E ANTIESPASMÓDICA



FRASCOS DE 200 GR. APROXIMADAMENTE

LAUROCONVULSOL
 TRATAMENTO DA TOSSE CONVULSA
 E DE TODAS AS TOSSES REBELDES
 BRONQUITES - GRIPES - ASMA, ETC.

DISTRIBUIDOR PARA PORTUGAL, ILHAS E ULTRAMAR

M. RODRIGUES LOUREIRO
 RUA DUARTE GALVÃO, 44 - LISBOA

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

Um obstáculo no estudo da Patologia que deve evitar-se

RENÉ LERICHE

I

Quer se queira quer não, o estudo da patologia é sempre dominado pelas ideias preponderantes no momento com relação ao conhecimento, consequência da influência que exerce o ambiente.

Resiste-se durante algum tempo, mas depois continua. Assim acontece sempre.

No momento presente em que se discutem concepções patogénicas de conjunto das nossas doenças em que a patologia chega a ser vegetativa para uma grande parte do seu domínio, a investigação está exposta a sofrer duas correntes teóricas: a da influência cortical e a da organização defensiva. Pode ser útil examinar a posição exacta destas duas ideias-forças. Por outro lado, como toda a investigação é hoje experimental, ela expõe-se ao perigo de criações puramente experimentais. Por isso pensamos ser necessário recordar algumas das regras que devem seguir-se na investigação animal pensando no homem.

*

Em primeiro lugar abordemos a influência cerebral.

O génio de Pavlov, depois de ter explorado todo o terreno da reflectividade criado por ele, observou que chegava a uma concepção geral da vida e, por conseguinte, chegou a considerar que o *cortex* realizava constantemente a análise e a síntese das explicações que sofrem, assegurando a todo o instante as relações do organismo com o mundo exterior e dirigindo as conexões de todas as partes da economia. Segundo Pavlov, o *cortex* está em condições de recolher *exacta e finalmente*, os estados sucessivos dos órgãos, as suas imediatas exigências e as que se encontram em via de constituição, como, por exemplo, depois duma modificação do metabolismo. Há também aparelhos especiais para recolher tudo o que foi produzido pelos processos da patologia. A este propósito Pavlov escreve: «Na minha opinião todo o organismo com todas as partes que o integram, pode dar sinais aos grandes hemisférios». Se formos mais longe tenho referido que os elementos indiferentes ou neutros ao mundo exterior, podem tornar-se, em certas condições, perigosos para a nossa materialidade física, através do sistema nervoso. Iguamente, ultrapassando a medida, as transformações enérgicas da nossa vida podiam falsear lentamente o jogo de qualquer tecido e chegar assim à patologia.

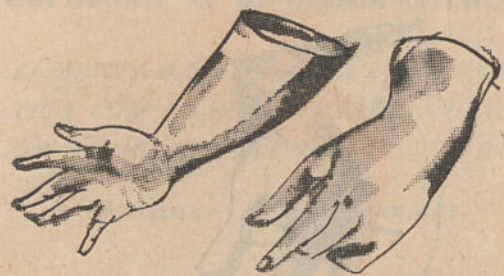
Por outro lado, estes caracteres adquiridos poderiam ser transmitidos à descendência, criando-se assim a condição natural da hereditariedade mórbida. Deste modo, depois do grande esforço da escola russa — que nos últimos anos tem desenvolvido intensamente as ideias de Pavlov — devemos interrogarmo-nos sobre qual será a acção ou influência do *cortex* no mecanismo patológico. Existe, talvez, uma génese cerebral em certas doenças e até num grande número delas, como pretende igualmente afirmar a escola psicossomática?

Deixarei de lado o domínio psiquiátrico, que não conheço. Porém quero falar da patologia, tal como pude observá-la. Há já muito tempo que o bom sentido popular e a observação prática tem demonstrado as relações de certas doenças periféricas com o choque afectivo agudo ou crónico. Até estes últimos anos resultava de bom tom aparentar um certo cepticismo. Cannon tem esclarecido bem os mecanismos do mesmo e desde então ficamos a compreendê-los. A guerra de 1914, ao revelar-nos a frequência

dos Basedow emocionais e a de 1939 ao multiplicar as hipertensões emotivas, tem feito na escala romana a prova experimental das doenças de origem cerebral.

Tem-se insistido muito no factor emotivo no que diz respeito à rectocolite hemorrágica. A patologia digestiva, em alguns destes departamentos, pode reconhecer por vezes uma origem psíquica, pela qual admito, com Hillemand, que ao iniciarem-se na infância certas megaloesplancnicas podem atribuir-se a uma etiologia cerebral, quando não se devem a carências vitamínicas.

A estes exemplos clássicos juntarei a tromboangeíte. Desconhecido antes, porque praticamente não existia, hoje aparece frequentemente, a partir de 1910, entre os israelitas da Europa oriental, que emigravam para os Estados Unidos nas condições morais e físicas que todos sabemos, pela qual se estabeleceu numa doença racial. Depois chegou a ser comum na Rússia, no terrível período de 1918-1920, e, pouco depois, a inquietação europeia divulgou-a por todo o mundo. Por isso é muito tentador pensar que a tem criado o cérebro emocional, mediante o rodeo suprarrenaliano. As noções experimentais e os resultados, com frequência estranhos, da suprarrenalectomia são um argumento a



em dermatite
por contacto

domínio

com
pomada de
acetato de

Cortef*

MARCA DA HIDROCORTISONA (COMPÓSTO F)

pomada de acetato de CORTEF
em bisnagas de 5 gramas

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

Fornece-se literatura clínica
aos médicos que a solicitarem

*Marca registada

Upjohn

Productos farmacêuticos superiores desde 1886

UPJOHN OF ENGLAND, LTD.

4 ALDFORD ST., PARK LANE, LONDON W. 1, ENGLAND.

favor desta interpretação que venho defendendo desde há cerca de 30 anos.

Por outro lado, é evidente que enormes faltas psicológicas na prática da medicina, o exagero dos meios de exploração manejados sem a preocupação da sua repercussão emocional, assim como a sistematização das transformações químicas, que com tanta frequência não servem para grande coisa, estabelecem uma multidão de complexos que agravam certos estados que não têm grande importância. Tudo isto não oferece discussão: é a medicina psicossomática que apresenta de novo algumas ideias hipocráticas clássicas.

Haverá alguma coisa mais do que isso? Poderão, por acaso, as excitações periféricas, mediante a influência cerebral, estabelecer determinadas doenças?

Pavlov e com ele a escola russa sustenta que o choque é, além de tudo, um fenómeno cortical. «A quantidade de impulsões dolorosas procedentes da região traumatizada conduz a uma super-excitação do cortex cerebral, até ao seu esgotamento e ao desenvolvimento no seu seio do processo de inibição da defesa. A falta de acção reguladora do cortex nos centros subcorticais conduz a uma perturbação das funções dos centros» (Stronchkov, 1951).

É uma teoria que parece menosprezar a via periférica reflexa.

O choque pode desenvolver-se numa pessoa que não sofre, especialmente nos operados sob anestesia geral.

Existe uma patologia por desarranjo fisiológico sob o efeito de acções externas registadas no cérebro?

Parece ser muito verosímil. Pessoalmente, sem conhecer as ideias de Pavlov, tenho chamado várias vezes a atenção para a probabilidade duma patologia por fisiologia. Infelizmente não se tem feito, nem é fácil poder realizá-la, uma demonstração experimental. As nossas habituais experiências são demasiado agudas, demasiado resumidas no tempo, para realizar o discreto desgaste localizado que produz o desvio lento dum tecido no decurso de alguns anos. As que conheço, especialmente as de Speranski, não me convenceram. Considero, pois, que só o racionalismo clínico é o que pode actualmente proporcionar-nos indicações sobre este tema.

Quando, sob este ponto de vista e situando-se a uma certa altura, se observa a patologia endócrina, sentimo-nos inclinados a perguntar se as mínimas influências nervosas não são, às vezes, a causa daquela. Há uma patologia em cascata, que parece ser o resultado duma fisiologia solicitada.

Não sabemos com exactidão como se produzem as reuniões ou contactos inter-hormonais, mas o facto está aí, existem e são muito sensíveis. Vou dar um exemplo. Há alguns anos ao querer suprimir numa mulher jovem duas paratiróides por um síndrome de hipercalcemia tive uma surpresa histológica: tinha-lhe tirado três. O síndrome ósseo curou magnificamente. A doente foi encantada. Voltou passado três meses, bem disposta, obesa e amenorreica. Aí está como a radioterapia hipofisária fez com que felizmente tudo voltasse a ficar em ordem.

Depois da drenagem biliar prolongada, a mesma patologia em cascata. Em 1935, Jung e eu demonstramos que a citada drenagem produzia, em primeiro lugar, modificações paratiróidicas e depois alterações tiroideias langerhansianas e suprarrenais.

Na patologia endócrina parece haver, todavia, outra coisa. Não oferece dúvida de que nela intervém às vezes o que há anos chamei a lei da necessidade e da procura, que é bastante semelhante àquela que já tinha assinalado Erdheim. Nalgumas osteólises não acaba senão depois da ablação da glândula. Além disso, observa-se (se bem que muito raramente) o mesmo fenómeno depois de certas fracturas em que a formação do calo se acompanha duma rarefacção de recurso nas epífises, originando, o que também tenho denominado, a doença biológica dos fracturados.

Sabe-se, a partir das investigações de Jean Roche, que durante a consolidação das fracturas experimentais há como que uma mineralização dos ossos distantes. Esta, geralmente, não tem, no homem, nenhuma tradução radiográfica.

Mas, se ultrapassa um certo espaço, a osteolite de recurso origina uma segunda doença de evolução bastante aborrecida.

II

As ideias de Pavlov poderão servir para a interpretação dos factos expostos por mim no meu primeiro artigo? As conexões que o professor russo vê, entre o meio interior e o cérebro, são difíceis de compreender. Especialmente nas fracturas, que têm certamente uma representação, pode pensar-se que o cérebro, já predisposto desde o começo, preside ao circuito que conduz à reparação, mas é evidente que os fenómenos possam ser mal coordenados, visto que pode faltar o poder de consolidação, apesar do grande esforço que desempenha a osteogénese local. Além disso, como já há muito tenho demonstrado, não há nenhuma diferença (nem histológica nem química) entre o simples osteoma post-traumático sem fractura que se pode ver no cotovelo, na região condiliana, ou ao nível dos adutores, e a ossificação perifractural duma pseudartrose, entre esta e o calo de consolidação. Em todos estes casos, a ossificação parece ser dirigida por acções locais de ordem vegetativa, sem nada que nos permita invocar um factor cerebral. A fractura não é a condição da osteogénese, visto que esta pode existir sem fractura.

Em resumo, nos traumatismos tudo parece apresentar-se como se o cérebro ignorasse as realidades da desordem regional. Porém, ainda há mais: Robert Danys demonstrou, recentemente, que a osteosíntese — feita de conformidade com os princípios mecânicos fixados por ele — é seguida duma consolidação interfragmentária, sem ossificação perifracturária. A nossa habilidade e os nossos conhecimentos superam, muitas vezes, a Natureza. Não parece falar a favor duma colaboração cerebral na reparação que, abandonada a si própria, realiza-se por processos de certo modo desordenados.

Não me custa admitir que o cérebro se encontra, constantemente, ao corrente do que se passa, mas é a vida local dos tecidos a que executa o trabalho de reparação segundo as leis próprias da sua actividade fisiopatológica, aparentemente sem comando cortical.

Porém, não devemos conceder demasiada importância a esta conclusão. O que ela indica, com efeito, é que o nosso trabalho de investigação deve dirigir-se, em primeiro lugar, para os mecanismos locais, visto que são esses os verdadeiros agentes das regras que comprovamos.

Poderia objectar-se ainda que, nos acidentes, a electroencefalografia revela importantes modificações das ondas cerebrais, como Lombard acaba de verificar num caso de síndrome



em prurido
anal e vulvar *eficácia*

com
pomada de
acetato de

Cortef^{*}

MARCA DA HIDROCORTISONA (COMPÓSTO F)

pomada de acetato de CORTEF
em bisnagas de 5 gramas

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

Fornece-se literatura clínica
aos médicos que a solicitarem

*Marca registada

Upjohn

Productos farmacêuticos superiores desde 1886

UPJOHN OF ENGLAND, LTD.

4 ALDFORD ST., PARK LANE, LONDON W. 1, ENGLAND.

Quatro preparações para o tratamento

EFICAZ * PRÁTICO * ECONÓMICO

com

A. C. T. H. e CORTISONA

A. C. T. H.

CORTISONA

CORTROFINE-Z

A. C. T. H. ORGANON DE ACÇÃO PROLONGADA
PELA PRESENÇA Zn (ISENTO DE GELATINA).
2 A 3 INJECCÕES POR SEMANA SÃO SUFICIENTES.

Frascos de 40 u. com solução tampão.

CORTROFINE

A. C. T. H. NORMAL EM SOLUÇÃO AQUOSA.

Frascos 25 e 50 u. c/ dissolvente.

ADRESON-N

(Cortisona e metilandrostenediol)

AUMENTA A SEGURANÇA DA TERAPÊU-
TICA COM A CORTISONA, PREVENINDO
OS SEUS EFEITOS SECUNDARIOS.

Frascos — 20 comprimidos.

ADRESON

(Cortisona)

*Frascos 10 c. c. contendo 25 mgr. | c. c.
Frascos 20 comprimidos a 5 mgr.,
Frascos 20 comprimidos a 25 mgr.
Frascos 3 c. c. a 5 mgr. | c. c. (colirio).*

REPRESENTANTES:

UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA

Rua da Prata, 250-2.º — Lisboa / R. Alexandre Braga, 138 — Porto

tonocálcio

INJECTÁVEL

DITIONATO DE CÁLCIO
A 5%.

ÁCIDO ASCÓRBICO
A 10%.

DITIONATO DE CÁLCIO
A 5%.

C INJECTÁVEL

DITIONATO DE CÁLCIO
A 5%.

ÁCIDO ASCÓRBICO
A 5%.

C-INFANTIL INJECTÁVEL

Cálcio (corresp. a 0,80 de Ditionato) 0,116 gr.
Fósforo (corresp. a 0,30 de Fosfato) 0,070 gr.
Vitamina B. 0,003 gr.
Vitamina C 0,020 gr.
Vitamina D 0,0001 gr.
Citrato de Sódio 0,30 gr.
Excipiente lactosado q. b.

RECTAL ADULTOS

Cálcio (corresp. a 0,40 de Ditionato) 0,058 gr.
Fósforo (corresp. a 0,15 de Fosfato) 0,035 gr.
Vitamina B. 0,003 gr.
Vitamina C 0,020 gr.
Vitamina D 0,0001 gr.
Citrato de Sódio 0,15 gr.
Excipiente lactosado q. b.

RECTAL INFANTIL

Cálcio (correspondente
a 0,7 grs. de Ditionato) . . . 0,115 grs.
Fósforo (correspondente
a 0,20 grs. de Fosfato) . . . 0,061 grs.
Vitamina B. 0,003 »
Vitamina C 0,020 »
Vitamina D U-6.000
Excipiente microlactosado q. b. para 5 grs.

PO' (SOLUVEL)

D
I
T
I
O
N
A
T
O
D
E
C
Á
L
C
I
O



DIR. TÉCN. DO PROF. COSTA SIMÕES

de Volkmann. Pode acontecer que assim se verifique nos acidentes. Admitámo-lo. No entanto, isso não prova que a actividade cerebral perturbada entre em jogo na criação patológica.

No caso particular do síndrome de Volkmann, opino que o elemento dominador seja a lesão arterial, pelas suas repercussões capilares, e que a simples laqueação da umeral pode originar a mesma sintomatologia. Por outro lado, não devemos esquecer, ao pensar nestes factos, que uma grande parte da actividade cerebral parece aplicar-se, em patologia, a fenómenos de inibição. As hemisferectomias nas atrofia cerebrais não se têm revelado duma maneira surpreendente. É difícil comprová-lo, mas o facto é assim.

Nada nos indica um ponto de partida cerebral. Certamente que é o psiquismo o que dá a sua cor aos fenómenos subjectivos, mas não acreditamos ser possível ir mais adiante, correntemente.

Na constituição duma brida oclusiva, numa invaginação, tudo parece não ser mais do que uma perturbação da fisiologia nervosa local. Na brida, a aderência é o resultado duma perturbação regional da fisiologia vasomotora entérica, alterada pelas consequências locais duma laparotomia. Esta perturbação produz exsudação de fibrina, em que os histiócitos chegam a colonizar lentamente, em virtude da sua própria fisiologia, como um meio de cultura.

Na invaginação, a perturbação fisiológica, que justapõe um peristaltismo excessivo e uma paresia dilatadora, obedece, evidentemente, a essas lesões dos plexos nervosos parietais, como pus em evidência em 1918, com Pierre Masson, e como recentemente tem comprovado igualmente o professor Gauthier-Villars. Qual é a sua origem? É o que temos que procurar. Talvez uma avitaminose infantil. Além desta, tudo depende, unicamente, dos factores locais existentes no sítio da lesão, do grau em que se encontrem e da condição fisiológica para cima e para baixo.

Evidentemente, poderia dizer-se que os mecanismos iniciais da perturbação são *teleordenados*, mas isso seria pura hipótese.

Na realidade, frequentemente, verificamos, na origem da patologia corrente, a existência de mecanismos vegetativos locais postos em movimento por causas também locais, infecciosas, traumáticas, hormonais, vitamínicas, químicas ou nervosas. Estes factores parecem ser suficientes para explicar tudo, com a condição de ter sempre em conta o que é relativo à noção das susceptibilidades tecidulares nativas, em virtude das quais podem verificar-se numerosas localizações, e que nos fazem compreender que, em muitos homens, as manifestações patológicas são às vezes da mesma série. Tenho encontrado, por várias vezes, osteoporoses post-traumáticas sucessivas em membros diferentes, com alguns anos de intervalo. A mesma observação deve fazer-se a propósito dos síndromes dolorosos.

Na bibliografia médica existem duas observações muito curiosas: uma de Lexer, e outra, de Pierre Duval, que se assemelham a duas gotas de água: osteofibrose da extremidade superior do perónio, ressecção ampla, enxerto imediato, que reconstruiu perfeitamente o osso. Alguns anos depois, recidiva da enfermidade óssea no enxerto, o que parece indicar um *dirigismo* regional dos tecidos.

Deveremos ver em tudo isto uma influência cerebral inicial?

Nestas investigações, não se deve diminuir, nem duvidar, da parte inicial dos processos regionais. Resultaria um perigo para a análise contentarmo-nos em falar somente de eficiência cerebral. O facto seguinte o demonstra: a ilusão do membro ausente nos amputados dá lugar a duas interpretações: para uns, o fenómeno é de origem periférica, porque a novocainização do neuroglioma o faz desaparecer frequentemente. Para outros, como Lhermitte, trata-se, somente, dum caso especial da imagem de si próprio. Recentemente, Kallio apresentou um caso em que após a operação cineplástica de Krukernberg, e de fazer uma pinça ou *protecção* do coto do antebraço, o fantasma dividiu-se, e cada movimento da protecção ou pinça é seguido duma *alucinação laminada*. Assim, verifica-se que a incitação é, então, periférica.

Depois desta ampla exposição vou terminar. Além do que podíamos chamar dogmático, é difícil articular a corticogénese dum grande número de doenças em conformidade com a realidade dos mecanismos locais. Não pode afirmar-se que o *cortex* — e reuniríamos hoje o diencéfalo — não intervém em nada na patologia, mas também é certo que não encontramos vestígios do mesmo.

O desenvolvimento patológico é, desde o começo, de origem nervosa, mas isso acontece pelo vegetativo e não pelo cérebro. Com certeza, a função vegetativa encontra-se, sem cessar, em conexão com os movimentos psíquicos e emocionais, mas o recíproco é verdadeiro. Na verdade, os dois sistemas não constituem mais que uma unidade vital, e na prática fisiológica cada um deles tem a sua individualidade. Também não nos parece que um deles esteja sempre e fatalmente subordinado ao outro.

A patologia parece pôr-se em movimento, frequentemente, pelo despertar das sensibilidades regionais e ocasionada por causas locais. Dessa forma pode despertar-se a vasomotricidade capilar, com a qual se realiza esta patologia química que, segundo a opinião de Polonovsky, é a *realidade invisível subjacente*. Tudo se passa por via reflexa, conduzindo aquilo que demonstram as experiências tão precisas de Reilly, em que o simpático aparece directamente excitado. O cérebro pode, de certo modo, ter nele uma parte consciente. Habitualmente, não é o primeiro motor, como claramente se vê. A imensa obra experimental de Reilly não deixa lugar a dúvidas acerca do carácter vegetativo da maior parte da patologia.

O principal objecto da investigação deve ser descobrir, sucessivamente, o mistério do mecanismo das qualidades celulares específicas ou dos tecidos que dão à patologia os seus aspectos particulares.

Evidentemente, uma teoria de alcance geral sobretudo quando pode exprimir a opinião do homem genial encontra sempre os argumentos indispensáveis para adquirir um fundo de universalidade no seu verdadeiro aspecto. Chega até a seduzir, mas devemos conservar intimamente a nossa objectividade analítica.

Quando se pretende explicar a patologia por uma acção cerebral insufficientemente estabelecida, corre-se o risco do afastamento das realidades palpáveis sobre as quais já se tem pronunciado a experiência.

(«Gaceta Médica Española» — Dezembro de 1953).



em dermatite atópica
(eczema alérgico)

êxito

com
pomada de
acetato de

Cortef*

MARCA DA HIDROCORTISONA (COMPÓSTO F)

pomada de acetato de CORTEF
em bisnagas de 5 gramas

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

Fornece-se literatura clínica aos médicos que a solicitarem *Marca registada

Upjohn

Productos farmacéuticos superiores desde 1886

UPJOHN OF ENGLAND, LTD.

4 ALDFORD ST., PARK LANE, LONDON W. 1, ENGLAND.

RESUMOS DA IMPRENSA MÉDICA

Acção dos antibióticos na expectoração em casos de bronquite crónica — ELMES, KNOX e FLETCHER — Lancet — CCLXV: 903; Oct. 31, 1953.

Estudo clínico e bacteriológico de um grupo de 13 doentes tratados por sucessivas e certas «curas» de penicilina, aureomicina, cloranfenicol e sulfamida.

Os efeitos dessa terapêutica sobre a expectoração (estudo microscópico e bacteriológico) e sobre os sintomas clínicos foram cuidadosamente registados.

Embora todas as drogas empregadas, excepto a sulfamida, reduzissem temporariamente a flora bacteriana e o puz, da expectoração, os efeitos clínicos obtidos foram insignificantes.

Por várias razões, expostas pelos autores, nenhuma das drogas ensaiadas se mostra útil para fazer a profilaxia das exacerbações agudas da doença estudada.

Necessita-se dum novo medicamento que seja: barato; atóxico; activo, eficaz contra a totalidade do espectro de bactérias responsáveis pela bronquite crónica; e que não interfira com os processos de resistência adquirida.

Reacções anafiláticas graves (por vezes fatais) a um derivado penicilínico com particular afinidade para o tecido pulmonar, in J. A. M. A., 151 (13); 1105; 1953.

Recentemente, o Comité de Farmácia e de Química da Associação Médica Americana fez publicar um comunicado em que chama a atenção de todos os clínicos para o perigo que pode representar o emprego indiscriminado do novo derivado penicilínico com particular electividade para o tecido pulmonar: o iodidrato de penetamato, comercialmente vendido em Portugal sob os nomes de «Brochocilline» e de «Pneumocilina» (nos E. U. A. tal preparado é vendido sob o nome

de «Neo-penil» que, entre nós, apenas designa uma associação de penicilina solúvel e procaína-penicilina).

Em um espaço de tempo relativamente curto (6 meses), aquele Comité conseguiu reunir 14 casos de grave reacção anafiláctica após a injeção intramuscular daquele preparado; 3 daqueles casos foram rapidamente mortais.

Os sintomas são semelhantes aos do choque anafilático grave após a injeção de procaína-penicilina, ou de penicilina solúvel em individuos sensibilizados à penicilina, sintomas esses já descritos em outros artigos, ou referatados desta revista. Entretanto, têm-se manifestado, ainda, os seguintes sinais, que parecem exclusivos das reacções anafiláticas devidas ao novo derivado: tremores musculares finos e convulsões clónicas, surgindo em geral imediatamente ou pouco tempo após a injeção (só em um caso surgiram 10 horas depois).

O referido Comité afirma que este novo derivado penicilínico parece ser, sem dúvida, mais antigénico e hipersensibilizante do que os outros derivados penicilínicos até aqui empregados, facto que se não reconheceu quando o produto foi comercialmente lançado.

Pede, por isso, a maior atenção de todos os clínicos para esta questão em particular e para os perigos de sensibilização à penicilina em geral e insiste por que esse não inicie, nunca, qualquer terapêutica penicilínica sem as cautelas mínimas indispensáveis, especialmente se se pretender administrar o iodidrato de penetamato.

São, em sua opinião, indispensáveis: 1) um interrogatório do doente no sentido de se conhecer qualquer possível hipersensibilidade à penicilina, ou derivados; 2) uma prova cutânea (intradérmica ou escarificação) com um soluto muito diluído do preparado que se tenciona empregar.

L. C. M.

Antibióticos na disenteria bacilar aguda, in J. A. M. A., 151 (14): 1157; 1953.

Os AA. procuraram comparar a acção das sulfamidas e de alguns antibióticos em 365 casos de disenteria bacilar aguda, verificada entre os prisioneiros de guerra na Coreia.

Experimentaram, ao mesmo tempo, diversos esquemas terapêuticos, no sentido de determinarem qual aquele que seria, ao mesmo tempo, mais prático, simples e económico, de entre os mais eficazes.

Em séries bem controladas, com testemunhas e seguidas, durante todo o tempo necessário de observação, sob estreita vigilância bacteriológica, os AA. do trabalho que agora se resume, chegaram às seguintes conclusões:

1) Os antibióticos de largo espectro de acção empregada neste estudo (terramicina, aureomicina, cloranfenicol e prolixina B) são muito mais eficazes do que as sulfamidas, não só no sentido da cura clínica como também no da negatização bacteriológica das coproculturas.

2) A polimixina B revelou-se o menos activo dos antibióticos experimentados nestes casos de disenteria bacilar, com grande diferença dos restantes.

3) Os melhores e, por vezes, rapidamente surpreendentes resultados foram obtidos com a terramicina e com a aureomicina, seguindo-se, a pequena distância, os obtidos com o cloranfenicol.

4) Embora os resultados obtidos com a terramicina e com a aureomicina sejam praticamente sobreponíveis, a maior percentagem das mais rápidas negatizações das culturas de fezes (100% de resultados negativos 7 dias após o início da terapêutica!) foi conseguida com a terramicina.

5) Em nenhum caso teve o tratamento que ser interrompido por reacções secundárias atribuíveis aos antibióticos.

6) Dos diversos esquemas terapêuticos eficazes — referentes à terramicina, aureomicina ou cloranfenicol — aquele que se mostrou, ao mesmo tempo, mais simples, mais prático,



em dermatite
seborréica

vantagens

com
pomada de
acetato de

Cortef*

MARCA DA HIDROCORTISONA (COMPOSTO F)

pomada de acetato de CORTEF
em bisnagas de 5 gramas

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

Forneca-se literatura clínica
aos médicos que a solicitarem

*Marca registada

Upjohn

Productos farmacêuticos superiores desde 1886

UPJOHN OF ENGLAND, LTD.

4 ALDFORD ST., PARK LANE, LONDON W. 1, ENGLAND.

mais barato e mais seguro, foi o seguinte: 4 gramas, de qualquer daqueles antibióticos, dados em três doses parciais, no decurso de 24 horas apenas, sem que seja necessário prolongar-se ou repetir-se qualquer dose. As doses parciais preconizadas são as seguintes: 2 g. (de terramicina, aureomicina ou cloranfenicol) tomados de uma só vez, 1 g. tomado 12 h. após e 1 g. 24 horas após a primeira dose.

7) Em quase todos os casos estudados os tipos de bacilos disenterícos isolados pertenciam ao grupo Flexner; bacilos do temível tipo Shiga só foram encontrados em cerca de 0,5 % dos casos. Não se revelou, entretanto, qualquer diferença na resposta terapêutica dos antibióticos referidos, entre os casos bacteriológicamente distintos: todos responderam igualmente bem ao esquema terapêutico acima indicado.

8) Mesmo dosagens inferiores às preconizadas (ex. total de 2 g. em 3 ou 4 doses) permitem resultados assaz satisfatórios, até nos casos graves. A dosagem ideal é, entretanto, a que acima se referiu e se recomenda.

L. C. M.

Esquema de um tratamento de coma diabético, de um quadro modificado, in J. A. M. A., 151, n.º 4, Adv. 22; 1953.

Eis o esquema mais recentemente preconizado, para tratamento do coma diabético, nos E. U. A.:

1) Na 1.^a hora após a admissão do doente em coma diabético — História (de familiares, etc.) e observação clínica, física e complementar, para se determinar o diagnóstico, as complicações e o grau do coma. Análises: de urina (para glicosúria e acetonúria), de sangue (fórmula e contagem, glicémia, CO₂, azoto não proteico) e electrocardiograma. Terapêutica, na primeira hora: a) *insulina*: se a glicémia está entre 300 e 600 mg. — 100 unidades, se está entre 600 mg. e 1000 mg. — 300 unidades, e se está acima de 1000 mg. % — 400 (a 500) unidades, de insulina solúvel, por via subcutânea; se houver colapso circulatório periférico, é necessária a administração prévia de insulina (parte da dose correspondente, acima indicada) por via endovenosa; b) *fluidos*: infusão endovenosa lenta de 2 litros de soro cloretado fisiológico; c) *outros cuidados*: lavagem gástrica suave, aquecimento e cuidados de enfermagem permanente.

2) Da 2.^a à 6.^a hora após a admissão — Vigilância médica permanente, com determinação das pressões arteriais, pulso, temperatura, respiração, etc. de hora a hora; medição permanente das urinas; cateterizar o doente se necessário.

Análise de urinas de hora a hora, para doseamento de

açúcar e acetona; determinação do conteúdo em açúcar e em CO₂ do sangue, cada três horas.

Terapêutica: a) *insulina* — injectar, de hora a hora, consoante as indicações fornecidas, cada hora, pela observação clínica e laboratorial do doente, tendo sobretudo em atenção a glicémia; b) *fluidos* — solutos glicosados (ex., 1 litro de soro glicosado isotónico) pela veia, se a glicémia se aproximou rapidamente ou se desceu abaixo do normal; c) *outras medidas*: fluidos *per os* logo que possível, antibioticoterapia (N. B. — não dar quaisquer sais de potássio quando existe ou persiste oligúria; dar apenas, fora daquela circunstância, quando a determinação da halémia ou o E.C.G. indicarem marcada hipohalémia).

3) Da 6.^a à 24.^a hora após a admissão — Vigilância médica; medição permanente de urina e vigilância cuidadosa da função renal; análise de urinas cada 1 a 4 horas. Terapêutica: a) *insulina*: continuar com injeções subcutâneas de insulina solúvel, conforme os dados fornecidos pelas análises de urinas e de sangue; b) *fluidos* (só se o doente não consegue beber, ou vomita): soro fisiológico cloretado e glicosado; c) *pela boca*: dieta apropriada, com 10 gramas de hidratos de carbono por hora, e fluidos.

4) No segundo dia após a admissão. Começar a injectar I. P. Z. (insulina protamina zinco), ou insulina N. P. H., juntamente com as doses ainda necessárias de insulina solúvel, conforme os dados fornecidos pelas análises (agora só uma de cada, por dia, até à «normalidade» habitual do doente). Dieta semi-fluída com 100-150 g. de hidratos de carbono, 50 g. de proteínas e 50 g. de gorduras.

5) Entrar, a pouco e pouco na «normalidade habitual» do doente.

L. C. M.

Corticotrofina no granuloma eosinófilo, in J. A. M. A. 151, n.º 4, 294; 1953.

Os AA. descrevem um caso muito interessante de um homem sofrendo de granulomas eosinófilos (do maxilar inferior, algumas vértebras, possivelmente da tibia esquerda e dos pulmões), provados por biópsia. A instituição de uma terapêutica pela corticotrofina (A. C. T. H.), iniciada em vista da conhecida acção eosinopénica daquela hormona, apenas permitiu discretos resultados.

Só a roentgenoterapia conseguiu a detenção do processo, a consolidação das fracturas da mandíbula e notável melhoria do estado geral, segundo os AA.

L. C. M.

MEMORANDO CLÍNICO

Esta secção, que anunciamos há alguns meses, não tem aparecido, como desejávamos, com frequência. Hoje, temos a satisfação de publicar um pequeno artigo dum colega rural. Muito estimaremos que outros colegas nos enviem artigos semelhantes, assim como consultas sobre assuntos de interesse clínico. Como anunciamos, esta secção destina-se a inserir pequenos artigos sobre casos clínicos, notas terapêuticas e actualizações e ainda respondemos às consultas que nos forem feitas sobre problemas de ordem científica, porque às consultas de carácter profissional não clínico respondemos no nosso «Suplemento».

Um caso de choque anafilático após injeção intramuscular de vitamina B₁

Embora com falta de recursos literários para expor com precisão e clareza, atrevo-me a dar publicidade a um caso de choque anafilático após prévia injeção intramuscular de Benerva fortíssima doseada a 100 mgrs. por centímetro cúbico. É bom que descreva os antecedentes e apontarei a sintomatologia que tomou aspectos alarmantes chegando a desorientar-me, uma vez que se tratava de pessoa muito querida.

Como médico de clínica rural, trabalhando em regiões de difícil acesso e longe dos meios hospitalares onde com facilidade recorreremos nos casos mais difíceis, temos por vezes de nos

sujeitar às condições de trabalho existentes para levar algum alívio e espírito consolador para o mal que atormenta e muitas vezes não perdoa. Pretendo frisar que fazemos clínica nas condições que por todos os meios temos ao nosso alcance, e também procurando estar em dia com as últimas novidades terapêuticas que vão aparecendo em revistas e livros da especialidade. Tudo isso é porém muito pouco, visto nos faltar o convívio com os grandes centros médicos onde os mestres nos sabem sempre dar os seus ensinamentos.

É hoje frequente na clínica diária o uso das Vitaminas e

dentro destas a Vitamina B₁, trabalhando normalmente com a dose de 100 mgrs. por centímetro cúbico. Vamos ao que propriamente me levou a escrever estas linhas. Há cerca de 3 meses que a pessoa em causa vinha referindo umas cefaleias do tipo occipital principalmente para a parte da tarde; passados dias essas cefaleias não só aumentaram de intensidade, como também ia notando fortes hemibrânias que lhe tomavam ambos os globos oculares. A doentinha em causa sofre habitualmente de obstipação intestinal renitente a qualquer medicação, sendo por vezes necessário recorrer as clisteres evacuadores. Teve uma gravidez absolutamente normal; durante o período expulsivo intensos vômitos biliosos. Purpério normal, levantando-se ao 10.º dia. O lactente é criado ao seio da mãe e mostra um bom desenvolvimento ponderal. Foi feita uma *R. de Wassermann e Kahn* cujo resultado foi negativo, bem como uma análise citológica do sangue que mostrou normalidade dos elementos constituintes. As cefaleias tem-se mantido, bem como as hemibrânias que atingem o globo ocular direito e me levaram a fazer o diagnóstico de crises de enxaqueca para o que fiz medicação à base de Gynergene da casa Sandoz sem obter resultados dignos de menção. Como usa óculos, atribui estes distúrbios cefaleicos à falta de correcção das lentes o que me levou a procurar um oftalmologista; a conselho deste, devia passar a dar Vitamina B₁ e usar novas lentes.

Quando o colega oftalmologista me falou em dar Vitamina B₁ fiquei um tanto incomodado pois que tinha receio de injectar a referida vitamina porque me tinha sucedido o que vou narrar. Já em tempos tinha dado a minha mulher, pois é a pessoa em questão, Becozyme por via intramuscular por se tratar de pessoa fortemente impressionável à via endovenosa. Lembro ainda que a injeção foi dada 2 horas após o pequeno almoço e decorridos 15 minutos já minha esposa acusava forte sialorreia, ansiedade, perda de visão, tonturas e vontade enorme de vomitar; sintomatologia que se mantém durante dez minutos ao fim dos quais tudo volta à normalidade sem deixar vestígios.

Podé avaliar-se o meu espanto, quando é certo de que nunca doente meu sujeito a esta medicação me acusou tais reacções; procurei indagar qual a origem de semelhante aborrecimento, mas no meu espírito surgiu a dúvida senão haveria mani-

festações alérgicas para determinado grupo vitamínico. Restava saber qual deles e para tanto comecei por dar vitaminas em separado não tendo observado qualquer resposta desagradável. Além disso, não conheço qualquer publicação a respeito de reacções provocadas pela medicação vitamínica. Como o oftalmologista me tivesse recomendado a dose de 500 mgrs. não tive sequer dúvidas em começar pela dose de 100 mgrs.; lancei mão do produto Benerva da Casa Roche (100 mgrs.) que sem favor, nos merece a máxima confiança, pois sabemos o cuidado que há em lançar no mercado os seus produtos especializados. No dia 11 de Fevereiro p. p. às 5 horas da tarde, longe de qualquer refeição, dei uma injeção de Benerva a 100 mgrs. por via intramuscular muito lentamente. Decorridos cerca de dois minutos a minha doentinha nota grande ansiedade, gastralgias e abundante sialorreia. O quadro clínico mantém-se, para daí a momentos não só a sintomatologia se agrava como também à medida que o tempo passa tomar um aspecto deveras assustador, como veremos pela ordem da sua aparição.

Aparelho digestivo — Sialorreia, vômitos intensos, sensação de queimaduras na cavidade nasal, boca, laringe, faringe e esófago (descrevendo como que línguas de fogo). Fortes dores ao nível do epigastro acompanhadas de gastralgias insuportáveis. Dores por toda a cavidade abdominal. Forte desejo de defecar. Grande prurido anal e vaginal. Dores na região hipogástrica e retenção urinária. Todos os sintomas que descrevo se agravam à medida que o tempo decorre, não sabendo a que atribuir tal sintomatologia, pensando lançar mão de antiespasmódicos, mas acontece que a sintomatologia não só se agrava como toma outros departamentos orgânicos.

Aparelho circulatório — Hipotensão (o que não é raro e por vezes se verifica com a Vitamina B₁), pulso filiforme e inotável, apagamento dos ruídos cardíacos, constrição dos vasos do pescoço que descreve como impressão de estrangulamento.

Sistema nervoso — Tremores, exaltação dos reflexos, formigues nas mãos e membros inferiores, enorme excitação, vontade de chorar e intensa hipersensibilidade. Estranho sentir de «fogo» ao longo da coluna vertebral de baixo para cima. Dermo grafismo acentuado com predominância dos antebraços e mãos, o mesmo para os membros inferiores dominando nas pernas e pés.

Por último, placas urticarianas dispersas por todo o corpo, tumefacção dos lábios, pálpebras e pavilhões auriculares. Pele lustrosa dando pelo toque a impressão de veludo.

Todos os sintomas descritos se mantiveram pelo menos durante 15 ou 20 minutos, claro está, com predomínio de uns sobre os outros e os de mais intensidade pelo lado do sistema nervoso e digestivo. O quadro foi alarmante como pode verificar-se pela leitura destas despretenciosas palavras, não sabendo eu como devia actuar, pois que a minha doentinha se recusava a qualquer medicação que eu lhe fizesse. Recorri a um colega, que ficou igualmente surpreendido quando lhe narrava o sucedido, tanto mais que se trata de um médico distinto e com muita prática clínica, não sabendo igualmente a que atribuir semelhantes reacções. Também os recursos ao meu Ex.^{mo} Colega não chegaram a ser utilizados, visto que, o quadro clínico pouco a pouco voltou ao normal. Seria na realidade um caso de choque anafilático ou concomitantemente outro conjunto de reacções que se evidenciaram motivadas por estado de doença de determinado sector do organismo ainda não exteriorizado? Estará em causa a Vitamina B₁ ou pelo contrário será responsável algum dos componentes que entram na preparação do produto injectável?

Não tentei nova injeção, sem que primeiro tenha uma informação das ampolas mandadas examinar, o que aguardo para estudo mais pormenorizado da questão. De tudo quanto aponto, fica-nos a lição, de que não existem produtos isentos de nocividade; daí o cuidado que todo o médico deve ter ao prescrever determinado medicamento, ser ele a ministrar as primeiras injeções precavendo-se antecipadamente com os produtos antagonistas a fim de evitar dissabores e não criar a falta de confiança que o doente deposita no seu médico assistente.

Março de 1954.

José dos Santos Martins
(Médico Municipal em Moncarapacho)



em | potência
artrite | anti-
reumatóide | inflamatória

com **Cortef**^{*}
marca da
hidrocortisona
(composto F)

Comprimidos de Cortef

frascos de 25 comprimidos de 10 mg. cada um

Fornece-se literatura clínica
aos médicos que a solicitarem

*MARCA REGISTRADA

Upjohn Productos farmacêuticos superiores desde 1886

UPJOHN OF ENGLAND, LTD.
4 ALDFORD ST., PARK LANE, LONDON W. 1, ENGLAND.

ESTREPTOMICINA EM SOLUÇÃO ESTÁVEL

- TOXICIDADE REDUZIDA
- NÃO EXIGE REFRIGERAÇÃO
- VENDA EM TODAS AS FARMÁCIAS

ESTREPTOMICINA ATRAL SOLUÇÃO
 [ESTREPTOMICINA + DIHIDROESTREPTOMICINA (SULFATOS)]

Frasco de 1 g. < >	2 cc. . . .	10\$00
Frasco de 5 g. < >	10 cc. . . .	45\$00
Frasco de 10 g. < >	20 cc. . . .	85\$00

LABORATÓRIOS ATRAL



C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. m. b. H.
MANNHEIM

apresentam

SEDARAUPINA

Novo sedativo à base de **RESERPINA**

UM DOS alcalóides puros da Rauwolfia Serpentina

Tubos de 20 comprimidos de 0,2 mg.

AGENTES EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL:

FERRAZ, LYNCE, LDA.

TRAV. DA GLÓRIA, 6-2.º — LISBOA

A **SEDARAUPINA** exerce um efeito satisfatório na **hipertensão** desde que esta possa ser considerada como **sintoma** dos estados simpaticotónicos e de hipertiroidismo que constituem as suas indicações, podendo até, em certos casos, o seu efeito exceder o dos alcalóides totais. **Em todas as outras formas de hipertensão** deve empregar-se a droga total **RAUPINA** devido ao seu duplo ponto de acção (periférico e central).

SUPLEMENTO

MOSAICOS NORTENHOS

LVI

O TRABALHO-ESCRAVO

Tranquilizem-se — não vou tratar do *trabalho-escravo* de que tanto se fala quando se abordam problemas situados para além da cortina de ferro.

Para lhes apresentar uma faceta especial do *trabalho-escravo*, nem preciso que ultrapassemos aquela cortina — mesmo em pensamento — nem sequer se impõe que saíamos da terra em que vivemos.

Também aqui, entre nós, há um *trabalho-escravo* — essa é a grande verdade por todos sentida.

Mas para aqueles que achem exagerado o rótulo, ou que se firam com o paralelo, também posso dizer que entre nós é uso corrente e tradicional, a mais larga e completa exploração do médico, submetendo-o a um sistema de trabalho muito especial e já tão inveterado, que só nós o compreendemos e sentimos.

É a essa exploração, levada ao máximo do rendimento e adoptada pelo próprio Estado — que eu chamo o *trabalho-escravo*.

Definido o termo, vamos às considerações, embora ligeiras; elas demonstrarão a razão destas palavras de reacção e que são, afinal, a concretização de uma verdade que todos os médicos sentem e a quase todos fere.

UM PEQUENO ESCLARECIMENTO

Para recomeçar e porque esta publicação chega a todas as mãos, devo esclarecer que o médico é um ser humano, com as mesmas necessidades enérgicas a qualquer pessoa e a quem se exige, pela situação social que ocupa, um mínimo de apresentação que também custa dinheiro, como aos outros.

Ao médico não é negado o direito de constituir família, mas para o fazer

precisa de auferir o necessário para a sustentar.

O médico não é, pois, um ser sobrenatural que viva à margem de todas as necessidades correntes; tem-nas, como os outros e talvez até em maior escala, por estar permanentemente em foco, porque quase toda a gente se dá ao luxo de o apreciar e discutir.

Além disso, e mercê da sua profissão, ainda precisa de se manter sempre bem actualizado, a fim de bem servir os seus doentes. Mas os livros e as revistas também custam dinheiro.

Feito este pequenino esclarecimento já se poderá compreender a monstruosidade do que adiante se vai dizer quanto à exploração em que se vive.

Explora-se o médico e, às vezes, nem *obrigado* se diz. A *ingratidão* é uma moeda corrente por todos nós bem conhecida...

SE FOSSE POSSÍVEL...

...Sim, se fosse possível pôr a funcionar os vários serviços laboratoriais e hospitalares das nossas Faculdades de Medicina apenas com o pessoal dos seus quadros, isto é, com o pessoal remunerado, durante algum tempo, pelo menos — ver-se-ia a impossibilidade de executar o serviço e a impossibilidade de ministrar o ensino prático. Em alguns serviços de cirurgia, nem sequer seria possível operar.

Mas tudo se vai fazendo e, melhor ou pior, as grandes deficiências a que os minguados quadros das nossas Faculdades dão lugar, vão sendo supridas por aqueles que aparecem para trabalhar sem remuneração.

Não julgo defensável este sistema, embora desde há muito seja o adoptado e cada vez se espraie mais, porque cada vez mais o impõem as necessidades.

O PANORAMA NOUTROS SECTORES

Mas não é só nas Faculdades e nas dependências hospitalares ligadas ao ensino, que vamos encontrar o hábito inveterado de aceitar e aproveitar o trabalho dos médicos.

Também nos Hospitais se conta com ele e creio não ser necessário citar exemplos, porque os vamos topar em qualquer parte para onde se dirija a nossa atenção.

Mas se dos serviços prestados gratuitamente passarmos para as remunerações baixas e insignificantes — então as nossas razões de queixa crescem e avolumam-se.

Quer se trate de departamentos hospitalares, quer sejam serviços a prestar noutras organizações oficiais ou particulares, os pilares em que assenta a gratuitidade ou a magreza dos vencimentos, são os dois mitos vulgarizados e geralmente admitidos: — *a necessidade que o médico tem de obter prática e o pulso livre que lhe dá possibilidades de ganhar a vida.*

E com estas *verdades* — barro que um sopro reduz a pó e o vento dispersa — se vai explorando o médico, fazendo dos novos uns revoltados e dos velhos uns descrentes que se habituaram a esconder o azedume com um sorriso, única manifestação do sarcasmo e da ironia espontânea, que tanta exploração lhes despertou.

A necessidade de se praticar e o pulso livre — são cantatas semelhantes às que usualmente vemos empregadas por aqueles que tentam impingir uma máquina de fabricar notas... E como vítimas, nem sequer nos resta o desabafo de uma queixa na Polícia...

ASSOCIAÇÃO ESPANHOLA DE ETNOLOGIA E FOLKLORE

Factores da medicina popular

A medicina popular é um ramo do folclore aplicado no que respeita à conservação da saúde e à cura das doenças do homem.

Compreende, por isto, todos os factos ou manifestações folclóricas que podem ter interesse ou aplicação sanitária e histórico-cultural para a ciência médica.

O VOCABULÁRIO E LOCUÇÕES POPULARES interessam pelo léxico, pois este, para os nossos antepassados científicos, era o terceiro. Hoje o povo diz tripas, «ternilhas» ⁽¹⁾ bofes, quadril, etc., tal como um anatómico do século XVI.

RIFÕES que condensam a sabedoria popular: *água estagnada*, *água envenenada*, conceito que podemos apreciar nos aforismos hipocráticos.

COPLAS expressivas de sentimentos

Contra as penas
tornar-se louco.
Mau remédio
Não há outro.

LENDAS E TRADIÇÕES que constituem o antecedente de muitas fontes medicinais: Santa Casilda, em Brievska, Caldas de Mallavella.

CRENÇAS pagãs ou supersticiosas, verdadeiras ou cristãs.

JOGOS como recreio dos espíritos e fautores do desenvolvimento físico.

COSTUMES que, desde o berço à sepultura, regulam a vida do homem.

A HABITAÇÃO E O VESTUÁRIO em relação com a antropogeografia e adaptação do meio.

ALIMENTAÇÃO como fundamento para a subsistência e relacionada com o clima.

LÍRICA POPULAR com as suas canções e danças elevando o espírito.

ERGOLOGIA pela utilidade das artes e dos ofícios.

SABEDORIA POPULAR, de remédios da natureza e de observações de finalidade curativa.

Nada há pois no folclore que não tenha interesse médico por integrar a história cultural do homem. Três são os factores essenciais da medicina popular: mágico, religioso e o natural.

A) O MÁGICO. É de todos o mais primitivo elemento. Todos os males procediam de poderes sobrenaturais emanados de quanto rodeava o homem. Este acreditava no poder misterioso dos as-

tros, das árvores, fontes, ventos, etc. O mistério acompanhava também os remédios que só podiam elaborar-se ou actuar através de pessoas ou coisas com poder mítico.

Podíamos comparar este factor ao que Lain Entralgo sintetiza em três palavras, a propósito da medicina mágica como período ou fase da história da medicina: a magia depende de *quem* realiza a cura (mago, bruxo, o homem de virtude, etc.); *onde* se verifica, isto é, requiere hora, ambiente e lugar (amanhecer, encruzilhada de caminhos, etc.); *como* se executa, quere dizer, ritual de palavra (salmos, esconjuros), manipulações, gestos, etc.

Compreende-se a influência sugestiva de toda a magia, tanto para o enfermo como para o próprio executante para atingir efeitos curativos que, aliás, se não verificariam em lesões orgânicas.

B) RELIGIOSO. Prescindimos da apreciação das religiões pagãs em Espanha, cujos resíduos culturais podemos incluí-los entre as superstições e remédios mágicos. Vamo-nos limitar só à religião cristã.

Cristo, como Deus verdadeiro, supremo obreiro e onnipotente, pode realizar milagres quanto o desejo a Sua Santa Vontade, contradizendo se quiser as forças da Natureza.

Toda a superstição supõe a crença em forças sobrenaturais alheias a Deus, por isso as condena a razão e a Igreja.

O povo encomenda as suas dores e necessidades a Deus, à Virgem e Santos da sua devoção, especialmente aos advogados de doenças, oferecendo-lhe orações, sacrificios e ex-votos de gratidão.

A medicina popular católica não é incompatível com a medicina científica. Deus, que é a própria verdade, determina pela sua Igreja que às práticas piedosas se juntem sempre os recursos da ciência médica que luta pela verdade, como ciência que é.

Para o crente, o valor espiritual da religião é um poder inapreciável e necessário. Demais, estando cientificamente provado o benefício da prece, o médico católico também solicita a todos os momentos a ajuda celeste para tratar os seus doentes.

C) NATURAL. O emprego dos recursos que proporciona a Natureza, sem nenhum intermediário médico é o terceiro grande factor da medicina popular.

Por instinto natural na conservação do individuo e da espécie, o homem observou os costumes dos animais, suas doenças e necessidades, e aplicou a si os mesmos remédios. Empíricamente ou por analogia, utilizou muitos recursos

dos três reinos da natureza; além destes também utilizou os remédios que aprende da terapêutica química que vê aplicar aos médicos.

Esta medicina natural podemos também chamá-la doméstica, porque não tem segredos de aplicação, não requiere o personagem com poder misterioso que a aplique, não tem ritual nem local para a executar.

Basta *que* se aplique o remédio com a precisa indicação. Este *que* foi devida e felicissimamente proposto por Lain Entralgo, quando faz a distinção entre a medicina mágica e a científica, já que esta medicina popular tem a sua representação no factor natural, que tantos pontos de contacto tem com as ideias hipocráticas.

Estes três factores da medicina popular não são independentes, pois em toda a fórmula ou remédio, que o povo aplica para o tratamento de um mal, há sempre uma parte de cada um deles.

Um exemplo entre muitos para mordeduras. Para o seu tratamento põe-se sobre a parte atingida três ramos de perretil molhados em vinagre (factor natural). Diz-se um salmo nove vezes e benze-se, principiando pela cabeça e terminando-se nos pés, outras tantas vezes (parte mágica ou supersticiosa); reza-se um P. N. e uma A. M. (factor religioso) ⁽¹⁾.

A medicina popular é uma revivência da cultura médica primitiva, os seus três factores recordam os três períodos históricos da nossa ciência: mágico, sacerdotal e naturalista ou hipocrático; que em sucessivos progressos chegaram aos nossos dias com uma grande base experimental.

O domínio da Natureza humana, com os poderosos recursos materiais científicos, não é suficiente para a cura do homem doente; este, composto de corpo e alma, precisa das forças sobrenaturais que emocionem o seu espírito. Esta é uma das razões porque perdura através do tempo e do espaço a medicina popular, por ser integral.

Esta orientação toma-a a actual medicina científica pelo estudo e tratamento psicossomático.

CASTILLO DE LUCAS

(Comunicação à sessão inaugural do Curso 1953-54, dada no dia 17-XI-1953 pelo Dr. António Castillo de Lucas, vice-presidente da citada Associação).

⁽¹⁾ Veja-se completo em Dr. Lis Quiven, em Med. Popul. Gallega. Rev. Tradiciones populares, pág. 495, 1949.

⁽¹⁾ Cartilagens em português. Ignora o tradutor o nosso correspondente termo popular.

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

PROPULMIL
Bial

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.

ECOS E COMENTÁRIOS

OS MÉDICOS E A ÍNDIA PORTUGUESA

Chega-nos a informação de que os médicos da Índia Portuguesa são dos que mais se salientam nas demonstrações de afecto e lealdade à Mãe-Pátria. Os leitores de «O Médico» — cuja expansão se estende a todos os recantos das nossas províncias ultramarinas — têm tido, aqui, ecos dessa simpatia, melhor dizemos — desse fervor patriótico, que une, desde Goa, Dili e Macau, atravessando os territórios de África, todos os lusitanos de além-mar com os da Metrópole. Depois da entusiástica recepção que foi dispensada, na Índia, aos quatro professores — e que esta revista largamente noticiou — chega-nos a notícia de que os nossos colegas indianos, como o resto da população mais culta, também recebeu, com entusiásticas manifestações de carinhoso acolhimento, a missão de que foi incumbido o Prof. Reinaldo dos Santos.

Devemos orgulhar-nos com este facto, para nós, médicos continentais, desvanecedor: o patriotismo dos colegas, filhos dessa Escola que é o único estabelecimento de ensino superior que temos no Ultramar. Porque, como mais uma vez salientou o Presidente Salazar — no seu recente, magistral e inesquecível discurso — na Índia, não temos colónias; na Índia, há pedaços da Nação portuguesa. Cá, como lá, nós, médicos lusitanos, levando alguns de nós uma vida que não corresponde aos justos anseios de quem levou anos e anos em preparação difícil e custosa — somos sempre dos primeiros, em civismo e em portuguesismo consciente.

M. C.

MULHERES MÉDICAS

Do «Comércio do Porto» transcrevemos, com a devida vénia, o seguinte, assinado pelo Dr. W. Bauer:

«Um leitor perguntou-me: «É verdade que as mulheres se estão voltando em grande número para a profissão médica?» «Qual é a proporção de médicas nos Estados Unidos? Que especialidade elas escolhem? Isto também é verdade com respeito a outros países? Quais são as oportunidades para mulheres na medicina?»

É certamente verdade que as mulheres estão dirigindo o seu interesse, mais ou menos, para a medicina, não somente nos Estados Unidos, mas em todo o Mundo. As mulheres europeias, especialmente na Rússia e na Alemanha, têm engrossado as fileiras da medicina, aumentando e alargando o seu número.

Isto não foi sempre a sua tendência. A primeira médica nos Estados Unidos, Elizabeth Blackwell, nasceu em Bristol, na Inglaterra, em 1821, vindo para os Estados Unidos com a idade de 11 anos, e tornou-se primeiramente professora.

Então, depois de vencer inúmeras dificuldades, graduou-se no Geneva Medical College, de Siracusa, N. Y. A sua irmã Emily, graduada cinco anos mais tarde, fundou com ela a Enfermaria de New York. A direcção desta instituição incluía quatro irmãs, amigas e estudantes, Dr.^{as} Marie Zkrewska, Elizabeth Garrett, Mary Putnam Jacobi e Elizabeth Gushier.

*

A história das mulheres pioneiras na medicina é encontrada em publicações



COMPLEXO B

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



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

biográficas disponíveis na maior parte das livrarias. Entre estas, é a Dr.^a Ida S. Scudder, a qual se tornou conhecida pelo seu trabalho missionário, sendo ela conhecida simplesmente como «Dr.^a Ida, Índia». A história das mulheres médicas na primeira guerra mundial, e nos hospitais de após guerra, e o seu serviço na França e nos Balcans, é mencionado por Esther Pohl Lovejoy no seu livro «Certas Samaritanas». A Dr.^a Florence Sabin, uma médica contemporânea, foi a chefe autoritária da saúde industrial, particularmente nos venenos industriais, e no seu retiro fez importantes contribuições para a saúde pública no Colorado.

As mulheres são elegíveis para entrar em todas as escolas médicas e há usualmente um certo número delas em cada classe. Há uma escola médica exclusivamente para mulheres, a Women's Medical College, de Filadélfia, fundado em 1850. Por muitos anos, este foi quase o único lugar onde as mulheres se podiam treinar em medicina. Mesmo quando eu fui para a escola médica, em 1917, em Filadélfia, havia somente uma mulher na nossa classe. As mulheres são elegíveis para todas as especialidades e encontram-se na maior parte delas senão em todas. A pediatria, muitas vezes olhada como a especialidade natural para as mulheres, não parece atraí-las tanto quanto muitas médicas deviam esperar. Havia mulheres na cirurgia, obstetria, patologia, investigação laboratorial, clínica geral, trabalho missionário no estrangeiro, psiquiatria, saúde pública e professoras médicas. Anestesia tem sido um fértil campo especializado para as médicas, e elas têm assegurado o primeiro lugar nesta especialidade.

*

Muitas médicas casam e empregam a sua prática de medicina algumas vezes em sociedade com os médicos seus maridos.

É um sexo ou outro melhor classificado para a medicina? Lord Horder, médico inglês notável, não pensa assim. As mulheres podem ter mais intuição, mais consciência e mais curiosidade que os homens, enquanto os homens podem ter mais originalidade. Os melhores doutores, de acordo com lord Horder, são homens com um pouco mais de feminismo do que a média, ou mulheres com um pouco mais de masculinidade. É a mulher na medicina o que a medicina quer, precisamente tanto como a medicina na mulher, conclui ele. Cerca de 5% de médicos americanos são mulheres; na Inglaterra, a proporção é de 17%, e, na Rússia, 50 em cada 100. A percentagem neste país deve esperar-se que aumente. Para as jovens propriamente qualificadas, a medicina é um excelente campo».

AMÉRICO PIRES DE LIMA, UM MESTRE PORTUGUÊS

O jornal brasileiro «A Marcha» publicou, com o título «Américo Pires de Lima, um mestre português», da autoria do Dr. Ordival Cassiano Gomes, secretário do Instituto Brasileiro de História da Medicina, um artigo sobre aquele nosso ilustre colaborador, que temos muita satisfação em transcrever a seguir.

No panorama da cultura portuguesa contemporânea destaca-se a figura do Professor Américo Pires de Lima, membro de uma verdadeira dinastia de intelectuais. Filho de professor, é Américo Pires de Lima, actualmente, catedrático da Faculdade de Ciências da Universidade do Porto, cargo que alcançou mediante concurso dos mais brilhantes.

Mal saído da Faculdade, prestou concurso para médico do exército português. Após honrosa classificação, é nomeado alferes médico. Foi esse o início de uma vida pública toda ela dedicada aos livros, aos estudos e que o levou às culminâncias da cátedra universitária.

Há na personalidade desse homem, além do estudioso, do pesquisador e professor, o patriota que deseja ver a sua terra à frente do movimento científico mundial. Ninguém mais do que ele tem concorrido para esse renascimento, que vemos e sentimos na cultura portuguesa hodierna.

Américo Pires de Lima, mestre insigne de uma época em que Portugal figura com destaque no cenário mundial, lembra-nos aqueles incansáveis pesquisadores quinhentistas, aqueles homens de saber profundo, de conhecimento enciclopédico que deram ao velho torrão português glória imperecível.

O mestre da Faculdade de Ciências do Porto é, em pleno século XX, um homem da Renascença. E digo homem do Renascimento no sentido elevado do termo, isto é, um humanista, um homem de cultura universal, um homem que vive para o espírito e pelo espírito, que sente em toda a sua grandeza os destinos de sua pátria, hoje em pleno florescimento económico, político, científico e literário.

O historiador do futuro, ao escrever a história cultural da velha Lusitânia, nessa metade do século XX, há-de incluir o nome do professor da Universidade do Porto entre os que, pelo seu saber e pela sua cultura polimorfa, pelo valor intrínseco de sua obra, mais honraram e elevaram as ciências médica, histórica e sociológica da terra portuguesa.

É vasta a sua bibliografia. Raro o mês em que não nos chega um livro, uma monografia, um artigo desse mestre, ora focalizando assunto médico, ora inteirando-nos sobre a história político-social e médica de sua pátria e do Brasil, ora desvendando aspectos novos da biologia, da sociologia. Seu estilo é ameno, sua linguagem clara, o que torna a leitura de suas obras, além de fonte de conhecimentos médicos e históricos, manancial de aprendizagem de bem escrever a língua portuguesa.

A História da Medicina — para só focalizarmos um dos mais interessantes aspectos da produção científica de Amé-

rico Pires de Lima — deve-lhe notável contribuição. Os seus trabalhos acerca da História da Medicina, não são meras compilações, não são estudos ligeiros superficiais, sem base, sem estrutura científica. Pelo contrário.

Cada trabalho saído da pena do Mestre é uma nova interpretação de um aspecto do nosso passado médico, é a descoberta de uma nova documentação a

desvendar pontos obscuros e controversos do passado da medicina luso-brasileira, que ele estuda, analisa, e interpreta com paciência, com segurança, à luz de uma crítica segura e científica. É um dos segredos do talento do Professor Pires de Lima, saber ler, comentar, traduzir e tirar conclusões acertadas, e por vezes surpreendentes, dos documentos que lhe vão às mãos.

PENICILINA-PROCAÍNA NOVO

ESTÁVEL

EM SUSPENSÃO AQUOSA PRONTA A USAR

De grande fluidez e estabilidade especialmente estudada para países com as condições de temperatura do nosso, e ainda mais elevadas, sem exigir cuidados especiais para a sua conservação.

CARACTERÍSTICAS

FLUIDEZ (tampão e agentes dispersantes)

INJECTÁVEL COM AGULHAS FINAS (natureza microcristalina)

ACTUAÇÃO IMEDIATA E PROLONGADA

APROVEITAMENTO TOTAL DA SUSPENSÃO (frascos siliconados)

APRESENTAÇÃO

Frasco com 300.000 U. I. = 1 dose
600.000 U. I. = 2 doses
1.500.000 U. I. = 5 doses
3.000.000 U. I. = 10 doses



Representantes para Portugal e Ultramar:

J. A. BAPTISTA D'ALMEIDA, LDA.

R. Actor Taborda, 13 LISBOA-N.

E isso sem sacrificar a clareza da frase e a inteireza do estilo. É que ele sabe perfeitamente, como já assinalara Bauer, que a beleza com que se reveste a forma da exposição desempenha, na História, papel muito mais importante que em nenhuma outra especialidade. Daí constituírem os trabalhos históricos de Pires de Lima páginas de ciência e, ao mesmo tempo, páginas de fino gosto literário.

Abramos, ao acaso uma das muitas obras do Professor Américo Pires de Lima — *Intus Et Extra* — livro onde reuniu discursos, conferências e trabalhos outros, publicados em revistas e jornais. Esse livro é bem o espelho da actividade científica do autor, actividade que se desdobra em diversos centros culturais de sua pátria.

Aqui estuda, com mão de mestre, a História Natural e o Ultramar Português; páginas adiante traça-nos, com segurança, com a dupla visão de biologista e sociólogo, as relações entre a biologia e a sociologia; em seguida apresenta-nos um capítulo em que focaliza assunto de alta relevância para a classe médica—Ordem dos Médicos—assunto já ultrapassado, já resolvido em Portugal e que, entre nós, não passou do tablado de discussões por vezes bizantinas, quando não políticas. «*Três Sábios Italianos*» é o título de outro trabalho que encontramos nessa verdadeira antologia de História de Medicina, onde Pires de Lima, com a segurança de profundo conhecedor da história italiana, estuda e analisa a vida e obra de Francisco Redi, Marcelo Malpighi e do padre Lazzaro Spallanzani, «produtos gloriosos do grande e belo país da Itália, que nos deu a civilização, latina, que nos transmitiu a civilização helénica, foi o centro de onde irradiou a civilização cristã, e foi berço dourado da Renascença».

Madame Curie merece do historiador português interessante estudo de sua obra, e de sua vida atribulada. Depois de analisar, pormenorizadamente, o importantíssimo papel desempenhado por essa cientista polonesa, no panorama da ciência mundial, escreve Pires de Lima: «A vida de Maria Sklodowska, futura Madame Curie, faz pensar irresistivel-

mente na vida de outro gigante da ciência francesa, Pasteur. Ambos criadores geniais de novas ciências, ambos fundadores de escolas, ambos tiveram a suprema felicidade de assistir ao triunfo pleno de suas doutrinas, à consagração universal de sua glória. No entanto, a vida de Pasteur foi imensamente mais regular e feliz...» Sim, mesmo depois de morto, Pasteur foi mais feliz do que a amargurada Madame Curie. Pasteur deixou descendentes que guardam integras as tradições católicas e francesas do ascendente genial, enquanto a esposa de Pierre Curie deixou descendentes na verdade também ilustres, mas que, abandonando as velhas tradições de família, internacionalizaram-se devoradas por uma ideologia que é a completa negação do cristianismo, e das velhas tradições gaulezas. Traíram assim a memória de Maria Sklodowska.

A esse trabalho, seguem-se outros onde são estudados aspectos interessantes da história médica, política e social de Portugal e outros aspectos da vida intelectual da nossa antiga Metrópole.

Brotero e sua Lição, Laguna Moralista e Filósofo, são outros trabalhos que figuram nessa colectânea, demonstrando o cuidado, a honestidade com que o autor escreve a história, mas sobretudo, a maneira elevada e sábia com que interpreta o facto histórico em si e nas suas vastas e complexas repercussões sociais.

O Conde de Linhares e o Brasil é trabalho de interpretação histórica, onde, à luz de documentação inédita, o autor faz verdadeira revisão da actuação extraordinária do grande ministro e mostra os planos grandiosos que tinha em mente realizar no Brasil. É a reabilitação do grande estadista. Um trabalho digno de ser lido e meditado por todos que nasceram deste lado do Atlântico.

Outros trabalhos de real valor têm saído da pena do ilustre professor da Universidade do Porto. Basta lembrar aquele em que estuda, à luz da moderna ciência, o papel desempenhado pelas laranjas, na expedição de Vasco da Gama. O trabalho, que é, no género, uma obra prima de interpretação histórica, tem o seguinte título: «*O papel das vitaminas na primeira viagem de Vasco da Gama*».

Em 1949, ao ser festejado aqui no Brasil o quarto centenário da fundação da Cidade do Salvador, enviou Américo Pires de Lima ao IV Congresso de História Nacional, reunido em comemoração àquela data, três trabalhos que mereceram os mais lisonjeiros elogios e sua publicação nos Anais do Congresso. Foram eles: «*Nota sobre algumas epidemias na cidade da Baía*», «*Nota sobre a roda dos enjeitados da Baía no século XVIII*» e «*Atribuições da Misericórdia da Baía no século XVIII*». Esses trabalhos, que esclarecem aspectos interessantes da história médica do Brasil, merecem minucioso estudo, tarefa a que nos dedicaremos proximamente.

René Sand

O seu falecimento

Morreu a 23 de Agosto de 1953 um dos pioneiros da Medicina Social e um dos principais membros criadores da O. M. S.

René Sand nasceu em 1877 e formou-se na Universidade de Bruxelas. Sempre dedicado ao trabalho, publicou em 1907 uma importante obra intitulada «A simulação e a interpretação dos acidentes do trabalho».

Fundou em 1912 a 1.ª Associação belga da Medicina Social. Depois da 1.ª guerra mundial, prepara a organização das Conferências internacionais do serviço social. É chamado para ensinar medicina social em Santiago do Chile.

Depois, durante 12 anos, percorre o Mundo na qualidade de secretário geral da Liga das Sociedades da Cruz Vermelha. Em 1929 funda a Associação Internacional dos Hospitais.

Em 1936 participa nos trabalhos do 1.º Ministério belga da Saúde pública. Em 1939 funda em Bruxelas o Instituto de Higiene e Medicina Social, onde monta uma biblioteca consagrada a estes assuntos.

De 1934 a 1945 é membro activo do Comité de Higiene da Sociedade das Nações. Em 1946 preside à Comissão técnica preparatória encarregada pela ECOSOC de estudar assuntos relacionados com a saúde pública.

Depois, foi delegado pelo Governo belga à Conferência da Saúde reunida em Nova Iorque pelas Nações Unidas com o fim de elaborar a Constituição da O. M. S., etc., etc.

É autor de várias obras importantes, tais como: «A organização industrial, a Medicina social e a educação cívica na Inglaterra e Estados Unidos»; «Reforma do serviço médico de beneficência»; «O serviço social através do mundo: assistência, previdência, higiene»; «A Bélgica social»; «A economia humana pela Medicina social»; «Um programa de saúde para a Bélgica» e, recentemente: «Pela Medicina social» (1948) e a «Medicina social» (1950).

Segundo o Dr. Mackenzie, Presidente do Conselho Executivo da O. M. S., «René Sand era um grande homem e todos os colegas de vários países nutriam por ele profunda amizade».

MARTINHO & CIA.

Tudo o que interessa à medicina e cirurgia

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

ERITRAN

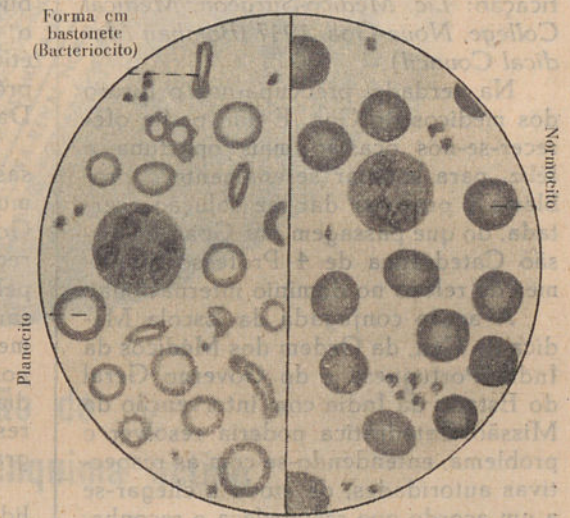
COM GLUCONATO FERROSO

QUADRO - RESUMO DA EXPERIÊNCIA DE DAVID HALER
(BRIT.-MED. JOURN. 1952, 2, pg. 1241, 6/12/1952)

AUMENTO MÉDIO DIÁRIO DE HEMOGLOBINA em percentagem		AUMENTO MÉDIO DE HEMOGLOBINA em gramas %		DOSE TOTAL MÉDIA DE FERRO UTILIZADA VEL MINISTRADA em miligramas		COEFICIENTE DE UTILIZAÇÃO DO FERRO		PERÍODO MÉDIO DE TRATAMENTO em dias	
GRUPO A	GRUPO B	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO A	GRUPO B
1,02%	1,49%	2,9%	3,4%	4,900	1,359	18,1	28,3	21,7	17,8

GRUPO A — Doentes tratados com preparados de ferro inorgânico.
GRUPO B — Doentes tratados com preparados de ferro orgânico (gluconato ferroso)

Forma em bastonete (Bacteriocito)



Planócito

Normocito

COMPOSIÇÃO	DRAGEIAS	ELIXIR
Gluconato ferroso	35 mgrs.	4,070 grs.
Vitamina B1	0,001 »	0,0125 mgrs.
» B2	3 »	38 »
» B6	»	5 »
» PP	15 »	00 »
» C	25 »	320 »
Excipiente q. b p.	Uma drageia	100 grs.
APRESENTAÇÃO	5 drageias	00 grs.
POSOLOGIA	3 a 6 drageias	3 a 6 c. de chá

- MAIS ACENTUADO AUMENTO DE HEMOGLOBINA
- MENOR PERÍODO DE TRATAMENTO
- MENOR DOSE TOTAL DE FERRO MINISTRADA
- COEFICIENTE DE UTILIZAÇÃO DE FERRO EXTRAORDINARIAMENTE MAIS ALTO
- MELHOR TOLERÂNCIA. AUSÊNCIA DE FENÔMENOS SECUNDÁRIOS.

ASSOCIADO A TODAS AS VITAMINAS QUE INFLUEM NA HEMATOPOESE, O GLUCONATO FERROSO, QUE É DOS SAIS DE FERRO O MAIS EFICIENTE E MELHOR TOLERADO, FAZ DO ERITRAN O COMPOSTO HEMATÍNICO DE ESCOLHA.



CRÓNICA DE GOA

Escola Médica de Goa

Dissemos na nossa crónica passada que, a partir de 1950 ou 1951, a Índia Vizinha já não reconhece o diploma da Escola Médica de Goa e bem assim as duas Áfricas, a Portuguesa e a Inglesa, o não reconhecem também. E desfechamos espontaneamente: *Qual pois o futuro dos médicos formados pela Escola Médica de Goa? Onde irá trabalhar o exército de médicos, que existe em Goa e que de ano para ano engrossa ainda mais?*

Antes de continuarmos, devemos dizer que, felizmente, temos o nosso diploma reconhecido na Índia Vizinha, sob o n.º 113.241, com a seguinte qualificação: *Lic. Médico-Surgeon, Medical College, Nova-Goa, 1947 (Bombay Medical Council)*.

Na verdade, preocupa-nos o futuro dos médicos de Goa. E não podia oferecer-se-nos ocasião mais oportuna e feliz, para estudar serenamente o problema e procurar dar-lhe solução acertada, do que passagem por Goa da Missão Catedrática de 4 Professores, nomes de relevo no domínio internacional.

A acção conjugada da Escola Médica de Goa, da Ordem dos Médicos da Índia Portuguesa e do Governo Geral do Estado da Índia com intervenção da Missão Catedrática poderia resolver o problema, entendendo-se com as respectivas autoridades, de modo a chegar-se a um acordo que restabeleça o reconhecimento do diploma da Escola Médica de Goa tanto na Índia como na África Inglesa. Tudo depende da boa vontade que, da parte da Missão Catedrática, não oferece a menor dúvida, convencêmo-nos, existe.

Ainda recentemente no intuito de ver novas terras e de rasgar novos horizontes mandamos uma petição nossa à Direcção de Saúde de Dar-es-Salaam, do Governo do Território de Tanganyika, requerendo para uma vaga de médico que lá havia no quadro de saúde do Governo. E a resposta que recebemos é deveras confrangedora: *Tenho muita pena de informar V. Ex.ª que as suas qualificações (habilitações) não são reconhecíveis neste Território.*

Tanto na Índia como na África Inglesa há médicos formados pela Escola Médica de Goa que bem alto têm levantado o nome da sua Escola e da Mãe-Pátria; são médicos do Governo Inglês que exercem o seu lugar com superior competência e inteira satisfação.

Desde quando o diploma da Escola Médica de Goa deixou de ser reconhecido na África Inglesa: E por que razões?

Tanto a África Inglesa como a Índia constituem campo vastíssimo para o exercício da medicina aos médicos formados pela Escola Médica de Goa. Cumpre restabelecer o reconhecimento do diploma da Escola Médica de Goa na Índia e na África Inglesa e depois

drenar para estes países a avalanche de médicos formados pela Escola Médica de Goa que está presentemente a nada fazer na sua terra natal, muito contra a sua vontade, que mais não deseja senão o trabalho honesto, que não tem.

Vejamos. Nós fazemos a nossa prática médica em Moirá, aldeia aliás extensa em superfície, mas cuja maior parte da população está emigrada, na razão de dois terços do total, quer para a Índia quer para as Áfricas Portuguesa e Inglesa. A população que fica é, presentemente, de 1.700 almas. E Moirá tem 3 médicos. Quere dizer que para cada 555 habitantes da população distribue-se um médico. Dai a competição e o esquecimento das sagradas leis da ética profissional, muito contra a sua própria vontade — o *struggle for life* de Darwin é claro. É doloroso, na verdade.

A propósito das Áfricas Portuguesas, oriental e ocidental, só diremos que muito contribuiu a Escola Médica de Goa para o saneamento daquelas nossas regiões inhóspitas. Médicos formados pela Escola Médica de Goa sacrificaram-se até serem vítimas do cumprimento do seu dever, tombando no seu posto de honra, aureolados dos rútilos diademas que cobrem a fronte de mártires e de heróis! É uma recordação grata, gratíssima, que fazemos.

Somos indo-português por ancestralidade, por nascença e por sangue; havemos de sê-lo até à nossa morte. É impossível de outra maneira. Há perto de cinco séculos bebemos a largos haustos a civilização portuguesa e cristã e implantou-se na nossa corrente sanguínea o benefício e salutar estigma de português, que será eterno porque nunca pode sair.

Mas... precisamente porque somos amigos sinceros da Mãe-Pátria — e não está no nosso sangue ser o contrário e mimetizar-nos quando a oportunidade chega porque nos repugna um proceder semelhante — AQUI É PORTUGAL até à eternidade. MAS AQUI NÃO É A MEDICINA PORTUGUESA até à eternidade. Porque a nossa Mãe-Pátria não reconhece o nosso diploma de médico em nossa própria Casa, que é o Ultramar Português. Porque todos nós, portugueses do Continente, das Ilhas e do Ultramar, somos irmãos, iguais e livres, mas a Escola Médica de Goa foi e, ao presente, já não é irmã das suas congéneres da Mãe-Pátria. Perdêmo-nos a sinceridade porque fomos e somos sempre sinceros e não podemos fazer outro papel, que repelimos indignados como dever da consciência.

Esta circunstância grave faz dizer aos Países Estrangeiros: — Se a vossa Mãe-Pátria não reconhece o diploma da sua própria Escola Médica de Goa porque havemos nós, os estranhos, de reconhecê-lo? É justo.

Só resta a alternativa de colocar a Escola Médica de Goa À ALTURA

das Faculdades de Lisboa, do Porto e de Coimbra, impondo-lhe iguais deveres e prerrogativas. E, se isto também não é possível fazer-se, então limitar o número de pretendentes à frequência da Escola Médica de Goa a, cinco estudantes somente, por ano.

É a objectividade real dos factos. É a triste situação em que se debate a inteira Classe Médica de Goa que, confiada, espera na solução acertada que a digna Missão Catedrática, estudando o problema sob todos os seus aspectos, procurará dar-lhe.

VENTURA PEREIRA

Sociedade Espanhola de Endocrinologia

Reunião em Granada

A Sociedade Espanhola de Endocrinologia vai celebrar a sua primeira reunião em Granada, nos dias 14, 15 e 16 de Junho próximo, sob a presidência do Dr. Gregório Marañon, tratando-se das seguintes teses oficiais:

I — Tratamento da insuficiência suprarrenal (Dr. Marañon e colaboradores);

II — Bócio endémico (Dr. Ortiz de Landazuri, Granada);

III — Tratamento com estrogéneos: complicações (Dr. Rodriguez Soriano, Barcelona).

Admitem-se comunicações, mas só em restrita relação com as teses citadas. Deverão ser enviadas à Secretaria Geral até ao dia 15 de Maio e não devem ter maior extensão do que cinco folhas dactilografadas.

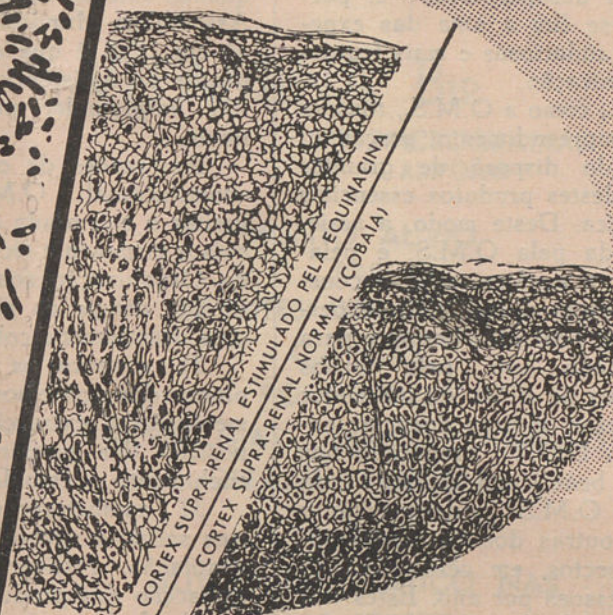
Para mais detalhes, dirigir-se à Secretaria Geral — Dr. Guyarro Olivares — Tendillas de Santa Paula, 2 — Granada (Espanha).

Dr. Jean Hamburger

O Dr. Jean Hamburger, médico-chefe de serviço do Hospital de Necker, que esteve alguns dias entre nós, efectuou duas conferências no novo Hospital-Faculdade, nos dias 29 e 30, tendo sido apresentado ao numeroso auditório pelo Prof. Toscano Rico.

Versando o tema «A insuficiência renal aguda», o conferencista expôs, demoradamente, no primeiro dia, novos e curiosos conceitos daquela situação patológica, que muito interessaram o auditório, para no segundo dia, expor as provas daquela insuficiência e o tratamento da mesma, defendendo o emprego da exsanguino-transusão, com a qual, disse, tem obtido os mais lisonjeiros resultados. A documentar o seu trabalho, o Dr. Hamburger projectou um filme inédito, colorido e falado, intitulado «A perfuração intestinal; método de depuração extrarenal».

Antibiose



Estimulação do
Mesênquima activo
pela Equinacina



Citocilina

Penicilina-oxiprocaína
+
Equinacina

Acção histotropa e bacteriotropa

Supra Grunicina-E

Penicilina-estreptomicina + Equinacina

CHEMIE GRÜNENTHAL GMBH · STOLBERG-ALEMANHA

REPRESENTANTES: PARACÉLSIA, LIMITADA

SEDE: RUA CÂNDIDO DOS REIS, 130 - PORTO - TELEF. 22042/3 - FILIAL: RUA DO CARMO, 69 - 2.º - D.º - LISBOA - TELEF. 34715

O aumento da produção de antibióticos e de insecticidas

Um êxito da assistência internacional

Em Julho de 1953, a O.M.S. comunicou à Administração da Assistência Técnica das Nações Unidas a necessidade de auxiliar seis países na produção de antibióticos e de insecticidas. Para o grande público, o acontecimento passou despercebido; e, portanto, punha-se fim a uma das experiências mais audaciosas e mais frutuosas da Organização.

A F.I.S.E., como a O.M.S., tomava parte neste empreendimento, graças ao qual o mundo disporá de grandes quantidades destes produtos essenciais à saúde pública. Deste modo, a assistência prestada pela O.M.S. e pela F.I.S.E. para a modernização e construção de fábricas de antibióticos permitirá produzir penicilina bastante para curar em cada ano, pelo menos 2.500.000 casos de sífilis, ou um maior número de casos doutras doenças; enquanto que o D.D.T., preparado nas fábricas que beneficiam da ajuda da F.I.S.E. e da O.M.S., poderá evitar o paludismo e outras doenças transmitidas pelos insectos, em cerca de 25,5 milhões de pessoas por ano. Estes êxitos são o resultado de três anos de trabalho da O.M.S. e têm custado aos governos interessados, à F.I.S.E. e à O.M.S., uma soma total de mais de seis milhões de dólares.

A O.M.S. tem recebido mais pedidos de ajuda que não pode satisfazer. Afim de levar o seu auxílio aos países para a produção de antibióticos e insecticidas, tem estabelecido um certo critério. Para poder usufruir deste auxílio, o país tinha de provar:

1) que possuía um pessoal susceptível de iniciar, com o fruto da técnica, a produção de antibióticos e de insecticidas;

2) que podia assumir prestações financeiras do mesmo valor que o equipamento que lhe seria fornecido;

3) que utilizaria os produtos saídos da fábrica, segundo as necessidades da saúde pública, à qual devia ser reservada toda a produção;

4) que acedia deixar-se guiar pela O.M.S. na escolha e aplicação dos métodos de produção; que deixaria a fábrica franqueada aos peritos da O.M.S., e que permitiria a sua utilização para a formação técnica dos bolseiros oriundos de outros países.

Antibióticos

Estamos longe de produzir os antibióticos necessários aos gastos mundiais. Sob o ponto de vista de saúde pública, os antibióticos são mais necessários para o tratamento das doenças venéreas e das treponematoses, em especial para as campanhas sistemáticas da luta contra estas doenças. Por exemplo, na luta empreendida pela O.M.S. e pela F.I.S.E. contra as treponematoses, em seis países muito afas-

tados uns dos outros, num total de 5 milhões de pessoas examinadas, 2 milhões precisaram de tratamento penicilínico.

A O.M.S. começou a interessar-se pelo problema dos antibióticos em 1948, quando este foi discutido pela Primeira Assembleia Mundial da Saúde. Porém, só em 1950 é que o advento do programa de assistência técnica permitiu-lhe empreender uma ajuda permanente.

Por razões de ordem financeira e constitucional, a O.M.S. achou por bem limitar a sua ajuda à assistência e aos avisos puramente técnicos. A actividade da Organização consistia em:

1) dirigir os planos das construções destinadas a cobrir as instalações;

2) preparar os desenhos e tirar os planos dos aparelhos destinados à fermentação, à extracção, à própria composição das preparações clínicas, ao enchimento e embalagem dos frascos;

3) estabelecer os planos dos outros serviços necessários: água, vapor, ventilação, refrigeração, climatização, extracção dos produtos usados;

4) Indicar as características precisas de todos os aparelhos e fornecer esquemas, indicando a natureza e o volume da sua produção;

5) Dar detalhes relativos às matérias primas essenciais;

6) fornecer explicações detalhadas sobre os processos de fabricação e sobre todas as operações a efectuar, especialmente a fermentação, a filtração, a extracção e a purificação, a preparação dos produtos clínicos e todos os trabalhos de laboratório que necessitam destas operações;

7) preparar planos completos para o laboratório (produção e pesquisa) com listas do material necessário;

8) fornecer os orçamentos respeitantes a despesas de toda a ordem; e

9) fornecer pessoal experimentado para a direcção técnica do conjunto de operações, nas diversas fases.

Estes diversos trabalhos dizem respeito, em especial, a uma fábrica construída na Índia — a primeira fábrica de antibióticos de toda a Ásia do Sudeste.

Esta fábrica, situada em Poona, perto de Bombaim foi construída segundo planos e desenhos estabelecidos pelos peritos da F.I.S.E. e da O.M.S. O governo da Índia, assumindo o financiamento das construções e dos diversos serviços, forneceu igualmente o pessoal a instruir.

No início, a capacidade de produção desta fábrica devia ser de 400 bilhões de unidades de penicilina por ano. Mas, a utilização de estirpes mais activas, assim como outras melhorias recentes de ordem tecnológica, que serão aplicadas, permitirão atingir uma produção de mais de 800 bilhões de unidades por mês, sem aumentar a fábrica. Em 1954 aparecerá, pela primeira vez,

a penicilina indiana — inteiramente preparada, purificada e colocada em frascos na Índia. Aplicando o tratamento, conforme as recomendações da Comissão de peritos das Doenças venéreas e treponematoses, poder-se-á, assim, curar em cada ano 1.875.000 casos de sífilis.

Dois países beneficiaram da ajuda da O.M.S. e da F.I.S.E. para melhorar a produção de antibióticos nas fábricas já existentes.

Na Jugoslávia, uma pequena fábrica construída em 1946, a título experimental, foi modernizada e tem atingido a máxima capacidade de produção. A F.I.S.E. dispôs de 90.000 dólares para a compra de material novo. A renovação da fábrica significa que a produção de penicilina poderá atingir 100-150 bilhões de unidades no fim de 1953.

Isto ajudará a Jugoslávia a lutar contra a sífilis endémica e outras doenças, que, em 1950, necessitaram da importação de 600 bilhões de unidades internacionais de penicilina. Outro facto, não menos importante: graças às bolsas de estudo, o pessoal técnico pôde adquirir a formação que lhe poderá mais tarde assumir o funcionamento da fábrica e realizar trabalhos de investigação.

O segundo país que O.M.S. e a F.I.S.E. ajudou a melhorar a produção de antibióticos foi o Chile, que manifesta, desde há alguns anos, um vivo interesse pela questão, por intermédio do seu Instituto Bacteriológico. Em 1951, o Chile possuía uma fábrica principal, que podia produzir em cada mês 15 bilhões de unidades internacionais de penicilina, mas isto representava, apenas, a décima parte da que seria necessária para o consumo do país.

Grças à ajuda financeira e técnica da O.M.S. e da F.I.S.E., a produção de penicilina atingirá, em 1954, 150 bilhões de unidades internacionais por mês, isto é, uma quantidade que é suficiente para corresponder às necessidades do país, conforme o que se avaliou em 1951.

O auxílio que a O.M.S. presta ao aumento da produção de antibióticos compreende, além disso, um programa de formação profissional e de pesquisas. Assim, a Organização recebeu, como centro de investigação e de formação, o *Istituto Superiore di Sanità*, de Roma; os bolseiros que a O.M.S. aí envia receberão a formação necessária para tomar parte nos trabalhos, nos seus próprios países. O *Istituto* possui uma fábrica de antibióticos em funcionamento e pode, assim, dar aos futuros técnicos e pesquisadores de laboratório uma real experiência prática.

Insecticidas

As fontes de insecticidas — em D.D.T., sobretudo — representam um

NOVAS INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS DA VITAMINA B₁₂

BEDOZE MIL

TRATAMENTO
DE
ESCOLHA
DAS
AFECÇÕES
NEUROLÓGICAS

VITAMINA B₁₂

MIL MICROGRAMAS
AMPOLAS

PRONTO ALÍVIO
DAS
NEVRITES DO TRIGÊMIO
CIÁTICAS
POLINEVRITES
NEURALGIAS CÉRVICO-BRAQUIAES
CEFALEIAS REBELDES

ALÍVIO SINTOMÁTICO NAS
ÓSTEO-ARTRITES

BEDOZE GOTAS

FACTOR
PRINCIPAL
DO
DESENVOLVIMENTO
SOMÁTICO

FACTOR
LIPOTRÓPICO

INDICAÇÕES DO BÉDOZE-GOTAS

Estados de desnutrição em todas as idades (por carência alimentar, por doenças consumptivas, etc.).
Crianças nascidas prematuramente.
Crianças distróficas (por desvios alimentares, por debilidade congénita, etc.).
Nanismo.
Muitos casos de astenia e anorexia.
Hepatopatias (cirroses, hepatites agudas, etc.).
Dermatoses seborreicas e várias outras afecções cutâneas.
Lactentes alimentados artificialmente. (A vitamina B₁₂ aumenta a tolerância para o leite completo e dum maneira geral para as gorduras).

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

INSTITUTO LUSO-FARMACO-LISBOA

outro problema de saúde pública. A utilidade dos insecticidas — na luta contra as doenças transmitidas pelos insectos, o paludismo em especial, é largamente provada pelos resultados das campanhas de luta sistemática, que têm tido lugar nestes últimos anos.

Como tem tratado de aumentar a produção de antibióticos, a O.M.S. não tem podido participar, de maneira efectiva, no aumento da produção de insecticidas para o que tem disposto dos fundos de Assistência técnica e da colaboração da F.I.S.E..

Aqui, ainda, tem exigido dos países certas condições, antes de dar a sua ajuda para a instalação das fábricas de D.D.T.:

1) O país beneficiário deve estar seriamente impaludado.

2) As matérias primas indispensáveis devem ser facilmente acessíveis, ou o país deve abastecer-se para as fornecer.

3) O país deve ter um bom programa de luta antipalúdica já em acção.

4) O governo deve contribuir com uma participação financeira análoga à que é exigida como auxílio para a produção de antibióticos.

O país beneficiário aceitará:

a) encarregar-se de todo o emprego de capital, à excepção do equipamento importado pela fábrica de D.D.T.; b) explorar a fábrica com uma base não lucrativa; c) vigiar para que o D.D.T. produzido seja utilizado para actividades de saúde pública; e d) receber estagiários de outros países, desejosos de aprender a técnica de produção de insecticidas.

Segundo os inquéritos feitos nos países requerentes, quatro deles foram escolhidos para receberem uma assistência técnica sob a forma de instalação de fábricas de D.D.T.: Ceilão, Egipto, Índia e Paquistão. Todas as fábricas, cujos planos têm sido estabelecidos para estes países sob os auspícios da O.M.S. e da F.I.S.E., são essencialmente semelhantes. Quando atingirem o seu pleno rendimento, cada uma delas produzirá D.D.T. técnico a 100 %, à razão de 2 toneladas por dia, e 700 toneladas por ano.

Pode-se fazer uma ideia do significado destes algarismos, se soubermos que o Paquistão, apenas há 3 anos, não importava mais de 37,5 toneladas de D.D.T., em cada ano.

Ceilão

O paludismo constitui em Ceilão um grave problema de saúde pública. Antes de 1945, data em que se começou a utilizar o D.D.T. nas campanhas anti-palúdicas, uma pessoa em três, quando não uma pessoa em duas, era atingida pelo paludismo; graças à luta anti-palúdica, os números actuais são de 1 pessoa em 12. O êxito do programa da luta anti-palúdica em Ceilão manifesta-se, também, por uma redução da mortalidade infantil, que desceu de 1941 para 87 por 1.000 entre 1946 e

1949; da mortalidade maternal, que desceu de 15,5 para 6,5 por 1.000 nascimentos de crianças vivas; e da mortalidade geral, que passou de 22,7 para 12,6 por 1.000 habitantes. Este sucesso pode ser atribuído, em grande parte, ao D.D.T. de que Ceilão importava, em cada ano, 500 a 600 toneladas.

Tornando-se evidente a necessidade de D.D.T., os resultados já notáveis obtidos pelo governo, e o facto de que este se podia conformar com os critérios estabelecidos pela F.I.S.E. e O.M.S., Ceilão foi escolhido como país beneficiário do auxílio para a produção de D.D.T., desde a primavera de 1951.

O Governo decidiu fazer uma única investitura de importância considerável,

mas que acabará talvez por representar uma economia, porque a importação do D.D.T., mesmo em quantidade insuficiente, leva, em cada ano, a uma despesa igual, ou então superior a esta.

Não é provável que a fábrica comece a funcionar antes de 1955. Esta demora é necessária devido ao tempo de que o Governo necessita para instalar, em primeiro lugar, as indústrias indispensáveis, por exemplo a fábrica de soda cáustica que fornecerá o cloro, elemento essencial. Mas até lá (1955), os esforços combinados do Governo, da F.I.S.E. e da O.M.S. assegurarão definitivamente o controle do paludismo em Ceilão e eliminarão, talvez totalmente, esta doença.

Egipto

A luta contra os insectos é muito importante no Egipto, não só por causa do paludismo, mas também por causa de outras doenças transmitidas pelos insectos: tracoma, infecções intestinais, febre recorrente, tifo, etc. Por outro lado, os problemas sanitários que afectam o Egipto interessam outras nações, porque o país, que é fulcro de três continentes, é um lugar de passagem muito frequentado pelos viajantes.


Quando o Governo pediu o auxílio da O.M.S. e da F.I.S.E. para a produção do D.D.T., já tinha empreendido pulverizações de D.D.T. e estabelecido um programa de cinco anos para a unificação dos planos de luta contra os insectos, programa que exige mais de 2.000 toneladas de D.D.T. por ano. De 1947 a 1951, o Governo importou mais de 300 toneladas de D.D.T. e 100 toneladas de gammexane, mas não poderia prolongar este esforço que deveria ser continuado com a mesma intensidade para que os seus resultados sejam duráveis.

Verificou-se que o custo total da produção de D.D.T. no Egipto é inferior ao preço do D.D.T. importado, não falando do respectivo porte. Por isso, a O.M.S. e a F.I.S.E. decidiram ajudar o Egipto a construir uma fábrica de D.D.T.

O sítio escolhido é Kafr-el-Zayat, que se encontra a quase meio-caminho, no Nilo, entroncamento de várias linhas férreas. As fábricas locais fornecerão as matérias primas necessárias, excepto o benzeno, que o Governo decidiu importar, atendendo a que a produção nacional se desenvolve. Com uma assistência internacional relativamente reduzida, o Egipto produzirá, desde a primavera de 1954, quantidades de D.D.T. suficientes para proteger mais de metade da sua população das doenças transmitidas pelos insectos.

Índia

Na Índia, a eficácia do D.D.T. na luta contra o paludismo foi largamente demonstrada. Por exemplo, nos distritos de Dharwar e Kanara, do Estado



LONGACILINA

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

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

LONGACILINA A

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

Frascos de 300.000 U.
Actividade: 7 dias

Frascos de 600.000 U.
Actividade: 14 dias

LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

de Bombaim, as pulverizações de D. D.T., feitas durante 5 anos, diminuíram a incidência do paludismo de quase 90 %. Na época de pulverizações de 1950-51, a Índia pôde importar até 750 toneladas de D.D.T., mas esta quantidade era inteiramente insuficiente para as necessidades anuais do país, que os peritos da O.M.S. avaliam em cerca de 10.000 ou 15.000 toneladas.

A O.M.S. e a F.I.S.E. decidiram dar uma ajuda à Índia para a construção duma fábrica de D.D.T., afim de auxiliá-la a fazer face a estas necessidades enormes e a criar um centro de formação para os seus técnicos e para os de outros países.

Segundo o critério da O.M.S., foi em New Delhi que se escolheu o local, especialmente porque as matérias-primas indispensáveis são aí facilmente acessíveis. Com uma assistência técnica bastante restricta, a Índia terá aí um centro de produção que lhe pertencerá; ela poderá mesmo, sem ajuda internacional, formar aí o pessoal, no caso dela desejar estender ainda mais esta actividade.

Pakistão

Segundo avaliações moderadas, o Pakistão conta 25 milhões de palúdicos num total de 80 milhões de habitantes.

Como o país tinha já posto em acção um programa de luta antipalúdica e aceitava conformar-se com as condições impostas pela O.M.S. e pela F.I.S.E., estas instituições decidiram ajudar a construir uma fábrica de D.D.T.

A fim de poder fornecer as matérias primas, segundo o que foi convencionado, o Governo do Pakistão construiu uma fábrica de soda cáustica, que fornecerá grandes quantidades de cloro, assim como o vapor necessário à produção de D.D.T.

As outras matérias-primas virão, no momento presente, de diversas fontes, mas à medida que a indústria química se desenvolve será possível encontrá-las lá. Tudo isto representa para o Governo encargos consideráveis: só a fábrica de sódio e de cloro ficou por 1.500.000 dólares. Mas estas despesas significam também que, graças à ajuda internacional, vai ser construída uma fábrica de D.D.T. que desde o final de 1954, produzirá D.D.T. suficiente para proteger do paludismo mais de 6 milhões de pessoas.

*

O empreendimento acima descrito representa para a O.M.S. uma despesa de 209.633 dólares, somente em 3 anos

(1950-53). Contudo, as propostas dos governos, aceites pela O.M.S., beneficiam duma contribuição da F.I.S.E. que se eleva a 2.225.000 dólares, e os seis governos interessados entregaram cerca de 3.973.000 dólares. Este esforço comum terá efeitos extensos e duráveis para a saúde pública, não só porque poder-se-á dispôr de produtos essenciais, em maiores quantidades, mas também porque as novas fábricas de antibióticos e de D.D.T. permitirão formar técnicos para vários outros países.

[«Chronique de l'Organisation Mondiale de la Santé»; Vol. 7, n.º 11 de Nov. de 1953].

Jornadas Médicas de Bordeus

Vão realizar-se, de 22 a 24 de Outubro do ano corrente, as 2.^{as} Jornadas Médicas de Bordeus, com a mesma orientação que, nas primeiras, lhe imprimiu o Prof. Pierre Broustet:—Revisões curtas, críticas e práticas, sobre questões novas ou que interessa renovar; elas são confiadas aos colegas da Faculdade, das Escolas ou dos Hospitais do Sud-Oeste.

— Paralelamente, uma reunião de mestres eminentes tratará dum assunto de biologia geral.

— Uma grande exposição fará conhecer as últimas aquisições terapêuticas.

NA ARTERIOSCLEROSE, HIPERTENSÃO ARTERIAL,
REUMATISMO ARTICULAR, ETC.

I O D O P₂

AMPOLAS-GOTAS

ASSOCIAÇÃO DE IODO ORGÂNICO
COM SOLU P₂

PREVENÇÃO DOS ACIDENTES
HEMORRÁGICOS. MELHOR
TOLERÂNCIA DO IODO

LABORATÓRIOS "CELSUS"

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A Câmara Corporativa aprova o parecer relativo ao projecto de lei que o Governo elaborou

(Conclusão do número anterior)

15. Segundo a legislação em vigor, a obrigação de reparação civil abrange, em termos muito amplos, não só o pagamento das indemnizações e das despesas de tratamento das vítimas de acidentes de viação (Código da Estrada, artigo 138.º, § 5.º) como também o pagamento das indemnizações, da assistência clínica e dos medicamentos às vítimas de acidentes de trabalho (Lei n.º 1.942, de 27 de Julho de 1937, artigo 1.º, e Decreto n.º 27.649, de 12 de Abril de 1937, artigo 16.º).

Para decidir as questões emergentes de acidentes de viação são competentes os tribunais comuns, ao passo que os tribunais do trabalho têm competência para resolver os pleitos resultantes de acidentes de trabalho.

Quando proferem sentenças condenatórias, os tribunais do trabalho declaram, liquidam e executam as obrigações dos responsáveis pelas despesas de tratamento das vítimas, e isto não obstante os termos genéricos da alínea b) do artigo 40.º do Decreto-Lei n.º 35.108. Pelo contrário, em face não só deste preceito, como também do artigo 53.º, que, regulando só para o caso dos acidentes de viação, veda às comissões arbitrais o conhecimento de matéria relativa às relações entre segurados e seguradores, tem sido entendido que os tribunais comuns perderam a competência para decidir sobre este ponto acessório da responsabilidade.

Despreza-se assim, com quebra dos princípios da unidade da jurisdição e da economia processual, toda a instrução feita sobre cada caso, com a amplitude própria dos pleitos judiciais.

Ora aquela incongruência em matérias rigorosamente paralelas ofende a lógica. E também não pode contestar-se seriamente a vantagem de deixar aos tribunais a função de levar as decisões sobre a responsabilidade até às suas últimas consequências. Isto sem tomar em conta quanto é iníquo compellar a pagar quem porventura não tenha esse dever e, para ressarcir-se, se veja obrigado a voltar aos tribunais, a fim de, com duvidoso resultado prático, usar do direito de regresso que o citado artigo 53.º lhe deixa livre.

Por outro lado, é certo que as instituições de assistência não devem ficar sujeitas a esperar a instauração dos processos judiciais em que se decida quem são os responsáveis perante elas, os quais podem não chegar a ser intentados. Mas para acautelar esta situação bastará deixar às comissões arbitrais a competência para decidir os casos desta natureza, quando os tribunais não sejam chamados a intervir. E aqui tem todo o cabimento a ressalva tocante ao direito de regresso.

É de ponderar ainda o facto notório do modo deficiente como tem sido executada a secção do Decreto-Lei n.º 35.108 que criou as comissões arbitrais.

Não obstante se prever neste diploma uma comissão arbitral em cada concelho, só funciona a de Lisboa, com competência provisoriamente estendida à área da do Porto.

Disto resulta acumularem-se ali os processos aos milhares, e, pelo decurso do tempo, tornar-se cada vez mais difícil e precária a produção da prova — quase exclusivamente testemunhal — necessária para o justo apuramento das responsabilidades.

É inútil acentuar os graves inconvenientes, quer para as partes, quer para as instituições de assistência, que derivam desta situação. Os Hospitais Cívicos de Lisboa, em particular correm o risco de ver extinguiam-se muitas dívidas dos particulares, cujo prazo de prescrição é de cinco anos (Decreto n.º 4.563, de 9 de Julho de 1918, artigo 136.º).

Por isso entende esta Câmara que é necessário rever o modo como funciona este sector da Administração, parecendo fora de dúvida que ou se deve dar ao sistema instituído pelo Decreto-Lei n.º 35.108 plena execução, de modo a poder avaliar com rigor se ele pode satisfazer ao fim a que visa, ou se deve remodelá-lo para o efeito de assegurar neste campo a distribuição da justiça a contento dos interessados.

Em todo o caso o actual estado de coisas exige pronta reforma.

II

EXAME NA ESPECIALIDADE

16. Diz-se no artigo 1.º da proposta que respondem pelos encargos da assistência, sucessivamente e dentro dos limites das suas posses, averiguadas quanto possível por inquérito, quatro classes de pessoas ou entidades, das quais as últimas são as câmaras municipais e os fundos e receitas das instituições que houverem prestado a assistência.

Por cuidado de clareza deve salientar-se de início na redacção deste preceito que o sistema a instituir no diploma em projecto se refere apenas aos estabelecimentos integrados na organização hospitalar do País, deixando fora de alcance os hospitais puramente particulares.

Também não há dúvida de que as câmaras são simplesmente órgãos administrativos dos respectivos municípios, assim como os fundos e receitas das instituições de assistência são somente parte do activo destas. E por isso mais rigoroso atribuir a responsabilidade às próprias pessoas colectivas interessadas.

Por outro lado, é manifesto que a restrição do preceito relativa às posses dos interessados e à sua averiguação por inquérito não pode dizer respeito às duas últimas categorias de responsáveis, mas somente às outras anteriores. Por isso, e a fim de melhor ajustar ao seu verdadeiro alcance esta parte da disposição, deve ela ser deslocada para um parágrafo.

E dado o facto de os encargos de assistência terem a natureza jurídica de alimentos no tocante aos parentes dos assistidos, há vantagem em empregar uma redacção que deixe patente tal indole. Ao mesmo tempo deve tornar-se explícito que o respectivo pagamento se pode fazer em prestações, situação esta que, de resto, a lei prevê ao regular o inquérito assistencial (Decreto-Lei n.º 35.108, artigo 98.º).

Além disso, há vantagem em regular alguns casos especiais de atribuição de responsabilidade não previstos no projecto, como o de o assistido ser menor sujeito ao pátrio poder, o de ter bens próprios cujo usufruto ou administração não pertença aos pais e o de, no momento de serem exigidos encargos de assistência, estar já fixada ao responsável uma prestação alimentícia. E isto pode fazer-se quer dando ao corpo do artigo a redacção adequada

quer acrescentando-lhe os necessários parágrafos.

17. No n.º 2.º do artigo figuram em primeiro lugar os cônjuges dos assistidos. Convém todavia prever os casos em que a responsabilidade não deve ser-lhes imposta, por ser moralmente inaceitável e porventura repugnante.

Esta situação pode regular-se num parágrafo, em termos semelhantes aos que a lei emprega ao dispor sobre os motivos de cessação de alimentos entre os cônjuges (Decreto de 3 de Novembro de 1910, artigo 32.º, n.º 2.º).

18. Das leis administrativas o princípio da responsabilidade das câmaras passou naturalmente ao direito assistencial [Lei n.º 1.998, base XXI, alínea e)], e sobre ele não se levanta objecção de fundo.

Cumprir, todavia, o alcance da sua nova formação no n.º 3.º do artigo 1.º).

Por falta de regulamentação específica da Lei n.º 1.998 quanto a esta matéria, entendeu-se que a responsabilidade se definia pelo âmbito do n.º 7.º do artigo 751.º do Código Administrativo.

Como no relatório do projectado diploma se põe em relevo, tal situação correspondia a uma estrutura hospitalar concentrada. Mas a transformação desta estrutura que se vai fazendo em consequência da Lei n.º 2.011, de 2 de Abril de 1946, está criando uma rede de hospitais regionais e sub-regionais por meio da qual se obterá uma efectiva descentralização da assistência.

Em face desta nova realidade hospitalar deixa de ter fundamento a limitação contida no citado preceito daquele Código.

Por outro lado, a norma em projecto, descendo da generalidade das bases aos pormenores da regulamentação, tem o efeito de igualar a situação de todas as câmaras municipais perante os encargos da assistência.

Da sua aplicação resultará cessar o privilégio em favor das Câmaras Municipais de Lisboa, Porto e Coimbra de não pagarem as despesas de hospitalização dos doentes naturais dos seus concelhos.

A justiça deste princípio impõe-se por si mesma; não pode sofrer impugnação.

Neste mesmo n.º 3.º explicita-se a disposição actual, esclarecendo-se ser a responsabilidade pelos assistidos a cargo das câmaras municipais a que respeita aos «indigentes» e «pobres» com domicílio de socorro nos respectivos concelhos.

Como estas expressões têm conteúdo legal definido (Código Administrativo, artigo 256.º, §§ 1.º e 2.º), isenta-se de muitas dúvidas a medida da responsabilidade a assumir.

19. Sobre o § 1.º cumpre notar que a sua fórmula se propõe aproveitar o desenvolvimento da previdência, levando a responsabilidade pela assistência hospitalar a prestar às pessoas abrangidas pelas respectivas instituições, até onde os regulamentos destas o consintam.

É uma previsão prudente, que decerto dispensará novas medidas sobre a matéria, no futuro.

20. A responsabilidade das câmaras municipais no caso de internamento de

doentes mentais é limitada a seis meses, diz o § 2.º. A razão deste preceito está certamente na ideia de que um doente mental cuja enfermidade é de longa duração não deve continuar a onerar as finanças municipais; o custeio da sua doença deve recair sobre o Estado, por força do princípio que o incumbe de criar e manter os serviços necessários para completar e suprir a acção da assistência particular em matéria psiquiátrica [Lei n.º 2.006, de 11 de Abril de 1945, base II, alínea c)]. E aqui se divisa um louvável desígnio de paralisismo.

Segundo a lei, o internamento dos doentes mentais faz-se em regime aberto ou fechado (Lei n.º 2.006, de 11 de Abril de 1945, base VIII, e Decreto n.º 34.502, de 18 Abril de 1945, artigo 52.º). A passagem do regime aberto para o fechado será determinada pelas indicações médicas e necessidades de ordem e segurança pública (ibidem, artigo 56.º) e o internamento em regime aberto não poderá, em regra, exceder seis meses ibidem, artigo 57.º).

Fixando em seis meses a responsabilidade das câmaras pelo internamento dos doentes mentais, este parágrafo estabelece, pois, correspondência com as regras vigentes na assistência psiquiátrica. Nada a opor a esta medida, mas convém dizer qual o destino destes doentes findo aquele prazo, a dar-lhes logo que o projectado diploma entre em vigor.

21. Dispõe-se no § 3.º que quem solicitar qualquer forma de assistência indicará, sempre que seja possível, o responsável ou responsáveis pelos respectivos encargos.

É uma norma destinada a facilitar o apuramento das responsabilidades. Nem sempre se cumprirá, mas nem por isso se pode menosprezar o seu alcance prático.

Todavia, ficará melhor colocada na parte regulamentar do diploma e poderá completar-se com uma disposição tendente a esclarecer de início a posição dos presumíveis responsáveis.

22. Na redacção do artigo 2.º devem distinguir-se as dotações orçamentais para serviços dos subsídios para fins de assistência, consoante as respectivas verbas se destinem a hospitais do Estado ou de outras entidades.

23. Dispõe o artigo 3.º sobre a forma de liquidação das responsabilidades previstas no artigo 1.º.

Em consequência da solução dada às questões ventiladas na generalidade sobre este preceito deve ser substancialmente alterada a sua redacção.

24. Como simples corolário dos princípios contidos no artigo 1.º, o artigo 4.º, ficará melhor colocado inserindo-se logo em seguida àquele e dando-se-lhe redacção correspondente.

25. No artigo 5.º convém, para maior clareza, incluir nas despesas de diária, além das que se refiram ao tratamento, também as relativas ao próprio internamento.

Diz o § 2.º deste artigo que a participação das câmaras municipais no pagamento das percentagens das diárias hospitalares dos doentes pobres não poderá exceder 20, 30 e 40 por cento, conforme se tratar de hospitais sub-regionais, regionais e centrais, e o § 3.º determina que para o cômputo do encargo municipal os hospitais regionais e centrais serão considerados como sub-regionais em relação aos municípios onde tenham as suas sedes e a alguns outros em situação especial.

Destas duas disposições derivará a limitação da responsabilidade das câmaras municipais referida no n.º 3.º do artigo 1.º, ao mesmo tempo que se dará um estímulo indirecto mas certamente eficaz ao alargamento da assistência por intermédio dos

hospitais de menor importância. Outro efeito delas será o de as instituições que prestarem a assistência suportarem encargos pelos excedentes daquelas despesas, sucessivamente menores conforme os graus ascendentes da hierarquia dos hospitais.

E de notar, contudo, que a excepção contida no § 3.º, abrangendo precisamente as maiores aglomerações humanas do País e as suas regiões mais densamente povoadas, fará recair sobre os hospitais regionais e mais ainda sobre os centrais os excedentes do custo da assistência no maior número de casos.

26. Nada a opor aos artigos 6.º e 7.º.

27. O artigo 8.º contém um preceito tendente a punir o favoritismo ou a incúria que beneficiem indevidamente os assistidos e redundam em injusto prejuízo dos outros responsáveis da escala. É moralizador, mas as graves sanções nele previstas só devem aplicar-se quando haja culpa ou negligência.

28. Nada há a objectar à redacção do artigo 9.º.

29. O artigo 10.º é o preceito que directamente visa a provocar a descentra-

lização da assistência, de acordo com os princípios gerais que regem esta. No seu § único convém suprimir, por prudência, uma expressão restritiva.

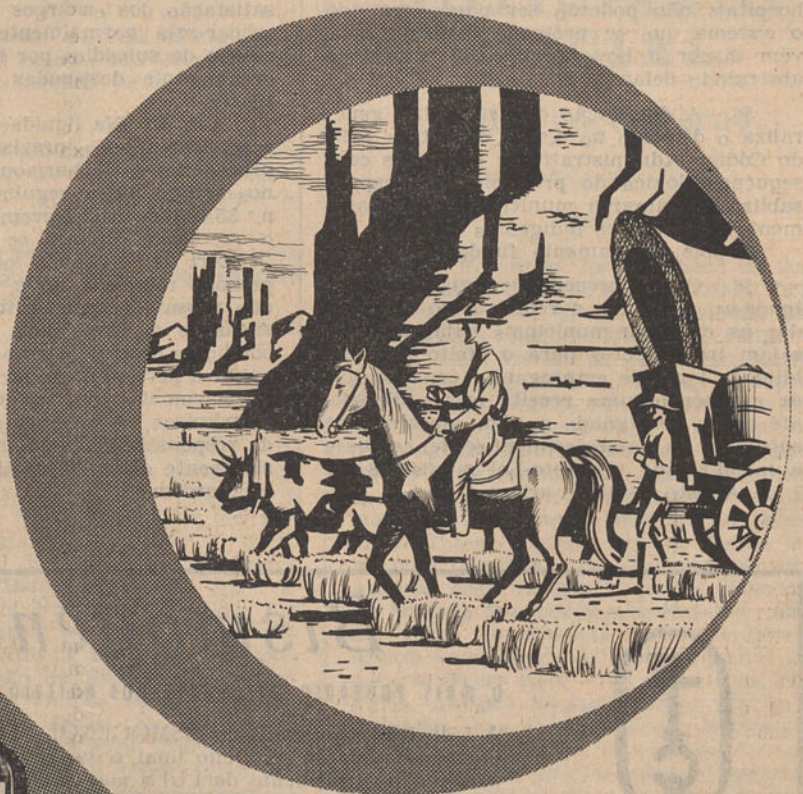
30. Segundo o artigo 11.º, a admissão nos estabelecimentos de assistência pode ser ordinária ou de urgência. E, regulamentando o processo de urgência, diz o § 1.º que, depois de confirmadas no próprio estabelecimento, as admissões serão transmitidas à câmara municipal do domicílio do socorro no prazo de oito dias. Nos termos do § 2.º, a câmara poderá impugnar a sua responsabilidade nos quinze dias seguintes. Neste caso, e quando a direcção do estabelecimento não julgar procedente a impugnação, decidirá a comissão arbitral.

Mas o prazo fixado no § 2.º é muito curto. Para averiguar da capacidade financeira dos assistidos ou das pessoas obrigadas a prestar-lhes auxílio pode haver necessidade de um ou de mais inquéritos, que nem sempre poderão concluir-se com rapidez. O prazo deve ser dilatado para o dobro, pelo menos.

31. Regula o artigo 12.º o processo de admissão nos hospitais centrais e regionais em termos conducentes a restringir a acção destes apenas aos casos em que os tratamentos não possam ser feitos nos hos-



PRECURSORES E ESPECIALISTAS EM TERAPÉUTICA PARENTERAL



DISTRIBUIDORES

Mundinter

INTERCÁMBIO MUNDIAL DE COMÉRCIO, S. A. R. L.

DUQUE DE LOULE, 35—LISBOA

pitais de grau imediatamente inferior. Nada a objectar-lhe, sem prejuízo de um ligeiro retoque de redacção.

32. O artigo 13.º não suscita dúvidas e o artigo 14.º contém uma regra prática de manifesta utilidade.

33. No artigo 15.º dispõe-se que a contabilização das despesas dos doentes internados ou com alta se fará mensalmente.

Embora o texto o não proíba, parece mais rigoroso esclarecer que, nos casos de alta, a conta será feita na ocasião dela, facilitando assim o pagamento que porventura resolva fazer os próprios assistidos ou os responsáveis do seu grupo familiar.

34. O pagamento voluntário das contas hospitalares devidas pelas câmaras está regulamentado no artigo 16.º, onde convém substituir uma palavra.

35. Um dos princípios já vigentes integrados no novo diploma é o do n.º 1.º do artigo 17.º, segundo o qual a dedução do produto dos adicionais às contribuições gerais do Estado não poderá exceder em cada ano 20 por cento do montante dos mesmos.

Esta norma é excessivamente rígida. Sendo tão diferente a situação financeira de umas câmaras em relação à de outras, compreende-se que o encargo suportável para umas possa ser incomportável para outras. Parece de razão, pois, admitir que, em muitos julgados justificados, o Ministro do Interior possa reduzir esta percentagem até ao mínimo de 10 por cento.

No n.º 2.º do mesmo artigo contém-se a inovação segundo a qual no pagamento terão prioridade as dívidas mais antigas e as que respeitem aos hospitais sub-regionais e regionais.

Conforme a letra, não pode deixar de entender-se que a escala de prioridades estabelecida aqui dá privilégio primeiro às dívidas mais antigas, sem qualquer restrição, e só depois faz entrar em linha de conta a ordem crescente da hierarquia dos hospitais credores.

Como, porém, esta Câmara entende que as dívidas atrasadas das câmaras aos hospitais não poderão ser pagas segundo o sistema que se pretende instituir, convém dispor o novo regime de prioridade abstraindo delas.

36. A disposição do artigo 18.º generaliza o disposto no n.º 7.º do artigo 751.º do Código Administrativo e é simples consequência lógica do princípio que responsabiliza as câmaras municipais pelo tratamento dos doentes indigentes e pobres.

E pois inteiramente fundada.

37. Com o preceito do artigo 19.º pretende-se, como diz o relatório do diploma, dar às câmaras municipais cujas receitas sejam insuficientes para o efeito a possibilidade legal de empregarem em despesas de assistência uma receita extraordinária, até agora consignada ao fim específico de subsidiar os estabelecimentos de combate à mendicidade (Decreto-Lei n.º 34.448, de 1 de Agosto de 1947, artigo 18.º).

Tal recurso pode ser muito útil, mas o seu emprego tem os inconvenientes de exigir lançamento e cobrança privativos, o que o torna incómodo e trabalhoso.

Podem, porém, minorar-se muito estes defeitos se as derramas se fizerem por cobrança acumulada com a dos adicionais às contribuições do Estado, o que é fácil de regulamentar.

III,

CONCLUSÕES

38. Por todo o exposto, a Câmara Corporativa dá parecer favorável, na generalidade, ao projecto de decreto-lei em apreciação. Mas sugere que as suas disposições tenham a arrumação e sofram as alterações que resultam do quadro seguinte.

PROJECTO DO DECRETO-LEI

Artigo 1.º Respondem pelos encargos de assistência hospitalar, sucessivamente e dentro dos limites das suas posses, averiguadas, quanto possível, por inquérito:

- 1.º Os próprios assistidos;
- 2.º Os cônjuges e os descendentes, ascendentes e irmãos;
- 3.º As câmaras municipais, em relação aos assistidos indigentes e pobres com domicílio de socorro nos respectivos concelhos;
- 4.º Os fundos e receitas das instituições que houverem prestado a assistência.

§ 1.º A responsabilidade prevista neste artigo prefere a das pessoas que, segundo os princípios gerais, sejam responsáveis pelas consequências do facto determinante da assistência e ainda a das entidades seguradoras e das instituições de previdência, nos termos estipulados nos respectivos contratos e regulamentos.

§ 2.º A responsabilidade das câmaras municipais é limitada a seis meses nos casos de internamento de doentes mentais.

§ 3.º Quem solicitar qualquer forma de assistência indicará, sempre que seja possível, o responsável ou responsáveis pelo pagamento dos respectivos encargos.

Art. 2.º A cooperação do Estado na satisfação dos encargos de assistência verificar-se-á normalmente através da concessão de subsídios por força das dotações orçamentais destinadas a fins de assistência.

Art. 3.º Na liquidação e execução das responsabilidades previstas no artigo 1.º proceder-se-á de harmonia com o disposto nos artigos 40.º e seguintes do Decreto-Lei n.º 35.108, de 7 de Novembro de 1945, e com o que neste diploma se contém.

Art. 4.º Quando os assistidos e as pessoas referidas no n.º 2.º do artigo 1.º não possam responder integralmente pelos encargos de assistência, mas estejam em condições de satisfazer parte deles, deverão pagar a percentagem que lhes for atribuída de harmonia com as suas possibilidades económicas, devolvendo-se o complemento da responsabilidade às entidades que sucessivamente devam assumi-la e pela respectiva ordem.

REDACÇÃO PROPOSTA

Artigo 1.º A responsabilidade pelos encargos de assistência prestada nos hospitais centrais, regionais e sub-regionais atribui-se pela ordem seguinte:

1.º Aos próprios assistidos ou, se forem menores sujeitos ao pátrio poder, a seus pais;

2.º Ao cônjuge e aos parentes sujeitos à obrigação de alimentos, mencionados nos artigos 172.º a 175.º do Código Civil;

3.º Aos municípios, em relação aos assistidos indigentes e pobres com domicílio de socorro nos respectivos concelhos;

4.º As instituições que houverem prestado a assistência, pelos seus fundos e receitas.

§ 1.º A responsabilidade que for exigível aos próprios assistidos ou, quando estes forem menores, a seus pais e ao cônjuge será proporcionada aos respectivos haveres e a dos parentes mencionados no n.º 2.º será determinada segundo as regras gerais reguladoras da obrigação de alimentos.

§ 2.º Quando, em relação ao assistido menor, se verificarem as hipóteses previstas nos artigos 146.º e 147.º do Código Civil a responsabilidade pelos encargos de assistência será fixada tendo em atenção os seus haveres próprios e por estes será liquidada.

§ 3.º Os haveres das pessoas responsáveis pelos encargos de assistência serão averiguados, tanto quanto possível, por inquérito e o pagamento destes encargos pode ser feito em prestações.

§ 4.º Cessa a responsabilidade do cônjuge quando aquele que necessitar de assistência se mostre, pelo seu mau comportamento moral, indigno de receber alimentos.

§ 5.º Se houver prestação alimentícia do cônjuge ou dos parentes referidos no n.º 2.º, fixada por acordo constante de documento autêntico ou autenticado ou por sentença com trânsito em julgado, a responsabilidade pelos encargos de assistência será satisfeita dentro dos limites da mesma prestação, sem prejuízo das regras gerais sobre alteração desta.

§ 6.º A responsabilidade dos municípios é limitada a seis meses no caso de internamento de doentes mentais. Findo o prazo a estes doentes será logo aplicável o regime geral de assistência psiquiátrica.

§ 7.º A responsabilidade prevista neste artigo pode ser exigida directamente às pessoas que, segundo os princípios gerais, sejam responsáveis pelas consequências do facto determinante da assistência, às entidades seguradoras, nos termos estipulados nos respectivos contratos de seguro, e às instituições de previdência, conforme o disposto nos seus regulamentos.

Art. 2.º Quando por falta de haveres suficientes os assistidos ou as demais pessoas referidas no n.º 2.º do artigo anterior não ficarem vinculadas ao pagamento integral dos encargos de assistência, a parte deste excedente à responsabilidade que lhes for atribuída caberá às outras entidades referidas no artigo 1.º e pela ordem aí estabelecida.

Art. 3.º A cooperação do Estado na satisfação dos encargos de assistência verificar-se-á normalmente através das dotações orçamentais destinadas aos serviços respectivos ou da concessão de subsídios para fins de assistência.

Art. 4.º A responsabilidade pelos encargos de assistência que não forem voluntariamente satisfeitos será declarada e liquidada:

a) Pelos tribunais, quando lhes cumprir decidir sobre a responsabilidade pelas consequências do facto determinante da assistência;

Art. 5.º Os assistidos pobres serão divididos em grupos ou escalões, conforme o seu rendimento familiar ou o das pessoas que, nos termos do n.º 2.º do artigo 1.º, sejam responsáveis pelos encargos de assistência. O Ministro do Interior fixará, por despacho, não só o número dos referidos escalões ou grupos, mas ainda as percen-



Bismogenol

O MAIS PODEROSO ADJUVANTE DOS ANTIIBIÓTICOS MODERNOS

A aplicação combinada de BISMOGENOL e Penicilina provoca uma multiplicação do efeito total, o que se torna vantajoso não somente no tratamento da LUÈS mas também nitidamente em todas as infecções STREPTOCÓCICAS (Heite e outros).

O BISMOGENOL e a Penicilina podem ser administrados em seringa mixta; a vantagem especial que isso permite está na possibilidade de um ajustamento exacto das doses individuais.

E. TOSSE & C.^a
HAMBURGO

REPRESENTANTE GERAL: SALGADO LENCART

Rua de Santo António, 203 — PORTO

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

VIDA MÉDICA

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 26 de Abril a 2 de Maio)

Dia 26 — Noticia-se que é reeleita Superiora Geral das Irmãs Franciscanas Hospitalares Portuguesas a Madre Maria Aurora da Santíssima Trindade (no século D. Maria Jacinta de Sárrea de Azevedo Coutinho).

— O Dr. Porfirio de Andrade, colega e presidente da Câmara de Gondomar, é homenageado pelas forças vivas concelhias, por motivo da sua recondução à frente dos destinos do município.

27 — Subordinada ao título: «Algumas impressões de uma missão oficial à Índia Portuguesa», realiza, pelas 21,30 horas, no Centro Universitário do Porto, uma conferência, o professor catedrático da Faculdade de Medicina, Dr. Álvaro Rodrigues.

— De Coimbra segue para Paris o Dr. José Santos Bessa, deputado da Nação e chefe dos serviços do Instituto Maternal de Coimbra e da «B. C. G.», que naquela cidade vai frequentar um curso de pediatria social.

Na estação do Caminho de Ferro comparecem diversas individualidades e muitos dos seus amigos que dispensam uma afectuosa despedida.

28 — Em Lisboa, sob a presidência do Dr. Cid de Oliveira, que está ladeado pelos Profs. Celestino da Costa e Adelino Padesca e Dr. Marques da Mata, efectua-se a quinta sessão científica do presente ano académico da Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica.

Fala em primeiro lugar o reitor da Universidade de Coimbra, Prof. Maximino Correia, que se ocupa de «Alguns aspectos da Clínica Hidrológica».

Segue-se no uso da palavra o Dr. Ascensão Contreiras, que apresenta «Breves anotações a propósito da Carta Hidrológica de Portugal».

O terceiro orador da noite, o Dr. Neiva Vieira, faz «Algumas considerações sobre a terapêutica crenoclimática da artrite reumatóides».

— Em Amarante aguarda-se para breve o início da construção do Hospital sub-regional, com capacidade para 100 camas.

— O Dr. Júlio Dantas continua doente, embora já com ligeiras melhoras.

29 — Em avião, vindo de Roma, chega a Lisboa, em trânsito para Monróvia (Libéria), o Dr. Avery Jones, director do Departamento da Malária para a Libéria, da Organização Mundial de Saúde. Aguarda-o no Aeroporto o Dr. Cruz Ferreira, delegado de Portugal na O.M.S.

30. — O núcleo do norte, da Sociedade Portuguesa de Pediatria, reúne na sede da secção regional da Ordem dos Médicos, no Porto, pelas 21 horas e meia, com a seguinte ordem da noite: «Sobre a doença de Hand-Schüller Christian», pelo Dr. Adriano Pires: «O rádio no tratamento dos angíomas», pelo Dr. João Macedo Pinto.

— O Prof. Reinaldo dos Santos, que recentemente esteve no Estado da Índia em missão de estudo, proferiu uma conferência intitulada «A Índia Portuguesa e as artes decorativas».

— O Hospital-Colónia de Rovisco Pais, na Tocha, é visitado pelo governador civil do Porto, Dr. Domingos Braga da Cruz, e do reitor da Universidade, Prof. Amândio Tavares e esposa, acompanhados

pelos cônsules dos E. U. da América e da França e esposas e, ainda, o rev. Dom M. Martin, do Seminário de Évora.

O director do hospital acompanha, de moradamente, os visitantes, mostrando-lhes os vários tipos das instalações.

A Imprensa diária, ao dar a notícia, acrescenta, a propósito da actividade social daquele estabelecimento de assistência, que à semelhança do que vem sucedendo já há alguns anos, foram pagas durante a quadra da Páscoa as viagens às pessoas da família dos internados mais necessitados.

Já concluídos e equipados, acabam de integrar-se no Hospital-Colónia mais três grandes pavilhões, com a lotação que se aproxima de 300 camas.

O facto vem solucionar problemas de internamento e também a instalação de alienados, presos e hansenianos que sofram de tuberculose ou de outras doenças infecto-contagiosas.

No auto de entrega dos referidos pavilhões outorga pelo Ministério do Interior, o director do hospital, Dr. Manuel dos Santos Silva; pelo Ministério das Obras Públicas, o eng. Álvaro Teixeira Pinto de Almeida e, pela Direcção Geral da Fazenda Pública, o secretário de Finanças do concelho de Cantanhede, Ulisses Maia Couto.

2 — Em S. Mamede de Infesta arrabalde do Porto, por ser o primeiro domingo do mês, abre ao público para visita, a Casa-Museu Abel Salazar.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Para provimento da vaga de assistente contratado da 2.ª cadeira de Patologia Exótica e Clínica, do Instituto de Medicina Tropical.

Para provimento do lugar vago de professor catedrático da cadeira de Farmacologia e Terapêutica Geral da Faculdade de Medicina do Porto.

— Para o preenchimento da cadeira de patologia exótica e clínica do Instituto de Medicina Tropical.

— Entre a relação dos melhoramentos que vão ser inaugurados de 27 de Abril a 28 de Maio, nos diferentes distritos do País, destacam-se em Aveiro (cidade), a remodelação dos Serviços de R. X do Hospital em Estarreja, adaptação de um pavilhão do Hospital de Salreu; na Murtosa e em Oliveira do Bairro, ampliação dos respectivos hospitais. No distrito de Beja, em Serpa, remodelação e ampliação do seu hospital. No distrito de Bragança: remodelação e ampliação do Hospital de Alfândega da Fé e, em Vinhais, edifício do Centro de Assistência Social. No distrito de Castelo Branco: em Castelo Branco, cidade, instalação da escola de enfermagem; em Salvaterra do Extremo, adaptação do posto de consultas. No distrito de Coimbra: em Cantanhede, novo edifício do hospital e pavilhão para infecto-contagiosos, tuberculosos, alienados no Hospital-Colónia Rovisco Pais, bem como mais dois pavilhões para trabalhadores. No distrito de Faro: em Lagos e Portimão, dispensários antituberculosos, e, na Vila do Bispo, ampliação e remodelação do Hospital. No distrito da Guarda: cidade da Guarda com ampliação

das lavandarias do Sanatório de Sousa Martins; Em Vila Nova de Foscoa, cozinhas e pavilhão de infecto-contagiosas do hospital local. No distrito de Leiria, inauguração da «Casa da Criança», em Pombal. No distrito de Lisboa, cidade de Lisboa, inauguração de um dispensário para os pobres da freguesia do Alto de Pina. No distrito do Porto: em Penafiel e Vila do Conde, ampliações e remodelações dos respectivos hospitais. No distrito de Santarém: no Entroncamento o novo edifício do Hospital e, em Ferreira do Zézere, o Centro de Assistência Social e Infantil. No distrito do Funchal: em Câmara de Lobos, inauguração do Dispensário de Higiene Infantil. No distrito da Horta, S. Roque do Pico, o novo edifício do hospital.

Estrangeiro

De 13 a 17 de Setembro realiza-se em Santander o 3.º Congresso Hispano-português de Dermatologia, sob os auspícios dos respectivos governos nacionais.

— Em S. Francisco da Califórnia a 18 de Junho, a reunião da secção americana da Sociedade Internacional de Arqueologia.

— De 21 a 25 do mesmo mês, na mesma cidade, realiza-se a reunião anual da Associação Médica-Americana.

— Ainda em S. Francisco, no mesmo mês, realiza-se a XXXVI Reunião anual da Sociedade Americana de Endocrinologia.

— Em Paris de 27 de Junho a 2 de Julho realiza-se o Congresso Europeu de Gastro-enterologia.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 21-4-54 a 27-4-54)

22-4

Drs. Fernando José Pacheco de Aragão Barros, Francisco Manuel Lopes Vieira de Oliveira Dias, Fernando José dos Santos Paredes, António da Silva Filipe da Cunha, Luís Carlos de São Payo Meleiro de Sousa, José Luís de Lemos e Nápoles Sarmento de Morais, António Augusto Correia de Lima, Vasco Pessoa de Araújo, António Artur Antunes Cabrita, Luís Augusto Osório Leite de Noronha, João Pedro Manso Xavier de Brito, António Gentil da Silva Martins, João Nuno de Melo Aires de Abreu, Maria Teresa Marques Simões Cortês, Luís António Moutinho de Vasconcelos Dias, António José Vistulo de Abreu, João Maria Virgílio Sanches Inglês Esquivel, António Jorge de Almeida Bandeira Ribeiro, Álvaro Lourenço de Almeida Sequeira, José Alberto Neves Rato, José Alberto da Silva Faria, António Manuel Pereira Jardim de Carvalho Dias e Dora Snach Bettencourt da Silva — nomeados, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, internos do internato geral dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— Dr. Augusto Pires Celestino da Costa, professor catedrático da Faculdade de Medicina de Lisboa e director dos serviços de análises clínicas dos Hospitais Cívicos da mesma cidade — considerado em missão oficial fora do País, de 28 de Março a 16 de Abril do corrente ano.

— Dr. Henrique da Veiga Malta Pau-

la Nogueira, primeiro assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa e médico-chefe de posto de Serviços Médico-Sociais — concedida pelo Instituto de Alta Cultura equiparação a bolsheiro fora do País, de 10 de Maio a 10 de Junho próximo.

— Pelo Instituto de Alta Cultura foram considerados em missão oficial fora do País, de 31 de Março a 17 de Abril do corrente ano, a fim de irem tomar parte, como delegados de Portugal ao 3.º Congresso dos Electrorradiólogos da Cultura Latina, a realizar em Roma: Dr. Aleu de Almada Saldanha Quadros e Cruz, director do serviço de radiologia dos Hospitais Civis de Lisboa; Dr. Aires Francisco Nicéforo de Sousa, director do serviço de radiologia dos Hospitais Civis de Lisboa; Dr. Manuel Raimundo Proença Fortes de Mendonça Corte Real, médico radiologista dos Hospitais Civis de Lisboa; Dr. Carlos Alberto Vieira Barbosa, médico radiologista da Maternidade Alfredo da Costa; Dr. Albano dos Santos Pereira Ramos.

— Dr. Jorge Augusto da Silva Horta, professor catedrático da Faculdade de Medicina de Lisboa — considerado pelo Instituto de Alta Cultura em missão oficial fora do País, de 8 de Maio a 10 de Junho próximos.

— Dr.ª Nair Lourdes de Azevedo, anestesista do Instituto Português de Oncologia — concedida equiparação pelo Instituto de Alta Cultura a bolsheiro fora do País, durante um mês, com início em 10 do corrente.

— Drs. Mário Dimas Alves de Oliveira, João Jorge Simões Raposo da Fonseca, José Manuel Sabido Ribeiro da Costa e Manuel Carlos Júnior — nomeados, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, internos do internato geral, dos Hospitais Civis de Lisboa.

— Dr. António Cavaco Catita — nomeado, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, interno do internato complementar dos serviços gerais de clínica médica dos Hospitais Civis de Lisboa.

— Dr.ª Maria Elisa do Sacramento Monteiro — nomeada, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias interno do internato complementar do serviço clínico da especialidade de pediatria médica dos Hospitais Civis de Lisboa.

— Dr. João Bação Leal, médico estomatologista do Instituto Maternal de Lisboa — concedida equiparação pelo Instituto de Alta Cultura a bolsheiro fora do País, durante quinze dias, a contar de 20 de Maio próximo.

23-4

Dr. Anónio Manuel Furtado de Medeiros Franco, médico civil, contratado para a prestação de serviços clínicos no batalhão independente de infantaria n.º 18 e comando militar de Ponta Delgada — rescindido o respectivo contrato a partir de 1 de Março do corrente ano.

24-4

— Dr. Eduardo Marques Esparteiro, médico de 1.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, desligado do serviço, para efeitos de aposentação.

— Portaria que designa o chefe dos serviços de sangue dos Hospitais Civis de Lisboa e secretário-geral da Sociedade Internacional e de Transfusões de Sangue, Dr. Almirindo Lessa, para representar os referidos Hospitais no Congresso Internacional que se realiza em Paris de 13 a 19

de Setembro próximo, por iniciativa da dita Sociedade.

26-4

Major médico Dr. Adalberto de Sousa Dias — nomeado para prestar serviço na Guarda Nacional Republicana.

— Dr. Augusto Pires Celestino da Costa, director de serviço de análises clínicas dos Hospitais Civis de Lisboa — abandona o serviço para efeitos de aposentação, por ter atingido o limite de idade.

— Pela Direcção-Geral do Ensino Superior e das Belas Artes publica-se a seguinte portaria:

Nomeado o seguinte júri do concurso para o provimento do lugar de professor extraordinário do 4.º grupo da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, júri que funcionará na mesma Universidade: *Presidente* — Dr. Maximino José de Moraes Correia, reitor da Universidade de Coimbra; *Vogais*: Dr. Fernando Duarte Silva de Almeida Ribeiro, professor catedrático do 4.º grupo da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Drs. Francisco Nunes Guimarães Coimbra e Luís José de Pina Guimarães, professores catedráticos do 4.º grupo da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

— Dr. Jorge Augusto da Silva Horta, professor catedrático do 3.º grupo da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, incumbido da regência da cadeira de Medicina Legal (4.º grupo); Dr. Feliciano Augusto da Cunha Guimarães, professor catedrático do 2.º grupo da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, incumbido da regência da cadeira de História da Medicina (4.º grupo); Dr. Mário Simões Trincão, professor catedrático do 3.º grupo da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Drs. Amândio Joaquim Tavares e Ernesto Borges Teixeira de Moraes, professores catedráticos do 3.º grupo da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

O «Diário do Governo» n.º 98, II Série, de 26 do corrente publica a seguinte portaria: Considerando a conveniência de remodelar, pela necessidade da substituição de três dos seus membros, a comissão, nomeada pela portaria de 14 de Junho de 1949, para estabelecer normas pertinentes à abertura e encerramento dos hospitais, casas de saúde e dispensários e estabelecimentos similares e à prestação de assistência técnica às respectivas direcções, nos termos previstos nos n.ºs 5 e 19 do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 35.108, de 7 de Novembro de 1945, e no Decreto-Lei n.º 32.171, de 29 de Julho de 1942: manda o Governo da República, pelo Ministro do Interior, que a referida comissão fique constituída pela forma seguinte: Dr. Eugénio Roccha Santos, director dos serviços técnicos da Direcção-Geral de Saúde, que servirá de presidente; Dr. Heitor Vasco Mendes da Fonseca, adjunto da Direcção-Geral de Saúde; Dr. Henrique Jorge Niny, adjunto da Direcção-Geral de Saúde, que servirá de secretário; Dr. Armando Formigal Luzes, representante da Ordem dos Médicos; Dr. Aurélio Lelo Portela, representante da Ordem dos Médicos. Ministério do Interior, 21 de Abril de 1954.

O Subsecretário de Estado da Assistência Social — *Alberto Ribeiro Queirós*.

27-4

Dr. Silvano dos Santos Marques, médico civil — contratado para prestar serviço no batalhão n.º 3 da Guarda Nacional Republicana (Elvas).

— Dr. Fernando Manuel da Cruz Rodrigues, médico civil — contratado para prestar serviço da sua especialidade (classificação de grupos sanguíneos) ao pessoal da Guarda Nacional Republicana, durante três a quatro meses.

Partidas e Chegadas

Dr. Carlos Jordão Pereira

Partiu para a Alemanha, a fim de participar no Congresso Internacional de Anatomia, o Dr. Carlos Jordão Pereira, assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Dr. Pedro Teixeira

Partiu para o Rio de Janeiro o cirurgião da Beneficência Portuguesa, Dr. Pedro Teixeira.

Dr. Adolfo Coelho

Partiu para Londres, em missão oficial de estudo, o Dr. Rafael Adolfo Coelho, assistente dos H. C. L.

FALECIMENTOS

Faleceram:

Em Coimbra, o sr. Fabiano dos Santos, tio do Dr. Gil Viegas Cabral.

— Em Lisboa, o Dr. António Joaquim Jordão Guerra, de 84 anos.

— Em Lisboa, a sr.ª D. Ana Maria de Garcia Cabral, mãe do Dr. Leonel de Garcia Cabral, médico na capital.

— Em Lisboa, o Dr. José Vieira de Miranda Monteiro Domingos Barreiro, licenciado em Direito, sobrinho do Dr. Amadeu Miranda Monteiro.

— Em Braga, o Dr. Jacinto Humberto da Silva Torres, tenente-coronel médico, reformado.

— Em Lisboa, o Dr. Joaquim António Duarte Vaz Gomes, de 62 anos, coronel-médico.

— Em Lisboa, o Dr. José Maria Cabral de Aragão Lacerda, de 71 anos, médico aposentado do quadro comum dos Serviços de Saúde e Higiene do Ultramar. Foi capitão-médico miliciano na primeira Grande-Guerra e director dos Serviços de Saúde de Timor, tendo também prestado serviço na província de Angola, durante muitos anos. Actualmente, era médico no paquete «Santa Maria», da Companhia Colonial de Navegação.

— Em Lisboa, a sr.ª D. Maria da Assunção Cardoso Ramos d'Atayde, sogra do major-médico Dr. Adalberto de Sousa Dias.

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Moraes Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.ª assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bessa (chef. da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos 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 Sarmiento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Elísio da Fonseca (Chefe de Rep. dos Serv. de Saúde do Min. das Colónias), Eurico Paes (Endocrinologista), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando da Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), J. Oliveira Machado (Médico dos H. C. L.), J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), Jorge da Silva Araújo (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) e Xavier Morato (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

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

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

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

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

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

BISMUCILINA

Bial

INJECTÁVEL

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

EQUIVALENTE A

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

Por ampola de 3 c. c.

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

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

