

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 139
29 de Abril de 1954

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

NA LEUCORREIA E NA VAGINITE



DESULAN

- Normaliza o quimismo vaginal
- Activa o desenvolvimento dos lactobacilos acidófilos
- Melhora o trofismo da mucosa

VANTAGENS: Acção segura
Princípios anti-bacterianos
Aplicação fácil e simples

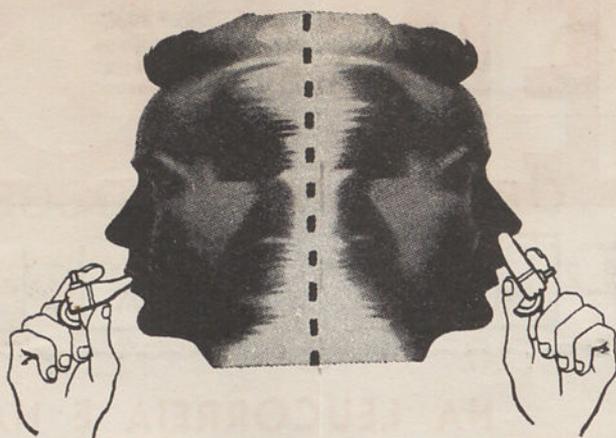


CILAG, -S. A. -SCHAFFHOUSE -SUIÇA

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

SUMÁRIO

Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
J. FRAGA DE AZEVEDO — <i>Importância das bilharzioses humanas em África. Dificuldades e perspectivas actuais da sua profilaxia</i>	<i>A apresentação de originais</i> — J. ANDRESEN LEITÃO	293
345	<i>Pio XII fala aos urologistas sobre vários aspectos da moral cristã</i>	294
MOVIMENTO MÉDICO—ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — <i>As anemias</i>	<i>Ecos e Comentários</i>	296
360	<i>Nova intervenção do Prof. Cid dos Santos sobre o Hospital Escolar de Lisboa</i>	297
Resumos da Imprensa Médica	<i>Casas do Povo e dos Pescadores</i>	300
363	<i>Assistência Hospitalar</i>	301
	<i>Noticiário diverso.</i>	

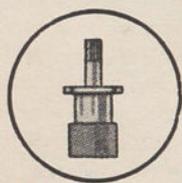


Simplicidade

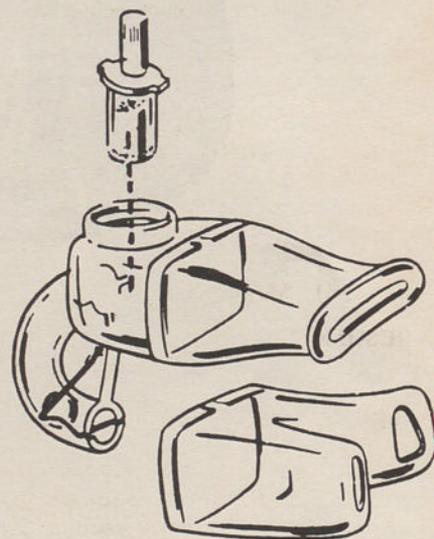
é o essencial da penicilinoterapia por inalação com

AEROCILIN

MARCA REGISTRADA



O doente introduz um cartucho de AEROCILIN de 100.000 U. O. de penicilina G potássica micronizada, no inalador Abbott, e aspira como se fumasse com um cachimbo. Esta operação pode efectuar-se em casa, no consultório, ou durante o trabalho. O amplo bocal do inalador Abbott e o mecanismo «sui géneris» do aparelho contribuem para a sua eficácia. Cada vez que o doente inala, uma esfera metálica bate no cartucho, dando assim saída a uma pequena quantidade de pó de penicilina, que é arrastado pela corrente aérea até às vias respiratórias. Este método produz uma acção local directa, na parte infectada.



INDICAÇÕES:

Infecções das vias respiratórias altas ou baixas, produzidas por germens sensíveis à acção da penicilina.

Este grupo de infecções inclui: nasofaringites, laringites, traqueítes, traqueo-bronquites, sinusites, bronquiectasia, e experimentalmente, contra os invasores secundários do resfriado comum.

Para mais informações dirijam-se a:

Abbott Laboratórios, Lda.

Rua Joaquim António de Aguiar, 43-r/c Dto.
LISBOA PORTUGAL

Importância das bilharzioses humanas em África. Dificuldades e perspectivas actuais da sua profilaxia ⁽¹⁾



J. FRAGA DE AZEVEDO

I — INTRODUÇÃO II — INCIDÊNCIA DAS BILHARZIOSES EM FUNÇÃO DA RAÇA, IDADE, SEXO E OCUPAÇÃO III — PROVAS DA IMPORTÂNCIA DAS BILHARZIOSES

1) Directas

- a) Lesões anátomo-patológicas
- b) Provas clínicas
- c) Métodos de laboratório

2) Indirectas

- a) Prova da inteligência
- b) Prova do rendimento de trabalho
- c) Prova da fecundidade
- d) Prova do desenvolvimento físico e do estado progressivo das populações
- e) Prova da morbidade e da mortalidade gerais
- f) Prova da importância económica

3) Conclusões

IV — DIFICULDADES DA LUTA CONTRA AS BILHARZIOSES V — ORGANIZAÇÃO DA LUTA CONTRA AS BILHARZIOSES NALGUNS TERRITÓRIOS DE ÁFRICA E DEDUÇÕES A TIRAR DOS RESULTADOS OBTIDOS

- a) Egipto
- b) Rodésia do Sul
- c) África do Sul
- d) Moçambique

VI — RESUMO

I — INTRODUÇÃO

Conquanto seja difícil precisar a data a que remonta a infecção pelas bilharzias, sabe-se, no entanto, que tais parasitas são dos que há mais séculos flagelam a Humanidade.

Na verdade, já no papyrus de Kahun datando de 3.000 anos antes de Cristo se faz referência à hematúria, sintoma que com todas as probabilidades estaria relacionado com a bilharziose vesical, doença altamente incidente através dos séculos na população do Egipto.

Realmente, a observação em 1910 de ovos calcificados de *Schistosoma hematobium* nos rins das múmias do Egipto, datando da 20.^a dinastia, prova à evidência que já no século 13 antes de Cristo o Egipto pagava tributo ao flagelo.

Não é possível esclarecerem-se as condições que presidiram à disseminação da doença pelo Mundo. Não deve ser, porém, estranho ao facto a dispersão dos povos e em tal sentido não repugna a crer que do seu possível foco de origem, o Egipto, as bilharzioses houvessem sido disseminadas pela África à custa das migrações e invasões dos povos, vindos do norte e oriente, talvez desde 3.000 anos A. C. Há quem admita, porém, que a forma *mansoni* seria autóctone na África Central. Do Egipto teriam ainda irradiado para o Próximo Oriente e parte restante da África do Norte, a favor da proximidade e das relações de toda a ordem que essas regiões têm mantido entre si através dos tempos.

Creio bem, que às invasões da Europa pelos árabes se deve atribuir a responsabilidade do estabelecimento do foco de bilharziose no Sul de Portugal, onde ainda hoje persiste, dado que as condições climáticas e outras são favoráveis à sua incidência ali.

Uma vez dispersa a doença pela África, foi certamente a partir deste continente que alcançou a América à custa do

tráfico de escravos infectados, embora haja quem admita que, pelo menos no Brasil, já anteriormente à chegada destes, os índios sofriam ali duma doença que podia corresponder à bilharziose *mansoni*.

É algum tanto de extranhar que no Novo Mundo se tivesse fixado apenas a forma *mansoni*, quando é certo que através dos tempos a forma vesical foi sempre em África a forma mais difundida. Isso se explica talvez porque nas Américas só se encontram moluscos Planorbídeos. É digo talvez, porque sabemos bem que na Natureza a falta do hospedeiro de eleição leva muitas vezes um dado parasita a adaptar-se a um hospedeiro vicariante.

A forma incidente no Extremo Oriente, a bilharziose japonicum, descrita pela primeira em 1847, posto que conhecida desde tempos antes pelos habitantes de algumas regiões, aí tem persistido acantonada desde sempre, possivelmente, porque fora dessa área não existem os moluscos hospedeiros vectores do parasita, as *Oncomelania*.

Seja como for e quaisquer que tivessem sido as condições em que estas parasitoses se têm dispersado através do Mundo, o que é certo é que as duas formas principais se encontram sobretudo incidindo no continente africano. Por razões óbvias, ir-me-hei referir especialmente na minha exposição às formas de bilharziose africanas do Sul do Sahará.

Apesar de a doença remontar em África nesta zona desde possivelmente há muitos séculos, trazida certamente como disse, pelos povos vindos do norte, o que é certo é que é aí de data relativamente recente a 1.^a referência à bilharziose.

Realmente, só em 1864 encontramos alusão à hematúria da bilharziose vesical na África do Sul através das referências de Harley, enquanto sobre a forma *mansoni* as 1.^{as} referências à infecção se devem atribuir a Castellani, ao assinalar na Uganda em 1902 a presença de ovos com esporão lateral nas fezes de doentes, sem que eliminassem ovos pela urina.

A favor de que só recentemente as manifestações das bilharzioses são conhecidas em África ao Sul do Sahará é ainda o facto de não encontrarmos nas descrições das viagens dos primeiros exploradores africanos como Livingstone, Stanley, Capelo e Ivens, qualquer referência a um dos sinais mais frequentes e que mais impressionam os doentes, como seja a hematúria, pois, se a doença tivesse a incidência e gravidade de hoje não passaria então certamente despercebida.

Quaisquer que tenham sido, porém, as condições que hajam presidido à disseminação das bilharzioses em África, o que é inegável é que são actualmente doenças altamente incidentes, mormente na vasta área ao Sul do Sahará.

Podemos dizer, na verdade, que a doença levada pelas invasões do norte encontrara aí todas as condições propícias à sua fixação como sejam, moluscos hospedeiros adequados à evolução do parasita, temperatura conveniente a essa evolução e condições de vida do nativo extraordinariamente propícias à sua disseminação.

E como consequência dessas condições a doença encontra-se hoje largamente dispersa, altamente incidente e solidamente ligada à vida das populações tornadas autóctones.

Na verdade, quando desejamos aperceber-nos da verdadeira extensão do flagelo em África notamos em 1.^o lugar

(1) Conferência realizada em La Real Academia Nacional de Medicina de Madrid em 2 de Fevereiro de 1954.

que ele está largamente disseminado pelo continente (figs. 1 e 2) em taxas que oscilam, dentro dos largos limites de 5 a 100 %.

É que a doença tem estado, entregue até à data, podemos dizer, às suas próprias possibilidades de expansão pelo mundo e assim se compreende que, segundo Faust, enquanto há 5.000 anos atrás poucas dezenas de milhar de indivíduos dela sofriam, hoje cifram-se em cerca de 100 milhões os atingidos no globo, incluindo a forma japonicum.

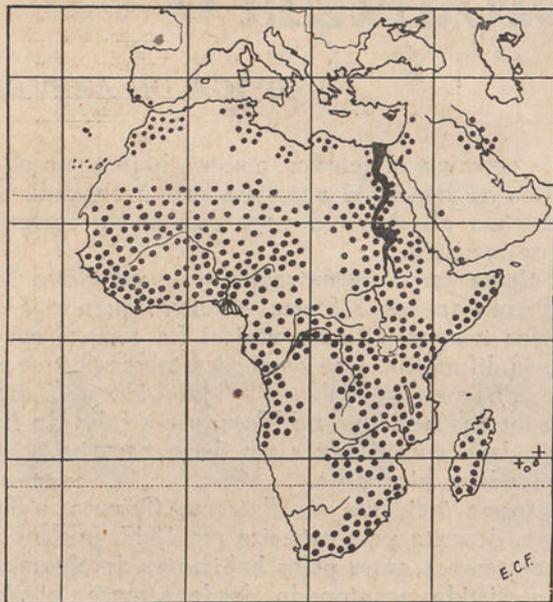


Fig. 1

Distribuição da bilharziose hematobia em África (Faust, 1951)

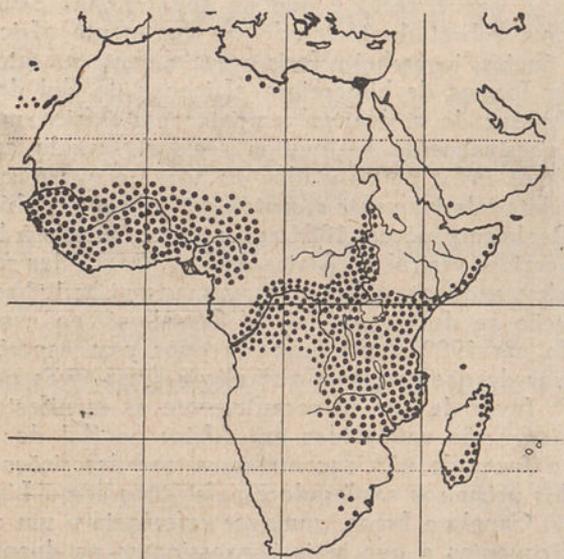


Fig. 2

Distribuição da bilharziose mansoni em África (Faust, 1951)

II — INCIDENCIA DAS BILHARZIOSES EM FUNÇÃO DA RAÇA, IDADE, SEXO E OCUPAÇÃO

RAÇA — Posto que seja a raça negra a que em África paga mais pesado tributo às bilharzioses creio que devemos procurar a explicação do facto, não numa maior susceptibilidade sua à infecção mas antes nas mais favoráveis condições que a sua vida oferece à incidência de tais parasitoses.

Realmente, nas zonas em África onde as populações africanas, indianas e europeias se expõem igualmente à infecção, como acontece em certas áreas da África do Sul, a taxa de infecção dumas e doutras ocorre com índices semelhantes.

IDADE — Através dos estudos estatísticos sobre a incidência das bilharzioses em África verifica-se que é a criança a mais flagelada (fig. 3, 4 e 5).

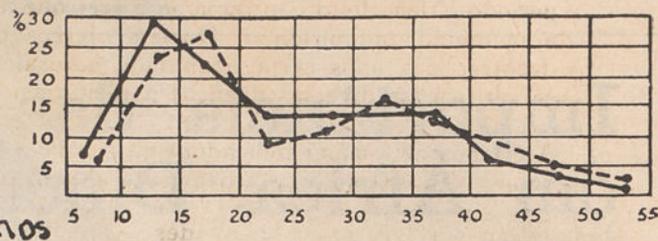


Fig. 3

Bilharziose hematobia. Incidência por idades e sexos no Egipto. (Rameses Girges, 1934)

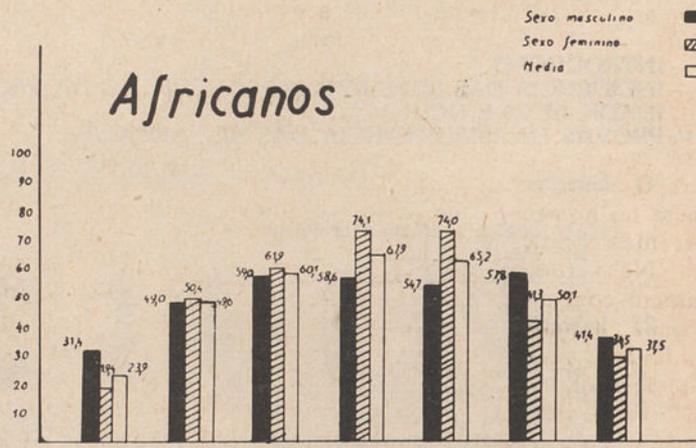


Fig. 4

Bilharziose hematobia. Incidência por idades e sexos no Sul do Save (Moçambique)

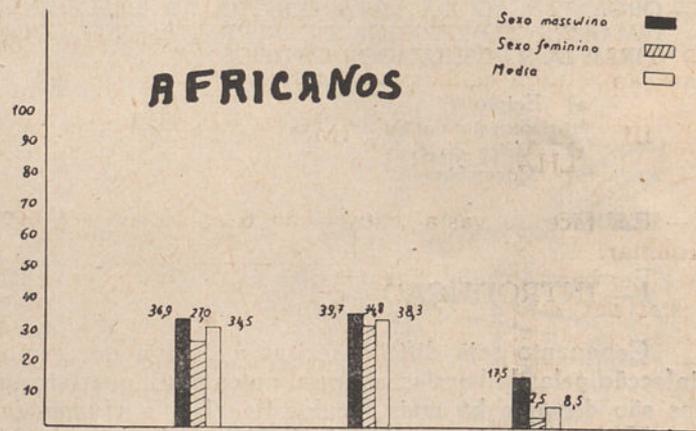


Fig. 5

Bilharziose mansoni. Incidência por idades e sexos no Sul do Save (Moçambique)

Vários factores contribuem para esta situação, como sejam:

a) A criança é a mais exposta à infecção pelo hábito de chapinhar prolongadamente nas mais variadas colecções de água para onde é atraída quer para se banhar, quer para brincar, com vista a atenuar assim o calor excessivo dos trópicos.

b) Está provado que os schistosomas dão lugar à formação de anticorpos, como as reacções serológicas (fixação do complemento e outras) o põem em evidência, pelo que é de presumir que eles actuem como substâncias protectoras no curso dos anos.

Demais, diversos trabalhos experimentais assim o puzeram em evidência, como os de Fujinama e Sueyasy no Japão, com a infecção dos cavalos com o *Sch. japonicum* e os de Ozawa com a infecção dos cães pelo mesmo verme.

É admitido, porém, geralmente, que a imunidade causada pelos Schistosomas é ligeira e que uma 1.ª infecção nem sempre se opõe à infecção subse-

quente, pelo menos depois de decorrido um certo período. Além disso não repugna a crer que, aparte a imunidade adquirida, o Homem ofereça com o decorrer dos anos certa imunidade natural, como se verifica em diversas doenças parasitárias.

- c) A criança pela maior delicadeza da sua pele é mais vulnerável que o adulto à penetração das cercárias.

Seja como for, em todas as idades se pode contrair a bilharziose, já que em crianças com meses e em velhos de mais de 70 anos se têm registado casos. É oportuno recordar que a bilharziose pode ser congénita, bastando lembrar, em confirmação, que o Dr. Pinto Ribeiro encontrara em 433 crianças com a idade de umas semanas a 2 meses, 52 com ovos do *Sch. hematobium* na urina.

SEXO E OCUPAÇÃO — Podemos dizer que o sexo masculino e feminino são igualmente susceptíveis à bilharziose, mas que, conforme as regiões um ou outro pode fornecer o maior contingente de parasitados, pois a maior incidência no homem ou na mulher é antes dependente das suas diferentes condições de vida.

Na verdade, nas regiões onde as mulheres têm mais contacto com a água, quer cultivando a terra, quer lavando a roupa, a taxa de infecção é entre elas mais elevada que nos homens, mas o contrário se verifica quando há inversão daqueles hábitos (figs. 3, 4 e 5).

Também, pelo facto de os rapazes terem com mais frequência contacto com a água que as raparigas, por aí chapinharem mais frequentemente e mais demoradamente, fornecem em regra uma mais elevada taxa de infecção.

Como se compreende também, são as populações que vivem mais em contacto com a água, como as que se dedicam à agricultura, à pesca nos rios ou lagoas, à lavagem de roupa, etc., que mais pesado tributo pagam à doença.

Vista assim a alta taxa de infecção por bilharziose das populações em África e a sua larga distribuição neste continente, apreciemos agora a sua importância.

III — PROVAS DA IMPORTÂNCIA DAS BILHARZIOSES

Em face da vasta distribuição das bilharzioses ocorre perguntar:

Em que conceito devemos nós ter os malefícios devidos a estas parasitoses? Convém lembrar que ao lado daqueles que as consideram geralmente bem toleradas há quem lhes atribua foros de doenças da maior importância clínica, económica e social em face das manifestações graves a que podem dar lugar e em face da sua repercussão na vida dos povos. Personalidades autorizadas as consideram como as mais difundidas e destrutivas doenças humanas.

Apreciemos primeiramente os meios que podemos utilizar para avaliar a gravidade destas doenças e depois a influência que elas têm na vida dos povos.

Para avaliarmos a gravidade das manifestações das bilharzioses podemos recorrer a meios directos, como sejam o estudo das lesões anátomo-patológicas causadas no organismo, o que evidentemente pressupõe um exame necrópsico, a execução duma biopsia em vida ou o exame duma peça obtida cirurgicamente e podemos recorrer a provas clínicas e laboratoriais ou a meios indirectos de apreciação.

Começemos pelo estudo das primeiras, pois daí nos será possível deduzir até certo ponto o fundamento das incluídas no 2.º grupo.

1) Provas directas da importância das bilharzioses:

a) *Lesões anátomo-patológicas* — É inoportuno fazer aqui a descrição do que está classicamente estabelecido sobre o encadeamento das lesões devidas aos Schistosomas em relação com as diversas fases do seu ciclo evolutivo no organismo: a fase cutânea, a fase de migração do verme, a fase de crescimento ou localização hepática e a fase de postura dos ovos.

Sabe-se bem, que as lesões principais da bilharziose são a consequência da acção dos ovos. Em relação com estes, a lesão típica é o pseudo-abcesso em que os ovos com o embrião

vivo ocupam a sua parte central. Com o progresso da doença e a morte do embrião constituem-se pseudo-tubérculos de que resulta a fibrose gradual do órgão parasitado (Faust, 1952).

No primeiro tipo, à volta do ovo há uma zona de extensa infiltração leucocitária (figs. 6 e 7), enquanto no 2.º encontramos as três camadas próprias do tubérculo com a sua reacção fibroblástica à periferia (figs. 8 e 9).

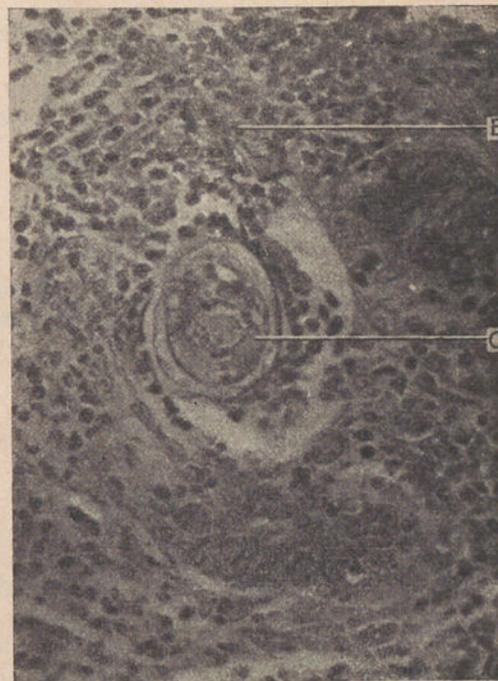
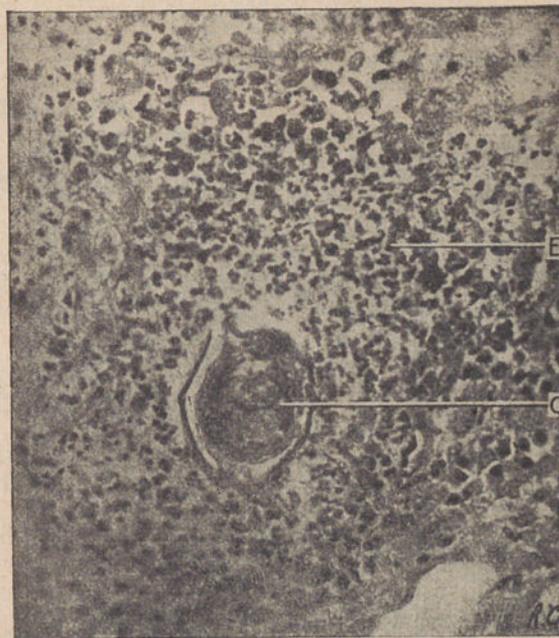


Fig. 6

Bilharziose hematobia. Pseudo abscesso. Orig.



Bilharziose mansoni — Pseudo abscesso
O, ovo; E, infiltração leucocitária;
G, glândula intestinal.

Fig. 7

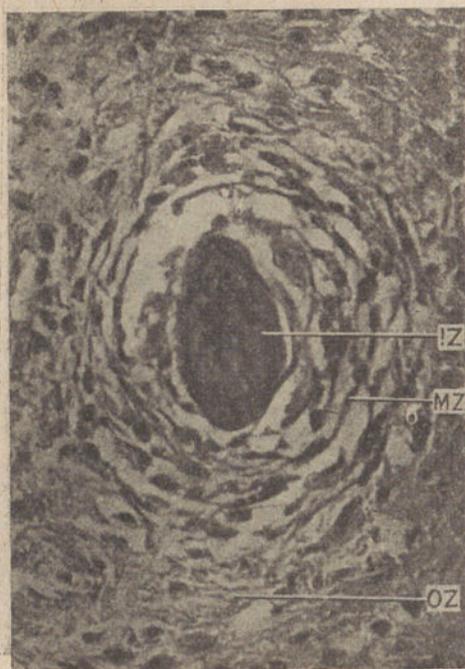
Bilharziose mansoni. Pseudo abscesso (Rameses Girges, 1934)

Os ovos, quer comportando-se como simples corpos estranhos, quer actuando pelas toxinas que o seu miracideo exsuda através da casca, ocasionam as lesões em referência.

As lesões devidas à presença dos vermes adultos são idênticas para todas as espécies de schistosomas.

Em relação propriamente com a presença do verme nos vasos sanguíneos temos que referir a sua acção mecânica e em relação com esta processos de flebite e trombose e congestão hemorrágica à volta dos parasitas, de intensidade proporcional à da infecção (fig. 10).

Deve, porém, considerar-se que os vermes actuam também sobre os tecidos e sobre o organismo pelas suas toxinas, do que resulta uma acção inflamatória e alérgica, que pode ter sede em qualquer departamento do organismo (Faust, 1952), e bem assim pelo pigmento de origem hemática, a hematóidina, proveniente da digestão dos glóbulos rubros ingeridos pelos vermes, o qual irá sobrecarregar as células do sistema retículo-endotelial do fígado, baço e outros órgãos.



Bilharziose haematobia — Pseudo-tuberculo
IZ, Zona interna com restos do ovo;
MZ, Zona média; OZ, Zona externa.

Fig. 8

Bilharziose hematobia. Pseudo-tuberculo (Rameses Girges, 1934)



Bilharziose mansoni — Pseudo-tuberculo
G, célula gigante substituindo o ovo;
O, outro ovo.

Fig. 9

Bilharziose mansoni. Pseudo-tuberculo (Rameses Girges, 1934)

Da responsabilidade das toxinas, de que diversos tipos se descrevem, devemos considerar a tumefacção das células de vários órgãos, como o baço, fígado e rins e as manifestações agudas porque a doença se manifesta, como sejam a febre, perturbações nervosas e outras que se registam no decurso da

doença. A destruição do parasita depois da sua morte libertará também toxinas agressivas para o organismo.

Sede das lesões — É bem sabido que as lesões devidas aos schistossomas têm sede fundamentalmente no sistema urinário e particularmente na parede da bexiga para o *Sch. hematobium* e na parede do intestino para as restantes duas espécies de parasitas.



Fig. 10

Corte de fígado de ratinho experimentalmente infectado com *Sch. hematobium*

Dessa localização resultam evidentemente as manifestações dominantes das bilharzioses: urinárias para o *Sch. hematobium* e intestinais para o *Sch. mansoni* e *Sch. japonicum*.

O estudo sucessivamente mais detalhado a que se tem procedido nas áreas de endemia com base na anatomia patológica tem levado, porém, à conclusão de que as bilharzioses devem ser antes consideradas como doenças gerais e não como doenças confinadas especialmente a um ou outro departamento. Vejamos por isso o que se passa quando à localização das duas espécies de parasita no organismo.

Schistosoma hematobium — Posto que as lesões devidas a este verme tenham sede principalmente no sistema genito-urinário, sabe-se hoje, à custa dos exames necróticos, que a sua localização pode ocorrer em todos os departamentos do organismo e nalguns deles, como seja no intestino e em particular no apêndice, com frequência relativamente grande.

A estatística expressa no quadro I, das localizações do *Schistosoma hematobium* devida ao Prof. Damaso Prates e realizada em Lourenço Marques dá-nos a ideia dessa diversidade de localizações.

Schistosoma mansoni — Posto que as lesões devidas a este parasita sejam dominadas em regra pelas que têm sede no intestino grosso, está bem assente, particularmente pelos estudos mais recentemente realizados na América Central e no Brasil, que a sua localização pode ocorrer em outros departamentos que, conforme a sua dominância, assim dão à doença aspectos especiais.

Dessa diversidade de localizações das lesões quer em relação com os ovos, quer com os vermes ou suas toxinas dá-nos bem conta o quadro II, referente às formas anatómico-clínicas, obtido de Rodrigues da Silva.

b) *Provas clínicas* — Da multiplicidade das localizações das lesões devidas às bilharzioses resultam como é óbvio as mais diversas manifestações clínicas.

Compreende-se, porém, que no caso de tais lesões ocorrerem nos órgãos profundos, a primeira determinação a que devemos proceder para conseguirmos a sua identificação precisa é a do diagnóstico específico.

Ora, se é relativamente fácil precisar um diagnóstico de bilharziose quando os parasitas eliminam os seus ovos,

P V R

Imunoterapia não específica associada à Penicilina

COMPOSIÇÕES

Injectável

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G	600.000 U.
Penicilina G Procaínica	300.000 U.
Penicilina G Potássica	100.000 U.
Soro imunizante não específico de antigénios lipo- -proteicos e sais biliares associados a essências antissépticas	5 c. c.

Supositórios

1.000.000 U.

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G	600.000 U.
Penicilina G Procaínica	300.000 U.
Penicilina G Potássica	100.000 U.
Suspensão imunizante não específica, preparada com albuminóides, gorduras animais e sais biliares	0,3 grs.
Quinina básica	0,120 >
Gomenol	0,001 >
Eucaliptol	0,001 >
Cânfora	0,001 >
Vitamina A	30.000 U.
Vitamina D ₂	3.000 U.
Manteiga de cacau q. b. p.	3 grs.

500.000 U.

Metade da dose da composição anterior.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Terapêutica e profilaxia dos resfriados e, duma maneira geral, em todos os estados infecciosos, susceptíveis à Penicilina, em que se pretenda activar as defesas naturais do organismo.

APRESENTAÇÃO

Um frasco contendo a associação antibiótica e uma ampola de 5 c.c. de soro imunizante não específico, para injeção extemporânea.

Em embalagens de 1 e 2 supositórios de 500.000 U. e de 1.000.000 U.



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

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

É A EXPERIÊNCIA QUE FALA...

«Poder-se-ia empregar as sulfamidas em numerosos casos que se tratam actualmente pela penicilina e outros antibióticos. Não há a menor dúvida de que se a descoberta das sulfamidas se tivesse dado depois da introdução dos antibióticos, teria sido considerada como um progresso enorme.

Devemos certamente empregar as sulfamidas muito mais vezes do que é o caso actualmente; elas ocasionam menos dissabores e aborrecimentos, tanto para o doente como para o pessoal enfermeiro, e as reacções tóxicas que podem provocar são menos tóxicas».

Horace Joules; Brit. Med. J., 1953/II, 885.

ELKOSINA*

a sulfamida por excelência
de solubilidade particularmente favorável

Comprimidos de 0,5 g
Xarope a 10 %
Ampolas de 5 cc

CIBAZOL*

sulfamida polivalente

Comprimidos de 0,5 g
Ampolas de 5 cc
Pó a 20 %: pulverizador plástico
Pomada a 5 %
Pomada oftálmica a 10 %

ELKOCILINA*

Elkosina + penicilina

Associação quimioterápica de actividade antibacteriana reforçada

NOVO PREÇO:

Tubo de 12 comprimidos Esc. 40\$00

* Marcas registadas

Quadro I

Localizações do *Sch. hematobium* no organismo humano (M. Prates, 1948)

Apêndices	106 casos
Baço	5 »
Bexiga	126 »
Cápsulas supra-renais	1 caso
Cordão espermático	3 casos
Epidídimo	2 »
Fígado	35 »
Gânglios linfáticos	8 »
Intestinos	13 »
Ovários	27 »
Pele-face	1 caso
Peritoneu	6 casos
Placentas	5 »
Próstata	38 »
Pulmões	21 »
Rins	2 »
Testículo	1 caso
Trompas	16 casos
Ureteres	34 »
Utero-colo	6 »
Utero-corpo	3 »
Vagina	4 »
Vaginal	13 »
Vesícula biliar	1 caso
Vesículas seminais	56 casos
Vulva	7 »
Cirrose do fígado	75 »
Carcinoma primitivo do fígado	70 »

Quadro II

Formas anátomo-clínicas da *Bilharziose mansoni* (Rodrigues da Silva, 1949)

I — FORMAS AGUDAS ou TOXÊMICAS

(Período de invasão ou toxêmico)

II — FORMAS CRÔNICAS

(Períodos de estado e final)

A — TÓPICAS	1 — HÊPATO-INTESTINAL	} Formas fundamentais
	2 — HÊPATO-ESPLÊNICO-INTESTINAL	
	3 — APENDICULAR	
	4 — COLECÍSTICA	
	5 — PANCREÁTICA	
	6 — PERITONEAL	
	7 — PULMONAR	
	8 — OUTRAS LOCALIZAÇÕES	
B — ECTÓPICAS	1 — CEREBRAL	} Formas acessórias secundárias
	2 — MEDULAR	
	3 — CUTÂNEA	
	4 — VISUAL, ETC.	

com a urina, com as fezes ou secreções uterinas, e, embora raramente, com a expectoração, perante grandes dificuldades nos encontramos quando as lesões têm sede nos órgãos profundos.

Na verdade, carecemos ainda dum método de laboratório que nos permita precisar um diagnóstico da bilharziose quando esta se não acompanha da eliminação de ovos do parasita, salvo o que nos dá uma biopsia.

Dos vários métodos a que se tem recorrido, como sejam a intradermo-reacção, a reacção de fixação do complemento, a reacção das precipitinas, usando antigêneos de composição variada (extractos de hepato-pancreas de moluscos infestados, extractos de vermes, etc.), nenhum se tem revelado eficiente, em 100 % de casos, quer quando à percentagem de positividade, quer quanto à sua especificidade.

Demais, muitas vezes as lesões do parasita podem ter a sede no intestino ou vias urinárias e ao mesmo tempo nos órgãos profundos onde são causa porventura das manifestações dominantes da doença, e então uma dada reacção serológica, mesmo específica, não poderá estabelecer o diagnóstico diferencial entre uma e outra localização.

Mas, se carecemos de meios suficientemente precisos para identificar as lesões profundas das bilharzioses e portanto os correspondentes quadros clínicos, o que é inegável

é que as suas manifestações nos devem levar à classificação de quadros clínicos diversos que poderemos esquematizar como a seguir referimos:

Forma hematobium — Aqui podemos considerar o *tipo urinário* em que a sintomatologia dominante está em relação com o sistema urinário, o *tipo genital* em que as lesões têm repercussão fundamentalmente nos órgãos genitais, quer masculinos, quer femininos, o *tipo gênito-urinário* e o *tipo intestinal* em que as lesões têm sede no intestino e aqui especialmente no apêndice.

Além desses tipos, a diversidade de localização das lesões de schistosoma hematobium, podem criar muitos outros de entre os quais se podem destacar as *formas nervosas e pulmonares*.

A estes diversos tipos clínicos correspondem manifestações variadas em relação com os órgãos atingidos e a intensidade da infecção. Assim é que são bem conhecidas as cistites com o seu grave cortejo de manifestações, como a hematuria, a disúria, a polaquiúria, as infecções secundárias, as fistulas, os pólipos, os tumores malignos da bexiga, etc.

Quando as lesões têm sede predominantemente nos órgãos genitais resulta um outro cortejo de manifestações, que, no caso do homem, se traduz por elefantíase do pênis, epididimite ou orquite, prostatite e vesiculite ou no caso da mulher, por lesões vaginais, uterinas ou ováricas, levando muitas vezes à esterilidade ou ao aborto.

A este propósito devo referir que tendo procedido numa localidade do Sul de Moçambique à pesquisa de ovos de *Schistosoma hematobium* nas secreções uterinas de 50 mulheres, encontrei ovos de parasitas em 5 delas ou seja em 10 %. Creio, pois, que a bilharziose hematobium se deve considerar como uma importante causa de esterilidade da mulher em África.

Em referência à localização das lesões da bilharziose nos órgãos urinários e genitais deve, porém, lembrar-se que, no geral, as duas localizações andam associadas e consequentemente as manifestações que daí resultam.

De entre as outras formas julgo que atenção especial nos deve merecer a forma nervosa, resultante da localização dos ovos no cérebro e de que, creio bem, uma das manifestações mais evidentes e graves é a epilepsia. De facto, nas regiões de endemia pelo menos no Sul do Save em Moçambique, os casos de epilepsia entre os nativos são relativamente frequentes, tudo levando a crer que possam estar em relação com a localização dos ovos de vermes no cérebro.

Além desse tipo, merece também referência a forma pulmonar, resultante da localização nos pulmões de ovos dos vermes, o que se verifica em 33 % das autópsias dos infectados no Egipto e que pode apresentar-se segundo duas formas: a cardio-vascular e a bronco-pulmonar, as quais se manifestarão clinicamente por sintomas semelhantes à doença de Ayerza, à tuberculose, etc.

Podemos, portanto, concluir que podem ser graves as manifestações clínicas devidas à bilharziose hematobium, o que é confirmado pela sua taxa de letalidade que, embora variando com as fases da doença, se cifra no Egipto em 53 % no estado crônico.

A letalidade média neste país foi avaliada por Rameses Griges, num estudo de 1630 casos em 2,26 %.

Bilharziose mansoni — Em conformidade com os autores brasileiros, Valadares, Armando Tavares, Rodrigues da Silva, Meira, Benjamim Dias, Ruy Marques e outros, numerosos são os tipos clínicos sob que se pode manifestar a bilharziose mansoni, como já tive ensejo de referir.

O quadro clínico da bilharziose mansoni não apresenta um carácter monofórmico, pois as manifestações da doença são em regra o resultado da sede das lesões em mais que um departamento no organismo.

Seja como for, da gravidade das manifestações na bilharziose dá já conta a importância dos órgãos lesados com o seu cortejo de múltiplas manifestações.

Quanto à sua taxa de letalidade não é possível obtermos conclusões definidas através dos autores que do assunto se têm ocupado e isso principalmente porque se trata de doença comum entre as populações nativas, pelo que se não considerava a bilharziose mansoni em regra como causa de morte.

No entanto Koppisch considera-a em Porto Rico como responsável por mais de 10 % da mortalidade geral; na África do Sul, segundo Gelfand, só ocasionaria a morte de 1 % dos infectados, enquanto para outros autores a taxa com que se insere na mortalidade geral é muito secundária em relação a outras doenças.

O já citado autor Rodrigues da Silva refere que mais de 20 % dos seus doentes apresentaram formas graves, e deles cerca de metade somente puderam melhorar pela esplenectomia.

No Egito a letalidade cifra-se em 36 % para a forma hepática da doença.

c) *Métodos de laboratório* — Os métodos de laboratório a que se recorre para avaliar da gravidade das bilharzioses podem ter em vista precisar a intensidade do parasitismo, as lesões com este relacionadas ou a sua repercussão no organismo.

A avaliação da intensidade do parasitismo na bilharziose, como nas outras helmintíases, devia basear-se na determinação do número de vermes infectantes, já que é esse número que em regra condiciona a gravidade das manifestações. Vejamos que indicações daí se podem tirar.

Contagem de ovos nos excreta e sua relação com o número de vermes infectantes.

Ao contrário do que se passa com as helmintíases intestinais, onde é relativamente fácil relacionar o número de ovos contados nas fezes com o número de vermes parasitantes, o mesmo não é possível na bilharziose, dada a diversidade de localização do verme e a impossibilidade de provocarmos a sua eliminação para estabelecermos a mesma relação com os ovos eliminados com a urina (*Sch. hematobium*) ou com as fezes (*Sch. mansoni*).

Também, embora seja fácil contar o número de ovos eliminados quer na urina, quer nas fezes, sabe-se que tal eliminação apresenta para o mesmo número de vermes grandes variações de dia para dia.

Por tais razões não está estabelecida a relação entre o número de vermes infectantes e o número de ovos eliminados ou seja o número de ovos postos num dado volume de urina.

Deve referir-se, no entanto, que o grande especialista da bilharziose, Dr. Barlow fez uma tentativa para estabelecer essa relação à custa da infecção que contraíra voluntariamente. Para isso contou as cercárias que penetraram a sua pele, pelas papulas a que cada uma dera lugar e mais tarde, entre o 229.º e o 263.º dia após a infecção contou o número de ovos que eliminava com a urina. Partindo do princípio de que todas as cercárias deram vermes adultos e que o número de ♂♂ foi igual ao número de ♀♀ pôde estabelecer o número de ovos postos por cada fêmea, chegando à conclusão de que esse número era de 238 por dia.

É evidente que tal método não é mais que uma tentativa, pois o Dr. Barlow partiu de princípios que não correspondem à realidade: nem todas as cercárias deram certamente lugar a vermes adultos, certamente o número de machos foi maior que o de fêmeas como é habitual nas helmintíases e nem todos os vermes eliminaram ovos pela urina. No entanto, tal tentativa deve merecer-nos o maior interesse, pois, possivelmente outros trabalhos virão trazer-lhe ou não a necessária confirmação.

Aplicando o cálculo do Dr. Barlow a um estudo sobre a bilharziose *hematobium* a que procedi no Sul de Moçambique encontrei infecções que se cifravam por 1.914 vermes, número bastante superior ao que o Dr. Barlow atribuíra à sua infecção.

Ora, se esse cientista apresentou uma forma grave de bilharziose podemos depreender quão mais graves podem ser as formas verificadas em Moçambique, em face do número mais elevado de vermes que ali se registam por vezes no mesmo indivíduo.

É evidente que o número de ovos contados nos excreta será tanto mais elevado quanto maior for o número de vermes que os eliminam, e portanto infectantes, e que é natural que o número destes seja proporcional à intensidade das manifestações da doença.

Dada, porém, a irregularidade na eliminação dos ovos, não podemos basear na sua contagem a apreciação da gravidade da doença. No entanto, se ao procedermos a um inquérito sobre a incidência da doença numa dada região o número de ovos encontrados nos excreta for sistematicamente baixo podemos concluir que as infecções por *Schistosoma* são discretas. Assim o pudemos verificar quando estudamos o foco da doença ao Sul de Portugal e no estudo que fizemos em Moçambique.

A escassez relativa dos ovos nas fezes no caso da forma *mansoni* não tem permitido basear a determinação da gravidade da doença na sua contagem.

Aparte as referidas indicações tiradas da contagem dos ovos, vejamos agora as provas especiais para cada forma da bilharziose que o Laboratório nos pode fornecer.

Forma hematobium — Quando na Schistosomíase *hematobium* domine um quadro de cistite com os sintomas já referidos ocorre relacionar em 1.º lugar a hematúria com a gravidade da doença e depois ocorre esclarecer até que ponto essa manifestação se repercute no estado geral do infectado e em especial no seu estado hemático.

Com vista ao primeiro ponto, sabe-se bem que a hematúria é irregular, como a eliminação dos ovos, e por isso só por uma determinação episódica do seu grau não podemos avaliar da intensidade da parasitose. Deve dizer-se, porém, que, análogamente ao que se passa com a eliminação de ovos, a intensidade das hematúrias numa dada região deve ir a par da gravidade da doença.

Assim é que, e reportando-nos aos já citados exs. do foco algarvio e da Schistosomíase em Moçambique, verificámos que também no 1.º as hematúrias eram discretas e apenas microscópicas, enquanto em Moçambique a sua intensidade ia sempre a par da taxa de infecção e gravidade das manifestações da doença. Hematúrias diárias de 30 c.c. e mais eram frequentes.

Estado hemático — Dado que a intensidade das hematúrias nalgumas localidades do Sul de Moçambique era apreciável, ocorreu estudar a repercussão dessas hemorragias no estado hemático das populações.

Com tal fim procedeu-se à contagem dos glóbulos rubros, determinação da taxa de hemoglobina e composição proteica do soro em indivíduos infectados e em não infectados.

Os resultados constam das figs. 11, 12, 13, 14 e 15.

Por ali se verifica em 1.º lugar que a taxa das proteínas totais da população estudada é aproximadamente normal, não obstante o fraco teor proteico da alimentação local, e em 2.º lugar que nem a doença em si, nem particularmente a hematúria causada parecem ter qualquer repercussão no estado da série rubra e da hemoglobina.

Quanto à composição proteica do soro verificou-se em

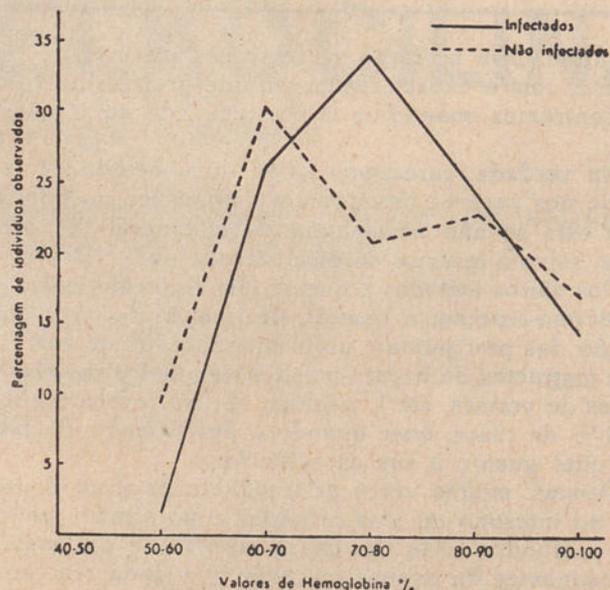


Fig. 11

Taxas de hemoglobina no sangue de nativos do Sul do Save (Moçambique) infectados e não infectados com *Sch. hematobium*



CALMENS

DRÁGEAS

À BASE DE

Etinil-estradiol	0,01 mgr.
Carbromal	16,25 »
Bromisovalerilureia	48,75 »
Teobromina	32,50 »

Embalagem — 60 drágeas

MEDICAÇÃO CAUSAL E SINTOMÁTICA ESPECÍFICA NO TRATAMENTO DE:

- SINDROMA DA MENOPAUSA
- ALTERAÇÕES CAUSADAS PELA OVARIETOMIA
- HIPOFUNÇÃO OVÁRICA ASSOCIADA A PERTURBAÇÕES NERVOSAS FUNCIONAIS

POLYCREST

CREME ANTI-PRURÍTICO

À BASE DE

Nitrato de fenilmercúrio	0,1 %
Amelocaina	0,5 %
Benzenocaina B. P.	5,0 %
Dióxido de titânio	2,0 %
Terpineol	1,0 %
Mentol	0,5 %

Bisnaga — 20 gramas

- INDICAÇÕES — PRURIDO ANAL — HEMORROIDAS
 — ECZEMA ANAL — FRIEIRAS
 — PRURIDOS VULGARES E SENIS

REPRESENTANTES:

UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA

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

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

relação ao normal (fig. 16) que os nativos da região, não sofrendo de bilharziose apresentam uma baixa notável da albumina à custa da subida das globulinas, sobretudo da γ (fig. 17) mas nos infectados com *Schistosomiasis hematobium* a subida desta globulina era mais evidente (fig. 18).

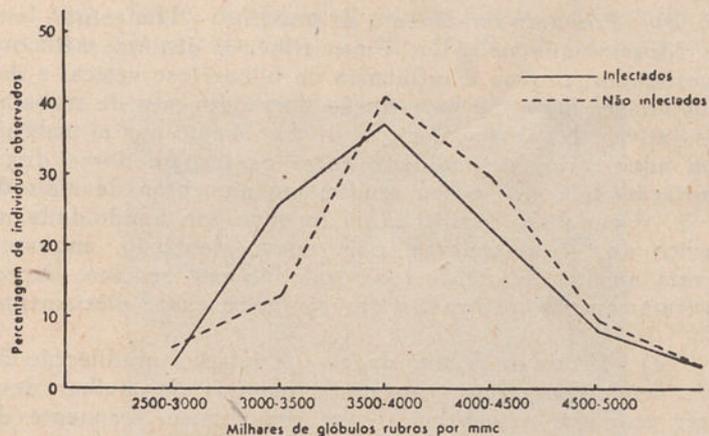


Fig. 12

Valores de glóbulos rubros no sangue de nativos de Sul do Save (Moçambique) infectados e não infectados com *Sch. hematobium*

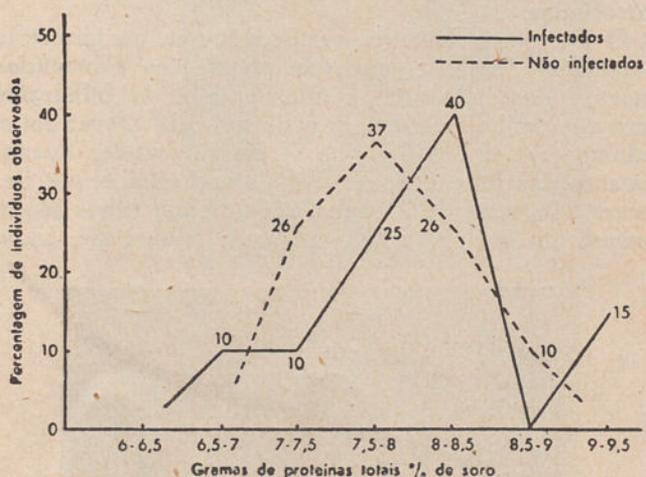


Fig. 13

Taxas de proteínas totais no soro sanguíneo de nativos do Sul do Save (Moçambique) infectados e não infectados com *Sch. hematobium*

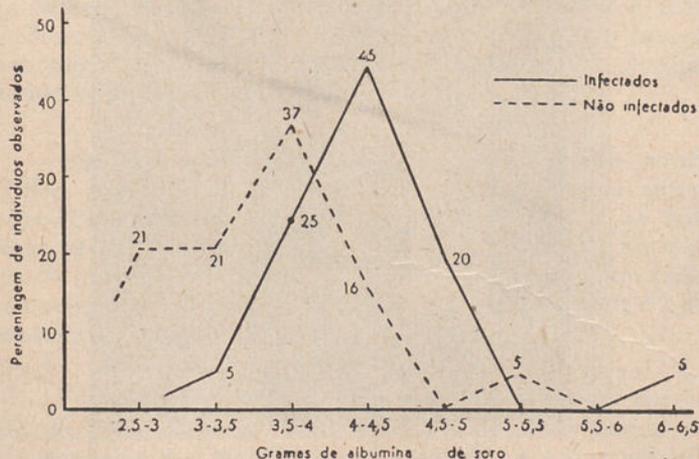


Fig. 14

Taxas de albumina no soro sanguíneo de nativos do Sul do Save (Moçambique) infectados e não infectados com *Sch. hematobium*

consta que ovos de *Schistosoma hematobium* hajam sido encontrados na expectoração, embora não repugne a crer essa ocorrência nas formas pulmonares da doença.

Forma mansoni — Se para a forma hematobium é difícil dispor dum método que nos permita avaliar da gravidade das suas manifestações, até quando estas são predominantemente urinárias, as dificuldades avultam quando se trata da forma mansoni.

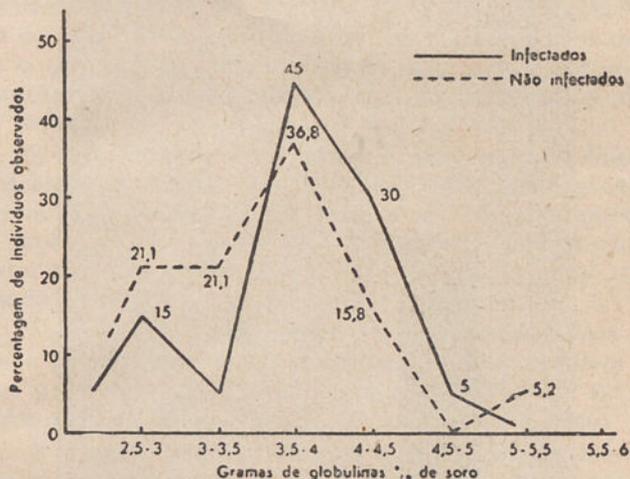


Fig. 15

Taxas de globulinas no soro sanguíneo de nativos do Sul do Save (Moçambique) infectados e não infectados com *Sch. hematobium*

Assim, se na bilharziose vesical o critério do grau de hematúria e do número de ovos eliminados com a urina, conquanto não nos dêem indicações precisas sobre a intensidade do parasitismo individual nos podem dar uma indicação e uma orientação sobre a intensidade da doença numa dada região, outrotanto não acontece com a contagem dos ovos nas fezes ou a determinação da perda de sangue para a forma mansoni.

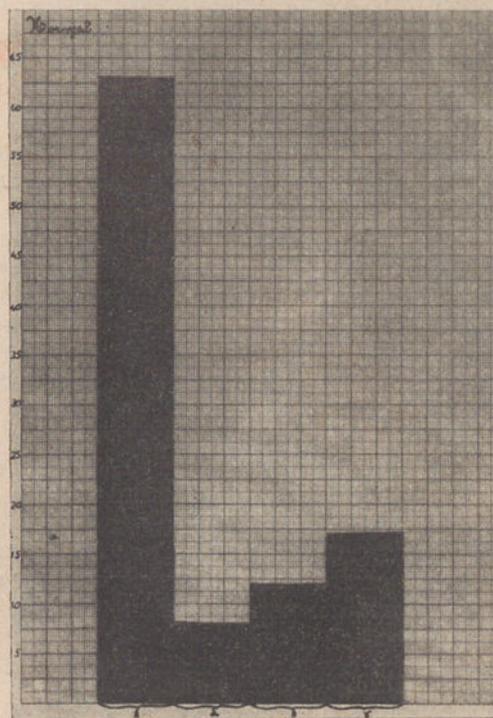


Fig. 16

Valores normais das fracções proteicas no soro sanguíneo

Em face do exposto, podemos dizer, que careçemos ainda dum processo laboratorial prático e preciso para se avaliar da gravidade das manifestações da bilharziose hematobium na sua forma vesical.

Tratando-se de localizações profundas, não há possibilidade, como se viu, de fazer um diagnóstico preciso e muito menos de avaliar da gravidade das manifestações. Não me

Nessa doença é sobretudo pelos testes da função hepática que o Laboratório esclarece a gravidade da doença mas como, em regra, só nos casos avançados as alterações do fígado são bastante intensas, de molde a traduzirem-se por perturbações constatáveis por métodos laboratoriais, as formas discretas da doença não são geralmente reveláveis por esse estudo.

Das múltiplas provas a que se tem recorrido para a avaliar das alterações hepáticas, são a da cefalina-colesterol, a da floculação do timol e a alteração da relação serina-globulina que se revelaram mais precocemente positivas nas mãos de R. da Silva. Também nos casos que pudemos estudar recentemente em Moçambique constatamos uma baixa da albumina

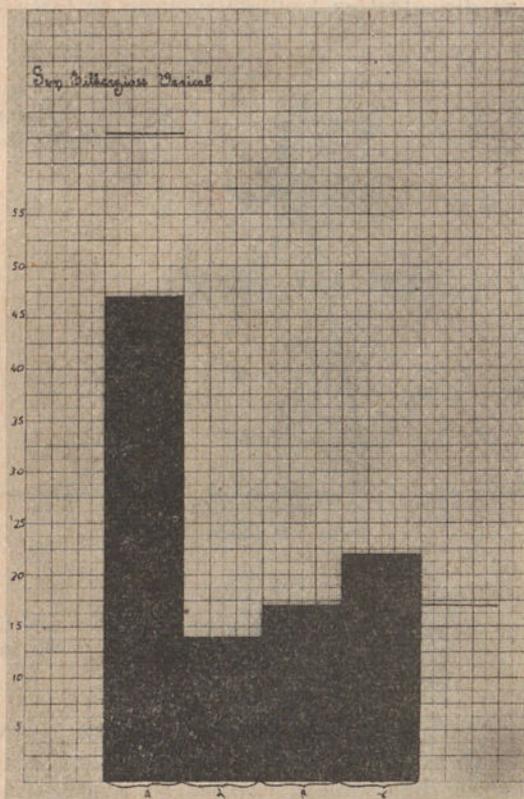


Fig. 17

Fracções proteicas do soro sanguíneo de nativos do Sul do Save não sofrendo de bilharziose

e uma subida das globulinas como na forma hematobium, mas aqui a globulina γ é relativamente mais elevada (fig. 19).

Nos casos da associação dos dois tipos de bilharziose havia aumento distinto da globulina β (fig. 20).

Outras provas, como a da síntese do ácido hipúrico e a do tempo da protrombina mostram alterações, mas somente nos estados avançados da doença.

De entre as provas laboratoriais deve mencionar-se a biopsia do fígado, mas esta só é susceptível de esclarecer o grau de lesão do órgão, no caso de o material colhido provir duma zona do fígado afectada. Na verdade, sabe-se bem que as lesões do fígado da schistosomíase mansoni não têm sempre carácter difuso (R. da Silva) e por isso, como a biopsia não pode ser feita sob nosso controle, tanto pode incidir sobre uma parte sã do órgão, já extensamente lesado, como sobre uma parte doente, embora a estrutura geral do órgão esteja bem conservada e assim nem sempre é possível dar-nos indicações sobre o verdadeiro estado orgânico do fígado.

Em face do exposto concluímos, que tanto para a forma hematobium, como para a mansoni carecemos de meios práticos e fiéis de laboratório para a determinação da gravidade das suas manifestações.

Vejamos agora o que nos dizem os métodos indirectos de apreciação da gravidade destas parasitoses.

2) Provas indirectas da importância das bilharzioses:

Prova da inteligência — As referências feitas recentemente sobre o assunto pelo Dr. Kieser da África do Sul são bem concludentes.

O Dr. Kieser verificou realmente que as crianças inteligentes, ocupando uma posição de destaque como aplicação na Escola, baixam imediatamente de posição se acontece infectarem-se com o Schistosoma. Nem sempre se compreendendo tal declínio nos trabalhos escolares, muitas vezes essas crianças são vítimas de punições e até de castigos corporais. Se as crianças não são tratadas, só as muito inteligentes ingressam

na Universidade, mas aqui ficam muitas vezes no meio do curso. Tratadas retomam a sua posição normal. Diz ainda o Dr. Kieser que o próprio professor atento pode, só pelo declínio notado num dado aluno, fazer o diagnóstico da bilharziose.

b) **Prova do rendimento de trabalho** — Um estudo feito em Moçambique pelo Dr. Pinto Ribeiro, distinto médico e investigador, provou a influência da bilharziose vesical e das helmintíases em geral na redução do rendimento de trabalho dos nativos. Na verdade, mercê do tratamento que aí instituiu com aquela dupla finalidade entre os trabalhadores duma plantação de copra o seu rendimento aumentou de mais de 53%. Além disso verificou um aumento de assiduidade ao serviço dos trabalhadores, pois numa plantação, enquanto davam apenas 2 a 3 dias de trabalho por semana, depois do tratamento começaram a apresentar-se quase diariamente.

c) **Prova de fecundidade** — A relativa predilecção do *Sch. hematobium* para os órgãos genitais da mulher deve fazer com que esse verme actue como causa frequente de abortos e de esterilidade. O Dr. Gitges referindo-se a este assunto diz que as regras são alteradas, podendo ocorrer apenas dos 17 aos 22 anos para cessarem pelos 30 ou 40 e que a esterilidade pelos 20 a 25 anos ou após o nascimento do 1.º filho não é rara. Refere ainda que as crianças podem ser atrofiadas.

O Dr. Pinto Ribeiro, verificou numa circunscrição de Moçambique, Angoche, que nas populações submetidas ao tratamento das helmintíases intestinais e da bilharziose o número das mulheres que engravidaram pela 1.ª vez foi aproximadamente o dobro das que foram submetidas apenas ao tratamento das helmintíases intestinais. Assim é que de 242 mulheres com mais de 25 anos, 202 tiveram filhos só depois do tratamento contra as helmintíases e bilharziose, enquanto

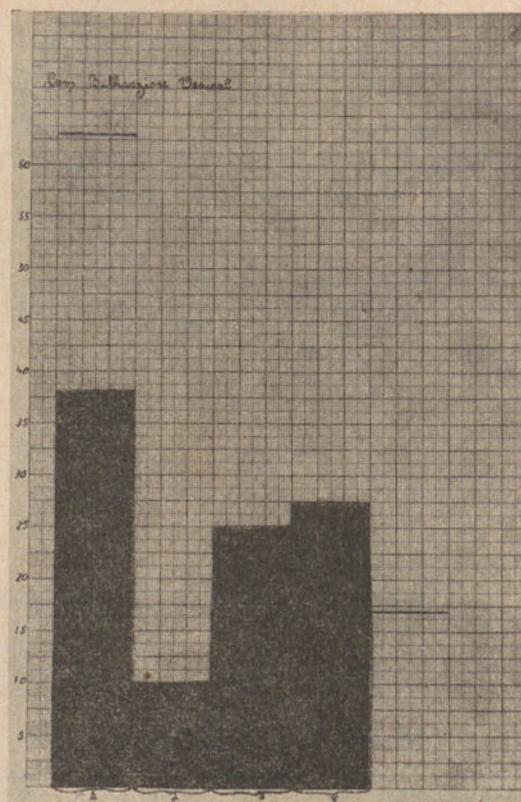


Fig. 18

Fracções proteicas no soro sanguíneo de nativos do Sul do Save sofrendo de bilharziose vesical

apenas 40 os tiveram depois do tratamento das helmintíases intestinais.

O Dr. Pinto Ribeiro verificou ainda que a bilharziose se deve considerar como uma importante causa de mortalidade infantil e ainda como causa da morte do feto. Como já referi, em 433 crianças que o distinto médico observara de semanas até aos 2 meses de idade, 52 eram portadoras de bilharziose congénita, apresentando-se as crianças infectadas

num estado de elevada miséria orgânica que o tratamento específico fez melhorar. Pela acção depauperante que tem sobre a mãe, a doença contribui ainda para que as crianças nasçam num estado de debilidade orgânica que as predispõe para outras doenças intercorrentes.

d) *Prova do desenvolvimento físico e do estado progressivo das populações* — O Dr. Pinto Ribeiro notou tam-

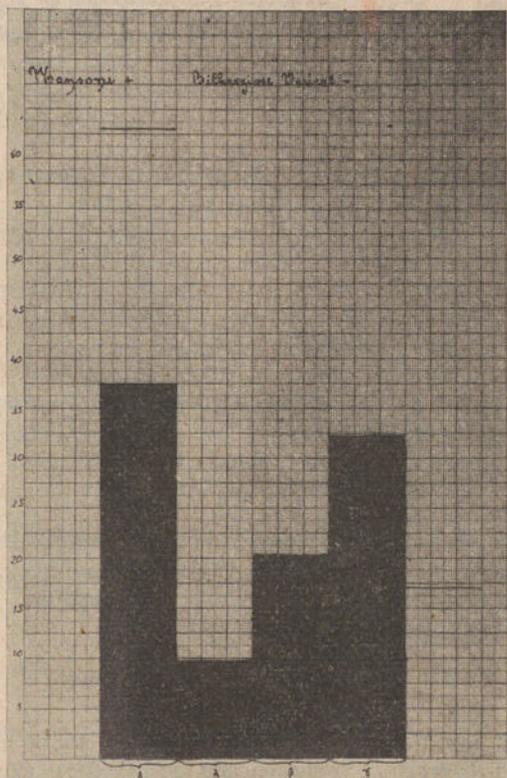


Fig. 19

Fracções proteicas do soro sanguíneo de nativos do Sul do Save, sofrendo de bilharziose intestinal

bém que o tratamento quer das helmintíases, quer da bilharziose provoca um aumento de peso dos doentes em média de 2 Kgrs. mas que chega por vezes a 10 e 12 Kgrs.. Em 988 doentes tratados apenas dois conservaram o mesmo peso, pelo que se concluiu que praticamente não há portadores sãos da bilharziose. Paralelamente o estado trófico dos tecidos melhorou, o que se traduziu por um aspecto mais favorável das populações que se tornaram mais activas e decididas, dando a impressão de saúde e fartura.

e) *Provas da morbilidade e da mortalidade gerais* — O Dr. Pinto Ribeiro refere ainda que se verifica entre as populações tratadas de helmintíases intestinais e da bilharziose vesical uma redução notável da mortalidade ao mesmo tempo que se verifica uma baixa da morbilidade, em face de as doenças referidas actuarem como causas eficientes ou adjuvantes de outras doenças.

f) *Prova da importância económica* — Pela repercussão da bilharziose na saúde e bem estar dos povos, como consequência dos malefícios a ela devidos e a que nos vimos referindo, é natural que a sua economia seja também afectada.

Não é fácil fazer tal determinação nem há, por isso muitos estudos realizados sobre o assunto. Três exemplos, porém, atestam a repercussão que a bilharziose tem na vida económica dos povos.

Assim, no Egipto está avaliado que o prejuízo causado anualmente pela bilharziose se deve computar em vinte milhões de libras. Com base neste cálculo e tendo em atenção que a provável taxa de infestação da nossa província de Moçambique é de cerca de 60 %, calculamos que o prejuízo devido aqui à doença se deve computar em 500.000 contos.

Também entre as tropas americanas que operaram em

Leyte nas Filipinas durante a última grande guerra houve dois mortos por 1.700 casos de bilharziose japonicum. Por aqui se calculou que a doença, fez perder 300.000 dias — homem e o prejuízo local foi avaliado em 3 milhões de dollars.

Estes exemplos permitem revelar a importância da bilharziose na economia dos povos.

3) *Conclusões* — Em face do exposto creio que podemos concluir que a bilharziose é uma doença das mais depauperantes das populações nativas em África, quer como resultado da sua alta incidência, quer em virtude das manifestações a que directamente dá lugar, quer porque actua como adjuvante e predisponente para a acção maléfica de outros males.

É certo que há ainda quem admita que as bilharzioses são doenças geralmente bem toleradas pelas populações. Deve dizer-se, a propósito, que o estado de equilíbrio em que as populações vivem perante tais afecções não é mais que aparente e só a dificuldade de podermos apreciar o mal por elas causado pode levar a esse conceito.

Também convém referir que alguma diferença existe entre a forma hematobium e a forma mansoni, a favor duma maior gravidade da última, em face especialmente da repercussão que tem muitas vezes sobre o fígado e baço.

A propósito deve dizer-se que também a bilharziose hematobium se acompanha de hipertrofia do baço, sobretudo na idade infantil. Assim, o Dr. Pinto Ribeiro verificou em 51 crianças portadoras de bilharziose vesical e esplenomegalia, uma redução no baço em 45, após o tratamento pelo tartaro emético.

Compreende-se, pois, pelo que se referiu, que os países a quem o problema das bilharzioses respeita se preocupem em obter-lhe uma solução capaz, pois de outra forma con-

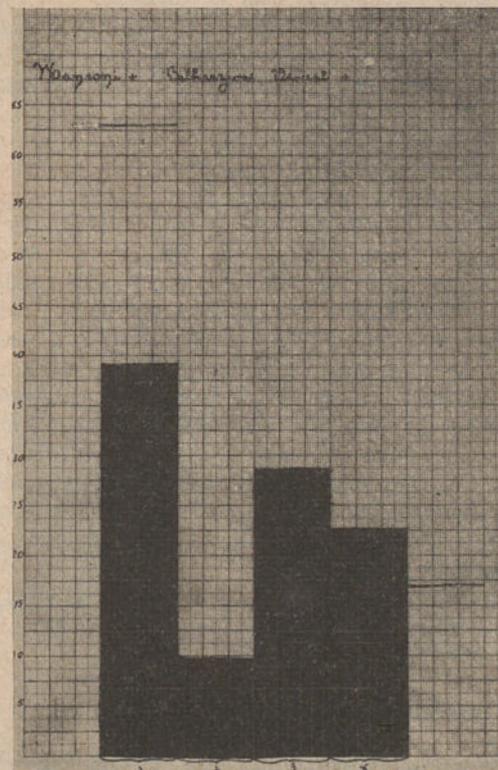


Fig. 20

Fracções proteicas de soro sanguíneo de nativos do Sul do Save, sofrendo de bilharziose vesical e bilharziose intestinal

tinuará a agravar-se em face de dia a dia se irem criando em África condições cada vez mais favoráveis à sua expansão e gravidade.

Vejamos, porém, as dificuldades que nos oferece o combate às bilharzioses e depois os meios de luta de que actualmente se pode lançar mão contra a endemia.

(Conclue no próximo número)

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

As anemias

Apareceu recentemente, na colecção «Comment traiter» um livro de Bernard Dreyfus sobre as anemias. Transcrevemos a seguir a primeira sobre «Definição, Classificação e Semiologia» e a última parte sobre «Algumas etiologias importantes de anemias».

AS ANEMIAS

Classificação — Semiologia

Em virtude de se desconhecer a causa dum certo número de anemias, não é ainda possível estabelecer uma classificação etiológica útil.

A fisiopatologia das anemias resume-se a três grandes mecanismos: 1.º a destruição excessiva dos glóbulos rubros ou hemólise anormal; 2.º hemorragia; 3.º insuficiência da produção das hemácias pela medula óssea, que pode ser a consequência: a) da falta ou insuficiência das divisões das células reticulares da matriz hemopoiética; b) duma perturbação da maturação dos glóbulos vermelhos jovens, ou eritroblastos, elaborados pelas células reticulares; esta perturbação é a consequência da insuficiência da entrada ou da utilização dos elementos requeridos para a maturação das hemácias e, em primeiro lugar, de proteínas, de ferro e dos factores de crescimento: vitamina B₁₂, ácido fólico, etc.

O conhecimento do mecanismo da anemia é um guia essencial para o estabelecimento do diagnóstico da variedade da anemia em causa e do seu tratamento. Há duas eventualidades em que este mecanismo aparece, em geral, rapidamente evidente: quando se trata duma anemia por hemorragia abundante ou duma anemia por hemólise. Estas duas noções orientam, em princípio, as investigações. No entanto, na maior parte das anemias em que é afectado o órgão de elaboração, a medula óssea, assim como em certas anemias por hemorragias ocultas ou hemólise fruste, o mecanismo de desglobulização não aparece de início. O elemento de orientação essencial é, agora, fornecido por certos dados do exame do sangue, especialmente o volume globular médio e a carga em hemoglobina das hemácias, ou valor globular. O exame é orientado pelos ensinamentos adquiridos, pelo inquérito etiológico, pelo estudo do mecanismo de anemia e pelas directrizes terapêuticas.

A classificação mais útil sob o ponto de vista médico, é mista, isto é, morfológica e fisiopatológica. Distingue cinco grandes tipos de anemias:

1 — Anemias normocitárias e normocrómicas:

O volume globular médio, a carga em hemoglobina de cada hemácia e o valor globular são normais. Os valores são de 80 a 90 μ^3 para o volume, de 28 a 32 $\gamma\gamma$ para a carga e de 0,80 a 1 para o valor globular.

2 — Anemias macrocitárias e hiperocrómicas:

O volume globular médio é superior ao normal, atingindo 95 a 160 μ^3 . A carga de cada hemácia em globulina vai de 32 a 50 $\gamma\gamma$. O valor globular é superior à unidade e pode atingir 1,8.

3 — Anemias microcitárias e hipocrómicas:

O volume globular médio é inferior ao normal e varia de 50 a 80 μ^3 . A carga de hemoglobina está diminuída e vai de 15 a 27 $\gamma\gamma$. O valor globular é baixo e varia de 0,30 a 0,80.

4 — Anemias hemolíticas:

Podem ser microcitárias, normocitárias ou macrocitárias, isocrómicas ou hiperocrómicas.

5 — Anemias das hemorragias:

Umam sucedem-se a uma hemorragia aguda abundante e são normocitárias ou macrocitárias e isocrómicas; as outras, sucedem-se a hemorragias moderadas ou repetidas, são microcitárias e hipocrómicas.

*

Resumiremos os caracteres clínicos de todas as anemias, assim como a técnica e o significado dos exames hematológicos, que é necessário pedir, para classificar a anemia num dos cinco grupos definidos e chegar a um diagnóstico etiológico.

SEMIOLOGIA DAS ANEMIAS

Os sinais clínicos

A palidez é o grande sinal da anemia; é sobretudo pronunciada ao nível das mucosas (conjuntivas, lábios, gengivas); é também útil nas unhas. A pele é branca, muitas vezes com uma mistura de amarelo ou cinzento (colorações idênticas observam-se, por vezes, nos indivíduos que não são anémicos).

Os sinais *cardio-vasculares*, muitas vezes, estão em primeiro plano; é frequente que um anémico comece por ser examinado em primeiro lugar pelo cardiologista. Existe, unicamente, a dispneia de esforço e a taquicardia, associada ou não a sopros, sobretudo sistólicos, do apex, sem irradiação. Muitas vezes, também, o doente, sobretudo se se trata dum individuo idoso, sofre dum verdadeiro angor ou, então, constatam-se nele os sinais característicos duma insuficiência cardíaca em que são habituais o edema, a hepatomegália, os sarridos nas bases e a cardiomegália. Todos estes sintomas desaparecem ou atenuam-se consideravelmente com a correcção da anemia.

A febre, habitual, moderada, contínua, contribue para mascarar o diagnóstico, quer exista isoladamente ou associada a sinais cardio-vasculares, mais acentuados, se a anemia se acompanha de esplenomegália.

As outras, as vertigens, os zumbidos, as moscas volantes, isoladas ou associadas aos sintomas precedentes, num individuo em que a tensão arterial é normal, orientam-nos para a anemia.

As manifestações *neurológicas* do tipo da esclerose combinada da medula, de perturbações digestivas, sobretudo a diarreia, são os sinais de certas etiologias.

A sua significação pode aparecer, de início, se a palidez é notável. Além disso, a contagem globular e o doseamento da hemoglobina constituem os primeiros passos no caminho do diagnóstico.

As desglobulizações agudas, que são a consequência de hemorragias e de hemólise aguda, constituem problemas especiais que serão encarados com estas etiologias.

O *exame clínico* de todo o anémico deve, naturalmente,

dirigir-se a todos os aparelhos. Os elementos mais importantes são:

- a pesquisa duma hepatomegália, duma esplenomegália e de adenopatias;
- o exame dos ossos, a pesquisa de dores provocadas e de tumefacções ósseas;
- o exame da pele (púrpura e diversas erupções);
- o exame da boca, das gengivas, das amígdalas (onde se situam, por vezes, lesões inflamatórias, necróticas ou hemorrágicas) e da língua, por vezes atingida de glosite atrofica;
- a pesquisa de perturbações da sensibilidade profunda e de parestesias nos membros inferiores.

O interrogatório é, muitas vezes, o tempo de exame que fornece os esclarecimentos essenciais: a existência de hemorragias (sobretudo digestivas ou uterinas); contacto profissional ou terapêutico com produtos considerados nocivos para a medula óssea. É importante procurar as carências alimentares e os abusos etílicos. Os antecedentes pessoais, sobretudo se revelam infecção crónica ou cancro (operado ou não), os antecedentes familiares, que podem, de início, revelar a existência de casos análogos, são, igualmente, dum interesse evidente para o diagnóstico.

Os sinais hematológicos, o número de hemácias e o doseamento da hemoglobina permitem o diagnóstico da anemia, fornecendo números inferiores ao normal.

O volume globular médio normal é igual a $\frac{435}{5} = 87 \mu^3$ e é estabelecido pelo cociente entre:

$$\frac{\text{Volume de hemácias em cm}^3 \text{ p. } 1.000 \text{ cm}^3}{\text{Número de hemácias em milhões p. mm}^3}$$

Os valores extremos variam de 80 a 90 μ^3 . A macrocitose é definida por um volume globular médio superior a 90 μ^3 e a microcitose por um volume globular médio inferior a 80 μ^3 .

O diâmetro globular médio tem valores normais da ordem de 7,5 μ . A mensuração do diâmetro de 100 hemácias permite traçar a curva de Price-Jones, que é normalmente uma curva em campânula, testemunho duma anisocitose normal, cujo vértice corresponde a 7,5 μ diâmetro da maioria das células.

As variações do diâmetro médio vão, por vezes, a par com as do volume globular médio. Um outro factor intervém nas modificações deste último: a espessura das hemácias.

A espessura média das hemácias mede-se directamente pelo exame duma gota de sangue fresco entre lâmina e lamela. O micrómetro ocular mede o número de células dum aglomerado ou cilindro de hemácias escolhidas, o mais espesso e o mais rectilíneo possível, e as dimensões destas. Uma regra de três indica a espessura duma hemácia. Este exame é repetido várias vezes, e a média destas medidas dá a espessura média, que é da ordem de 2 μ .

O teor da hemoglobina de cada hemácia aprecia-se por dois métodos:

1.º — O mais utilizado em França estabelece o valor globular ou a relação entre a hemoglobina dada em percentagem da normal que é de 100, e a percentagem dos glóbulos vermelhos, em relação à normal. Este último é dado pela fórmula $\frac{N \times 100}{5} = N \times 20$, sendo N o número de glóbulos por milímetro cúbico e 5 o valor normal de 5 milhões.

Portanto:

$$\text{Valor globular} = \frac{\text{percentagem de hemoglobina}}{\text{n.º de gl. vermelhos} \times 20}$$

(normalmente = 1 com variações de 0,80 a 1).

2.º — O segundo método estabelece o teor globular médio em hemoglobina ou a relação

$$\frac{\text{hemoglobina em gramas por litro}}{\text{glóbulos rubros em milhões p. mm}^3}$$

O teor das hemácias em hemoglobina aprecia-se, embora grosseiramente, nos esfregaços corados, pela intensidade e difusão da coloração vermelha da célula. Esta é rejeitada à periferia

pela extensão da zona clara mediana; e é franca e uniformemente difundida nas anemias hipercrómicas.

A anemia hipercrómica é definida por um valor globular superior a 1 e um teor globular médio em hemoglobina superior a 32 $\gamma\gamma$.

A anemia hipocrómica é definida por um valor globular inferior a 0,80 e um teor globular médio inferior a 27 $\gamma\gamma$.

Os exames complementares

É de regra completar estas medidas, que permitem situar a anemia num dos grupos de classificação, pelos exames que ajudam a precisar o seu mecanismo e, por vezes, a sua etiologia.

1.º Verificam-se *anomalias das hemácias*: poiquilocitose e anisocitose.

2.º Certas anomalias são reveladas pelos *corantes*: o May-Grunwald-Giemsa põe em evidência a policromatofilia ou coloração cinzento-violácea das hemácias jovens; as granulações basófilas das hemácias pontuadas das anemias tóxicas; os restos nucleares, corpos de Jolly e anéis de Cabot, hemácias de anemias hemolíticas, tóxicas e megaloblásticas. Com colorações vitais, tipo azul crésil brilhante, vêem-se os reticulócitos que constituem o estado intermediário entre o eritroblasto acidófilo e a hemácia adulta, cuja taxa normal é inferior a 2 p. 100, em que o número aumenta como o das hemácias policromatófilas no decurso das anemias hemorrágicas e hemolíticas e todas as vezes que a eritropoiese é anormalmente activa; sempre com o azul crésil brilhante, observam-se as hemácias com os corpúsculos de Heinz, arredondados e periféricos, de certas anemias tóxicas; com o azul da Prússia: os siderócitos aparecem no decurso das anemias hemolíticas e depois da esplenectomia.

3.º Pesquisam-se no sangue as *hemácias nucleadas* ou eritroblastos.

4.º O *mielograma* precisará vários pontos: a) A relação *eritroblastos*, = normalmente de um quarto, pode ser diminuída *granulócitos* por hipoplasia eritroblástica ou por hiperplasia granuloblástica infecciosa ou leucósica. As modificações desta relação podem, inversamente, fazer-se no sentido dum aumento de eritroblastos,



em processos
inflamatórios

inibição geral

com **Cortef**®

marca da
hidrocortisona
(composto F)

Comprimidos de Cortef

frascos de 25 comprimidos
de 10 mg. cada um

® MARCA REGISTRADA

Fornece-se literatura clínica
aos médicos que a solicitarem

Upjohn

Productos farmacêuticos superiores desde 1886

UPJOHN OF ENGLAND, LTD.

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

cujos número iguala ou mesmo ultrapassa o dos granuloblastos no decurso das anemias hemolíticas, post-hemorrágicas, sideropénicas e das cirroses hepáticas.

b) O mesmo desvio desta relação é dado pela anemia de Biermer, em que a morfologia das hemácias nucleadas não é eritroblástica mas megaloblástica. Uma morfologia anormal das hemácias nucleadas ajuda igualmente a fazer o diagnóstico de anemia por eritromielose aguda, por cancro metastático dos ossos e por sideropenia.

c) O empobrecimento global em células nucleadas dum esfregaço de punção esternal, onde figuram plasmócitos e linfócitos, confirma o diagnóstico de anemia aplásica ou hipoplástica.

d) A infiltração da medula óssea por células estranhas ou monstruosas permite ainda o diagnóstico de anemia por metástase óssea de epiteloma, mieloma, leucose, sarcomatose.

e) O estudo das células da linha granulosa, dos megacariócitos, geradores das plaquetas e, por vezes, a pesquisa de parasitas (*Leishmania*, hematozoários) são igualmente importantes.

5.º A necessidade de pôr em evidência uma *hiperbilirubinogénese* faz empreender uma série de pesquisas de hemólise.

6.º Deve ser estudada a *crase sanguínea*.

7.º As *punções de órgãos* e o estudo citológico dos esfregaços de punções esplênicas, ganglionares, hepáticas, muitas vezes, são muito úteis para reconhecer a causa duma anemia.

8.º Certos *doseamentos*, que não entraram ainda na prática corrente, têm grande interesse: em especial o estudo da *sideremia* e talvez o da *cupremia*, o doseamento da *protoporfirina* eritrocitária livre e o exame de espécie do ferro radioactivo injectado.

ALGUMAS ETIOLOGIAS IMPORTANTES DE ANEMIAS

1 — Anemias da gravidez.

A fórmula hematológica de toda a gravidez é modificada pela existência duma hidremia moderada que aparece desde as primeiras semanas e que vai aumentando até ao 8.º mês. A massa sanguínea total aumenta 25 p. 100, no oitavo mês. Sendo a massa plasmática maior que a massa globular, resulta que a contagem globular dá, nos últimos meses da gravidez, números de 3,5 a 4 milhões, e que a hemoglobina dê, em média, 12 gr. p. 100 com um hematócrito de 32 p. 100 a 35 p. 100. Quando a hemoglobina é inferior a 10 gr. p. 100, está em causa uma anemia verdadeira.

Na grande maioria dos casos trata-se duma anemia hipocrômica. A frequência desta é de 2 p. 100 a 6,5 p. 100 das gravidezes, segundo estatísticas que dizem respeito a cerca de 2.000 casos. A realidade da anemia é confirmada por uma taxa muito baixa do ferro sérico, variando de 20 a 50 γ p. 100, contra um limite normal médio de 75 γ p. 100. A capacidade virtual da fixação férrica aumenta e ultrapassa 300 γ p. 100. A cupremia sérica aumenta em 300 a 350 γ p. 100 para um número médio normal de 116 γ p. 100, assim como a protoporfirina livre, que é superior a 60 γ p. 100. O tratamento desta anemia hipocrômica pelo ferro *per os* é, em geral, satisfatório. A indicação das injecções endovenosas é uma consequência da intolerância digestiva ao ferro *per os* ou pela necessidade de actuar rapidamente.

Têm-se obtido bons resultados com sacarato de ferro. Se é necessário agir rapidamente, sabendo-se os riscos a que estamos sujeitos com as injecções endovenosas de ferro, convém recorrer à transfusões de glóbulos vermelhos desplasmatizados. É necessário levar a hemoglobina a 10 gr. p. 100 no momento do parto, em virtude da possibilidade da hemorragia da dequitação e do choc obstétrico.

É excepcional a anemia macrocitária e megaloblástica da gravidez; trata-se com ácido fólico. As anemias normocrômicas normocitárias, não são raras; é necessário procurar uma infecção latente, habitualmente pielonefrítica ou uma hiperazotemia. Esta última é responsável pelas grandes anemias do puerpério. O mielograma mostraria uma hipoplasia eritroblástica que não aparece nos outros tipos. Não se conhece ainda o significado das anemias hemolíticas no decurso da gravidez. O tratamento das anemias normocrômicas consiste em transfusões de sangue total, ou melhor, de glóbulos libertados do seu

plasma. A luta contra a infecção ou o regime hipoazotado são, por vezes, indicados.

2 — Anemia das infecções crónicas.

As infecções crónicas são uma das causas mais frequentes de anemia observadas num serviço de medicina. Raramente constituem um problema de diagnóstico. A sua fórmula é microcitária e hipocrômica. Sabe-se que são rebeldes ao tratamento pelo ferro. Desaparecem com a cura da infecção em causa. Se esta se arrasta e a taxa hemoglobínica se mantém muito abaixo do normal, o único tratamento eficaz é a transfusão. Encontram-se também anemias normocitárias.

3 — Anemia do Cancro.

Os cancros constituem, também, uma das mais frequentes causas de anemia. O mecanismo desta e o seu tipo hematológico são variáveis. Em 116 casos de anemia cancerosa, a frequência dos diversos tipos era a seguinte: anemias hemorrágicas: 28,5 p. 100; anemias hemolíticas: 2,6 p. 100; anemias por metástase na medula óssea: 56 p. 100; associadas a hemorragias: 12,9 p. 100.

As hemorragias têm como causa habitual o próprio tumor, mas são também, por vezes, a consequência duma trombopenia provocada por uma mielose displásica ou aplásica, por metástase óssea. A existência duma anemia por metástase cancerosa dos ossos é, muitas vezes, evocada, de início, por uma eritroblastose sanguínea importante. Este sintoma, quando é excluída uma hemólise, é quase sempre a consequência ou duma metástase óssea, ou duma metaplasia da medula óssea, leucósica, mielomatosa, sarcomatosa e excepcionalmente eritroblástica (doença de Di Guglielmo), ou duma esplenomegália com metaplasia mielóide. A descoberta da natureza cancerosa e metastática da mielose é, muitas vezes, dada pelo mielograma. O tratamento da anemia cancerosa resume-se em transfusões. O ferro está indicado, se a anemia é hipocrômica.

4 — Anemia da insuficiência renal.

No decurso da insuficiência renal aguda tóxica, infecciosa ou hemolítica, é habitual a anemia. É também habitual encontrar-se uma eritroblastopenia extremamente intensa e passageira pela análise do mielograma.

No decurso da insuficiência renal crónica é constante haver anemia normocrômica e normocitária ou microcitária e isocrômica; a sua severidade segue a da hiperazotemia. É de regra haver uma hiperleucocitose com polinucleose. A anemia pode ser a reveladora da nefropatia. O mielograma mostra uma hipoplasia e raramente uma aplasia eritroblástica; a granulopoiese e os megacariócitos são inalteráveis.

O doseamento da ureia sanguínea permite o diagnóstico. Esta anemia é refractária; não se consegue a sua melhoria com a da insuficiência renal. São úteis as transfusões sanguíneas substitutivas.

5 — Anemias das leucoses.

As leucoses são, muito frequentemente, causas de anemias, e esta complicação as revela, muitas vezes.

As formas aleucémicas das leucoses linfóides e sobretudo blásticas são correntes, se bem que, nestes casos, não apareça, de início, a etiologia da anemia. Os sinais clínicos são, naturalmente dum grande auxílio, mas a latência absoluta de certas anemias blásticas é um facto corrente. A fórmula hematológica da anemia é variável: ora normocrômica e normocitária, ora macrocitária com um valor globular de 1, ou ligeiramente abaixo do normal, ora ainda microcitária e hipocrômica se o doente sangra. A fórmula branca constitui um elemento importante com a granulopenia que revela.

A importância da leucopenia é função da severidade desta rarefacção dos polinucleares; a taxa dos linfócitos está, ou normal, ou igualmente baixa. O número de plaquetas está diminuído e verificam-se cicatrizes vasculares e sanguíneas que acompanham este sinal.

No sangue, encontram-se, por vezes, alguns eritroblastos, e identificam-se, por vezes, algumas células difíceis de classificar, mas suspeitas de serem leucoblastes. A natureza exacta da doença reconhece-se pelo mielograma.

Posta de parte a eventualidade em que hemorragias abundantes justificam a anemia, o mecanismo desta não está francamente estabelecido. Era clássico atribuí-la à aplasia da medula eritropoiética «comprimida» pela proliferação leucósica; estudos recentes insurgem-se contra esta concepção e parecem atribuir o facto a uma eritropoiese aumentada. Seria necessário, então, conceber um processo de destruição excessiva das hemácias nos leucémicos.

A anemia pode ser corrigida, unicamente, pelos tratamentos paliativos da leucose, quando estes actuassem. É o caso de certas formas de leucose aguda, momentaneamente melhoradas

pela cortisona ou os antifólicos, e das formas crónicas, sensíveis à radioterapia ou à iverite azotada. Nos casos muito frequentes de leucose aguda do adulto onde não se obtém nenhuma melhoria por estes meios, as transfusões abundantes e repetidas, conduzidas como foi descrito no capítulo, das aplasias, permitem manter, por algum tempo, a taxa normal dos glóbulos rubros. O estado geral melhora nitidamente durante este período. Parece que verdadeiras remissões excepcionais possam ser atribuídas, unicamente, a esta terapêutica ou, mais vezes, às exsanguinotransfusões.

RESUMOS DA IMPRENSA MÉDICA

Reacções anafiláticas à penicilina, in J. A. M. A., 151, n.º 5, 351: 1953.

Os autores deste trabalho fazem uma revisão de conjunto acerca dos diversos tipos de reacções anafiláticas devidas à administração da penicilina, que, em sua opinião, são muito mais frequentes do que a literatura refere, especialmente os casos mais graves.

As reacções mais frequentemente encontradas são as do tipo de doença do soro com erupção urticariforme (em cerca de 6 % de todos os doentes que recebem penicilina), seguindo-se-lhe, em ordem de frequência, as do tipo de dermatites de contacto, dermatite exfoliativa, etc., e, finalmente, os síndromas agudos de choque anafilático.

Referem todos os casos publicados na literatura mundial deste último tipo, incluindo os que foram mortais.

Citam e comentam, em seguida, 6 novos casos do mesmo tipo, dos quais um rapidamente mortal, casos esses que conseguiram reunir num espaço de tempo relativamente curto.

Pensam, por isso, que, tais casos, sejam bastante mais frequentes do que se supõe e crêem que, devido ao largo uso e abuso da penicilina, eles venham a ser cada vez mais frequentes por serem cada vez mais numerosos os indivíduos que se tornam hipersensíveis à penicilina.

Todos os casos citados no presente artigo já tinham recebido um ou mais tratamentos por penicilina e quatro já tinham manifestado sinais de hipersensibilidade à droga, hipersensibilidade que sempre foi facilmente comprovada por provas cutâneas, com soluções muito diluídas de penicilina.

Note-se que estas simples reacções intradérmicas podem ser muito perigosas; em um dos casos citados, tal prova foi quase fatal para o doente, visto ter desencadeado, além da reacção local, também um choque anafilático.

Os AA. propõem, por isso, que se utilizem naquela prova, só soluções muito diluídas de penicilina e que em vez de em injeção intradérmica se utilizem escarificações cutâneas.

Em todos os casos estudados foi possível transmitir, passivamente a hipersensibilidade específica.

Insurgem-se, os AA., e com razão, contra o uso indiscriminado de penicilina, em pastilhas, em colutórios, em tópicos, em pomadas, em goma de mascar, em pastas dentífricas, etc. e, parentéricamente, em casos de coriza, gripe, síndromas infecciosos indeterminados, etc., o que só tem contribuído e cada vez contribuirá mais para o aumento de indivíduos hipersensíveis à penicilina.

Terminam o seu artigo preconizando um certo número de cautelas indispensáveis que devem anteceder toda a terapêutica penicilínica (interrogatório cuidadoso do passado terapêutico e, se necessário, prova cutânea) e uma educação bem conduzida da população e, até, dos médicos contra o emprego indiscriminado da penicilina.

L. C. M.

Salicil-azo sulfapiridina na colite ulcerosa, in J. A. M. A., 151, n.º 5, 351: 1953.

O A., depois de fazer breves considerações acerca das diversas medidas terapêuticas empregadas na colite ulcerosa

e dos respectivos resultados, ocupou-se do emprego de um composto sulfamidado, a salicil-azo-sulfapiridina, naquela afecção.

Foi Svartz quem, na Suécia, experimentou primeiramente aquela droga em doentes de colite ulcerosa e de artrite reumatóide, em 1941. Obteve bons resultados em cerca de 90 % dos doentes, mas muitos recidivaram, segundo o A. por as doses utilizadas terem sido demasiado pequenas.

Bargen, que introduziu a droga nos E. U. A., afirmou, depois de a ter experimentado em mais de 300 doentes, que se tratava do agente terapêutico mais eficaz de todos, até ao momento, experimentados, na colite ulcerosa.

Mais recentemente Morrison afirmou que cerca de 18 % dos doentes não podiam suportar aquele medicamento, nas doses necessárias, devido a desagradáveis reacções secundárias.

No presente trabalho, o mesmo A. — Morrison — refere os resultados obtidos numa série mais extensa de doentes, estudo este em que se seguiram, também, testemunhas.

A salicil-azo-sulfapiridina, quimicamente o ácido benzolsulfanil (amino-piridina) — azo-salicílico, mostrou ter particular afinidade para o tecido conjuntivo, onde se deposita,



em **potência anti-inflamatória**
artrite reumatóide

com **Cortef** ^{*}
marca da hidrocortisona (composto F1)

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

decompondo-se, parcialmente, com libertação, local e no sangue, de sulfapiridina e de ácido-amino-salicílico.

Neste novo estudo foram tratados 60 doentes, seguidos durante, pelo menos, três anos. Em todos, o diagnóstico de colite ulcerosa grave crónica foi estabelecido de forma indubitável. Sofriam a doença desde há 4 meses a 25 anos.

A droga foi-lhes administrada *per os* na dose de 1,5 g. (3 comprimidos de 0,5 g.) cada 3 horas, excepto durante o período do soro, durante 2 semanas; após uma pausa de 2 semanas, repetiu-se idêntico tratamento; tratamentos idênticos foram repetidos por mais do que uma vez em alguns doentes. Em alguns casos as doses acima indicadas variaram ligeiramente, conforme a necessidade dos sintomas da doença ou das reacções secundárias devidas à droga. Ao mesmo tempo: dieta apropriada, vitaminas e terapêutica sintomática mínima.

Entretanto foram seguidos 60 outros doentes, em condições semelhantes, e aos quais só se aplicavam as medidas terapêuticas sintomáticas.

Os resultados mostraram que a salicil-azo-sulfapiridina é muito eficaz na supressão dos mais incomodativos sinais da colite ulcerosa (dores, diarreia sanguinolenta e febre).

Dos 60 doentes, 47 (79 %) suportaram muito bem o tratamento. Destes últimos 11 (18 %) ficaram completamente livres de quaisquer queixas — clinicamente curados — e essa cura mantinha-se até ao fim de 3 anos após terminado o tratamento, enquanto isso só se verificou em 5 % dos doentes-testemunhas, não tratados. Melhoraram muito 52 % dos doentes tratados e só 32 % dos não tratados com aquela droga. Pioraram só 4 % no grupo tratado em relação com 10 % no grupo não tratado.

Surgiu intolerância à droga em 13 doentes (21%), mas nunca se verificou qualquer acidente importante e os sinais de intolerância desapareceram imediatamente com a suspensão da droga.

L. C. M.



em prurido
anal e vulvar *eficácia*

com
pomada de
acetato de
Cortef*

MARCA DA HIDROCORTISONA (COMPÔSTO 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 registrada

Upjohn

Productos farmacêuticos superiores desde 1886

UPJOHN OF ENGLAND, LTD.

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

Os antibióticos nas infecções respiratórias não bacterianas — JONES e MANNING — J. A. M. A. — CLIH:262; Sept. 26, 1953.

Os autores apresentam os resultados dos seus ensaios terapêuticos em 150 doentes com sindromas não bacterianos com o aspecto clínico da influenza. Experimentaram nesses enfermos o ácido acetilsalicílico (6 decigramas de 6 em 6 horas), a terramicina (5 decigramas de 6 em 6 horas), e eritromicina (2 decigramas, com o mesmo intervalo).

Do grupo total, 54 foram tratados com a aspirina, 76 com a terramicina e 20 com a eritromicina.

Em média, para a totalidade dos 150 doentes, a temperatura normalizou-se em 37 horas, contadas a partir do momento da admissão do paciente. Mas esse período foi de 30 horas para o grupo tratado com ácido acetilsalicílico, de 41 horas para os sujeitos à acção da terramicina, e 42 horas para os que fizeram eritromicina.

Nesta série de doentes não se verificaram infecções secundárias bacterianas, quer fossem tratados com aspirina quer com os antibióticos.

Parece, em consequência disto, que a administração sistemática, por rotina, de antibióticos nas «constipações» e influenza, com o fim de evitar as invasões bacterianas secundárias, não está estatisticamente justificado.

Se surge tal infecção secundária, então, evidentemente, deve empregar-se o antibiótico apropriado.

Os antibióticos no tratamento da bronquite crónica — MAY — LANCET — CCLXI:899; Oct. 31, 1953.

Ensaio terapêutico, com adequado estudo clínico, laboratorial e bacteriológico, em 39 doentes.

Dois microorganismos, o «Haemophilus influenzae» e o «Pneumococcus» parece terem muito maior importância do que quaisquer outros na etiopatogenia da bronquite crónica, aparecendo muito mais abundantemente e frequentemente na expectoração purulenta da bronquite, do que na expectoração mucosa. Por outro lado tem-se visto que essas bactérias desaparecem da expectoração quando desaparece o puz, voltando a ela com a reparação deste.

Essa transformação dos escarros purulentos em mucosos, com diminuição da sua quantidade, pode ser obtida por adequada quimioterapia; mas na maioria dos doentes, especialmente dos portadores do «H. influenzae», observam-se recaídas, que surgem rapidamente após a suspensão do tratamento. Tais recaídas podem acompanhar-se mesmo de sintomas gerais (febre, mal estar).

Os doentes que emitem expectoração apenas mucosa, parece que não beneficiam da quimioterapia, sejam quais forem as bactérias presentes.

A transformação do escarro purulento em mucoso, obtida pela quimioterapia, pode agravar o estado clínico, os sintomas anteriores à instituição dessa terapêutica. Isso é devido à extrema viscosidade da expectoração mucosa, que é muito difícil de expectorar e aumenta a dispneia que aflige o doente.

Estes simples factos levantam o problema do papel desempenhado pela infecção bacteriana na patogenia do estado clínico habitualmente chamado bronquite crónica. Na maioria dos doentes a quimioterapia antibacteriana parece capaz, apenas, de transformar a expectoração de purulenta em mucosa e os pacientes com expectoração mucosa não beneficiam de tal tratamento, clinicamente, pelo menos. Tudo isto sugere que na bronquite crónica a infecção bacteriana é um fenómeno secundário. A sua importância como causa de hipersecreção de muco, que aparentemente é fundamental nesta afecção, não foi ainda determinada, assim como o papel dos vírus.

Os microorganismos de duvidosa patogenidade nos pulmões (especialmente o Strep. vividans, Strepococos não hemolíticos, e a «Neisseria catarrhalis»), encontram-se quase sistematicamente, tanto na expectoração purulenta como na mucosa, assim como nas vias aéreas superiores dos mesmos pacientes.

SUPLEMENTO

A APRESENTAÇÃO DE ORIGINALS

J. Bjerneboe, editor e redactor chefe do *Tidsskrift for den Norske Laege forening* apresentou uma curiosa comunicação à IV Reunião Anual dos Redactores da Imprensa Médica sobre a responsabilidade do autor e do editor na preparação dos originais para publicação.

Algumas das suas conclusões merecem um comentário focando eu agora as que se referem à responsabilidade na preparação do manuscrito.

Em primeiro lugar, os autores não estimulam o interesse dos leitores nos seus escritos. Os títulos são anodinos e não se encontram subtítulos sugestivos. Embora o artigo tenha interesse o leitor nem sequer o começa a ler. Creio que isto se deve a duas ordens de factores um pouco opostas: receio que um título ousado não seja considerado científico e desconhecimento do valor e da maneira de apresentar com interesse o artigo. Quem escreve pretende ser lido — dizer o contrário é falsa modéstia. Portanto, há que ensinar os autores que o título e a apresentação podem condicionar o êxito e a expansão do seu trabalho.

Como complemento do título, o primeiro parágrafo deve criar uma curiosidade natural no leitor. Bjerneboe pretende que os editores refaçam, sempre que não o entendam interessante, o primeiro parágrafo. Não perflho da opinião desta interferência tão contrária à nossa maneira de ser, mas sempre que recebo um manuscrito que se inicie por uma fatigante enumeração histórica posso garantir que poucos leitores terão a coragem de entrar no assunto propriamente dito. Às vezes apetece-me realmente cortá-lo ou substituí-lo e não o faço porque poucos autores compreenderiam que isso se destinava a ser-lhes útil.

O autor deve ter um estilo que todos compreendam. Alguns parece que é propositadamente que escrevem em estilo obscuro, ao ponto de por vezes não se entender o que pretendem, o que, na Escandinávia, é comum nos psi-

quiатras. Lá como cá. O pior, a meu ver, é que há leitores, que receosos de que a insuficiência de compreensão seja defeito próprio, enaltecem os mais obscuros artigos, estimulando o seu aparecimento.

Escrever em termos exactos, com uma nomenclatura correcta é indispensável para não aborrecer o leitor. É necessário evitar as abreviaturas tão na moda e de que se abusa, sendo incompreensíveis para grande parte dos leitores. Algumas estão generalizadas e todos as conhecemos, como A.C.T.H., D : D. T., B. A. L. ou P. A. S. Outras são só conhecidas de um número restrito mas vêm-se comumente em artigos como se todos as conhecessem. Alguns exemplos e veja cada um quantas conhece:

I. N. H., P. A. B. A., H. E. T. P., O. M. P. A., D. P. P., D. N. T. P., T. E. A. C., D. M. P., G. B. H., D. N. T. P., etc.

O problema das estatísticas também têm grande importância. Alguns artigos vêm cheios de elementos estatísticos — raramente os médicos os compreendem perfeitamente e por isso pouco interessam ao leitor. Os elementos estatísticos, se podem precisar e dar confirmação às conclusões dos artigos, prestam-se a confusões perigosas e só devem ser mantidos quando possam ser bem verificados. É frequente ver-se, sobretudo em matérias que envolvem interesses públicos, a possibilidade de mentir por estatísticas.

Temer a descrição de novas técnicas em termos entusiásticos, reduzindo-os às suas justas proporções, é difícil de conseguir do temperamento latino, embora isso não seja exclusivo nosso. O tempo encarrega-se de desmentir os entusiastas em excesso. Experimentar e tornar a experimentar e lançar água fria no entusiasmo antes de tirar conclusões torna o artigo mais valoroso e com certeza de maior duração. O êxito prolongado mas comedido é de muito maior interesse que o êxito espectacular mas efêmero.

Por fim é preciso escrever artigos curtos. Se necessário subdivida-se o assunto e escrevam-se vários artigos. Na nossa época dos «Digest» habituámo-nos à leitura de pequenos artigos. Só por um interesse muito especial ou por obrigação se lêem artigos grandes. As pequenas notícias e os resumos, toda a gente os lê.

Alguns artigos célebres são extremamente curtos, como é exemplo o artigo de 3 páginas de Domagk sobre o Prontosil vermelho que revolucionou toda a terapêutica das doenças infecciosas.

Toda esta exemplificação é desnecessária se nos soubermos cingir ao que aprendemos com os professores de português sobre qualquer redacção:

Precisa e concisa.

J. ANDRESEN LEITÃO

Dr. Álvaro de Mendonça e Moura

Novo redactor de «O Médico»

O Dr. Álvaro de Mendonça e Moura, que tem colaborado nesta revista desde os seus primeiros números, passa a ser, desde o princípio do próximo mês de Maio, redactor de «O Médico». Pelas suas qualidades de publicista, especialmente interessado nos assuntos da medicina social e nos problemas profissionais — que sempre contamos entre as principais preocupações deste periódico — e porque tem sido intemerato defensor do prestígio da classe médica (fazendo parte dos Conselhos da Ordem e colaborando activamente na imprensa médica), o Dr. Álvaro de Mendonça e Moura dá-nos a certeza de que, na redacção de «O Médico», prestará a esta revista valiosos serviços.

PIO XII FALA AOS UROLOGISTAS SOBRE VÁRIOS ASPECTOS DA MORAL CRISTÃ

Sua Santidade o Papa Pio XII proferiu o seguinte discurso por ocasião do XXVI Congresso convocado pela Sociedade Italiana de Urologia.

Sejais benvindos. Felizes augúrios para a ciência que representais.

I

É lícita a extirpação dum órgão são quando este ameaça a saúde do organismo, sempre que não haja outra solução mais fácil e os benefícios recebidos compensem os danos da mutilação: Esta tese baseia-se no princípio de que o homem tem direito a dispor razoavelmente de uma parte do seu corpo em benefício do conjunto.

II

O médico que declara ser perito nos pleitos matrimoniais deve apresentar os factos com fidelidade à luz da sua ciência. Ainda que reduza a termos técnicos as declarações das testemunhas, não deve acrescentar nada por sua própria conta, mas sim reflectir, estrictamente, os informes destes. A sua intervenção nas causas matrimoniais deve contribuir para salvaguardar a santidade do matrimónio e a liberdade humana.

A todos os que participam no Congresso de Urologia apresentamos as nossas saudações por terem-nos brindado com o prazer da vossa visita.

Representais uma especialidade e esforçais-vos por fazer reconhecer neste campo particular da ciência e da profissão médica o lugar que lhe corresponde tanto nos estudos médicos como na equipa das grandes clínicas. Desejamos que os vossos projectos encontrem o êxito que, de facto, merece o importante objectivo da vossa ciência. Estais incumbidos, também, de socorrer a enfermidade humana e a salvaguardar, conservando a capacidade de trabalho de homens que têm, todavia, uma grave missão a cumprir.

Tendes-nos pedido que expliquemos duas perguntas. A primeira diz respeito à vossa prática médica, e a segunda, à vossa actividade de peritos, como «periti, peritores, peritissimi», nos processos matrimoniais.

I

A primeira pergunta foi apresentada sob a forma dum caso particular, típico, contudo, é da categoria a que pertence: a amputação dum órgão são para suprimir o mal que afecta outro órgão, ou, pelo menos, para deter o seu ulterior desenvolvimento com o sofrimento e prejuízo que esta acarreta. Perguntai-nos se isto é permitido.

No que diz respeito ao vosso diagnóstico e ao vosso prognóstico não nos toca a nós tratá-lo. Responderemos às vossas perguntas, supondo que ambas estão exactas.

Três factos condicionam a permissão moral duma intervenção cirúrgica

que comporta uma mutilação anatómica ou funcional: em primeiro lugar, quando a conservação ou o funcionamento dum órgão especial, no conjunto do organismo, provoca neste um sério prejuízo ou constitue uma ameaça; em segundo lugar, quando este prejuízo não pode ser evitado, ou pelo menos muito diminuído, mais que pela mutilação em questão, sempre que a eficácia desta esteja bem assegurada; finalmente, quando se pode razoavelmente dar por descontado que o efeito negativo, isto é, a mutilação e suas consequências, será compensada pelo efeito positivo: supressão de prejuízos para o organismo inteiro, mitigação das dores, etc.

O ponto decisivo não está em que o órgão amputado ou paralizado esteja propriamente enfermo, mas que a sua conservação ou funcionamento se considere directa ou indirectamente uma séria ameaça para todo o corpo. É muito possível que, pelo seu funcionamento normal, um órgão são exerça sobre um órgão doente uma acção nociva capaz de agravar o mal e as suas repercussões sobre todo o corpo. Pode ocorrer, também, que a extirpação dum órgão são e a detenção do seu funcionamento normal tirem ao mal, ao cancro, por exemplo, o seu terreno de desenvolvimento, ou alterem, essencialmente, as suas condições de existência. Se não se dispõe de nenhum outro meio, a intervenção cirúrgica sobre o organismo são está permitida em ambos os casos.

A conclusão que acabamos de tirar deduz-se do direito a dispôr de seu próprio corpo que o homem tem recebido do Criador, de acordo com o princípio de totalidade, que interessa aqui, também frizar, em virtude do qual cada órgão em especial está subordinado ao conjunto do corpo e deve submeter-se a este, em caso de conflito. Por consequência, quem tem recebido o uso de todo o organismo tem o direito de sacrificar um órgão especial, se a sua conservação ou seu funcionamento causam ao todo um notável estorvo, impossível de evitar de outra maneira.

Posto que assegurais que, no caso proposto, só a extirpação das glândulas seminais permite combater o mal, esta extirpação não ocasiona objecção alguma sob o ponto de vista moral.

(Seguidamente o Papa revine os congressistas duma errônea ampliação do princípio proposto, que, por ser um caso especial, omitimos aqui).

II

A segunda pergunta que formulais diz respeito, como já dissemos, à vossa actividade como peritos nos processos matrimoniais.

O princípio decisivo deduz-se da natureza e finalidade desta actividade. Segundo isto, o perito deve dizer o que

os seus conhecimentos médicos lhe impõem com a precisão e as distinções exigidas pela sua ciência. As conclusões que surgem da experiência médica para a sentença «judicial» não são da competência do «peritus» ou «peritissimus».

O juramento prestado obriga ao médico perito propor, em consciência ao tribunal, o que tem encontrado e dar a sua opinião sobre a matéria, apresentando os factos médicos como factos, a interpretação médica como interpretação, as conclusões médicas como tais e os informes médicos como informes. Este último termo designa as declarações do cliente médico, pelas quais este, graças à sua competência, obtém esclarecimentos em que o próprio cliente por ventura não tenha pensado de todo e das que o profano, e também o juiz, desprovido de formação médica, não se apercebem. O perito deve dar a sua informação de tal maneira que os pormenores sejam claramente perceptíveis.

(Seguidamente, o Papa deu mais amplas explicações de carácter técnico para o esclarecimento deste segundo problema).

Creemos ter dado já resposta à vossa pergunta expondo com elevação as linhas gerais; mas queríamos insistir um pouco mais no seguinte: quando o perito, na sua exposição, relata, em termos médicos, as declarações das testemunhas não deve introduzir nestas declarações elementos desconhecidos mas sim extrair daquilo que eles afirmam o que o profano por si só seria capaz de concluir.

No caso presente de «nullitate», a experiência médica, certamente, não falsifica os factos quando reduz a expressões técnicas as declarações sinceras da esposa. Um juízo global que se apoia na totalidade dos elementos reunidos, mas que menciona a informação do «peritus» e do «peritissimus», não merece, seguramente, crítica alguma. Todavia, esta nota pessoal deve aparecer como tal diante do juiz.

É isto o que nós julgamos dever responder às vossas perguntas. Finalmente, queríamos chamar a vossa atenção para isto: quando fordes aconselhados a testemunhar como peritos numa causa matrimonial, tende em conta então, de baixo dum ponto de vista superior, o sentido da vossa colaboração; por um lado, ela concorre para salvaguardar a santidade do matrimónio, e por outro lado esforça-se por conservá-la conscienciosamente nos homens que talvez se encontrem num grave perigo de liberdade, a que têm um direito pessoal diante de Deus e dos homens.

A bênção de Deus Omnipotente, a quem vós descobris em cada dia na Sua obra criadora, se digne descer, abundante, sobre as vossas investigações e sobre a vossa actividade médica.



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

ECOS E COMENTÁRIOS

HOSPITAIS PARA AS CASAS DOS PESCADORES?

Publicamos nesta secção alguns comentários relacionados com uma informação que nos chegou sobre a possível construção dum hospital destinado aos beneficiários duma Casa dos Pescadores. A este respeito recebemos a seguinte carta:

Ex.mo Senhor
Director do Semanário «O Médico»
Avenida dos Aliados, 41
PORTO

Acerca do artigo «Hospitais para as Casas dos Pescadores?», publicado no suplemento desse conceituado Semanário, de 18 de Março último, tão proficientemente dirigido por V. Ex.^a, temos a honra de agradecer, muito penhorados, as elogiosas referências a esta Junta Central e às amáveis palavras relativas ao seu Presidente.

Porém, para esclarecimento da verdade, cumpre-nos dizer a V. Ex.^a que o ilustre articulista — Snr. Dr. Mário Cardia — não foi bem informado quanto às nossas intenções no que se refere às instalações dos serviços assistenciais que projectamos para a Casa dos Pescadores de Matosinhos, um dos principais portos de pesca, que julgamos ser aquele que o autor queria aludir.

Assim, informamos V. Ex.^a que esta Junta Central não tenciona construir qualquer hospital naquela localidade, por motivos óbvios e porque essa iniciativa lhe está até vedada, visto o plano de construções hospitalares nas várias regiões do País se encontrar magistralmente delineado pelo Governo da Nação.

O que se pretende levar a efeito em Matosinhos é a centralização dos diferentes serviços de assistência da Casa dos Pescadores, dispersos, instalando-os conjuntamente em local mais amplo e apropriado, de molde a satisfazer às necessidades da Casa, com o maior rendimento.

Muito gratos pela atenção que V. Ex.^a se digne prestar ao que antecede, apresentamos a V. Ex.^a os nossos melhores cumprimentos.

A BEM DA NAÇÃO
Lisboa, 14 de Abril de 1954.

Junta Central das Casas dos Pescadores
António Pereira de Torres Fevereiro

É com grande satisfação que salientamos a orientação que segue a Junta Central das Casas dos Pescadores — à qual tanto devem os nossos prestimosos homens do mar.

Os comentários que fizemos diziam respeito, na verdade, a Matosinhos — e agora verificamos que fomos mal informados. Ora, é precisamente naquele importante centro piscatório que tem dado excelentes resultados a colaboração, que desde há muitos anos se vem dando, entre a Casa dos Pescadores e o Hospital

de Matosinhos, onde são internados, para a cirurgia ou para outros fins; os beneficiários e, também, nos serviços ambulatórios, ali ocorrem quando se trata de diversas especialidades.

Não fazia sentido que, dispondo, agora, a Casa dos Pescadores de Matosinhos, em óptimas condições (e também muito economicamente) dos serviços especializados que lhe são fornecidos no Hospital local, se fosse, em duplicação de serviços (e muito mais caro), fazer instalações e contratos com clínicos, tanto para o internamento dos doentes como para o seu tratamento e a sua observação em regime externo. Com a carta que re-

cebemos, e gostosamente inserimos, verifica-se que foram falsas as informações que nos chegaram. Quere dizer: a Junta Central das Casas dos Pescadores continua, invariavelmente, na política que tem seguido até agora, e que devia servir de exemplo a outras organizações de previdência; o que pretende é dar o máximo de vantagens aos seus beneficiários, colaborando com as entidades locais (sobretudo os hospitais), sem preocupações de apresentar realizações de «fachada» (como se tem visto, infelizmente, noutros sectores) e só instala e organiza serviços próprios quando não pode aproveitar o que localmente existe. É devido a esta excelente política que as Casas dos Pescadores se podem orgulhar de fornecerem a melhor assistência na doença que em Portugal se dispensa aos economicamente débeis.

M. C.

A SÍFILIS NA JUGOSLÁVIA

Chegou a término recentemente uma campanha de quatro anos que permitiu à Jugoslávia, com o concurso da Organização Mundial da Saúde e do Fundo Internacional de Socorro à Infância (O.N.U.), eliminar a sífilis endémica que, há vários séculos, vem assolando a Bósnia e Herzegovina.

Esta campanha colectiva foi possível graças à penicilina. No entretanto, actualmente e apesar da ajuda e dos materiais fornecidos pela OMS e pelo UNICEF à única fábrica de penicilina instalada em Belgrado (Jugoslávia), existe ainda escassez de materiais e continuará havendo até que terminem os trabalhos de modernização das instalações.

Por este motivo, os médicos jugoslavos fazem esforços especiais para que não haja o mínimo desperdício do precioso material.

A sífilis endémica difere da sífilis comum porque a sua transmissão não é venérea. O micro-organismo (*Treponema*) penetra o corpo humano pelas lesões ou ulcerações da região oral.

A doença tem origem na grande propagação infecciosa da sífilis comum durante muitos séculos.

Em Bósnia, por exemplo, a infecção penetrou com a invasão turca no século XVII. Novas invasões (Eugénio de Savoya, a fins do século XVII, a invasão austríaca do século XVIII e as alemãs durante a segunda guerra mundial) contribuíram também para propagar a doença. Aos factores contidos na extensa zona infecciosa inicial, adicionam-se outros relativos ao meio que tornam a sífilis endémica e convertem-na de problema clínico em epidemiológico.

Dentre estes factores encontram-se as habitações superlotadas, primitivas e anti-higiénicas.

A doença propaga-se por meio do contacto directo ou indirecto, assim como pelo uso de utensílios de uso doméstico, principalmente pelo uso do mesmo copo.

(Noticiário da O.M.S.)

DOENÇAS DO FÍGADO E DAS VIAS BILIARES



COLEREPA

COLARÉTICO E COLAGOGO

À BASE DE

Ácido deidrocolico e hexametilenatetramina

Boião 33\$00



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

A MEDICINA EM S. BENTO

Nova intervenção do Prof. Cid dos Santos sobre o Hospital Escolar de Lisboa

Na sessão de 20 de Março último da Assembleia Nacional voltou o Prof. Cid dos Santos a ocupar-se do Hospital Escolar de Lisboa. Transcrevemos a seguir o que publicou o «Diário das Sessões»:

O Sr. Cid dos Santos: — Sr. Presidente: ao levantar em aviso prévio, o problema do Hospital-Faculdade de Lisboa, baseei-me, na exposição que fiz à Assembleia, em duas ideias que se me afiguraram indiscutíveis:

- a) A importância excepcional da nova instituição no quadro geral da assistência hospitalar e do ensino da medicina em Portugal;
- b) A necessidade imperiosamente urgente de resolver a tempo os erros e as lacunas existentes, que de outro modo irão comprometer a obra que está prestes a ser terminada.

Não deixa de ser curioso verificar que, uma vez posta a questão do Hospital-Faculdade isoladamente, logo ela foi por alguns diminuída na sua importância, sob o pretexto de que o Hospital-Faculdade constitui apenas um pormenor no quadro geral dos hospitais do País!

Será necessário dizer que uma obra que custou para cima de 400.000 contos dificilmente poderá ser considerada como um pormenor, quando só ela existe neste momento e quando os outros hospitais ainda estão quase todos no papel?

Será necessário dizer que pareceria bem estranho começar por estudar o que se deve fazer de novo e passar ao lado de uma instituição tão importante e que levanta problemas que terão, fatalmente, a sua repercussão na orientação do quadro geral do País, sem a considerar devidamente?

Será necessário insistir em que, visto o estado adiantado dos trabalhos e a importância dos erros, das lacunas e da sua deficiente orientação, seria uma infantili-idade querer tratá-la em conjunto com o que está por fazer?

A política justifica muita coisa, mas mesmo em política julgo que existem limites para o valor e utilidade do absurdo.

Ou a obra é de proporções reduzidas e não merece ser considerada em aviso prévio, e então não falemos mais na sua importância, ou ela representa realmente, como eu penso, um primeiro e grande passo no campo do ensino da medicina e da organização hospitalar, e então não a diminuímos quando se trata de corrigir os erros que vão reduzir as suas possibilidades e a sua eficiência.

Quando verifiquei que passados vinte dias sobre o encerramento da discussão do aviso prévio sobre o Hospital-Faculdade não havia qualquer indício de que a matéria contida no aviso fora considerada, perante a urgência das situações expostas por mim ao longo da minha exposição, decidi chamar a atenção do Governo para o facto.

Por natureza, desejo, sempre que isso for possível, ser breve e lacónico, e por isso a minha intervenção foi curta e não focou nenhum caso especial. Parece que fiz mal e que me deveria ter explicado mais longamente quanto à razão da minha intervenção. Houve quem a considerasse oportuna e necessária. Mas houve também quem a considerasse precipitada e mesmo um pouco impertinente. Entre aqueles que me dirigiram estas últimas críticas encontram-se alguns de cuja sinceridade e amizade não me é permitido duvidar. Isso revelou-me quanto é difícil colocar os espiritos mais bem intencionados dentro do

âmbito de uma questão, de forma a permitir-lhes julgá-la no seu verdadeiro plano.

Sei que não fui precipitado. Não desejo ser impertinente. Não estou aqui para ser desagradável seja a quem for, nem para satisfazer qualquer capricho pessoal. Também não vejo envolvido o meu amor-próprio nesta questão, e, se ele o estivesse, não permitiria que se revelasse. Estou aqui para aplicar os princípios que enunciei no Liceu Camões antes da minha eleição.

É evidente que esses princípios não podem ser por mim esquecidos, e não o serão. Entendo, portanto, que constitui para mim uma obrigação explicar melhor o que sei aos que forçosamente não podem conhecer a questão como eu a conheço nem vê-la nas suas consequências como eu a vejo.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Em tudo isto só posso fazer mal a mim mesmo, no desejo que tenho de ser bem compreendido. Se julgo ver os obstáculos que comprometam a obra e a forma de os dominar, seria da minha parte uma fraqueza e uma cobardia não insistir, como o estou fazendo, para que o Governo se convença da seriedade da situação.

Vejo que não me expliquei suficientemente no meu primeiro apelo ao Governo e que desta vez terei de ser, portanto, mais claro e mais explícito.

Quando se faz uma crítica aos defeitos de uma obra importante e é proposta uma solução para os corrigir; quando se insiste na urgência dessa solução; quando é afirmado que se essa solução tardar pode já não encontrar uma possibilidade de aplicação, a não ser à custa da destruição ou da refundição completa de certos sectores da obra (obra material e obra de organi-

zação), só duas interpretações são possíveis para sobre elas se basear uma atitude:

- a) Ou a crítica emitida é justa, pessoal e objectiva, e só há que actuar no sentido indicado e com a urgência pedida;
- b) Ou a crítica é inconsistente, ou baseada num sentimento *ad odium*, ou deformada ou exagerada, e a atitude a tomar perante ela será a do seu repúdio.

É forçoso que sempre exista uma justa relação entre a crítica, a sua qualidade e as consequências lógicas dela derivadas.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — O que eu desenvolvi no meu aviso prévio sobre o Hospital-Faculdade de Lisboa foi a necessidade da criação de uma entidade orientadora, competente e bem coordenada, com capacidade suficiente para manter constantemente uma visão de conjunto e, simultaneamente, encarar e solucionar os múltiplos problemas que se encontram por resolver ou para os quais é possível uma correcção. Para justificar esta necessidade, aponte os diversos aspectos das deficiências e erros que pude verificar e expliquei os seus fundamentos o melhor que pude.

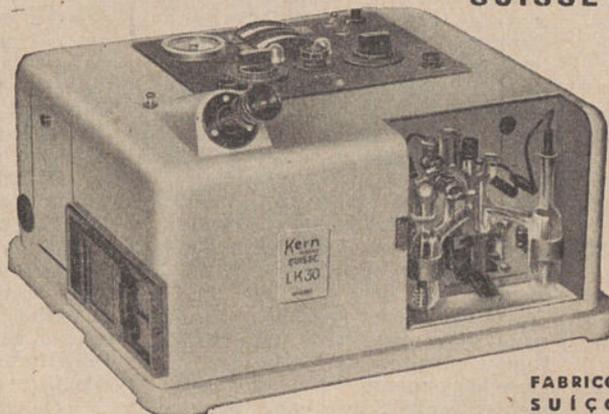
Permito-me agora enumerá-los de novo, sem explicações.

- 1) Falta de coordenação entre as instalações do Hospital-Faculdade e o quadro da Faculdade;
- a) Especialidades com serviços novos: Otorrinolaringologia; Urologia;

Aparelho para MICRO-ELECTROFORESE

Kern
AARAV
SUISSE

O aparelho KERN LK 30 para micro-electroforese foi especialmente concebido para permitir análises quantitativas sobre volumes muito reduzidos de soluções. De apresentação compacta e extremamente fácil de manejar, este instrumento assegura um trabalho



rápido e preciso. Assim prestará os melhores e mais variados serviços tanto à pesquisa pura como aos trabalhos correntes.

Para entrega imediata nos Representantes

EMÍLIO DE AZEVEDO CAMPOS & C.ª, L.ª DA

Rua de Santo António, 137-145 — PORTO

Filial em Lisboa: Rua Antero de Quental, 17-1.º

Preços e catálogos ao dispor dos nossos Clientes

Psiquiatria;
Oftalmologia.

- b) Especialidades em serviços ampliados:
Neurologia;
Pediatria.
- c) Serviços sem dono:
Estomatologia;
Pediatria cirúrgica;
Cirurgia pulmonar.
- d) Duplicações:
Psiquiatria;
Oftalmologia.
- 2) Impossibilidade de aceitar a criação, pelo Governo, de serviços novos não previstos sem a consulta, discussão e aquiescência prévia de qualquer entidade competente, particularmente do conselho da Faculdade de Medicina.
 - 3) Necessidade de remodelação do quadro docente e médico da Faculdade.
 - 4) Necessidade de remodelação do recrutamento do pessoal dos quadros da Faculdade.
 - 5) Deficiência das instalações dos serviços administrativos da Faculdade e condenação do processo usado para as transferir das instalações previstas na planta original.
 - 6) Insuficiência do espaço destinado à biblioteca central e o problema da sua ampliação indispensável.
 - 7) O problema da falta de espaço para as bibliotecas privadas de certos serviços e institutos.
 - 8) Insuficiência de instalações para os alunos, inexistência de cantina e refeitório; falta de alojamento para os estagiários.
 - 9) Possibilidade de melhorar a disposição das clínicas.
 - 10) O problema do banco. Dispersão das suas dependências. Comunicações deficientes. Instalações insuficientes.
 - 11) As deficiências das consultas externas dos serviços gerais. Necessidade de um centro de orientação para os doentes. Problema dos respectivos arquivos e laboratórios. A falta de espaço.
 - 12) Falta de plano e de orientação para os serviços de análises clínicas.
 - 13) Falta de depósito para os animais da cirurgia experimental.
 - 14) Inexistência dos quadros do pessoal das secções de fotografia e desenho. Falta de técnico competente para os organizar.
 - 15) Ausência de ideias estabelecidas quanto à organização dos arquivos clínicos e administrativos. Falta de espaço para os arquivos centrais.
 - 16) Exiguidade de espaço para os serviços administrativos do Hospital.
 - 17) Insuficiência provável dos refeitórios para enfermeiras e pessoal menor.
 - 18) Riscos relacionados com o uso do gás *Cidra* e problemas relativos ao funcionamento das instalações.
 - 19) Desconhecimento total dos orçamentos anuais previstos para a instituição e da sua viabilidade.
 - 20) Inexistência dos quadros de médicos, enfermeiras, técnicos e serventuários.
 - 21) Ausência de regras estabelecidas para o recrutamento dos quadros não docentes. Falta de garantia de critério na escolha do pessoal de enfermagem.
 - 22) Ignorância no que diz respeito à criação da escola de enfermagem adstrita ao Hospital e à construção de um lar de enfermeiras.
 - 23) Inconvenientes da divisão da instituição por dois Ministérios.

Enfim, como causas gerais das dificuldades actuais:

- 24) Multiplicidade, dispersão e falta absoluta de coordenação e de senso na direcção e orientação actuais da obra.
- 25) Falta de qualidade e competência da comissão instaladora.

Foi por tudo isto que preconizei a criação de uma comissão autónoma competente destinada a encarar e solucionar todos estes problemas e a levar a obra até ao fim.

Há quase mês e meio que terminou o debate e que a questão foi posta nas mãos do Governo. Eu sei que o Governo tem outros problemas a resolver e que o Hospital-Faculdade constitui apenas uma parte muito pequena das preocupações que forçosamente se relacionam com a política geral do País. Isso não quer, todavia, dizer que o problema possa ser esquecido.

A situação agravou-se desde que terminou o debate sobre o aviso prévio porque a máquina existente continua a trabalhar.

Que eu saiba, apenas dois documentos recentes se ocuparam de alguns aspectos discutidos no aviso, e a eles me vou referir agora.

Chegou à Faculdade de Medicina um documento da comissão instaladora, com várias propostas e as respectivas soluções, no qual é pedida a opinião do conselho escolar sobre o assunto. As questões postas à consideração do conselho são as seguintes:

- a) A criação de um centro de triagem para as consultas externas;
- b) A criação de um serviço de fracturas (não referido no aviso prévio) e de um serviço de cirurgia maxilofacial;
- c) A criação de uma central de enfermeiras (vestiário e sala de repouso);
- d) A criação de um arquivo central clínico;
- e) A criação de uma biblioteca central do Hospital separada da biblioteca central da Faculdade.

O vogal médico da comissão limitou-se, como de costume, a tomar conhecimento do documento que foi concebido e redigido pelos vogais não médicos.

Não posso explicar, por falta de tempo, os pormenores deste documento, mas posso dizer que se exceptuarmos uma parte do que diz respeito à criação do centro de triagem para as consultas externas nenhuma das propostas é aceitável tal como elas se encontram neste ofício mal redigido. Uma são simplesmente absurdas na forma como são apresentadas ou nas soluções propostas. Para outras torna-se impossível, seja a quem for, pronunciar-se conscientemente sobre elas, perante a falta de visão de conjunto dos problemas.

O documento constitui como que uma caricatura de algumas questões levantadas no aviso prévio, e o pedido para o conselho escolar se pronunciar sobre elas isoladamente tanto pode ser considerado uma ingenuidade como uma perfídia, para que o conselho escolar se encontre perante o dilema de aceitar o absurdo ou dar uma falsa impressão de desorientação e de discórdia rejeitando as propostas.

O outro documento, proveniente do Ministério do Interior, refere-se aos laboratórios. Embora estabeleça já um princípio, está longe ainda de resolver o problema, que vai ser agora de novo encarado pela comissão instaladora e pela comissão que se dedicou ao estudo da questão.

Tudo quanto está a suceder mais confirma a minha convicção de que a dispersão de comandos, a ausência de orientação geral, a falta de qualidade de alguns elementos activos e o manifesto desinteresse de outros, a falta total de visão de conjunto, o modo absurdo como são apresentados os problemas e se procede à sua solução, enfim o ambiente geral de azedu-

NO PORTO

Homenagem ao Dr. Jaime Santiago

Promovida pelos sargentos, cabos e soldados da 4.^a companhia da Guarda Nacional Republicana, do Quartel da Bela Vista, do Porto, foi no dia 5 de Abril prestada homenagem ao capitão-médico Dr. Jaime Filipe Santiago, que deixa o seu posto por motivo de ser atingido pelo limite de idade, após 32 anos de proficientes serviços dispensados àquela unidade, com carinho e devoção.

Numa das dependências do quartel e na presença da formatura da 4.^a companhia, efectuou-se uma sessão, que teve a assistência do Major Leite de Castro, comandante do Batalhão, dos capitães Leuscher Fernandes, Luís Ramires e António Maria da Mata, além do pessoal clínico que ali presta serviço.

Usou da palavra em primeiro lugar o Major Leite de Castro, que, depois de dirigir ao Dr. Jaime Santiago os seus cumprimentos, afirmou ser a singela homenagem a que se estava a proceder um imperativo de consciência. Depois de largamente ter evidenciado a personalidade do homenageado concluiu, afirmando: — O batalhão que vai abandonar, recordá-lo-á com eterna saudade.

Seguidamente, falou o 2.^o sargento António da Costa Moreira, que agradeceu, em seu nome e no da companhia, o carinho ao homenageado dispensado ao longo de 32 anos de actividade. A finalizar acentuou: — «Vai o nosso ilustre e distinto médico deixar-nos, mas nos nossos corações fica para sempre uma lembrança, que jamais se apagará».

Procedeu-se depois à entrega de vários brindes com que os sargentos, cabos e soldados o quiseram distinguir:

No final o Dr. Jaime Santiago, profundamente comovido, patenteou a todos o seu agradecimento.

Depois de afirmar que nada deviam à sua actividade — pois ela é uma obrigação, concluiu: «deixo-vos o meu coração, a minha alma...»

me, resistência, ressentimento e animosidade que tem envolvido cada vez mais tudo quanto ao assunto se refere só conduzirá finalmente à neutralização do muito que este edifício tem de bom e a uma redução injustificável das suas possibilidades funcionais na assistência, na investigação e no ensino.

Que o Governo veja nas minhas palavras e na minha insistência só o efeito de uma convicção profunda e de um desejo puro de ser útil ao meu país e à própria obra que o Governo encetou.

Disse.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O orador foi muito cumprimentado.

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

CASAS DO POVO E DOS PESCADORES

Segundo o volume «Organização Cooperativa e Previdência Social», publicado pelo Instituto Nacional de Estatística, foi o seguinte o movimento das Casas do Povo e dos Pescadores no ano de 1952.

CASAS DO POVO — Em 31 de Dezembro de 1952 existiam 579 Casas do Povo no território do Continente e das Ilhas. As 504 em actividade tinham 244.850 sócios efectivos, 144.710 sócios contribuintes e 1.625 sócios protectores, além de 52 benfeitores. Havia 3 Casas do Povo com dispensário, 336 com posto de socorros, 2 com lactário, 3 com creche, 481 com médico, 97 com enfermeiro e 20 com enfermeira visitadora. Foram assistidos 16.340 sócios na doença, com 478.676 consultas, 18.262 casos de doença participados e 363.661 dias de doença (1.º e 2.º período): 5.551 na invalidez e 719 em outras modalidades. Foram distribuídos 6.944 subsídios por nascimento, 612 por casamento e 1.940 por morte. Havia 4 Casas do Povo com cooperativa de consumo que efectuaram transacções no valor de 5.796 contos; 6 com cantina que forneceram 32.825 refeições; 17 com escola ou posto de ensino frequentados por 1.059 alunos; 34 com cursos nocturnos frequentados por 1.196 alunos; 281 com biblioteca dispendo de 61.127 volumes; 36 com grupo cénico; 39 com rancho folclórico; 16 com orfeão; 56 com filarmónica; 80 com grupo desportivo; 110 com sala de espectáculos; 23 com edifício ou instalação escolar e 22 com museu etnográfico. O número de sessões de leitura realizadas nas Casas do Povo foi de 1.403.

Em obras de interesse local realizadas gastaram-se 2.039.681\$00 dos quais 767.390\$00 foram despendidos pelas Casas do Povo. As receitas e as despesas das 504 Casas do Povo em actividade somaram, em 1952, respectivamente, 40.669 e 28.700 contos.

CASAS DOS PESCADORES — A Junta C. das Casas dos Pescadores gastou 2.908 contos em assistência (puericultura, centros sociais e protecção a pescadores inválidos, medicamentos, donativos e outras modalidades) e 1.178 contos em acção social (Lar do Pescador, Casas de Trabalho, Escolas de Pesca, recreio e desporto). Havia 65 pensionistas de reforma da pesca de arrasto e 90 da pesca do bacalhau. A Junta Central teve, em 1952, 4.100 contos de despesas de abono de família. As 27 Casas dos Pescadores tinham 56.580 sócios efectivos, 3.096 sócios contribuintes e 413 outros sócios. Foram assistidas pelas Casas dos Pescadores 101.382 pessoas, das quais 73.291 com medicamentos. Houve 140.719 consultas, 35.105 visitas domiciliárias, 204.089 tratamentos, 230.832 injeções, 2.020 vacinações, 2.271 intervenções cirúrgicas, 1.492 partos assistidos, 1.143 hospitalizações, 35 sanatorizações e 87 aparelhos ortopédicos fornecidos. No mesmo ano as Casas dos Pescadores concederam os seguintes subsídios pe-

cuniários: 1.426 por doença, 1.832 por nascimento, 1.114 por invalidez, 665 para funeral, 352 por perda de embarcações e apetrechos de pesca e 745 por outros motivos, 4.269 em géneros e 563 em vestuários. Nos 28 postos de puericultura das Casas dos Pescadores foram assistidas 2.868 crianças; houve 22.906 consultas, 8.514 visitas domiciliárias e 117 intervenções cirúrgicas. Os mesmos postos distribuíram 18.973 litros de leite fresco, 7.384 quilos de leite em pó e 8.614 quilos de farinhas. Havia 1 Casa dos Pescadores com hospital, 6 com maternidades, 83 com postos de socorros e

28 de puericultura, 8 com creches ou lactários, 4 com internatos, 18 com caixas de empréstimo, 3 com parques infantis. Quanto ao pessoal, havia 132 médicos, 57 enfermeiros, 31 visitadoras e 23 parteiras. Havia 11 cooperativas de consumo, 4 cantinas ou lares de pescadores, 32 escolas ou postos de ensino, 12 escolas de pesca, 5 cursos nocturnos, 28 casas de trabalhos para raparigas, 1 escola de mães, 2 bibliotecas, 7 capelas, 29 edifícios ou instalações escolares, 1 filarmónica, 3 grupos desportivos, 1 campo de jogos, 3 salas de espectáculos e 2 ginásios. As receitas e as despesas das 27 Casas dos Pescadores somaram, em 1952, respectivamente, 21.375 e 19.578 contos.



COLONOL

REEDUCADOR DA FUNÇÃO INTESTINAL

À BASE DE

Acido cólico, oximetil-
antraquinonas, resina
de podofilo e extracto
de beladona.

Boião 13\$50
Tubo 4\$00



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

Reuniu-se no dia 19, no hospital dos Capuchos, sob a presidência do Dr. Eugénio Mac-Bride, a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, para escutar duas comunicações, do Prof. Mário Moreira e do Dr. Mário de Alenquer, respectivamente.

Falou em primeiro lugar o Prof. Mário Moreira, sobre «Doença de Hodgkin visceral». Após breve exposição das doutrinas etiopatológicas e dos fundamentos anatómicos do linfogranuloma de Hodgkin, chamou a atenção para as formas viscerais desta doença, em que a sintomatologia subjectiva e objectiva habitual, se afasta do quadro clássico. O conferencista descreveu dois casos que, ainda que anatómicamente generalizados, ostentaram a feição clínica visceral, um com o aspecto de ileíte regional, terminando numa forma pulmonar predominante, outro com um síndrome de cirrose biliar hipertrófica.

Seguiu-se o Dr. Mário de Alenquer, que dissertou acerca de «Enfisema subcutâneo, enfisema mediastínico e embolia gasosa». Depois de apresentar algumas objecções à doutrina geralmente aceite, segundo a qual a morte em portadores de enfisema subcutâneo extenso se deve à propagação do enfisema ao mediastino, o autor apresentou um caso em tudo semelhante a esses, em que a autópsia, feita com técnica especial, mostrou ser a morte devida a uma embolia gasosa venosa. A propósito, o Dr. Mário de Alenquer sugeriu que muitos dos casos em questão sejam também de embolia gasosa, não revelada por deficiência técnica de autópsia, e aconselhou as precauções a tomar em casos futuros, para na autópsia não deixar escapar tal complicação. Finalmente, chamou a atenção para os perigos da manobra habitualmente feita, de puncionar o enfisema subcutâneo para deixar sair o ar, manobra quase sempre inútil e provavelmente causa frequente de morte por embolia gasosa.

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

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

Nas «Actas da Câmara Corporativa» (24 de Março último) foi publicado o seguinte parecer:

I

APRECIACÃO NA GENERALIDADE

1. Como se lê no relatório que antecede o projecto de diploma, com este propõe-se o Governo «definir alguns princípios fundamentais em matéria de assistência hospitalar, no que se refere à responsabilidade pelos respectivos encargos, e assegurar a sua correcta aplicação».

Com tal objectivo procede-se em primeiro lugar, no projecto, à revisão da enumeração feita na base XXI da Lei n.º 1.998, de 15 de Maio de 1944, regulando-se segundo diferente hierarquia a responsabilidade pelos encargos de assistência hospitalar.

Figurando as câmaras municipais entre as entidades responsáveis por estes encargos, dedica-se especial atenção à definição dos seus deveres e direitos nesta matéria. E regula-se a classificação dos assistidos e a administração deles nos hospitais.

Lendo o articulado vê-se que ao problema definição da responsabilidade pelos encargos da assistência se dedicam os artigos 1.º a 4.º do projectado diploma. Os artigos 5.º a 14.º dizem respeito à classificação dos assistidos e à regulamentação dos internamentos. Finalmente os artigos 15.º a 19.º versam sobre apuramento das contas de despesa e, em especial, a forma de tornar efectivas as responsabilidades das câmaras municipais.

Tal é a traço muito genérico a estrutura do projectado decreto-lei.

Trata-se de um diploma que envolve preceitos de direito substantivo e minúcias de regulamentação de modo a formar um sistema coerente. Mediante ele visa o Governo a ordenar de futuro este sector da Administração, sobre cujos problemas, através dos vastos meios de informação ao seu dispor, tem já opinião muito definida.

E sob um ângulo assim limitado que se procederá à crítica do diploma em projecto.

2. O primeiro ponto a estudar — primeiro na ordem e na importância — é o da definição das entidades responsáveis pelos encargos da assistência hospitalar.

No direito vigente esta matéria consta das bases XXI e XXII da Lei n.º 1.998, que dispõem:

Base XXI

1. Respondem pelos encargos de assistência:
 - a) Os próprios assistidos, seus ascendentes ou descendentes e os demais parentes com obrigação legal de alimentos;
 - b) Os responsáveis pelo nascimento de filhos ilegítimos;
 - c) Os organismos corporativos ou as instituições de seguros;
 - d) Os fundos ou receitas próprias das instituições;
 - e) As câmaras municipais, em relação aos assistidos com domicílio de socorro no respectivo concelho;
 - f) O Estado, pelas dotações destinadas a assistência, e outras entidades oficiais, pelas receitas ou donativos eventualmente recolhidos com esse destino.
2. Pelo sustento e educação dos filhos ilegítimos entregues à assistência pública serão responsáveis as mães e os presumíveis autores da filia-

ção ilegítima, convencidos judicialmente dessa responsabilidade por processo a estabelecer, cessando esta logo que o assistido atinja 18 anos de idade.

3. A autoridade pública que requisitar qualquer forma de assistência indicará, sempre que seja possível, a pessoa ou entidade que legalmente deverá assumir a respectiva responsabilidade.

Base XXII

No apuramento das responsabilidades previstas na base anterior serão observadas as regras seguintes:

- 1.ª Dentro das posses averiguadas por inquérito, suportará as despesas de assistência a economia familiar e, na sua falta ou insuficiência, os ascendentes ou descendentes e os demais parentes com obrigação legal de alimentos, ou ainda as pessoas a que se refere a alínea b) da base anterior;
- 2.ª Se a favor da economia familiar houver garantias de previdência corporativa ou de seguro, serão estas chamadas a responder dentro das normas estatutárias ou das responsabilidades legais ou contratuais;
- 3.ª No caso de insuficiência da economia familiar e das obrigações e garantias previstas nas regras anteriores, responderão as dotações e receitas dos serviços ou instituições que prestarem a assistência, quer próprias, quer provenientes dos subsídios referidos na alínea f) da base anterior.

No projecto do decreto-lei propõe-se a seguinte alteração:

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 prefera 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.

O confronto entre os dois grupos de textos mostra diferenças profundas entre eles.

Assim:

Passam a ficar excluídos da responsabilidade os parentes além dos irmãos, os responsáveis pelo nascimento de filhos ilegítimos, os organismos corporativos e, em forma directa, o Estado. Ficam sujeitos a ela os cônjuges dos assistidos e as pessoas que, segundo os princípios gerais, sejam responsáveis pela consequência do facto determinante da assistência. Permutam-se os lugares na ordem hierárquica de responsabilidades entre os ascendentes e os descendentes; e define-se com mais nitidez o âmbito da responsabilidade em relação às câmaras municipais e o lugar que fica competindo ao Estado dentro do novo sistema.

3. A regulação jurídica da responsabilidade pelos encargos da assistência suscita a necessidade de se lhe procurar o fundamento.

No relatório da proposta de lei que veio a converter-se na Lei n.º 1.998 não foi ventilado este assunto.

O parecer desta Câmara sobre a mesma proposta, ao apreciar a doutrina das suas bases XX e XXI, toca esta matéria afirmando em termos breves tratar-se apenas de efectivar uma obrigação imposta pelos artigos 171.º e seguintes do Código Civil quanto à família legítima, obrigação essa que também existe em relação aos filhos ilegítimos perflhados voluntária ou judicialmente. Num ponto, porém, manifestou esta Câmara, com largueza, a sua discordância da proposta — o de se incluir entre aqueles que responderiam pelos encargos da assistência os responsáveis pelo nascimento de filhos ilegítimos (*Diário das Sessões* n.º 48, de 25 de Maio de 1944).

Por sua vez a Assembleia Nacional, na discussão da mencionada proposta de lei, não levou mais longe o estudo do problema. Seguindo na orientação das objecções desta Câmara, só o ponto restrito da obrigação dos responsáveis pelo nascimento de ilegítimos foi objecto de vivo debate. Mas este veio a terminar pela aprovação de um texto que manteve o princípio substancial da proposta e só lhe atenuou o alcance em relação ao sustento e educação dos ilegítimos entregues à assistência pública (*Diário das Sessões* n.º 60 a 66 do ano de 1944).

4. Todavia, ao enunciarem-se de novo estes princípios, é vantajoso aprofundar um pouco mais a sua origem.

Segundo a base I da Lei n.º 1.998, «a assistência social propõe-se valer aos males e deficiências dos indivíduos, sobretudo pela melhoria das condições morais, económicas ou sanitárias dos seus agrupamentos naturais...».

Contém-se nesta regra a formulação do dever social de assistência que, derivado da natureza do homem como ser social, tem naturalmente de incumbir, em maior ou menor grau, à colectividade, e, portanto, ao Estado, que é expressão jurídica da sociedade organizada.

Contudo, este princípio tira dos próprios termos a sua limitação.

Se a assistência se destina a socorrer os necessitados, ela deve cessar naturalmente onde os assistidos não têm necessidade de amparo. A saúde é um bem corporal, é um valor pessoal inestimável. Quando qualquer indivíduo o perde e procura recuperá-lo, justo é que suporte os encargos desse esforço enquanto os seus próprios recursos lho permitirem.

Mas o indivíduo isolado pode considerar-se um mito. À volta dele, cercado-o,

envolvendo-o numa densa rede de ligações e relações está normalmente a família, que lhe deu o berço, o alimentou, o vestiu e educou e, pelo casamento, o tornou apto a constituir o núcleo de outro agrupamento semelhante àquele em que nasceu.

Estes laços naturais têm o maior relevo social e sobre eles se alicerçam numerosos vínculos jurídicos.

É assim que, pelo casamento, os cônjuges têm obrigação de «socorrer-se e ajudar-se reciprocamente» (Código Civil, artigo 1.184, n.º 3.º, e Decreto n.º 1 de 25 de Dezembro de 1910 artigo 38, n.º 3.º).

Dentro deste dever de ajuda mútua cabe, em toda a plenitude, o auxílio na doença, que, por sua vez, implica responsabilidade pelo custeio desta.

Pela geração, fruto normal do casamento, surgem os laços do sangue. E destes tira a lei os mais amplos efeitos ao regular, por exemplo, as obrigações dos pais para com os filhos (Código Civil, artigos 140.º e 148.º, n.º 2.º) e o instituto dos «alimentos».

Explicando este conceito jurídico diz a lei que por alimentos se entende tudo o que é indispensável ao sustento, habitação e vestuário (Código Civil, artigo 171.º).

Não mencionam estas expressões o custeio das doenças ou enfermidades. Todavia já Dias Ferreira entendia que as despesas feitas para este fim estavam incluídas no conceito de alimentos, por estes expressivos termos:

Nos alimentos incluiu-se também o tratamento nas moléstias, apesar de não mencionarem expressamente esta circunstância nem o presente artigo nem o artigo 1.821, porque a mencionam os artigos 1.247 e 1.285, falando da manutenção, e porque as necessidades da conservação da saúde não podem desligar-se da necessidade do alimento para o corpo.

(Código Civil Anotado, 2.ª edição, tomo I, p. 139).

Do mesmo modo o têm entendido uniformemente a doutrina (Dr. L. da Cunha Gonçalves, *Tratado de Direito Civil*, tomo II, p. 430).

É pois ao conceito de alimentos, com todo este largo conteúdo, que a lei se refere, dizendo que a respectiva obrigação é recíproca entre descendentes e ascendentes e entre irmãos, nos termos que regulou (Código Civil, artigos 172.º e seguintes).

Devem, assim, considerar-se sólida e assentes nos princípios do nosso direito civil os fundamentos em que, quer na lei actual, quer na projectada alteração, se baseia a responsabilidade com origem nas relações familiares.

Pode mesmo dizer-se que este aspecto da responsabilidade versado no projecto não é mais do que uma aplicação actual a modernas necessidades colectivas de princípios que, pelo seu amplo conteúdo, estão sempre aptos a abranger as novas situações que a crescente complexidade da vida social vai suscitando.

5. Cabe notar agora que a redacção do projecto exclui da responsabilidade do tipo familiar, em relação às normas da lei vigente, os parentes além dos irmãos, incluídos na fórmula geral «demais parentes com obrigação legal de alimentos» da base XXI, n.º 1.º, alínea a), e os «responsáveis pelo nascimento de filhos ilegítimos» referido na alínea b) da mesma base. Estas alterações são de aplaudir inteiramente.

De facto, ao legislador, por dever da função sempre atento às realidades, não podia passar despercebido o progressivo afrouxamento dos laços familiares na sociedade de hoje. Muito diminuída a autoridade dos pais e cada vez mais forte a independência dos filhos. Sempre mais ténues as relações entre irmãos, cada vez mais disjuntas as ligações com outros parentes, verdadeiramente confundidos na vaga massa das relações sociais. E, como consequência deste enfraquecimento in-

terno da família, menor extensão da sua influência exterior.

Sem curar de o explicar, basta reconhecer que o fenómeno real e mesmo evidente.

Ora, em face dele, todo o encargo resultante de despesas de assistência que viesse a incidir sobre qualquer pessoa em benefício de quem nunca seria considerado como verdadeiro parente assumiria no meio ambiente aspectos de extorsão e suscitaria queixas e recriminações.

A multiplicação dos casos levaria certamente a dificuldades e a mal-estar geral.

6. Quanto às obrigações dos «responsáveis pelo nascimento de filhos ilegítimos», esta Câmara mantém a opinião expressa no seu já citado parecer sobre a proposta de lei que deu origem à Lei n.º 1.998. E considera também de ponderar que a investigação sobre esta origem de responsabilidade, feita embora em inquérito administrativo, sempre mais discreto do que um processo judicial, podia levar facilmente à manifestação de situações em que a presunção de paternidade devesse atribuir-se a mais de um homem. Salta à vista a posição em que, em casos destes, ficariam as mães dos assistidos e estes próprios e o reflexo social profundamente deseducador que daí derivaria.

7. Na enumeração dos responsáveis feita no projecto do diploma seguem-se as câmaras municipais, em relação aos assistidos indigentes e pobres com domicílio de socorro nos respectivos concelhos.

A origem do princípio contido nesta norma tem de ir buscar-se, através de uma curiosa evolução, ao direito regulador das obrigações das Misericórdias.

Com efeito, em contrapartida da mercê feita a estas instituições pelo Decreto de 15 de Março de 1800, de conservarem os bens e capelas em cuja posse estavam até à data do mesmo decreto, não obstante as leis que proibiam a amortização, ficou sendo encargo das Misericórdias e hospitais que lhes fossem anexos o aceitar e tratar os doentes tanto do seu distrito como de fora dele (Alvará de 18 de Outubro de 1806, n.º III).

Alguns anos mais tarde, em face da impossibilidade de os rendimentos do Hospital Real de S. José permitirem admitir todos os doentes que ali acorriam, tomaram-se medidas de conjunto.

Seriam admitidos e tratados no mesmo Hospital os enfermos domiciliados em Lisboa e seu termo que não tivessem meios para se curar em suas casas (plano anexo ao Alvará de 14 de Dezembro de 1825, artigo 1.º). Mas para serem admitidos deviam os doentes desta zona apresentar atestado de pobreza passado pelo pároco da sua freguesia (ibidem, artigo 2.º).

Estes princípios eram extensivos aos doentes do resto do País que trouxessem guias das Misericórdias, «conforme a prática estabelecida», e também os atestados de pobreza (ibidem, artigo 12.º).

A despesa dos doentes de fora de Lisboa e seu termo seria paga pela Misericórdia do seu concelho ou, não a havendo, pela mais vizinha, mas, se a Misericórdia a quem incumbisse o pagamento demonstrasse não ter meios de o satisfazer, a despesa entraria nos gastos do respectivo concelho (ibidem, artigo 13.º).

Para a cobrança das contas dispunha-se que estas seriam remetidas pelo enfermeiro-mor do Hospital directamente às câmaras dos concelhos dos enfermos, as quais as apresentariam às Misericórdias competentes, mas ficavam obrigadas a enviar a sua importância ao Hospital (ibidem, artigo 14.º).

Este sistema não pôde entrar em execução completa.

Consagrando tal facto, menos de um ano depois o Decreto de 14 de Outubro de 1826 suspendeu o artigo 2.º do Alvará de 1825, que exigia aos doentes a apresentação do atestado de pobreza; e encarregou o enfermeiro-mor de aceitar todos os doentes das moléstias que, segundo o Regulamento de D. Manuel, devessem ser admi-

tidas, recomendando, todavia, a maior vigilância para não acontecer aproveitarem os doentes não pobres do que somente aos pobres era destinado (artigo 1.º).

Ao mesmo tempo dispôs que as obrigações impostas nos artigos 13.º e 14.º às Misericórdias e aos concelhos só eram de exigir nos casos em que aqueles e estes tivessem meios disponíveis para pagar as despesas dos tratamentos (artigo 5.º).

O efeito deste segundo diploma fica bem a claro.

Praticamente terminadas, pela dispensa dos atestados de pobreza, as restrições na admissão dos doentes entrados como pobres no Hospital de S. José e isentas as Misericórdias e as câmaras de pagar o custo dos tratamentos quando não tivessem meios para isso, toda a despesa feita com os doentes pobres ficaria em dívida ao hospital e seria afinal suportada pelos próprios recursos deste.

Contudo o sistema de admissão de doentes regulado no Alvará de 1825 foi expressamente aplicado aos Hospitais da Universidade (Portaria de 21 de Setembro de 1854, n.º 1.º) e ao Hospital de Leiria (Portaria de 4 de Dezembro de 1855, n.º 4.º).

Certamente por se reconhecer a necessidade de modificar um estado de coisas que devia constituir sério problema para o Hospital de S. José, foram introduzidos princípios novos nesta matéria, já na última década do século.

Segundo o Decreto de 6 de Agosto de 1892, as câmaras municipais ficaram obrigadas a contribuir anualmente pelo fundo de viação municipal para o Hospital de S. José e anexos, pelo tratamento dos doentes pobres dos seus concelhos, com as quantias designadas numa tabela anexa, mas sem prejuízo da responsabilidade pelos excessos daquelas somas (artigo 34.º).

Estas quantias seriam anualmente repostas no cofre da viação municipal de cada concelho pelas respectivas Misericórdias e para esse fim incluídas obrigatoriamente nos orçamentos ordinários destas pelas mesas gerentes e, no caso de omissão, pelos competentes governadores civis, salvo não tendo meios de as satisfazer, nos termos do Alvará de 1825 (§ 1.º). A Câmara Municipal de Lisboa ficou isenta desta obrigação e, quanto à do Porto, preceituou-se o pagamento pelas receitas gerais do Município da despesa obrigatória a que ela desse lugar (§ 2.º).

Esta regulamentação foi introduzida no Código Administrativo de 1896. Aí se incluíram entre as despesas obrigatórias dos municípios as feitas com o tratamento dos doentes pobres no Hospital de S. José e anexos, conforme as disposições do Decreto de 6 de Agosto de 1892 e a tabela de quotas que o Governo fixasse (artigo 81.º, § único, n.º 21.º), e se dispôs que das quantias do fundo de viação arrecadadas na Caixa Geral de Depósitos seria deduzida a quota anual com que a respectiva câmara devesse contribuir para o Hospital de S. José e entregue directamente pela mesma Caixa (ibidem, artigo 99.º, § único).

No direito mais moderno abandonou-se o sistema das quotas.

A Lei de 7 de Agosto de 1913 veio considerar como despesas obrigatórias das câmaras municipais «as do tratamento dos doentes pobres no Hospital de S. José e anexos, quando documentados com as cartas de guias assinadas pelos provedores das Misericórdias ou pelos presidentes das comissões executivas dos concelhos onde tiverem residência os mesmos enfermos» (artigo 122.º, § 1.º, n.º 13.º).

É assim se chegou ao código vigente, no qual se dispõe pertencer às câmaras deliberar «sobre o internamento dos alienados e a hospitalização dos pobres do concelho» (artigo 48.º, n.º 11.º) e deverem ser satisfeitas obrigatoriamente as despesas com o tratamento e transporte dos doentes pobres residentes no concelho admitidos com guia passada pela câmara municipal nos Hospitais Cívicos de Lisboa, Hospitais da Universidade de Coimbra, Hospital Escolar, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Instituto de Oncologia, Insti-



LONGACILINA

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

LONGACILINA LONGACILINA A

Comprimidos para administração oral.

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

Boião de 12 comprimidos

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

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

Caixa de 1 frasco de 300.000 U.—Actividade: 7 dias
Caixa de 1 frasco de 600.000 U.—Actividade: 14 dias

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

tuto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto e no Hospital de Santo António, do Porto, calculadas nos termos da lei especial (artigo 751.º, n.º 7.º).

8. A importância para as finanças municipais da responsabilidade das câmaras pelos encargos da assistência hospitalar é questão frequentemente ventilada nas sessões da Administração e na Assembleia Nacional.

As manifestações públicas mais recentes e expressivas do interesse que este assunto tem despertado são, sem dúvida, a intervenção do Sr. Deputado Amaral Neto, a fim de chamar a atenção do Governo sobre certos aspectos da assistência pública, realizada na sessão da Assembleia Nacional de 28 de Abril de 1950 (*Diário das Sessões* n.º 53, de 28 de Abril de 1950), o aviso prévio deste mesmo Deputado acerca das dívidas dos municípios aos Hospitais Cívicos pelo internamento e tratamento de doentes pobres, efectivado nas sessões da Assembleia de 1 e 2 de Abril de 1952 (*Diário das Sessões* n.ºs 146 e 147, de 2 e 3 de Abril de 1952), e ainda a intervenção do Sr. Deputado Melo e Castro sobre a necessidade de serem fomentados meios de auxílio aos hospitais sub-regionais, feito na sessão de 24 de Março de 1953 (*Diário das Sessões* n.º 228, de 25 de Março de 1953).

Aceitando os fundamentos teóricos da responsabilidade das câmaras, pode dizer-se que a efectivação dela constitui um encargo de grande peso e volume.

as câmaras de acordar com as respectivas comissões municipais de assistência o montante da sua contribuição, o qual, na falta de acordo, pode ser fixado pelo governador civil até 10 por cento do montante das suas receitas ordinárias (Decreto-Lei n.º 35.108, artigo 83.º, § único).

A verba assim fixada tem o seu destino próprio, que não é o de pagar as contas hospitalares pelos tratamentos dos doentes internados com guias. Se as câmaras não pagam estas contas é-lhes cativado para as reembolsar até 20 por cento das receitas arrecadadas nas tesourarias da Fazenda Pública, isto é, até à quinta parte dos seus adicionais às contribuições do Estado (Decreto-Lei n.º 23.348 de 13 de Dezembro de 1933, artigo 2.º, § único).

Saltam à vista os efeitos deste sistema. Das suas receitas de mais segura cobrança nunca as câmaras podem contar com a totalidade, e a cobrança das dívidas por dedução, fazendo-lhes perder receitas orçamentadas com rigor, lança-as muitas vezes em sérias dificuldades de tesouraria. É digno de ponderação que, pela combinação dos dois citados preceitos de lei, pode chegar-se ao caso extremo de uma câmara municipal ser obrigada a despendar em fins de assistência 30 por cento das suas receitas ordinárias.

Contudo, este regime não tem assegurado, nem de longe, a solvência das câmaras.

No relatório da gerência de 1952 dos Hospitais Cívicos de Lisboa figura o seguinte expressivo quadro:

montante dos débitos das câmaras por este título avultará ainda muito mais.

É tão volumoso o encargo assim constituído que pode ter-se como certo terem de passar anos e anos antes de serem pagas as dívidas dos municípios aos hospitais acumuladas até agora, se lhes for aplicável o regime em projecto. E como disto resultará que entretanto se irão contraindo novas dívidas aos hospitais regionais e sub-regionais, o novo sistema de pagamentos não poderá entrar em execução em data previsível.

Entende por tais motivos esta Câmara que a liquidação das dívidas em atraso dos municípios aos hospitais deve ficar inteiramente fora do âmbito do projectado decreto-lei e ser o objecto de um diploma especial, em que possivelmente se regule o pagamento delas por meio de títulos da dívida pública entregues pela Junta do Crédito Público, à qual os municípios devedores pagariam em anuidades certas, cujo número dependeria do montante devido por cada um.

9. No quarto lugar da responsabilidade indicam-se «os fundos e as receitas das instituições que houverem prestado a assistência».

É uma pura afirmação de princípio, feita certamente por escrúpulo de exactidão no desenho de todo o sistema. De facto, a assistência que tecnicamente se julgou necessária não pode deixar de ser prestada pelo motivo de não se encontrar um

POSIÇÃO DAS CONTAS DAS CÂMARAS MUNICIPAIS NOS ANOS DE 1943 A 1952

Débito		Crédito	
Saldo em 31 de Dezembro de 1943	20:241.887\$19	Cobrança em 1944	3:400.617\$93
Despesa de 1944	3:686.174\$38	Cobrança em 1945	3:119.608\$34
Despesa de 1945	4:882.677\$55	Cobrança em 1946	3:073.040\$34
Despesa de 1946	6:285.780\$90	Cobrança em 1947	3:546.023\$50
Despesa de 1947	7:219.644\$76	Cobrança em 1948	3:979.926\$49
Despesa de 1948	7:678.213\$31	Cobrança em 1949	4:359.490\$55
Despesa de 1949	6:977.097\$34	Cobrança em 1950	4:802.838\$79
Despesa de 1950	5:275.191\$88	Cobrança em 1951	5:152.291\$40
Outras despesas com doentes externos e sinistrados a cargo das câmaras, desde 1930 até 1950	2:484.693\$81	Cobrança em 1952	6:022.200\$60
Despesa total de 1951	6:701.960\$00	Saldo em 31 de Dezembro de 1952	41:790.405\$78
Despesa total de 1952	7:813.122\$60		
	79:246.443\$72		79:246.443\$72

Como o relatório do projectado diploma faz notar, o número de doentes submetidos a tratamento tem aumento de ano para ano, certamente em consequência da crescente facilidade de acesso aos hospitais e da difusão entre as camadas mais pobres da população do conhecimento das vantagens de tratamentos médicos adequados. Por outro lado, os progressos técnicos da medicina têm feito aumentar sempre o custo médio dos tratamentos. Para ocorrer aos encargos da assistência local têm

Por estes números se vê que o volume dos débitos das câmaras tem subido sempre desde 1944 em diante. Igual sentido mostra o movimento das cobranças, mas sem em nenhum dos anos os números destas alcançarem os daqueles. E o saldo a favor dos Hospitais Cívicos de Lisboa apresentava em 31 de Dezembro de 1952 a cifra impressionante de 41:790.405\$78.

Se a este saldo se somarem os saldos credores dos outros hospitais indicados no artigo 751.º do Código Administrativo, o

responsável bastante pelo seu custo. Se este não aparecer, a própria instituição o suportará necessariamente pelas forças dos seus meios.

10. Segundo o § 1.º do artigo 1.º do projectado diploma, a responsabilidade prevista no corpo do artigo refere 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.

É um grupo cujos elementos componentes convém examinar um por um.

O primeiro elemento é o das pessoas que, segundo os princípios gerais, sejam responsáveis pelas consequências do facto determinante da assistência.

Nesta definição cabem os casos de responsabilidade civil em geral (Código Civil, artigo 2.361.º), os emergentes de responsabilidade criminal (Código de Processo Penal, artigo 34.º), os de responsabilidade derivada de acidentes de trabalho (Lei n.º 1.942, de 27 de Julho de 1936, artigos 1.º e 6.º) e os de responsabilidade por acidentes de viação (Código da Estrada, artigo 138.º).

Em todos eles a responsabilidade compete sempre a pessoas a quem a lei directamente impõe obrigações para com os assistidos.



Bismogenol

O MAIS PODEROSO ADJUVANTE DOS ANTIBIÓTICOS MODERNOS

A aplicação combinada de BISMOGENOL e Penicilina provoca uma multiplicação do efeito total, o que se torna vantajoso não somente no tratamento da LUES 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.

REPRESENTANTE GERAL: SALGADO LENCART

[Rua de Santo António, 203 — PORTO

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

E. TOSSE & C.ª

HAMBURGO

ACÇÃO ANTIBIÓTICA COM REFORÇO DAS DEFESAS NATURAIS

IMUNOBIÓTICO

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

IMUNOBIÓTICO-E

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

APRESENTAÇÃO:

IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA

IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

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

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

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

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

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

A CADA FRASCO CORRESPONDE UMA AMPOLA
DE LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

CAIXAS DE 1, 3, 5 e 10 DOSES

LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8 - LISBOA

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

11. Segue-se no grupo a menção das entidades seguradoras, conforme os termos estipulados nos respectivos contratos.

É uma referência à responsabilidade também imposta por lei a certas pessoas em favor dos assistidos, mas transferida mediante apólice de seguro, nos termos de legislação especial, como é o caso da responsabilidade por acidentes de trabalho (Lei n.º 1.942, artigo 11.º) e o da emergência de acidentes de viação [Código da Estrada, artigo 138.º, alínea d)].

Em qualquer dos casos abrangidos pelos dois elementos do grupo o projectado preceito em nada inova.

12. Diferente é o caso das instituições de previdência, nos termos dos seus regulamentos.

Na Lei n.º 1.998 atribuíam-se aos organismos corporativos um lugar na escala das responsabilidades [base XXI, alínea c)]; embora se previsse a existência de garantias de previdência corporativa a favor da economia familiar (base XXII). Agora excluem-se aqueles organismos, e em seu lugar aparecem as instituições de previdência.

A modificação tem toda a razão de ser.

Os organismos corporativos não têm, como fim específico directo, a prestação de assistência. Mas incumbem-lhes a organização de caixas de previdência (Estatuto do Trabalho Nacional, artigo 48.º, § 1.º).

A estas caixas já compete proteger o trabalhador contra os riscos de doença (Lei n.º 1.884, de 16 de Março de 1935, artigo 4.º) e o mesmo sucede com as instituições de previdência de outras categorias (caixas de reforma e de previdência, ibidem, artigo 10.º) e associações de socorros mútuos (Decreto n.º 19.281, de 29 de Janeiro de 1931, artigo 1.º, n.º 1.º).

Segundo informação dos respectivos serviços, nenhuma caixa sindical ou de reforma ou previdência prevê nos seus actuais regulamentos o pagamento de despesas de internamento hospitalar aos seus beneficiários, embora algumas concedam tais benefícios à margem das obrigações estritas e conforme as suas possibilidades.

Nem por isso o auxílio assim prestado deixou de atingir alguma importância, como mostra o quadro seguinte, relativo ao ano de 1952:

CAIXAS QUE CONCEDEM INTERNAMENTOS

Instituições	Internamentos hospitalares		Internamentos sanatoriais		Total	
	Número	Encargo	Número	Encargo	Número	Encargo
Caixas de Previdência						
Caixa de Previdência do Pessoal da Firma Mason and Barry, L. da «Cimentos» — Federação das Caixas de Previdência e Caixas Federadas	70	5.415\$00	—	—\$—	70	5.415\$00
Caixa de Previdência dos Empregados de Escritório	125	66.296\$00	—	—\$—	125	66.296\$00
Caixa de Previdência do Pessoal da Companhia do Papel do Prado	10	7.732\$00	—	—\$—	10	7.732\$00
Caixa de Previdência do Pessoal da Companhia Previdente	14	4.958\$00	—	—\$—	14	4.958\$00
Caixa de Previdência do Pessoal da Companhia dos Telefones.	64	351.890\$00	14	237.713\$00	78	589.603\$00
Caixa de Previdência do Pessoal da Companhia União Fabril e Empresas Associadas	778	2.528.909\$00	—	—\$—	778	2.528.909\$00
Caixa de Previdência do Pessoal da Hidroeléctrica Alto Alentejo	2	607\$00	—	—\$—	2	607\$00
Caixa de Previdência do Pessoal da Marinha Mercante Nacional	281	268.008\$00	123	183.966\$00	404	451.974\$00
Caixa de Previdência do Pessoal da Soda Póvoa	—	—\$—	1	Gratuito	1	—\$—
«Carvões» — Federação das Caixas de Previdência	97	32.557\$00	—	—\$—	97	32.557\$00
Caixa de Previdência do Pessoal da Fábrica de Papel de Matrena	10	4.225\$00	—	—\$—	10	4.225\$00
Caixa de Previdência do Pessoal da Firma Mundet & C.ª, L. da	16	7.662\$00	12	34.557\$00	28	42.219\$00
Caixas Sindicais de Previdência						
Caixa Sindical de Previdência do Pessoal da Indústria de Cerâmica	52	67.557\$00	5	28.997\$00	57	96.554\$00
Caixa Sindical de Previdência do Pessoal da Indústria e Comércio de Produtos Químicos e Farmacêuticos	7	7.621\$00	—	—\$—	7	7.621\$00
Caixa Sindical de Previdência do Pessoal da Indústria de Conservas de Peixe	577	288.698\$00	—	—\$—	577	288.698\$00
Caixa Sindical de Previdência dos Profissionais de Seguros	—	—\$—	12	278.469\$00	12	278.469\$00
Caixa Sindical de Previdência do Comércio e Exportação e Conservação dos Vinhos do Norte de Portugal	19	8.029\$00	—	—\$—	19	8.029\$00
Caixa Sindical de Previdência dos Empregados e Operários do Distrito do Funchal	363	124.320\$00	26	72.218\$00	389	196.538\$00
Caixa Sindical de Previdência do Pessoal da Indústria de Bordados da Madeira	137	11.895\$00	—	—\$—	137	11.895\$00
Totais	2.622	3.781.374\$00	216	1.196.886\$00	2.838	4.978.260\$00

Pelo volume a que se elevaram os auxílios voluntários prestados pelas caixas de previdência se pode antever como a prestação de benefícios desta natureza por todas as instituições de previdência transformaria inteiramente a situação actual em matéria de assistência hospitalar.

Por isso, e embora a propósito deste aspecto parcelar do problema da previdência social, esta Câmara entende dever comunicar ao Governo a sua convicção de que importa sobremaneira prosseguir activamente na política de incremento da previdência social, de modo a alargar o esquema da assistência que esta obrigatoriamente presta e ir abrangendo progressivamente na rede das suas instituições novas camadas da população.

13. No artigo 2.º do projecto dispõe-se que a cooperação do Estado nos encargos da assistência se verificará normalmente através da concessão de subsídios por força dos dotações orçamentais destinadas a fins de assistência.

Segundo o regime em vigor, na escala dos responsáveis figura o Estado, pelas dotações destinadas a assistência [Lei n.º 1.998, base XXI, alínea f)].

A alteração é puramente formal.

Na situação presente o Estado está inserido numa ordem numérica, como se fosse um verdadeiro responsável directo entre os demais. Mas não é essa a sua verdadeira posição. Como diz a própria alínea f) da base XXI, o Estado responde através das dotações destinadas a assistência, e isto é exactamente o que preconiza o preceito em projecto.

Por força da aplicação dele, a verdadeira situação das coisas não se modificará. Prestada a assistência a qualquer pessoa, procurará cobrar-se o seu custo às entidades consideradas responsáveis. Sendo impossível a cobrança, no todo ou em parte, suportarão os encargos não solvidos as instituições que houveram prestado a assistência, pelos seus fundos e receitas.

Em grande número de casos, se não na totalidade, estas instituições não poderão manter o seu equilíbrio financeiro, e então acudirá o Estado a subsidiá-las na medida que reputar necessária.

14. Passando ao plano da efectivação, diz o artigo 3.º do projectado diploma que na liquidação e execução das responsabilidades previstas no artigo 1.º se procederá 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 no próprio diploma se contém.

O decreto-lei aqui citado é o que reorganizou os serviços da assistência social. Na secção IV, «Dos órgãos jurisdicionais», do capítulo I, «Dos órgãos superiores da assistência», do título II, «Da assistência oficial», criam-se as comissões arbitrais de assistência.

Segundo tal diploma, a estes órgãos compete declarar e liquidar as responsabilidades pelos encargos da assistência não voluntariamente satisfeitos, em todos os casos previstos na Lei n.º 1.998, salvo o do n.º 2.º da sua base XXI [artigo 40.º, alínea b)]. E uma vez fixadas as decisões compete executá-las aos tribunais das execuções fiscais artigo 41.º).

Nos preceitos seguintes regula-se a constituição das comissões arbitrais, o processo a seguir perante elas e algumas matérias conexas (artigos 42.º a 58.º).

Por este modo, o preceito contido no artigo 3.º da proposta é simples repetição da regra já existente, tornada necessária por força da substituição da norma fundamental reguladora das responsabilidades que o artigo 1.º vem operar.

A sua aplicação suscita, porém, um importante problema.

V I D A M É D I C A

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 19 a 25 de Abril)

Dia 19 — Em Lisboa, iniciam-se os trabalhos da II Semana de Serviço Social, organizada pelo Sindicato Nacional dos Profissionais do Serviço Social. As sessões científicas decorrem, com notável elevação, no anfiteatro da Maternidade Alfredo da Costa.

20 — No Hospital da Marinha, em Lisboa, por iniciativa do cap. de mar-e-guerra Dr. Telmo Correia, profere uma palestra denominada «Seleção do pessoal da Armada» o Dr. Gualter Marques.

— Em Barcelos, o posto médico dos Serviços Médico-Sociais transfere as suas instalações para um amplo e esplêndido edifício do Largo da Porta Nova.

21 — Chega a Lisboa o Dr. A. Gabaldon, da O.M.S., malariologista de renome internacional que vem realizar algumas conferências no Instituto de Medicina Tropical.

— Visitam Coimbra as alunas da Escola de Enfermagem do Hospital de Santa Maria, do Porto.

22 — O capitão-tenente médico Dr. Custódio Fernandes profere no Hospital da Marinha uma conferência intitulada «Serviços de saúde naval em combate». Preside o comodoro médico-naval Dr. Nunes da Costa, inspector de Saúde Naval, sendo, após a conferência, projectados dois documentários americanos, de guerra, referentes à saúde naval.

— Reúne a classe de Ciências, da Academia, sob a presidência do Prof. Celestino da Costa. Na «ordem do dia» o Prof. Augusto da Silva Carvalho profere a sua comunicação sobre «Subsídios para a História da Química em Portugal».

23 — O Prof. Maximino Correia, reitor da Universidade de Coimbra é homenageado no Instituto de Sintra.

— Em Lisboa, realiza-se a assembleia geral da Liga dos Cegos «João de Deus», sob a presidência do Dr. José Formosinho Sanches, tendo sido eleito sócio honorário, por aclamação, o Dr. Trigo de Negreiros, ilustre Ministro do Interior.

— Iniciam-se na Escola de Enfermagem Artur Ravara, de Lisboa, os cursos de ajudantes técnicos de radiologia e encarregados de câmara escura.

24 — Em Coimbra, prosseguem as obras do novo edifício da Faculdade de Medicina. A área do novo edifício somada à do Hospital da Universidade excede a ocupada pelo Hospital Escolar de Lisboa.

— O Estado concede à Misericórdia de Baião 195 contos, como comparticipação de 50% nas obras do novo hospital, já em adiantada segunda fase de construção e em breve concluída.

— Em Coimbra, são inaugurados uma Clínica de Obstetrícia e um Centro de Puericultura, privativos dos funcionários dos C. T. T. A sessão assistem os Eng. Couto dos Santos, Correio-Mor, Dr. Manuel Machado, Intendente das Obras Sociais, Prof. João Porto, e os médicos da clínica e do centro, Drs. Albertino Barros, Ibérico Nogueira, Santos Bessa e Carlos Dória.

— Nos Hospitais Cívicos de Lisboa, Laboratório de Anatomia Patológica do Hospital de S. José e perante júri presidido pelo Prof. Diogo Furtado, presta provas o Dr. António de Vasconcelos Marques, candidato ao lugar de neuro-cirurgião, recentemente criado.

— Em Lisboa, no Hospital da Marinha, encerra-se o ciclo de conferências médico-navais, realizadas por iniciativa do director daquele hospital, cap. de fragata médico, Dr. Telmo Correia. A última con-

ferência profere-a o 1.º tenente farmacêutico Perquilhas Teixeira, que desenvolve o tema «Alimentação na Armada». Encerra a sessão o Dr. Telmo Correia que se congratula do êxito do ciclo e agradece a colaboração de todos que nele participaram.

— Parte para S. Paulo o Prof. João Belo de Moraes, da Faculdade de Medicina de Lisboa que, na qualidade de delegado oficial português, vai tomar parte no IX Congresso Internacional de Cirurgia.

25 — O Dr. Santos Bessa, chefe dos serviços da delegação de Coimbra do Instituto Maternal, parte para Paris, onde vai frequentar o Curso de Pediatria Social.

Estrangeiro

Os japoneses atingidos por radiações atómicas directas, ou por cinzas radioactivas, continuam a ser objecto do interesse científico mundial. Agora, afirma-se, um professor de radiologia da Faculdade de Medicina de Okayama, Dr. Michio Yomamoto, verificou os vantajosos efeitos do abuso do álcool como recuperador das vítimas das radiações.

— Grassa na Bulgária uma epidemia de cólera, tendo o Ministro da Saúde grego determinado medidas de segurança.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Para habilitação ao provimento do lugar de assistente vacinador e leitor de filmes da brigada móvel de vacinação da zona centro do Instituto de Assistência aos Tuberculosos.

— Para provimento do cargo de médico do partido municipal com sede na freguesia de Vila Fernando (Guarda). O partido compreende, além da sede, as freguesias de Adão, Albarido, Pega, Carvalho Mão, Marmeleiro, Monte Margariôa, Rochoso, Panoias, Vila Garcia, Santana da Azinha, Casal de Cinza e Pousada.

O Dr. António de Vasconcelos Marques termina as provas do seu concurso, para neuro-cirurgião dos Hospitais Cívicos de Lisboa, no próximo dia 8 de Maio, às 12 horas, no Hospital de Santo António dos Capuchos, com a leitura e discussão de um trabalho sobre patologia da especialidade.

— O Prof. Amândio Tavares, Reitor da Universidade do Porto, receberá em Maio próximo, na Universidade de Salamanca, o grau de doutor «honoris causa», nas festas finais comemorativas do VII Centenário daquela Universidade.

— A Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa promove, na segunda quinzena de Maio, o I Ciclo de Estudos Clínicos, a efectuar-se no Hospital dos Capuchos.

— O Ministro do Interior vai assinar uma portaria autorizando a C. M. de Peso da Régua a ceder, gratuitamente à Santa Casa da Misericórdia, um terreno com a área de 3.300 metros quadrados, destinado à construção do novo hospital.

— Foram transferidas, respectivamente para 10 e 11 de Maio, a entrega e a abertura das propostas do concurso para fornecimento de uma instalação de antibióticos nos Hospitais da Universidade de Coimbra.

— As colónias de férias da Junta de Província da Beira Litoral vão entrar em funcionamento em 10 de Junho e 1 de Ju-

lho, respectivamente para a da Gala, Figueira da Foz, marítima, e a de Vila Pouca da Beira, em Oliveira do Hospital, de campo, regulando o custo diário de estadia para cada criança entre 12 e 13 escudos.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 14-4-54 a 20-4-54)

14-4

Dr. Francisco Rodrigues Mendes Godinho — nomeado médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português e colocado em Angola na vaga resultante da passagem ao quadro complementar de cirurgiões e especialistas do Dr. António Augusto Pinto da Fonseca.

— Delegação nomeada pelo Ministério do Interior que representará Portugal na 7.ª Assembleia Mundial da Saúde, a iniciar em Genebra no próximo dia 4 de Maio, que, nos termos dos artigos 11.º e 12.º da Constituição da Organização Mundial da Saúde será composta pelos seguintes funcionários:

Delegados: Dr. Augusto da Silva Travassos, director-geral de Saúde, que será o chefe da delegação; Dr. António de Carvalho Dias, inspector superior de saúde e higiene do quadro do pessoal técnico da Direcção-Geral de Saúde; Dr. Guilherme Jorge Janz, professor do Instituto de Medicina Tropical, representante do Ministro do Ultramar. *Suplente:* Dr. Bernardino Alvaro Vicente de Pinho, inspector superior de saúde e higiene do quadro do pessoal técnico da Direcção-Geral de Saúde.

15-4

Dr. Carlos Santos, subdelegado de Saúde, interino, do concelho da Moita — exonerado do exercício destas funções a partir da data em que tomar posse daquele lugar, como subdelegado de Saúde efectivo, o Dr. Joaquim Marques Elias.

16-4

Segundos-tenentes médicos Drs. José Nicolau Cardoso Martins e José Freire de Vasconcelos Carneiro e Menezes, no quadro — promovidos ao posto de primeiro-tenente médico, a contar de 31 de Março findo, (Estatuto dos Officiais da Armada) por satisfazerem às condições gerais e especiais de promoção exigidas, sendo colocados na escala de antiguidades pela ordem em que vão mencionados, imediatamente à esquerda do primeiro-tenente médico Dr. Fernando de Azevedo Carvão Gomes.

— Primeiro-tenente médico Dr. António da Paz Pereira — considerado na situação de inactividade temporária (Estatuto dos Officiais da Armada), e na mesma data desligado do respectivo quadro.

— Para os devidos efeitos se publica que foi aprovado, por unanimidade, o concorrente ao concurso para habilitação ao provimento do lugar de especialista de anatomia patológica do Sanatório D. Manuel II Dr. António Rogério Luís Gonzaga, aprovação que foi homologada por despacho de 10 do corrente mês de S. Ex.º o Subsecretário de Estado da Assistência Social.

17-4

Dr. Joaquim Marques Elias, nomeado médico municipal do concelho da Moita

— nomeado subdelegado de Saúde do referido concelho.

19-4

Dr. Diogo Hora da Silva Ferreira — nomeado, precedendo concurso, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português e colocado em Moçambique, na vaga resultante de ter sido nomeado, em comissão, na missão de estudo e combate à doença do sono da Guiné o Dr. Augusto Reimão da Cunha Pinto.

— Pela Direcção Geral de Saúde foi publicada a seguinte Portaria:

Considerando a conveniência de se ver o actual Regimento dos Preços dos Medicamentos e que se torna necessário proceder à remodelação da comissão permanente para a elaboração da revisão anual do citado regimento, por motivo da apresentação do inspector superior de Saúde e Higiene, Dr. Aníbal do Couto Nogueira, que a ela presidia; manda o Governo da República Portuguesa, pelo Ministro do Interior, que a comissão a que se refere o Decreto n.º 24.316, de 8 de Agosto de 1934, fique constituída pela forma seguinte: Dr. Bernardino Alvaro Vicente de Pinho, representante do Conselho Superior de Higiene e Assistência Social, que servirá de presidente; Licenciado Manuel Godinho de Matos Júnior, inspector do Exercício Farmacêutico, Jaime Farto Alves Barata, farmacêutico químico, Adolfo Aníbal da Veiga Teixeira, representante do Sindicato Nacional dos Farmacêuticos, João de Almeida Pinto, representante do Grémio Nacional das Farmácias.

Ministério do Interior, 14 de Abril de 1954. — O Subsecretário de Estado da Assistência Social, *Alberto Ribeiro Queirós*.

— A Câmara Municipal de Tomar declara que por deliberação tomada em sua sessão de 7 do corrente mês, resolveu nomear, por escrutínio secreto, para o cargo de médico municipal do referido concelho o Dr. Amândio Marques Murta.

20-4

Dr. João Rafael Casqueiro Belo Moraes, assistente de serviço geral de clínica cirúrgica dos H. C. L. — autorizado a ausentar-se do País de 4 do corrente mês a 4 de Maio próximo, no desempenho de missão oficial do Instituto de Alta Cultura.

Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e de Bronco-Esofagologia

Está organizada a Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e de Bronco-Esofagologia, cujos corpos directivos têm a seguinte constituição:

Presidente — Dr. Alberto Luís de Mendonça

Vice-Presidente — Dr. Jaime de Magalhães

1.º Secretário — Dr. António da Costa Quinta

2.º Secretário — Dr. Albano Coelho
Tesoureiro — Dr. José António de Campos Henriques

Vogais — Dr. Teófilo Esquivel e Dr. António Cancelo de Amorim.

A sessão inaugural da Sociedade teve lugar no dia 20 de Março, pelas 22 horas, no anfiteatro do Instituto Português de Oncologia.

Ordem dos Médicos

Sob a presidência do Prof. Aleu Saldanha, reuniu-se no dia 13, com a assistência dos delegados dos três Conselhos Regionais, a assembleia geral da Ordem dos Médicos, que, após larga discussão, aprovou o relatório e as contas da gerência de 1953 e o orçamento para o ano corrente. Foi ainda aprovado um voto de louvor ao Bastonário, Prof. Cerqueira Gomes, bem como ao Conselho Geral.

Por último, foi aprovada, por unanimidade, a seguinte moção, subscrita por vários delegados: «Considerando que a Previdência Social dos economicamente débeis é um acto da mais perfeita justiça social e que para ele a Corporação Médica Portuguesa já afirmou o seu decidido apoio e ofereceu a sua sincera colaboração; Considerando que entre nós a Previdência Social se estabeleceu em normas que agravam consideravelmente a difícil situação dos médicos, colocando-os em condições de inferioridade entre os médicos dos diferentes países da Europa ocidental que prestam serviços nos sistemas de Segurança Social; considerando que, apesar dos reiterados e louváveis esforços dos conselhos Gerais da Ordem, a posição da nossa Previdência Social se não tem aliviado e antes agravado; considerando que o prosseguimento desta atitude ensombra o futuro dos médicos e da medicina portuguesa; A assembleia geral da Ordem dos Médicos, hoje reunida, dirige-se ao sr. Presidente do Conselho de Ministros, para reforçar a acção do Conselho Geral e pedir a S. Ex.ª o favor de considerar a boa justiça das reivindicações apresentadas quanto à prestação de serviços médicos na nossa Previdência Social».

Concurso para médico do Hospital da Misericórdia de Figueira de Castelo Rodrigo

Termina em 2 de Maio próximo o concurso aberto pela Misericórdia de Figueira de Castelo Rodrigo para o lugar de médico contratado do seu hospital.

Os interessados deverão apresentar os requerimentos, devidamente instruídos, até àquele dia, na Secretaria da Misericórdia, onde se encontram patentes as condições do respectivo contrato.

Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa

Reuniu-se no dia 16 a Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, sob a presidência do Prof. Xavier Morato, tendo apresentado um trabalho sobre a nomenclatura das formas de hipopituitarismo o Dr. Adolfo Coelho.

Antes, porém, de falar o Dr. Adolfo Coelho, o Prof. Costa Sacadura, secretário-geral perpétuo da Sociedade lembrou, quanto aquela agremiação científica deve a Almeida Garrett, que, apesar de não ser médico, foi um dos seus mais ilustres membros, a par do Bispo Conde, Frei Francisco de S. Luís, o célebre Cardeal Saraiva. Veio isto a propósito da próxima comemoração do centenário de Almeida Garrett, à qual, disse o Prof. Costa Sacadura, a Sociedade não pode conservar-se alheia.

Continuando, o orador referiu os grandes serviços que a Sociedade ficou a dever a Almeida Garrett, entre os quais avultam os esforços para a reimpressão dos «Colóquios», de Garcia de Orta, e para que a Sociedade fosse elevada à categoria de Academia de Medicina de Lisboa. Tudo isto citado como justificação de uma proposta que mandou para a mesa, pela qual se resolve comunicar ao Dr. Júlio Dantas, seu sócio benemérito e presidente da Academia das Ciências e da Comissão encarregada da comemoração do centenário de Almeida Garrett, que a Sociedade se associa àquelas homenagens.

Depois de falarem sobre o assunto os Drs. Eugénio Mac-Bride e Fernando Correia e o Prof. Celestino da Costa, e darem a sua concordância à proposta, esta foi aprovada por aclamação.

Seguiu-se, então, o Dr. Adolfo Coelho, que apresentou o seu trabalho, documentado com um caso clínico. O conferencista começou por afirmar que o conhecimento sobre a insuficiência do lobo anterior da hipófise se pode sistematizar em quatro períodos, que citou, e que vão desde as descrições primitivas até ao período actual, em que o advento e o aparecimento de técnicas laboratoriais permitem um estudo muito mais pormenorizado do hipopituitarismo. Depois de apresentar um caso pormenorizadamente estudado, terminou propondo a designação de: «hipopituitarismo gonado-tiroideu post-partum».

Auto-Clube Médico Português

Delegação do Norte

Da Secretaria da Delegação do Norte do A. C. M. P., pedem-nos para comunicar que a respectiva sede foi transferida para a Rua do Marão, 68, 1.º — Porto (Telef. 43451).

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

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

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto 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 Antituberculosa 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 PRINCIPE, 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

