

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 135
1 de Abril de 1954

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

HEMO-B-DOZE "1.000"

HEMO-B-DOZE "15" • HEMO-B-DOZE "GOTAS" • HEMO-B-DOZE "50"



A vitamina da hematopoiese surge agora como um factor fundamental do anabolismo proteico e da protecção do sistema nervoso, proporcionando resultados espectaculares em síndromas de diversa etiologia

NOVAS INDICAÇÕES

ESTADOS DE DESNUTRIÇÃO * DEFICIÊNCIAS DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DAS CRIANÇAS E LACTENTES * ANOREXIA E ASTENIA DOS VELHOS E CRIANÇAS * DERMATOSSES SEBORREICAS * NEURODERMITES E CERTOS ECZEMAS * DERMATITES DE CONTACTO * URTICÁRIA CRÓNICA * LUPUS * ZONA * ESCLEROSE EM PLACAS * NEVRITES * NEURALGIAS DO TRIGÉMIO * POLINEVRITES DIVERSAS * OSTEOARTRITE E OSTEOPOROSE * HEMICRÂNIA * HEPATOPATIAS * ASMA, ETC.



LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

SUMÁRIO

	Pág.
MÁRIO CARDIA — Importância das consultas de Ginecologia na luta anti-venérea	257
MÁRIO LAGE, AURELIANO DA FONSEGA e WILHELM OSSWALD — Movimento da consulta de Dermatovenereologia do Dispensário de Higiene Social de Matosinhos	260
MOVIMENTO MÉDICO — ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — As nefrites	267
Esfregaços gástricos	268
Um novo antibiótico: a magnamicina	271
Tratamento de prematuros com A. C. T. H.	272

SUPLEMENTO

	Pág.
Outras considerações sobre o projecto que regulará os encargos com a assistência hospitalar — M. DA SILVA LEAL	217
Ecos e Comentários	218
Crónica de Goa — A Missão Médica de Catedráticos — VENTURA PEREIRA	219
O ensino Post-Universitário	222
As Bolsas da OMS	224
A 1.ª Conferência Mundial sobre Ensino Médico	228
O aviso prévio do Prof. Cid dos Santos	230
Noticiário diverso.	

UM NOVO PRODUTO



para tratamento da dermite seborreica do couro cabeludo

*... o prurido e a «caspa» são eliminados
na maioria dos casos*

* Após anos de pesquisas apareceu um novo produto para o tratamento da dermite seborreica do couro cabeludo: «SELSUN» suspensão de sulfureto de selênio. As suas vantagens são: eficácia quanto ao desaparecimento das películas de «caspa»; diminuição, muitas vezes imediata, do ardor e da comichão; notável simplicidade de aplicação; extenso campo de actividade que vai desde a simples «caspa» até às dermatites seborreicas graves. Ressalta ainda o facto de que o «SELSUN» é um medicamento especializado e, como tal, destinado a ser aviado apenas mediante receita médica.

* Os melhores resultados são alcançados após 4 a 8 semanas de aplicação. Para os manter é suficiente a aplicação posterior com o intervalo de 1 a 4 semanas. Em regra o prurido e o ardor desaparecem a seguir às duas ou três primeiras aplicações. Os investigadores médicos (1) (3) que fizeram o estudo do «SELSUN» em 400 doentes relatam o desaparecimento dos sintomas da doença em 92 a 95 % dos casos de «caspa» simples e em 81 a 87 % dos de dermite seborreica. Muitos destes casos não tinham cedido aos tratamentos anteriormente ensaiados. É prático na aplicação e utiliza-se durante a lavagem habitual do cabelo. Elimina-se pelo enxaguamento, e não é gorduroso. Evita assim complicados processos de aposição e remoção. Deixa a cabeça limpa, inodora e não produz manchas indeléveis nas roupas.

* Os estudos realizados para avaliação da sua toxicidade (1) (2) demonstraram que o «SELSUN» usado externamente e como se recomenda é desprovido de acção tóxica. Está à venda nas farmácias, em frasco com 120 c. c.

SELSUN

(MARCA REGISTRADA)

Suspensão de Sulfureto de Selênio (Abbott)

REFERÊNCIAS:

1. Slinger, W. N., and Ubbard, D. M.: (1951), Arch. Dermat. & Syph., 64: 41, July.
2. Slepyan, A. H. (1952), Ibid., 65: 228, February.
3. Ruch (1951), Communication to Abbott Laboratories.

ABBOTT LABORATÓRIOS, L.^{DA}

RUA JOAQUIM ANTÓNIO DE AGUIAR, 43, R/C—LISBOA—PORTUGAL

Importância das consultas de Ginecologia na luta anti-venérea



MÁRIO CARDIA

(Director do Dispensário Central de Higiene Social do Porto e do Hospital de Matosinhos e cirurgião do Hospital de Santo António)

A luta anti-venérea — que na maior parte dos países da Europa se tem desenvolvido vitoriosamente, alcançando êxitos incontestáveis — assenta essencialmente na despistagem de novos casos, nas facilidades de tratamentos (gratuitos, rápidos e eficazes) e na acção social destinada a levar o maior número de doentes a tratarem-se. Na maior parte dos países da Europa a luta anti-venérea está entregue aos dermato-venereologistas; nalguns, colaboram também os ginecologistas ou os urologistas; noutros, como na Inglaterra, a especialidade de venereologia é independente, separada da dermatologia. Há uma doença venérea que, por assim dizer, anda aos baldões da sorte, no sector feminino: a blenorragia. Ora tratada pelos dermatologistas, ora pelo urologistas ou pelos ginecologistas, a gonococcia tem sido prejudicada no seu estudo científico e conhecimentos clínicos e profilácticos por não ser acompanhada sempre pelo mesmo sector médico. Pelo polimorfismo da sua patologia e por ser acompanhada de outras afecções do foro genital, as doentes portadoras de blenorragia devem ser atendidas nos serviços de ginecologia. Aliás, a colaboração entre dermato-venereologistas — encarregados das doenças venéreas do homem e da sífilis nos dois sexos — e ginecologistas é extremamente proveitosa, como se realiza no Dispensário Central de Higiene Social do Porto, onde funcionam, no mesmo edifício, serviços das duas especialidades. A grande maioria dos casos de blenorragia, ao lado de muitos casos de úlcera mole, de linfogranuloma e de sífilis, ocorre espontaneamente às consultas de ginecologia, que são numerosamente concorridas.

As consultas devem ser polivalentes, como sucede naquele Dispensário, não só porque, se tiverem um rótulo exclusivamente anti-venéreo, a concorrência é muitíssimo inferior — mas também porque, só assim, indo os doentes procurar o Dispensário devido a vários sintomas de que se queixam, do foro genital, se consegue despistar e atender convenientemente numerosos casos de doenças venéreas que passariam despercebidos ou seriam mal tratados, se não houvesse a colaboração de consultas polivalentes de ginecologia.

É elucidativo trazer para aqui alguns números referentes ao movimento do Dispensário Central de Higiene Social do Porto e de outros organismos congéneres.

Num relatório que o Dr. Aureliano da Fonseca e seus colaboradores publicaram em «O Médico» (14 de Janeiro de 1954) sobre o movimento de doenças venéreas nos Serviços Médico-Sociais — Federação de Caixas de Previdência (cidade do Porto), verifica-se que, durante os anos de 1948 a 1952, se registaram, no sexo masculino, 3.854 casos; ao passo que, durante o mesmo período se atenderam apenas 536 casos no sexo feminino. Mais interessante ainda é notar que o maior número das mulheres registadas com doenças venéreas acusam sífilis, nas suas diversas formas; fora da sífilis, temos, apenas: blenorragia — 4 casos, úlcera mole venérea — 4, doença de Nicolas-Favre — 6 (em 4 anos!). Durante o mesmo período,

atenderam-se, no sexo masculino, 1.053 casos, de úlcera mole venérea, 1.241 de blenorragia e 98 de Nicolas-Favre.

Onde foram parar os numerosos casos de blenorragia, de úlcera mole, de doença de Nicolas-Favre — do sexo feminino — que certamente também houve entre os beneficiários da Federação? Às consultas de ginecologia, às de urologia (onde também se atenderam, aliás, casos de blenorragia masculina?

Informam-me que, nas outras consultas da Federação, aparecem raramente casos de blenorragia comprovada por exames bacteriológicos. Parece certo que a grande maioria das mulheres que correspondem ao sector assistencial dos Serviços Médico-Sociais não se tratou ou tratou-se insuficientemente quando apresentavam doenças venéreas sobretudo a blenorragia.

Se atendermos a outro relatório, também publicado em «O Médico», sobre o Serviço de Dermatovenereologia do Dispensário Central de Higiene Social do Porto, pelo Dr. Aureliano da Fonseca e seus colaboradores verificamos que os casos de doenças venéreas (fora a sífilis) foram em número muito superior no homem; pelo que respeita a blenorragia, o sector feminino só registou 3,6 % da totalidade nos dois sexos.

No Dispensário de Higiene Social de Lisboa também a percentagem de doenças venéreas (exceptuando a sífilis) é muito menor no sexo feminino (neste Dispensário não funciona um serviço de ginecologia); no ano de 1950, os casos de blenorragia, úlceras moles e Nicolas-Favre foram: homens — 302; mulheres — 32.

Não tenho presentes estatísticas que interessem a este assunto; referentes a outros organismos sanitários. Mas as informações que me chegam levam-me a concluir que, em Portugal, as mulheres portadoras de afecções venéreas vão, em número muitíssimo menor do que no homem, aos serviços onde não funcionam consultas de ginecologia especialmente preparadas para colaborarem na luta anti-venérea. Por isso, actualmente, apesar dos grandes progressos da terapêutica, em Portugal, as complicações da blenorragia são ainda muito frequentes no sexo feminino, com enormes inconvenientes de ordem social, sanitária e moral. No entanto, as complicações da blenorragia masculina têm diminuído consideravelmente e são de muito menor projecção do que na mulher.

Neste aspecto, a acção que o Dispensário de Higiene Social do Porto, pelo seu Serviço de Ginecologia, tem desenvolvido, é notável, apesar da sua curta existência. Acorrem aqui numerosas doentes que, às vezes sem o suspeitarem, apresentam doenças venéreas e são devidamente tratadas. O seu movimento, quanto àquelas doenças, aumenta constantemente. Em 1953 só no Dispensário Central (Consultas de Ginecologia) foram diagnosticados (apresentaram-se durante esse ano 2.535 doentes novas): sífilis — 163 casos; blenorragia aguda e sub-aguda (com gonococos ao exame directo nos exsudatos) — 185; úlcera mole — 6; doença de Nicolas-Favre — 1. É necessário salientar: a quase totalidade dos casos de sífilis diagnosticada no

Serviço de Ginecologia eram desconhecidos das doentes, que se apresentaram às consultas por outros motivos.

Além dos 185 casos, atrás referidos, de blenorragia, há ainda outros (em número muito mais elevado) de blenorragia crónica; não indico o número exacto porque não é possível; muitas vezes, estabelecer o diagnóstico etiológico (que se faz conjugando a observação com os antecedentes) nem de modo definitivo, nem exacto.

Quanto à úlcera mole e à doença de Nicolas-Favre, os casos são poucos porque, apresentando estas doenças, algumas mulheres se têm dirigido, até agora de preferência ao serviço de dermatovenereologia do Dispensário de Higiene Social do Porto e ao Hospital de Santo António. Supomos que, de futuro, se apresentarão nas consultas de Ginecologia do D. H. S. P. maior número de mulheres com úlcera mole e doença de Nicolas-Favre.

Verifica-se que são numerosos os casos de doenças venéreas (muitas centenas por ano) que ocorrem ao Serviço de Ginecologia do Dispensário de Higiene Social do Porto; o seu número é incomparavelmente maior do que o dos doentes que frequentam serviços especializados, com o rótulo de se dedicarem às doenças venéreas, noutros organismos de assistência social. Não basta, evidentemente, que funcione em condições regulares um serviço polivalente de ginecologia para que aí ocorram e sejam devidamente atendidos numerosos casos de doenças venéreas; é necessário que esse serviço, embora não ostente uma fachada de luta anti-venérea, esteja devidamente apetrechado para ela, e disponha de pessoal competente e especialmente interessado em diagnosticar as doenças venéreas e tratá-las convenientemente, como sucede no Serviço de Ginecologia do Dispensário de Higiene Social do Porto.

*

O departamento de ginecologia que funciona no Dispensário de Higiene Social do Porto e seus anexos foi fundado para colaborar na luta anti-venérea — que é um dos principais objectivos deste organismo da Direcção Geral de Saúde — atendendo às deficiências da assistência social do Porto. Tenho de me interessar, evidentemente, por todos os sectores da actividade do Dispensário (que, aliás, não é propriamente um Dispensário, pois funciona em vários edifícios); mas é à luta anti-venérea que está a cargo dos serviços de ginecologia e de dermato-venereologia (que têm estas denominações porque correspondem a duas especialidades assim designadas oficialmente) — é à luta anti-venérea que tenho dedicado a maior atenção. Na secção de dermatovenereologia (sob a chefia do Dr. Aureliano da Fonseca), tratam-se, além das doenças de pele, a sífilis nos dois sexos e todas as outras doenças venéreas do homem; na de ginecologia sob a minha direcção, atendem-se as doenças venéreas da mulher, excepto a sífilis; já vimos, porém, que algumas mulheres que primitivamente se têm dirigido às consultas de dermatovenereologia, foram atendidas nestas consultas; procuramos agora que todas as doentes do sexo feminino (excepto as que apresentam dermatoses), incluindo as que são chamadas pelo Serviço Social, sejam primeiramente observadas nas consultas de ginecologia; e daqui, quando se trata de sífilis, são enviadas ao serviço de dermatovenereologia, acontecendo, porém, que muitas doentes, portadoras de várias afecções frequentam ao mesmo tempo a ginecologia e a dermatovenereologia.

Este sistema tem dado excelentes resultados. Estou convencido que em Portugal não é de aconselhar que funcionem dispensários que se dediquem apenas à luta anti-venérea; eles seriam fracamente frequentados. Nem mesmo para o sexo masculino convém que sejam atendidos apenas os doentes portadores de afecções venéreas. No Dispensário de Higiene Social do Porto, no chamado serviço de dermatologia e venereologia, atendem-se indiferentemente as dermatoses e as doenças venéreas; quanto ao sexo feminino, fora da sífilis, recebem-se todas as doenças do foro genital no serviço de ginecologia, que tem sido, desde o seu início (há 6 anos), um serviço polivalente — e daqui veio o seu grande êxito e extraordinária eficácia na luta anti-venérea.

Nenhuma mulher que sofre do seu aparelho genital tem receio de acorrer ao Dispensário, de ser apontada como portadora de afecção venérea, devido a esta polivalência; no entanto, nas consultas de ginecologia, a grande preocupação de todos os que aqui trabalham é despistar e tratar convenientemente as doenças venéreas e fazer a necessária profilaxia, pelos tratamentos, pelos conselhos, pela despistagem das fontes de contágio, pela chamada de todos que se possam conhecer como portadores de doenças venéreas; mas desenvolve-se esta intensa luta anti-venérea discretamente, não distinguindo aparentemente os casos de blenorragia, de sífilis, de úlcera mole, de Nicolas-Favre das outras doenças, embora as atenções dos médicos e outro pessoal se dirija com particular interesse para os casos de doenças venéreas — que são todos comunicados ao Serviço Social, para despistagem das fontes de contágio e para chamar os doentes que, por ventura, não sigam rigorosamente as indicações terapêuticas.

O serviço de ginecologia é, pois, um departamento onde se atendem todos os casos do foro genital da mulher, empregando-se todos os meios de diagnóstico e de tratamento que podem ser utilizados em regime ambulatório ou levando as doentes que necessitam de internamento para os hospitais; os médicos e mais pessoal que aqui trabalha procura estar sempre a par dos vários problemas relacionados com a ginecologia e, no campo da profilaxia, além da luta anti-venérea, é nossa preocupação colaborar na luta anti-cancerosa, despistando precocemente o cancro uterino. Preenchemos assim uma lacuna que se fazia sentir no sistema assistencial do Norte e conseguimos atrair um grande número de doentes, que confiadamente acorrem ao Dispensário de Higiene Social do Porto, onde — sem que elas o suspeitem — muitas vezes se diagnostica uma doença venérea, contribuindo assim decisivamente para a profilaxia da sífilis e das outras doenças venéreas. Sem este serviço polivalente de ginecologia (especialmente apetrechado para a despistagem e o tratamento das doenças venéreas) muito numerosas doentes portadoras destas afecções nunca seriam tratadas. Não é possível, pois, atingir uma larga projecção na luta anti-venérea sem se dispor de serviços de ginecologia como o que funciona no Dispensário de Higiene Social do Porto.

*

O êxito da luta anti-venérea depende de vários factores. A melhor profilaxia social consiste em diminuir as fontes de contágio. É necessário, pois, tratar o maior número de infecta-

dos, dando as máximas facilidades para o tratamento de todas as pessoas, sem olhar a condições sociais de quem quer que seja. Uma dessas facilidades — reconhecidas por todos os sanitaristas, em todos os países — é a gratuidade de todos os serviços, para o diagnóstico e para a terapêutica; dessa gratuidade não devem ser excluídas mesmo as pessoas que possam pagar. Trata-se dum serviço social, com fins profiláticos, que visa a defender toda a população de doenças evitáveis. Por isso, há países onde só são gratuitos os serviços clínicos prestados em estabelecimentos públicos desde que se trate de doenças venéreas. Noutros, vai-se mais longe: o Estado fornece, gratuitamente, medicamentos anti-venéreos para aplicar em consultórios particulares. Por isso me tenho esforçado em conseguir que, entre as facilidades a conceder na luta anti-venérea, a gratuidade seja o mais ampla possível.

Não basta, porém, que sejam gratuitos todos os serviços a prestar aos portadores de doenças venéreas. É necessário chamar essas doentes e acompanhá-las para que façam os seus tratamentos até à cura completa. A este respeito, é elucidativo o que se passa no Dispensário de Higiene Social do Porto, onde todos os exames para a observação, as análises e os tratamentos têm sido gratuitos. No entanto, mesmo assim, antes de funcionar o Serviço Social, eram numerosos os portadores de doenças venéreas que não seguiam regularmente os tratamentos que lhes eram indicados. Assim, no 2.º semestre de 1952 (quando começou a trabalhar a assistente que dirige o Serviço Social), este serviço actuou sobre 881 doentes, dos quais abandonaram os tratamentos 226; destes, convocados pelo correio, pelo telefone e por meio de visitas domiciliárias, voltaram a seguir os tratamentos 190 doentes; quer dizer, só deixaram de comparecer 36. A percentagem, neste primeiro semestre de actuação do Serviço Social, de doentes que abandonaram os tratamentos foi, pois, apenas de 16 %. Ora, antes de 1952, a percentagem de abandono foi superior a 70 %. Durante o ano de 1953, o Serviço Social deveria vigiar 1.394 doentes portadoras de afecções venéreas; destes, faltaram aos tratamentos 638; quer dizer, abandonaram 45,7 %. Em comparação com o 2.º semestre de 1952, verifica-se que a percentagem de abandono do tratamento passou de 28,2 % para 45,7 %. Isto foi devido à falta de pessoal, que, não tendo aumentado, teve de actuar sobre maior número de doentes. Mas, atendendo aos doentes devidamente vigiados, verificou-se que a percentagem dos recuperados, pelo Serviço Social, foi de 84 %, isto é, maior percentagem da que obtivemos no 2.º semestre de 1952.

A actuação do Serviço Social teve, pois vantagens incontestáveis para o êxito da luta anti-venérea.

É indispensável que — fora do sector da prostituição — os locais onde se atendam as mulheres portadoras de doenças venéreas não tenham rótulo específico. É certo que algumas prostitutas profissionais preferem frequentar locais onde só se atendam colegas na prostituição pública. Devemos, porém, notar que, até agora, o Dispensário de Higiene Social do Porto se tem dedicado, principalmente, a pessoas que não se entregam à prostituição pública, sector da população onde também campeiam, com intensidade, as doenças venéreas. Procura-se agora adaptar outro dispensário — o da Rua Morgado Mateus — ao

sector da prostituição; destina-se, àquelas mulheres cuja presença é inconveniente no Dispensário Central e também às outras que não se sentem à vontade nele e preferem um local com «ambiente próprio»; julgamos que, assim, alargaremos o nosso âmbito de acção na luta anti-venérea. Estes serviços funcionarão, como no Dispensário Central, com a colaboração de dermatovenereologistas e de ginecologistas.

Devemos salientar que a quase totalidade das doentes (portadoras de doenças venéreas) que têm acorrido ao Serviço de Ginecologia do Dispensário Central de Higiene Social do Porto — onde vimos terem vindo, só em 1953, muitas centenas com sífilis e blenorragia — não pertencem ao sector da prostituição; trata-se, na sua grande maioria, de mulheres casadas, em geral infectadas pelos seus maridos. Podemos afirmar que a grande maioria destas doentes não se trataria se não funcionasse um Serviço de Ginecologia no Dispensário — que ninguém receia de frequentar, pois não é apontado como local destinado, apenas, às doenças venéreas.

Mesmo para os homens convém que o Dispensário não tenha rótulo especificamente venéreo. Por isso, os doentes são atendidos no Dispensário de Higiene Social do Porto em consultas onde vão também doentes portadores de dermatoses.

Quanto às mulheres — como o temos salientado — está provado que elas dificilmente acorrem a serviços de dermatovenereologia, onde não haja ginecologistas que as observem completamente quanto ao seu aparelho genital; os exemplos que citamos — dos Dispensários de Higiene Social de Lisboa e Porto e dos Serviços Médico-Sociais da Federação de Caixas de Previdência — são bem concludentes a este respeito.

*

Para combater as doenças venéreas devemos contar, principalmente, com o tratamento do maior número de casos, tornando-os não contagiosos o mais rapidamente possível. Com o fim de se conseguir em Portugal — onde o problema das doenças venéreas assume ainda graves proporções — o melhor êxito, temos de atender às condições económicas da população e à sua educação e a diversas circunstâncias de ordem moral; é, pois, necessário:

1.º — Que haja locais onde se atendam as doenças venéreas, dando todas as facilidades aos doentes, mas que não sejam apontados como tendo frequência, apenas, de portadores daquelas doenças.

2.º — Aquelas doentes devem ser atendidas em serviços (convenientemente apetrechados, e dispendo de pessoal competente), de dermatovenereologia e de ginecologia (este polivalente, onde se tratem todos os casos do foro ginecológico).

3.º — Todos os exames, análises e tratamentos devem ser absolutamente gratuitos, seja quais forem as condições económicas e sociais das doentes.

4.º — É indispensável dispor-se dum Serviço Social, no qual trabalhe pessoal idóneo e em número suficiente, para a despistagem das fontes de contágio e para levar todas as doentes a tratarem-se convenientemente, até à cura definitiva.

Movimento da consulta de Dermatovene- reologia do Dispensário de Higiene Social de Matosinhos

Durante os anos de 1947 a 1952

MÁRIO LAGE, AURELIANO DA FONSECA
e WILHELM OSSWALD

O movimento de consultas durante o período de 1947 a 1952 foi o seguinte:

QUADRO I

ANOS	CONSULTAS						TOTAL
	PRIMEIRAS			SEGUINTES			
	SEXO		Total	SEXO		Total	
	M.	F.		M.	F.		
1947	112	132	244	319	605	924	1.168
1948	170	129	299	360	540	900	1.199
1949	233	175	408	454	516	970	1.378
1950	247	295	542	1.130	668	1.798	2.340
1951	260	221	481	359	613	927	1.453
1952	255	225	480	373	595	968	1.448
TOTAL	1.277	1.177	2.454	2.995	3.573	6.532	8.986

Como vemos o número de primeiras consultas (primeiras inscrições) é sensivelmente igual nos dois sexos, apenas com ligeiro aumento no sexo masculino (+4,4% em relação ao sexo feminino), considerando o total de consultas nos 6 anos; porém, nas consultas seguintes verificámos exactamente o contrário, isto é, maior número de consultas no sexo feminino (+8,2% em relação ao número de consultas registadas ao sexo masculino).

Nos 2.454 doentes que nos consultaram registámos 2.336 doenças na pele e venéreas, distribuídas do modo seguinte (Quadros II a VII):

A relação entre doenças na pele e doenças venéreas é praticamente igual nos dois sexos, como se pode apreciar no quadro VIII:

Nas doenças de pele, se compararmos as diferentes rubricas nos dois sexos, verificámos que as diferenças, quer em valores absolutos quer relativos, são na maior parte muito pequenos; a maior diferença regista-se nas dermatoses infecciosas devidas a cocos, em 5,2% a favor do sexo masculino.

No total de doenças da pele, nos dois sexos, verifica-se que o grupo das doenças infecciosas ocupa o primeiro lugar numa percentagem de 34,4; segue-se depois o grupo do *eczema*, *urticária* e outras doenças alérgicas na percentagem de 26,7 e em terceiro lugar encontrámos o grupo das doenças parasitárias em 17,7%.

Estes 3 grupos de doenças somando 78,8% representam praticamente 3/4 do total de doenças na pele.

Entre as doenças venéreas verifica-se que a *sífilis* ocupa, no total dos casos registados, e em relação às outras doenças venéreas, o primeiro lugar, com a percentagem de 89,6 (82,1% no sexo masculino e 97,4% no sexo feminino). Analisando as percentagens dos diferentes estádios da *sífilis*, vemos que a *sífilis* latente ocupa quase metade do total de casos de *sífilis*, com a percentagem de 42,8.

SEXO MASCULINO

QUADRO II

DOENÇAS NA PELE	ANOS						TOTAL	%
	1947	1948	1949	1950	1951	1952		
Doenças parasitárias { parasitas animais	—	3	10	11	15	4	43	11,1
Doenças parasitárias { parasitas vegetais	—	1	6	6	7	9	29	7,5
Doenças por cocos	—	9	16	21	41	33	120	31,0
Tuberculose cutânea e tuberculides	—	2	2	—	2	—	6	1,5
Lepra	—	—	—	—	—	—	—	—
Outras doenças infecciosas	—	1	4	3	—	—	8	2,1
Eczema { dermite de contacto	—	5	12	20	31	10	78	20,2
Eczema { neurodermite	—	—	—	—	3	3	6	1,5
Urticária e outras doenças alérgicas	—	3	5	3	1	7	19	4,9
Psoríase e outras doenças de tipo eritemato- -descamativo	—	—	6	2	11	8	27	6,9
Úlcera de perna e doenças relacionadas	—	—	—	—	—	3	3	0,8
Neoplasias { benignas	—	—	—	—	1	—	1	0,3
Neoplasias { malignas	—	—	2	—	—	—	2	0,5
Outras doenças na pele e mucosas	—	12	9	6	6	12	45	11,7
TOTAL	—	36	72	72	118	89	387	100,0

P V R

Imunoterapia não específica associada à Penicilina

COMPOSIÇÕES

Injectável

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

Supositórios

1.000.000 U.

Dibenziletilenadiazina 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 ₃	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

E.

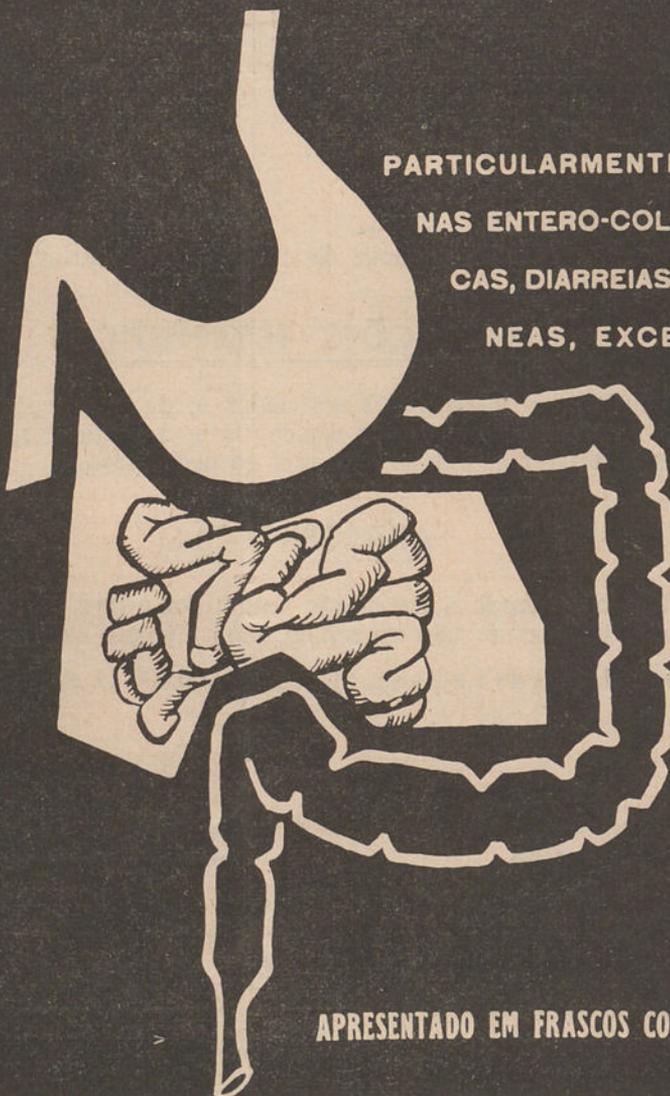
PARA UMA ACÇÃO ENZIMÁTICA REALMENTE POLIVALENTE .

Pantozyme

WANDER

PREPARAÇÃO CONTENDO LIPASE, AMILASE,
 PROTEASE, CELULASE, PEPSINA — TODOS OS ENZIMAS
 PANCREÁTICOS SOB UMA FORMA MUITO ACTIVA

UM PROCESSO
 ESPECIAL ASSE-
 GURA A PLENA
 EFICÁCIA DOS
 FERMENTOS QUE
 ACTUAM EM
 MEIO ÁCIDO E EM
 MEIO ALCALINO



PARTICULARMENTE INDICADO
 NAS ENTERO-COLITES CRÔNI-
 CAS, DIARREIAS GASTROGÉ-

NEAS, EXCESSOS ALI-
 MENTA-
 RES, IN-
 SUFICIÊN-
 CIA DI-
 GESTIVA
 AGUDA
 OU CRÔ-
 NICA, ME-
 TEORIS-
 MO, ETC.

APRESENTADO EM FRASCOS COM 30 DRÁGEAS

QUADRO III

DOENÇAS VENÉREAS	ANOS						TOTAL	%
	1947	1948	1949	1950	1951	1952		
Sífilis recente	10	26	39	44	26	14	159	19,2
{ cárdio vascular	—	—	—	—	—	1	1	0,1
{ tardia { nervosa	—	3	3	5	1	1	13	1,6
{ outras formas	1	23	39	17	40	2	92	11,1
{ latente	76	32	29	40	69	59	305	36,9
{ congénita	15	21	23	19	12	19	109	13,2
Blenorragia	—	13	9	20	18	24	85	10,2
Úlcera mole venérea	—	16	17	9	3	7	52	6,3
Doença de Nicolas-Favre	—	4	2	2	2	2	12	1,4
TOTAL	102	138	161	156	141	129	827	100,0

QUADRO IV

SEXO FEMININO:

DOENÇAS NA PELE	ANOS						TOTAL	%
	1947	1948	1949	1950	1951	1952		
Doenças parasitárias { parasitas animais.	—	1	6	15	8	3	33	9,5
{ parasitas vegetais.	—	2	2	5	11	5	25	7,2
Doenças por cocos	—	7	13	15	25	30	90	25,8
Tuberculose cutânea e tuberculides.	—	—	2	2	4	2	10	2,9
Lepra	—	1	—	—	—	—	1	0,3
Outras doenças infecciosas	—	2	4	9	4	2	18	5,1
Eczema { dermatite de contacto.	—	6	16	15	16	9	62	17,8
{ neurodermite	—	—	—	—	5	6	11	3,1
Urticária e outras doenças alérgicas.	—	2	3	—	6	10	21	6,0
Psoríase e outras doenças do tipo eritemato-des-camativo	—	5	6	2	11	8	32	9,1
Úlcera de perna e doenças relacionadas	—	—	—	—	1	7	8	2,2
Neoplasias { benignas	—	—	—	—	3	1	4	1,1
{ malignas	—	1	2	2	—	2	7	2,0
Outras doenças na pele e mucosas	—	3	8	4	2	10	27	7,9
TOTAL	—	30	62	69	93	95	359	100,0

QUADRO V

DOENÇAS VENÉREAS	ANOS						TOTAL	%
	1947	1948	1949	1950	1951	1952		
Sífilis recente	12	16	3	14	6	9	60	7,8
{ cárdio vascular.	—	—	—	—	1	1	2	0,3
{ tardia { nervosa	—	4	2	2	—	2	10	1,3
{ outras formas	7	20	46	41	8	2	124	16,0
{ latente	76	27	40	69	79	89	380	49,1
{ congénita	36	29	18	36	29	29	177	22,9
Blenorragia	—	4	3	—	4	1	12	1,6
Úlcera mole venérea	—	2	—	5	—	—	7	0,9
Doença de Nicolas-Favre	—	1	—	—	—	—	1	0,1
TOTAL	131	103	112	167	127	133	773	100,0

QUADRO VI

TOTAL DE DOENÇAS NOS DOIS SEXOS:

DOENÇAS NA PELE	ANOS						TOTAL	%
	1947	1948	1949	1950	1951	1952		
Doenças parasitárias { parasitas animais	—	4	16	26	22	7	76	10,3
Doenças parasitárias { parasitas vegetais	—	3	8	11	18	14	54	7,4
Doenças por cocos	—	16	29	36	66	68	210	28,6
Tuberculose cutânea e tuberculides	—	2	4	2	6	2	16	2,2
Lepra	—	1	—	—	—	—	1	0,1
Outras doenças infecciosas	—	3	8	12	1	2	26	3,5
Eczema { dermatite de contacto	—	11	28	35	47	19	140	19,0
Eczema { neurodermite	—	—	—	—	8	9	17	2,3
Urticária e outras doenças alérgicas	—	5	3	8	7	17	40	5,4
Psoríase e outras doenças de tipo eritemato-descamativo	—	—	—	—	1	10	11	1,5
Úlcera de perna e doenças relacionadas	—	—	—	—	4	1	5	0,7
Neoplasias { benignas	—	1	4	2	—	2	9	1,2
Neoplasias { malignas	—	15	17	10	8	22	72	9,8
Outras doenças na pele e mucosas	—	15	17	10	68	47	210	9,8
TOTAL	—	66	233	141	211	184	736	100,0

QUADRO VII

DOENÇAS VENÉREAS	ANOS						TOTAL	%
	1947	1948	1949	1950	1951	1952		
Sífilis recente	22	42	42	58	32	23	219	13,7
» tardia { cárdio-vascular	—	—	—	—	1	2	3	0,2
» tardia { nervosa	—	7	7	7	1	3	23	1,4
» tardia { outras formas	8	43	59	58	18	4	216	13,5
» latente	152	59	56	109	148	148	685	42,8
» congénita	51	50	52	58	41	48	286	17,9
Blenorragia	—	17	13	20	22	25	96	6,0
Úlcera mole venérea	—	18	19	14	3	7	59	3,7
Doença de Nicolas-Favre	—	5	3	2	2	2	13	0,8
TOTAL	233	241	273	323	268	262	1.600	100,0

Observando o movimento anual dos diferentes estádios da *sífilis*, verificámos que enquanto na *sífilis recente* há diminuições no número de casos registados anualmente, na *sífilis latente* há, pelo contrário, acentuação manifesta.

A *blenorragia* ocupa o segundo lugar, embora numa percentagem muito pequena, apenas de 6,0, praticamente devida a casos registados no sexo masculino.

Em terceiro lugar encontrámos a *úlcer mole venérea* com a percentagem de 3,7.

QUADRO VIII

DOENÇAS	SEXO				TOTAL	%
	MASCULINO		FEMININO			
	N.º de casos	%	N.º de casos	%		
Na pele	387	31,8	349	31,1	736	31,6
Venéreas	827	68,2	773	68,9	1.600	68,4
TOTAL	1.214	—	1.122	—	2.336	—

Atendendo ao pequeno número de casos registados anualmente nestas duas doenças não é possível avaliar se estas doenças tendem a aumentar ou a diminuir.

Para terminar, resta-nos apresentar os dados estatísticos dos tratamentos realizados neste período de 6 anos, que dizem praticamente apenas referência a injectáveis.

QUADRO IX

ANOS	SEXO		TOTAL
	M	F	
1947	1.731	3.151	4.882
1948	3.015	2.918	5.933
1949	2.776	3.582	6.308
1950	3.111	3.619	6.730
1951	2.846	3.488	6.334
1952	2.770	3.631	6.401
TOTAL	16.249	20.339	36.558

NAS CARÊNCIAS
P R O T E I C A S

AMINO TÓNICO

FRASCO DE 200 cc.
40\$00

LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

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

PROPULMIL
Bial

PROPULMIL

INJECTÁVEL

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

PROPULMIL

SUPOSITÓRIOS

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

PROPULMIL INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

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

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

As nefrites

«*La Vie Médicale*» (Novembro de 1953) publicou o resultado dum inquérito sobre nefrites, no qual depuseram Jean Hamburger, Jean Crosnier, Bernard Antoine, Marcel Legrain e Gilbert Lagrue. Publicamos a seguir a síntese deste inquérito.

ENSAIO DE CLASSIFICAÇÃO DAS NEFRITES E NEFROPATIAS

«Destacam-se, em primeiro lugar, um certo número de nefropatias que se distinguem não só sob o ponto de vista clínico, mas ainda por uma etiologia, prognóstico e imperativos terapêuticos inteiramente diferentes».

Estas são em número de quatro:

- nefropatias glomerulares;
- nefropatias tubulares;
- nefropatias intersticiais;
- nefropatias arteriais.

As nefropatias glomerulares, cujos principais tipos são: a glomerulonefrite, a nefrose lipoidica e a amilose renal, têm de comum: a) sob o ponto de vista etiológico, um foco infeccioso, geralmente a distância; b) sob o ponto de vista clínico, o síndrome albuminúria com edema; c) sob o ponto de vista evolutivo, o aparecimento secundário, frequente, duma insuficiência renal progressiva.

As nefropatias tubulares são, essencialmente, representadas pelas nefrites agudas tóxicas; o seu síndrome clínico é a anúria, donde os sinais de insuficiência aguda; se o doente sobrevive, até obter uma diurese satisfatória, está definitivamente curado.

As nefropatias intersticiais são secundárias a uma infecção directa das vias urinárias, donde o nome de nefrites ascendentes. Os dois sintomas principais são a piúria e a bacteriúria.

É possível a passagem para a nefrite crónica na falta dum tratamento eficaz.

As nefropatias arteriais estão representadas, essencialmente, pelas nefro-angio-escleroses. A hipertensão arterial é o primeiro sintoma. Em regra, evolue, para a insuficiência renal crónica.

A EXPLORAÇÃO BIOLÓGICA NAS AFECÇÕES RENAIAS

1) No decurso das nefropatias crónicas, a exploração biológica dos rins esclarece-nos: a) sobre a natureza da nefropatia; b) sobre o grau do ataque funcional.

Os esclarecimentos que dizem respeito à natureza da nefropatia são dados pela albuminúria, hematuria microscópica (sendo esta estabelecida pelo número de hemácias por minuto), leucocitúria e bacteriúria.

Os dois testes primitivos testemunham um ataque glomerular, os outros dois uma infecção directa, essencialmente intersticial.

Os esclarecimentos que dizem respeito ao funcionamento renal são fornecidos pela urografia endovenosa, taxa de ureia, eliminação de fenolfsulfaftaleína, filtração glomerular (manitol)

e tubular (ácido para-amino hipúrico), provas de concentração, em que a mais satisfatória é o desnivelamento densimétrico, após a injeção da post-hipófise.

2) No decurso da insuficiência renal grave, a exploração biológica dá-nos informes essencialmente sobre o grau da repercussão humoral.

O equilíbrio hidro-osmótico é precisado pelo ponto crioscópico e a resistividade eléctrica do plasma. O equilíbrio electro-lítico e ácido-básico deve também ser precisado: potassemia, reserva alcalina e pH são as medidas principais que se devem efectuar.

MÉTODOS ACTUAIS DE TRATAMENTO DAS NEFRITES AGUDAS ANÚRICAS

1) Durante a fase inicial de constituição da anúria, apenas se faz o tratamento etiológico.

B. A. L. no caso de intoxicação mercurial, exsanguino-transfusão em casos de anúria pela hemoglobinúria, antibióticos em casos de infecção.

Convém: a) encarar a transferência do doente para um serviço hospitalar especializado; b) evitar «o exagero de líquidos pelas injeções maciças de soluções salinas ou glicosadas».

2) No período de anúria confirmada, o tratamento comporta a dietética, a correcção das perturbações humorais e, eventualmente, o recurso a processos de depuração extra-renal.

A dietética deve ter por finalidade fornecer ao doente 1.600 a 2.000 calorias, distribuídas pelos glúcidos e lipídeos; é, muitas vezes, inútil introduzir estes por uma sonda gástrica; o soro glicosado hipertónico endovenoso pode ser também utilizado.

A prevenção e a correcção das perturbações humorais são baseadas nas medidas repetidas da ureia plasmática, da resistividade, do ponto crioscópico, da hemoconcentração, da reserva alcalina e da potassemia.

A razão de água é, em média, de 750 cm³; com efeito, ela é estabelecida pelas desordens da pressão osmótica, que indica igualmente a razão de sal. A reserva alcalina indica a eventual administração de bicarbonatos. A hiperpotassemia tratar-se-á pela restrição potássica do regime e, se necessário, pela depuração extra-renal.

A depuração extra-renal pode ser realizada por um dos 4 processos seguintes: exsanguino-transfusão, rim artificial, perfusão intestinal, diálise peritoneal. Só se pratica num serviço especializado; está indicada quando o tratamento «conservador» é insuficiente.

3) O período de retomada da diurese, do 8.º ao 15.º dia em geral, é uma fase «crítica». As doses precedentemente indicadas devem ser repetidas frequentemente e devem ser corrigidas as perturbações humorais.

AS NEFROPATIAS CRÓNICAS POR ACÇÃO MICROBIANA DIRECTA

Ao lado das nefropatias por acção microbiana indirecta (glomerulonefrites) existe uma categoria de nefropatias por acção directa do germen, infecção intersticial.

Ou a nefrite parece ser primitiva e pensar-se-á num quadro de insuficiência renal crónica em face de leucocitúria ou piúria e de bacteriúria.

Ou se conhece a lesão urológica infectante e se descobre a nefrite pela sua pesquisa sistemática.

Em todos os casos deve fazer-se um balanço morfológico e funcional.

Devem ser instituídos o tratamento anti-infeccioso e o tratamento urológico causal assim como o tratamento sintomático da insuficiência renal crónica.

A GLOMERULITE AGUDA DIFUSA

Estabelecendo-se, na criança e no adolescente, a glomerulonefrite aguda difusa, geralmente, é secundária a uma infecção a distância: rinfaringite escarlatina, infecções cutâneas, etc. O gérmen mais frequentemente responsável é o estreptococo hemolítico.

É caracterizada por três sintomas: a) pelo aspecto das urinas (oligúria, hematúria, cilindros); b) pelo edema; c) pela hipertensão, que se pode complicar de incidentes ou acidentes cardio-vasculares. A retenção ureica é muito fraca. Em 90 % dos casos a evolução imediata é rapidamente favorável. Todavia, podem observar-se formas anúricas, formas complicadas, formas que passam de repente à fase sub-aguda ou à fase crónica.

Verificam-se, também, numerosas variedades, mais benignas, reduzidas ao síndrome urinário, em que a forma mais importante é a hematúria.

O tratamento deve estabelecer-se com repouso estrito no

leito, administração de antibióticos, régimen de restrição salina e, por vezes, hídrica e alimentação glucídica calórica.

O doente só deve levantar-se e retomar a actividade quando se der o desaparecimento de toda a sintomatologia clínica e deve ser vigiado no futuro, a fim de se estudar o seu prognóstico.

PROGNÓSTICO DAS GLOMERULONEFRITES

1) O prognóstico das glomerulonefrites varia conforme as formas de que se trata: todavia, estão todas sob uma ameaça comum: a passagem à cronicidade..

Os dados estatísticos ensinam-nos que a mortalidade, na fase aguda, ultrapassa 5 %; o perigo reside, essencialmente, na: a) passagem à forma sub-aguda; b) passagem à forma sub-crónica pseudo-nefrótica; c) passagem directa à forma crónica; d) e, muitas vezes, passagem a esta depois duma fase latente de cura aparente, passagem insidiosa ou estimulada por uma recaída. Devemos assinalar que as estatísticas dos pediatras são muito mais favoráveis que as dos clínicos gerais em adultos.

Experimentalmente, confirma-se a tendência de toda a afecção glomerular de evoluir para a esclerose progressiva.

Os dados anatomo-clínicos sugerem-nos que todo o glomérulo atingido está votado à esclerose, e que um dos factores mais importantes para o prognóstico é o número de glomérulos atingidos, donde a gravidade das recaídas.

O clínico dispõe de testes valiosos para prever o prognóstico duma glomerulonefrite: a) a contagem das hemácias eliminadas na unidade de tempo é o melhor; b) a albuminúria é menos significativa; c) a filtração glomerular, para despistar uma deficiência funcional discreta, é mais sensível que as clássicas provas globais.

Esfregaços gástricos

DR. GODET

Desde que se generalizou a prática do método dos esfregaços vaginais era lógico estendê-la também ao aparelho digestivo.

Certamente, esta ideia já não é nova e já no final do século passado e princípios do nosso, Rosenbach, Cohnheim, Ewald, Riegel e Boas, Loeper e Binet falavam do citado diagnóstico gástrico.

Porém, foi sobretudo Papanicolau que simplificou a técnica e, em colaboração com Cooper, apresentou 137 casos na Conferência Nacional Americana contra o cancro do estômago, em Dezembro de 1946, com resultados menos brilhantes que noutros campos do citodiagnóstico.

As razões porque assim acontece há que encontrá-las na situação anatómica do estômago, juntamente com a acidez gástrica, que provoca uma citólise muito rápida, e à abundante secreção mucosa que dificulta a exfoliação do epitélio. Estes inconvenientes não existem, por exemplo, ao nível da mucosa uterina.

O conteúdo gástrico recolhe-se por intubação, após 12 horas de jejum prévio, gargarejos com soro fisiológico, para eliminar as células de origem bucal e anestesia faríngea com solução de novocaína a 10 por cento.

Têm sido preconizados diversos processos para provocar a exfoliação e libertação das células epiteliais da mucosa gástrica, e entre eles merece destacar-se, por um lado, o processo, mecânico de Papanicolau, Panico e Cooper, utilizando uma sonda Miller-Abbot através da qual e durante 30 minutos se injectam e recuperam 500 cc. de soro fisiológico isotónico.

Outra técnica, de natureza química, é a proposta por Rosenthal e Traut, baseando-se em estudos experimentais de que as soluções de papaína realizam uma mucólise eficiente, sem perigos. Empregam 10 gramas de papaína e 3 gramas de cloridrato de cisteína, como activador biológico, dissolvidos em

500 cc. de uma solução tamponada a um pH de 7,2, bastando instilar 500 cc. desta mistura, deixá-la no estômago oito a dez minutos e recuperar depois 400 a 450 cc..

Por um ou outro procedimento, o líquido extraído do estômago deve ser centrifugado a uma velocidade moderada, e o seu sedimento estendido sobre lâminas recobertas de albumina gelatinizada, fixam-se com álcool-éter em partes iguais e coram-se, em seguida, pelos processos habituais.

Mencionam os resultados obtidos pelos diversos autores, que oscilam entre 32,8 por cento e 85 por cento de resultados positivos nos cancros gástricos. Tal disparidade de resultados explica-se tendo em conta os diferentes processos empregados, as dificuldades técnicas que oferece a leitura correcta dos esfregaços gástricos, além de que nos estômagos retencionistas e nos cancros infectados nunca se obtêm resultados positivos.

Por outro lado, existem causas de erro por excesso, capazes de motivar graves consequências, se bem que, afortunadamente, são pouco frequentes; entre elas merecem destacar-se: a confusão de células da rinfaringe com células neoplásicas deglutidas e o achado de típicas células neoplásicas deglutidas e procedentes de carcinomas broncopulmonares. Outro erro possível é o achado de células neoplásicas procedentes de lâminas de outros esfregaços que se encontravam nos mesmos banhos de corantes.

Terminam o seu trabalho dizendo que, como em todo o método novo, este tem seus partidários entusiastas e seus apaixonados detractores, quando, realidade, é prematuro podermos estabelecer uma postura definitiva.

NEW YORK NLT

VIOCINA NOVO ANTIBIÓTICO AGORA DISPONÍVEL STOP EFICAZ NO TRATAMENTO VOSSOS DOENTES COM TUBERCULOSE RESISTENTE

PFIZER=

A VIOCINA (marca do sulfato de viomicina) é o produto de fermentação do *Streptomyces puniceus*.

A VIOCINA é activa quer contra as estirpes de *mycobacterium tuberculosis*, estreptomycino-resistentes, quer contra as isoniazido-resistentes.

A VIOCINA não desenvolve resistência cruzada com a estreptomycina, isoniazida e outras drogas.

A VIOCINA só apresenta toxicidade quando se administram doses elevadas durante longos períodos.

Apresentação: frasco com 1 g de Viocina (sulfato de viomicina)

Unicos Distribuidores.

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

Representantes de

Pfizer

FUNDADA EM 1849

O maior Produtor de Antibióticos do Mundo

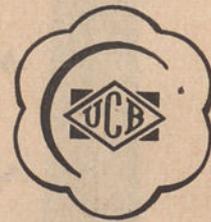
NOVO

POSTAFEN

(U. C. B. 4445)

○ antihistamínico

mais potente
mais durável



POSTAFEN

○ antihistamínico sem par

COMPRIMIDOS: Carteira de 12 comprimidos a 25 mg

X A R O P E: Frasco de 150 cc a 1 mg/cc

P O M A D A: Tubo de 15 g a 2 %

UNION CHIMIQUE BELGE, S. A.

Divisão Farmacêutica

BRUXELAS

BÉLGICA

Representantes:

COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE

Rossio 59-2.º Esq.º

LISBOA

Um novo antibiótico: a magnamicina

A. RAVINA

Desde 1948, 60 % das estirpes de estafilococos dourados resistiam à penicilina. Recentemente, J. J. Finn Jr. e L. W. Kane, estudando 915 estirpes de estafilococos piogénicos, isolados de 1 de Janeiro de 1951 a 1 de Fevereiro de 1952, mostraram que 64,7 % deles eram refractários a este antibiótico. Comprovações análogas têm sido feitas no que concerne às diferentes raças de enterococos.

Numerosas tentativas também têm sido feitas, a fim de descobrir novos antibióticos capazes de actuar contra estas estirpes resistentes. Tendo permanecido durante muito tempo resistentes, parecem agora dar resultados interessantes e em especial, levaram à descoberta da eritromicina. O valor terapêutico desta foi assinalado, pela primeira vez, há cerca dum ano, por Heilman e colaboradores, começando a ser utilizada frequentemente.

Paralelamente, era estudado nos Estados Unidos um outro antibiótico, a magnamicina, que parece constituir um novo elemento anti-infeccioso de grande valor.

Trata-se dum produto obtido a partir de culturas do *Streptomyces halstedii*. É uma substância básica, cristalizada, ligeiramente solúvel na água, muito solúvel nos solventes orgânicos, cetonas e éteres. Forma facilmente, com os ácidos orgânicos e inorgânicos, sais sendo alguns solúveis na água. A sua fórmula, estabelecida empiricamente, é $C_{43} H_{69} O_{71} N_{16}$. O seu peso molecular aproximado é de 860.

As experiências feitas por F. W. Tanner Jr, T. M. Lees e J. B. Rontien, no animal, mostram que a magnamicina se difunde rapidamente em todo o organismo. Têm-se encontrado altas concentrações no baço, fígado, rins, coração, pulmões, bile e secreções digestivas.

A taxa de concentração no sangue é relativamente fraca, mas o antibiótico não é inactivado pelo soro humano. A excreção faz-se principalmente pelos rins, podendo-se encontrar doses elevadas na urina.

O espectro de actividade deste novo medicamento é extremamente extenso. A magnamicina é sobretudo activa contra bactérias de gram-positivo; estafilococo, estreptococo, pneumococo, que, em grande parte, se mostram sensíveis a fracas concentrações. Todavia, actua igualmente contra o bacilo diftérico, o gonococo, o bacilo de Bordet-Gengou, e sobretudo contra a *N. Catarphalis*. Ela tem uma certa actividade em frente da *Candida albicans*. Detem o desenvolvimento do vírus da linfogranulomatose, da ornitose, da psitacose, da pneumonia de vírus. Mostra-se eficaz em relação a um grande número de reckettsias e alguns protozoários: *entamoeba histolytica*, *trichomonas vaginalis*.

As pesquisas de laboratório mostram que várias espécies bacterianas são capazes de desenvolver, *in vitro*, uma certa resistência à magnamicina, mas somente em condições muito especiais. Por isso, esta resistência não constitui, pelo menos no momento, um problema clínico.

A magnamicina tem uma resistência cruzada com a eritromicina, mas é o único antibiótico em que se produz este fenómeno.

Ela não contraria em nada a acção das outras. Numerosos doentes foram já tratados nos Estados Unidos por este novo medicamento. Um relatório, apresentado ao mesmo tempo pelo Centro Médico da Universidade da Califórnia e pelo *Wadsworth General Hospital* de Los Angeles, termina por concluir que a magnamicina, empregada na dose diária de 2 a 3 gr., mostra-se muito eficaz.

De 34 doentes, em que 22 estavam atingidos de pneumonia, 6 de angina grave, 2 de septicémia por enterococos, 2 de disenteria amibiana, 1 de endocardite maligna e 1 de actinomicose foram tratados deste modo. 30 doentes curaram rápida e completamente. Houve 4 insucessos dos quais uma endocardite maligna que era provocada pelo estafilococo dourado. O doente tinha melhorado consideravelmente quando sobreveio uma embolia cerebral. Noutro caso, a morte resultou dum volumoso abcesso do mesentério que só se descobriu na autópsia. Outros 2 doentes foram atingidos por uma afecção pulmonar aguda e não reagiram à medicação. Mas é necessário assinalar que a sua expectoração só continha, praticamente, gérmens de gram-negativo.

Em nenhum dos casos, que foram tratados, se viu desenvolver uma estomatite ou enterite de *monilia* ou de estafilococo.

As experiências, levadas a efeito no *Wadsworth General Hospital*, não tiveram o fim de precisar o valor da magnamicina nos casos resistentes à penicilina, mas sim mostrar o seu valor antibiótico. Elas continuam mas ainda não permitiram julgar o seu valor exacto nas septicémias, assim como nas meningites.

Pelo contrário, L. Hewitt referiu no Congresso Internacional de Antibióticos, que teve lugar recentemente em Buenos Aires, a acção da magnamicina contra os estafilococos capazes de resistirem à penicilina, à aureomicina e à terramicina, acção que considera como das mais importantes. Em 27 estirpes de estafilococos, que não eram influenciadas por nenhuma medicação, somente 5 permaneceram resistentes ao novo antibiótico. Este mostrar-se-ia, especialmente activo contra os furúnculos, antrazes ou abscessos de estafilococos.

J. J. Finn e L. Kane têm utilizado a magnamicina em 15 casos de infecção das vias urinárias, em que 8 eram de enterococos. Estes doentes receberam doses relativamente fracas, indo de 1 a 2 gr.. Todos curaram rapidamente. A medicação foi prolongada durante uma semana se bem que a esterilidade bacteriológica das urinas tenha sido obtida, em todos os casos, em três dias.

Doentes atingidos de cancro inoperáveis das vias urinárias viram mesmo desaparecer todos os sintomas infecciosos que apresentavam, com doses inferiores a 1 gr.. Por isso, Tanner e colaboradores têm insistido na acção particularmente pronunciada da magnamicina sobre diversas estirpes de enterococos.

Os autores americanos entendem que é melhor dividir a dose total quotidiana de magnamicina em várias administrações. Finn e Kane admitem que os testes de sensibilidade *in vitro* constituem guias preciosos para conduzir o tratamento.

Não se observa nenhum acidente ou incidente de ordem tóxica com doses quotidianas de 2 gr.. Acima desta, podem aparecer algumas vezes náuseas, vômitos, fezes diarreicas. Geralmente, trata-se de fenómenos pouco pronunciados e que não impedem a continuação do tratamento. Nunca se manifestou nenhuma acção perniciosa sobre o funcionamento renal, nem sobre o estado do sangue.

Os estudos experimentais, efectuados sobre o animal, têm mostrado igualmente uma toxicidade muito fraca da magnamicina, que não exerce acção sobre a motilidade intestinal, nem sobre a pressão sanguínea.

Tratamento de prematuros com A. C. T. H.

SAMUEL JUAN CASARINO

Desde há muito se tem procurado medicar os prematuros com vitaminas, hormonas, etc., procurando assim aumentar-lhes a vitalidade e diminuir a elevada morbidade e mortalidade das crianças.

Passamos a transcrever, resumidamente, um artigo no qual o autor apresenta a história clínica de 10 prematuros, cujo peso na data do nascimento ia até 2 quilogramas, e aos quais se aplicou A. C. T. H.

O autor aplica, como tratamento geral a prematuros com este peso, oxigénio, calor moderado com bolsas de água quente, vitaminas K e C, para actuarem como profilácticos das hemorragias devidas à hipo-protrombinemia dos primeiros dias e à acentuada fragilidade vascular que lhes é peculiar. Procura que a alimentação seja a materna, directa ou indirecta.

Como casuística apresenta 10 casos, dos quais passaremos a transcrever apenas alguns.

Caso n.º 1 — Raul Carlos G. — História clínica n.º 2.893 — 1952. Primogénito. Parto normal.

Nasceu a 22 de Dezembro de 1952, às 17 horas, com um peso de 1.900 gramas. Principiou a tomar 2 u. de A.C.T.H., sob a forma de gel, diárias, numa só injeção em 23 de Dezembro. Fez aplicações idênticas em 24, 26, 29, 30 e 31 de Dezembro. Em Janeiro continuou fazendo o mesmo tratamento nos seguintes dias: 3, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 19, 20, 21 e 22. Teve alta, com o peso de 2.400 gramas e amamentando-se ao seio materno.

Na primeira semana foi-lhe aplicado oxigénio, vitamina K e leite materno até que adquiriu forças para mamar. Durante a aplicação do A.C.T.H. sobre a forma de gel administrou-se-lhe *per os* 50 a 100 gramas de uma solução de cloreto de potássio a 1,5 %. Em 30 de Dezembro pesava 1.950 gramas. Em 3 de Janeiro de 1953 (2.050 gramas); em 5 do mesmo mês (2.150 gramas). Em 28 do mesmo mês pesava 2.500 gramas, apresentando bom estado geral e alimentando-se, normalmente, ao peito.

Caso n.º 2 — Salvador José S. — Hist. clín. n.º 533/1913. Primogénito. Parto normal.

Nasceu a 10 de Março de 1953 às 3,50 horas, pesando 2.000 gramas. Reacção de Chediak positiva ++. No dia do nascimento apresentava cianose, dispneia e mau estado geral. Prescreveu-se-lhe oxigénio, vitamina K e leite materno. Fez-se-lhe tratamento com penicilina, 500.000 u. diárias, até atingir 5 milhões e Diarsenol (0,01 semanal). Em 23 de Março iniciou o tratamento com 2 u. de A.C.T.H. sob a forma de gel, diariamente, associados ao cloreto de potássio *per os*, devido ao peso se manter estacionário em 1.800 gramas. No total, recebeu 30 u. de A.C.T.H. (gel) e o peso foi aumentando gradualmente. Foi alimentado ao seio materno e teve alta, em 11 de Abril, com o peso de 2.200 gramas e bom estado geral. Continuou sob vigilância dos serviços e a segunda reacção de Chediak, efectuada em Julho, foi já negativa. Continua sob vigilância.

Caso n.º 3 — Maria Susana O. — Hist. clín. n.º 607, em 1953. Segundo filho. Parto normal.

Nasceu a 17 de Março, às 14 horas, tendo o peso de 2.000 gramas. Desde 18 a 23 de Março recebeu oxigénio, vitamina K e alimentação natural. A partir de 23 de Março injectou-se-lhe 2 u. diárias de A.C.T.H. (gel) até perfazer 30 u., isto associado a cloreto de potássio *per os*. Teve alta em 11 de Abril de 1953, com 2.250 gramas.

Caso n.º 4 — Estela Mercedes F. — Hist. clín. n.º 605, 1953. Primogénita. Parto normal.

Nasceu a 16 de Março de 1953, às 10 horas, com o peso de 1.600 gramas. Reacção de Chediak negativa.

Prescreveu-se-lhe oxigénio, vitamina K, leite materno e calor. Em 23 de Março principiou a tomar diariamente 2 u. de A.C.T.H. (gel) terminando em 27 do mesmo mês. Com a suspensão do A.C.T.H. a criança perde peso atingindo 1.100 gramas. Recomeça o tratamento com A.C.T.H. em 8 de Abril terminando-o em 22 do mesmo mês. Em 12 de Abril pesava 1.500 gramas, aumentando progressivamente de peso, até que em 22

de Abril atinge 1.650 gramas. Suspende-se a administração do A.C.T.H. Tem alta em 28 de Abril com o peso de 1.960 gramas. Em exames ulteriores verificou-se o seguinte: em 9 de Junho pesava 2.800 gramas; em 16 de Julho 3.585 gramas; em 13 de Agosto 3.850 gramas e bom estado geral. Aos 6 meses tinha um peso de 4.250 gramas. Continua com leite materno (200 gramas diários) e completa a ração alimentar com leite de vaca adicionado de vitaminas A, B, C e D.

Continua sob vigilância e passou a administrar-se-lhe sopa e puré de frutas e farinha de maizena à tarde.

Caso n.º 5 — Pura Q. — Hist. clín. n.º 747/1953. Primogénito. Parto normal.

Nasceu em 2 de Abril de 1953 às 1,30 horas, com o peso de 1.700 gramas. Prescreveu-se-lhe oxigénio e alimentação materna. Iniciou o tratamento com A.C.T.H. em dose de 2 u. diárias desde 4 a 14 de Abril pesando nessa altura 1.600 gramas. Suspendeu o A.C.T.H., perde peso atingindo 1.530 gramas. em 30 de Abril. Recomeça o tratamento com 2 u. diariamente, desde 2 de Maio até 15, aumentando gradualmente de peso até atingir em 16 de Maio 1.970 gramas. Teve alta em 19 de Maio em perfeitas condições de saúde e pesando 2.200 gramas.

Como termo de comparação, o autor passa a transcrever algumas histórias clínicas de prematuros em que, dentro do possível, faz coincidir o peso, estação do ano do nascimento, a quem foi feito o tratamento geral que é usual fazer-se aos prematuros de peso inferior a 2.000 gramas.

De 7 casos expostos passamos a transcrever apenas alguns.

N.º 1 — Ana Maria C. — Hist. clín. n.º 1.770/1951. Segundo filho. Parto normal.

Nasceu em 28 de Dezembro de 1951, às 2,15 horas com o peso de 1.700 gramas. Foi-lhe aplicado o seguinte tratamento: oxigénio e leite materno. Morre em 29 de Dezembro às 5 horas.

N.º 2 — Vicente P. — Hist. clín. n.º 104/1952. Segundo filho. Parto normal.

Nasceu em 11 de Janeiro de 1952 às 19 horas e 30 minutos, com o peso de 1.800 gramas. Prescreveu-se-lhe oxigénio. A criança apresentava malformações: eventração total, mielomeningocele. Faleceu uma hora após o nascimento.

N.º 3 — Raul Armando P. — Hist. clín. n.º 723/1952. Primogénito. Parto normal.

Nasceu em 23 de Março de 1952 às 13 horas e 40 minutos, com o peso de 2.000 gramas. Prescreveu-se-lhe oxigénio e leite materno. Em 26 do mesmo mês pesava 2.100 gramas.

N.º 4 — Maria Rosa D. — Hist. clín. n.º 871/1952. Segundo filho. Parto normal.

Nasceu em 12 de Abril de 1952 às 7 horas, com o peso de 1.650 gramas. Foi tratado com oxigénio, leite materno e calor. Faleceu no dia seguinte, às 21 horas.

N.º 5 — Jorge Caetano G. — Hist. clín. n.º 847/1952. Quinto filho. Parto normal.

Nasceu em 9 de Abril de 1952 às 4 horas e 20 minutos com o peso de 2.000 gramas. Foi tratado com oxigénio e calor. Ao 6.º dia pesa 1.500 gramas.

O autor associou à terapêutica de 1 u. de A.C.T.H. (gel) administrada por quilograma de peso, 80 a 100 gramas de cloreto de potássio, em solução a 1,5 %, *per os*, para evitar o desequilíbrio salino.

Usando este método não obteve qualquer complicação. Utilizou uma agulha grossa e aplicou as injeções na região glútea.

O autor não considera viável qualquer relação entre a morte de 2 casos assim tratados e a aplicação do A.C.T.H.

Associou sempre esta aplicação ao aleitamento materno e oxigénio constatando uma melhoria progressiva do estado geral.

Conclui que dado o escasso número de casos, embora seja de aplicar a todo o prematuro 1 unidade de A.C.T.H. (gel), por quilograma de peso, se torna necessário um estudo intensivo da acção desta hormona sobre a fisiologia da criança para se chegar a conclusões definitivas.

(«La Semaine Médicale» — 12 de Novembro de 1953 — resumo).

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**

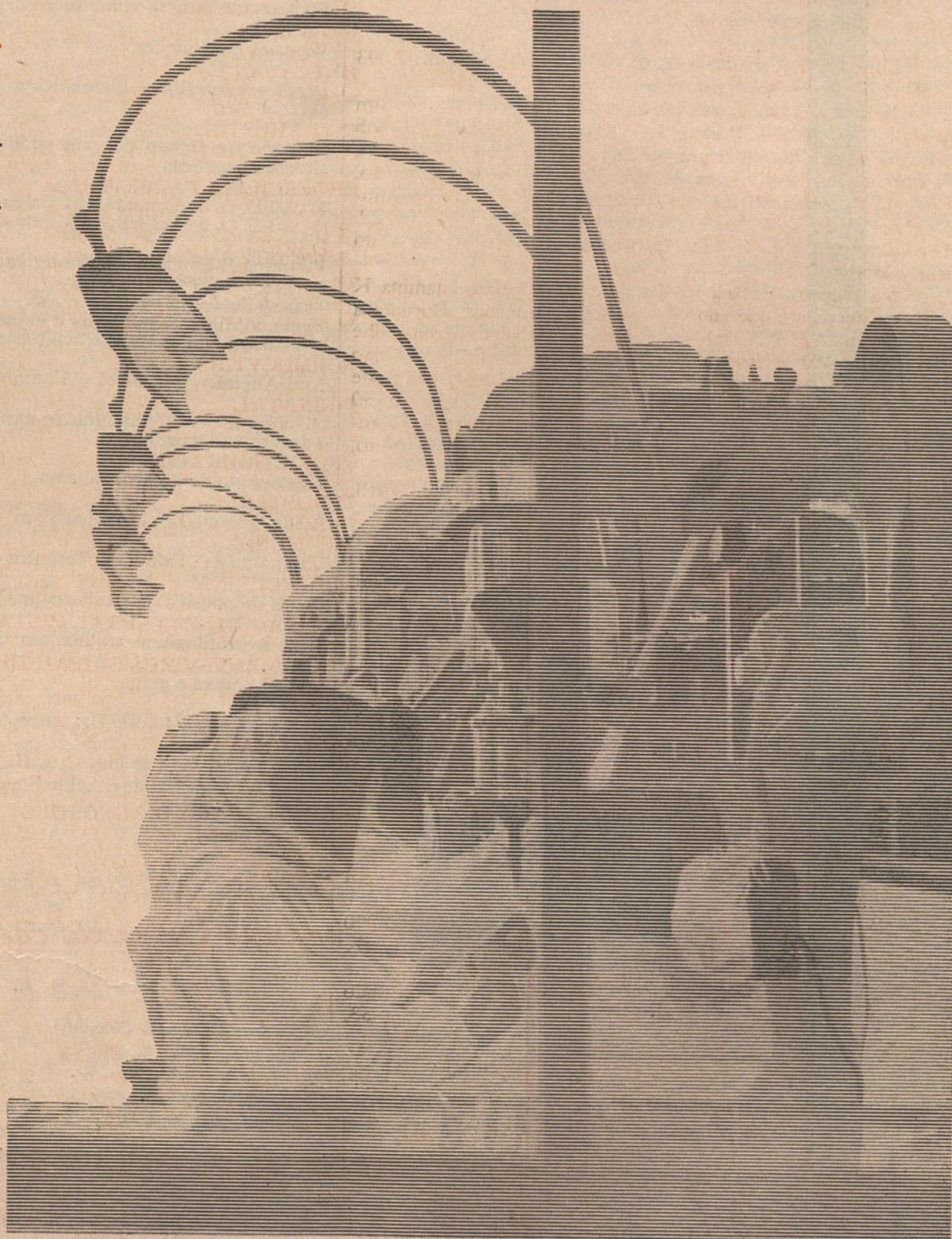
Sulfato de Dihidroestreptomicina 0,5 gr.

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

PRODUTOS DE FAMA MUNDIAL E ELEVADO INTERESSE CIENTIFICO

EM PORTUGAL ENCONTRAM-SE À VENDA OS SEGUINTE PREPARADOS:

AMINOPTERIN

Tratamento da Leucemia Aguda

ARTANE

Trihexifenidil — Tratamento do síndrome parkinsoniano

AUREOMICINA CRISTALINA

Antibiótico

COMPLAMOM

Tratamento de todas as formas de anemia

DELFIOL COM METIONINA

DIGITALIS

Tratamento das doenças do fígado

EXTRACTO HEPÁTICO COM VITAMINA B₁₂ E FOLVITE

Anti-Anémico — 15 U. de extracto hepático com 20 gramas de vitamina B₁₂ e 5 mgr. de ácido fólico por cc.

FOLVITE

Ácido Fólico — Anti-Anémico

FOLVRON

Ácido Fólico com Ferro — Tratamento das anemias secundárias

GEVRAL

Suplemento mínero-vitáminico para geriatria

GRAVIDOX

Vómitos da gravidez

HETRAZAN

Dietilcarbamazina — Parasiticida orgânico contra as filárias, ascáris, etc.

INTRAHEPTOL

Extracto de fígado por via endovenosa, para tratamento das cirroses hepáticas

LEDERCILINA PARENTÉRICA

300.000 U. O. de Penicilina G Procaína Cristalina e 100.000 U. O. de Penicilina G Potássica Cristalina

LEDERPLEX

Vitamina B Complexa Parentérica

LEDINAC

Granulado (com Folvite) — Associação de: amino-ácidos, proteínas, vitaminas, minerais e hidratos de carbono, para o restabelecimento do equilíbrio ácido-básico

NORMOCYTINA

Anti-Anémico injectável — Vitaminas B₁₂ e B_{12b}

PRENATAL

Dieta suplementar vitamínica e mineral para a profilaxia pré-natal e durante a lactação

PROPILTIOURACIL

Tratamento do hipertiroidismo

TEROPTERIN

Ácido Pteroil-Triglutâmico para a terapêutica anti-cancerosa

TRI-IMUNOL

Vacina mista: Diftérica, Tetânica e Pertussis

TUBERCULINA

Prova do adesivo com tuberculina

VACINA ANTI-CATARRAL MISTA

Para a profilaxia e tratamento da «constipação vulgar», etc.

VACINA ANTI-VIRUS GRIPAL TIPOS A e B

Vacina contra a gripe

VARIDASE

(Estreptokinase 100.000 U.; Estreptodornase 25.000 U.)

VI-MAGNA

Combinação das vitaminas: A, B₁, B₂, B₆, C, D, PP
Pantotenato de Cálcio e Acido Fólico

AGENTES PARA DIAGNÓSTICO

ANTIGÊNEOS

Lederle

LABORATORIES DIVISION

AMERICAN Cyanamid COMPANY

NEW YORK — U. S. A.

Representantes Exclusivos para Portugal e Colónias

ABECASSIS (IRMÃOS) & C.^A

RUA CONDE REDONDO, 64-3.º — LISBOA

RUA DE SANTO ANTÓNIO, 15 — PORTO

S U P L E M E N T O

MOSAICOS NORTENHOS

LV

Outras considerações sobre o projecto que regulará os encargos com a assistência hospitalar

O pouco ou muito que escrevi — cada um terá a sua opinião — devia ser suficiente para explicar os motivos que me levam a pedir que no projecto sobre os encargos com a assistência hospitalar sejam introduzidas modificações substanciais. É meu intento, ao criticar, obter algo de melhor do que aquilo que nos querem oferecer.

Mas para isso impõe-se conseguir o que até hoje tem sido impossível: uma colaboração entre os sectores da *Assistência* e das *Corporações*.

É evidente que sendo notória a divergência de princípios e de directrizes, ou se consegue a uniformização, seguindo os dois sectores caminhos paralelos, ou então teremos que pugnar pelo *Ministério da Saúde*, de forma que estes problemas fiquem sob uma só batuta e possam movimentar-se sinèrgicamente, como é necessário.

VALERÁ A PENA MEXER NO QUE ESTÁ TORTO?

A pergunta tem oportunidade. De facto, para tudo ficar errado como anteriormente, valerá a pena mexer no problema dos encargos com a assistência hospitalar?

Mexendo, como se pretende com o projecto apresentado, não se pode deixar de criticar e comentar a actuação da *Previdência*, realçando a forma parcelar como executa o nosso *seguro na doença*.

E fazendo-o, auscultamos os clamores dos cônjuges que são chamados à responsabilidade, dos filhos, pais e irmãos, quantas vezes desavindos, aos quais se vai obrigar a participar em despesas que à *entidade seguradora* deveria competir.

Porque se não faz um inquérito consciencioso e independente à maneira como são apreciados os serviços do *seguro-doença*? Bastaria entrar nos Hospitais e seleccionar os doentes que pagam para as *Caixas de Previdência*, ouvindo depois as suas críticas, os seus desabafos e os seus lamentos. E se quisessem ampliar os conhecimentos sobre a obra negativa que se está a realizar, podia-se fazer um inquérito rápido, em dia de visitas, aos comentários dos parentes e dos amigos.

Uma busca de informações orientada desta forma, seria bem mais elucidativa que uma estatística das injeções de cál-

cio que se fazem nos Postos da *Federação*...

MAIS UM EXEMPLO... OU UM DOENTE EM BOLANDAS

Vamos ao caso — tenham paciência. Supunhamos um trabalhador que pertence a uma *Caixa de Previdência* e que, mercê da lei, está ainda a coberto dos riscos de *acidentes no trabalho*. Para a *Caixa* concorre o homem com uma parcela do seu salário e o patrão com importância ainda maior e acrescida da que dispense com a *Companhia de Seguros*.

Parece que este homem, quer seja atingido por um acidente de trabalho, quer adoença, está bem protegido pela nossa *Previdência Social*...

No entanto, um dia surge-lhe uma hérnia e, porque quase sempre esta aparece durante as horas de trabalho, o homem recorre ao *seguro contra acidentes*. Aí não consideram a doença como sinistro — e assim é, de facto, na grande maioria dos casos — e embora o trabalhador o não compreenda, vai-se embora e recorre então à *Federação de Caixas de Previdência*, julgando que o *seguro-doença* para o qual contribue ele e o patrão, lhe poderá valer.

Também aqui o mandam embora, porque se vive no regime de não considerar abrangidos pelo *seguro* os casos do foro cirúrgico!

E o desgraçado não encontra na *Segurança Social* o amparo que esperava, perguntando para que anda a descontar todas as semanas para a *Caixa*.

Pois aos clamores destes desgraçados, das pessoas da família e dos seus amigos, ainda se juntam, nestes casos de herniados, os clamores e protestos dos patrões!

Não se julgue que esta forma de pintar o quadro corresponde a um exagero. Tenho ouvido os comentários e, quem os quiser escutar que vá aos hospitais e, se quiser, que indague e interroge; talvez então compreenda quão grande é o desprestígio que se está a criar à nossa *Segurança Social* com o *seguro* frouxo e incapaz que nos oferecem...

ONDE ESTÃO OS DEFENSORES DO SEGURO-DOENÇA?

Agora, que o projecto apresentado pelo Governo às Câmaras me proporcionou os comentários desta e das duas

crónicas anteriores, vem a propósito perguntar quem são os verdadeiros defensores do *seguro-doença*.

Defenderá o sistema de *Segurança Social* quem mantém o estado actual do nosso *seguro* recheado de defeitos, quer sob o ponto de vista doutrinário, quer sob o prisma da sua execução?

De forma alguma se podem considerar como defensores do *seguro*, aqueles que o não souberam organizar e que, evidenciados os erros, não os sabem corrigir.

Alheio a melindres pessoais — que não cultivo — e arredando da minha vista os homens, costumo encarar os problemas dentro do realismo que apresentam e segundo a projecção que podem ter no futuro.

Sinto-me com autoridade para criticar estes problemas porque muitos dos defeitos já evidenciados pela prática, foram por mim previstos.

Mantenho ainda as ideias que expus na *Acção Médica* e no *Jornal do Médico* (o do tempo do Dr. Mário Cardia, seu fundador) no período que decorreu entre 1946 e 1950 e que depois reuni no livro *Palavras... leva-as o vento*, aparecido em 1951.

Ainda acredito na possibilidade de se conseguir uma obra estruturada em bons e são princípios, capaz de corresponder aos anseios dos teóricos e às múltiplas necessidades da prática.

Mas para isso será preciso voltar ao princípio e estudar o problema novamente, porque o que vigora não serve.

O projecto que o *Governo* agora apresenta com o fim de regular a distribuição dos encargos com a assistência hospitalar, dá uma boa oportunidade para se rever o problema do *seguro* e incluí-lo, como é necessário — visto ser um elemento de grande valor — na engrenagem de que o Estado dispõe para que a população seja defendida e tratada como convém.

Mantê-lo à margem, não por esquecimento, mas pelo propósito deliberado que o *seguro* demonstra persistentemente, será persistir num erro que acarreta prejuízos materiais e morais.

E termino voltando a afirmar: o projecto enviado às Câmaras é mau, precisamente porque a *Previdência* continua a claudicar quanto às suas obrigações.

M. DA SILVA LEAL

ECOS E COMENTÁRIOS

QUANDO TEREMOS UM PLANO DE SAÚDE PÚBLICA?

A população portuguesa recebeu com simpatia o novo plano rodoviário, que melhorará a nossa rede de estradas, já honrosa para o País desde que, com o advento do «28 de Maio», se encarou a sério um problema que, anteriormente, tinha sido totalmente descurado. Podemos afirmar que a nossa rede de estradas, mesmo que se continuasse tal qual a temos agora, manteria Portugal numa situação razoável, que, embora seja superada, no seu conjunto, por alguns países da Europa, iguala ou é superior à de outros, que, nalguns aspectos, se avantajam muito ao nosso. No entanto, o Governo entendeu que se devia fazer muito mais, melhorando o que temos e alargando a rede rodoviária, estabelecendo, para isso, um plano a longo prazo. Congratulamo-nos com tais medidas, certos de que elas contribuirão para melhorar a vida da grei portuguesa. O plano foi concebido com largueza de vistas e encontrou em todos os sectores interessados o melhor ambiente. No entanto, o Tesouro vai dispendir alguns milhões de contos.

Infelizmente, não se dá o mesmo com outro sector da administração pública, tão importante como o rodoviário: o da saúde pública. Aqui, não se criou ainda, como sucede noutros países, o necessário ambiente para que tanto nos mais altos sectores da administração, como nas autarquias locais, se gastem as somas necessárias — indo procurar os recursos onde seja possível encontrá-los — para resolver, satisfatoriamente, os problemas sanitários que interessam a toda a população. Há numerosas Câmaras Municipais — infelizmente, devemos dizê-lo, tendo, algumas delas, médicos como presidentes! — que se desinteressam completamente de tudo que se refere à saúde pública, negando-se ao elementar dever de pagarem os tratamentos de que necessitam os doentes mais pobres. Em muitos sectores da saúde pública, incluindo os departamentos encarregados da profilaxia, as verbas são extremamente exíguas, os serviços não podem manter-se em limites razoáveis e muito menos desenvolverem-se e criarem-se outros. No que se refere a doenças evitáveis, estamos muito abaixo do que se passa na maior parte dos países da Europa — embora bastante se tenha realizado neste campo, nos últimos anos. É necessário dispendir somas muito maiores do que aquelas que se gastam, actualmente, por exemplo, na Direcção Geral de Saúde — precisamente, o departamento do Estado encarregado da profilaxia social.

Seria desejável que se estabelecesse um plano de saúde pública, a realizar durante 5 ou 10 anos, onde se encarassem os problemas da medicina preventiva, a assistência aos doentes economicamente débeis, relacionando-a com a previdência social, e assentando-se a participação administrativa e financeira das autarquias locais, das Misericórdias (às quais se deveriam dar mais possibilidades, com

recursos locais obrigatoriamente conseguidos por meio de diplomas legais), e do orçamento geral do Estado. Tem-se trabalhado muito, sem dúvida, no sector da Assistência Social, sobretudo desde que tomou conta da sua direcção o Dr. Trigo de Negreiros, cujo nome ficará para sempre honrosamente ligado aos progressos da assistência às classes pobres; o movimento progressivo tem-se mantido, agora com a dedicada cooperação do Dr. Ribeiro Queirós, sucessor no Subsecretariado da Assistência Social do Dr. Trigo de Negreiros.

A verdade, porém, é que a assistência

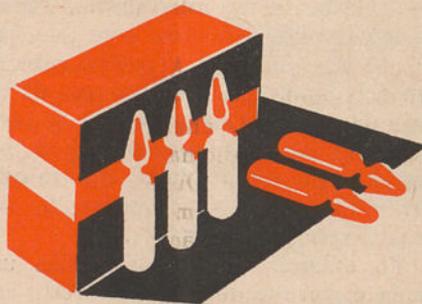
dependente do Ministério do Interior se tem desenvolvido sem o indispensável entendimento com os seguros sociais, onde se gastam importantes quantias com a assistência às classes pobres; a medicina preventiva, cuja direcção tem de caber ao Estado (que deve fornecer, sem dúvida, a valiosa participação financeira), e que constitue decisivo elemento nos problemas sanitários, não tem tido os progressos de que necessita, sobretudo por falta de verbas, nem actua com a colaboração de outras entidades; dentro dos mesmos departamentos, há duplicação e triplicação de serviços, e outros, que convinha fazer progredir e aperfeiçoar, estacionam, devido a variadas razões; há serviços onde se trabalha muito, mesmo com excesso de trabalho e fraca remuneração do pessoal e, noutros, pelo contrário, há excesso de pessoal, que trabalha pouco...

Os problemas relacionados com a saúde pública necessitam, pois, de coordenação e dum plano de conjunto, do mesmo género daquele que, desenvolvendo-se durante alguns anos, se estabeleceu há pouco para os problemas rodoviários — que não estavam mais necessitados do que a saúde pública, de que se olhasse para eles com vistas largas e desejo de se gastarem alguns milhões; aliás, o rendimento económico — não falando também de outros aspectos — que se conseguisse com o aperfeiçoamento da máquina de assistência social, seria de grande alcance, valorizando a população, tornando-a mais apta para o trabalho. Infelizmente, não há ainda no País o ambiente necessário para se dispendirem somas elevadas com os serviços sanitários. E, por isso, considero indispensável que se apontem as nossas insuficiências, salientando a inferioridade do nosso País na assistência à doença nas classes pobres e nos meios da medicina preventiva. É preciso que todos os elementos responsáveis da administração tenham no espírito, sempre presentes a necessidade imperiosa de terem como fundamental a valorização sanitária da população, considerando como elementar dever de quem governe, seja nos mais altos cargos do Estado ou seja nas autarquias locais, considerar a saúde pública, pelo menos, tão importante, como as estradas, os portos, o desenvolvimento das indústrias, o alargamento da rede de electrificação, a defesa nacional, a instrução, etc., etc.

Tem-se falado muito na organização dum Ministério da Saúde — comando único, cujo ambiente está feito, não só entre os médicos, mas noutros sectores nacionais. Sem dúvida que um Ministério da Saúde, englobando os serviços que actualmente dependem do Ministério do Interior e outros, entre os quais a previdência para a doença, é indispensável; mas um plano de conjunto, a realizar num período determinado, com a indicação de normas de intercooperação, é também necessário, para evitar dispersão de esforços e saber-se com o que se pode contar.

M. C.

TERAPÊUTICA ANTI-SIFILÍTICA



SALIBI

Suspensão oleosa de salicilato básico de bismuto, em dispersão muito fina. Cada ampola de 2 cc. contém 0,15 g. de Bi metálico.

Caixa de 12 ampolas
de 2 cc.

25\$00

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

CRÓNICA DE GOA

A Missão Médica de Catedráticos

As palavras que se seguem são ainda ecos da presença da missão médica cultural que nos visitou no ano passado. O acontecimento é de sobremodo notável para todos e principalmente para nós, médicos, que por muito tempo ficará memória deles nestas terras portuguesas.

É por isso e pela presença de situações, que se mantem sem solução, que vamos continuar as nossas referências à Missão Universitária. São colhidas de elementos que primitivamente destinávamos ao jornal «Heraldo» de Nova Goa e também da exposição que entregamos àquela missão como as aspirações da classe médica da Índia, formuladas pela pena do Secretário da Secção de Bárdez da Ordem dos Médicos da Índia Portuguesa e autor destas linhas.

São as seguintes as aspirações apresentadas e que se resumem nestes quatro pontos que enunciamos:

- 1.º) Que a nossa bendita Escola Médica de Goa esteja À ALFURA da Medicina Moderna, com Professores proficientes da envergadura da Missão, com ensino de carácter teórico e *prático especialmente* e com todo o material necessário que a Ciência Moderna exige;
- 2.º) Que se estude e se dê qualquer solução que derive o pletorra de 500 médicos da Índia Portuguesa para o Ultramar Português e para os Países Estrangeiros onde possam exercer a sua actividade;
- 3.º) Que se revejam o Diploma Legislativo n.º 1.452 e a Portaria n.º 5.634, de 23-X-1952 e de 6-XI-1952, respectivamente (Regulamento das Farmácias e

do Exercício da Profissão Farmacêutica) em benefício da Classe Médica de Goa e da inteira população do Estado da Índia, sobretudo dos doentes pobres que não podem pagar ao mesmo tempo o médico e as drogas cujos preços atingiram cifras inacreditáveis com a publicação dos referidos Diploma e Portaria na crise que atravessamos;

- 4.º) Que seja restabelecido o antigo regime de cadeiras por grupos para a repetição do curso de medicina em Portugal, em vez do regime actual de 2 exames apenas de Clínica Médica e de Clínica Cirúrgica, aos médicos formados pela Escola Médica de Goa.

Apresentei-as à Missão de Catedráticos quando tive a honra de lhe oferecer uma taça de champanhe, para nela saudar a Medicina Portuguesa, no mesmo dia, 4 de Outubro de 1953, em que almocei também com ela no Hotel Mandovi. Teve então o Prof. Vaz Serra a gentileza de me autorizar a sua publicação nas colunas deste jornal, dirigido pelo Dr. Mário Cardia, a quem o mesmo professor graciosa e amigamente classificou de «fogos», expressão que muito gostei.

É pois sobre estes quatro pontos que vou escrever, começando pela nossa Escola.

Escola Médica de Goa

Está de parabéns a nossa ALMA MATER! É um organismo vivo com história laboriosa e tem já de existência mais de 100 anos de actividade! Tem deveres e tem prerrogativas!

Está também de parabéns o Dr. Almerindo Lessa. Foi o Dr. Almerindo Lessa quem primeiro deu o grito de alarme e apresentou as deficiências e as mazelas da nossa Escola Médica de Goa ao Governo Central da Metrópole, quando da sua permanência em Goa para a instalação dos serviços da Hemoterapia e de Reanimação. E fomos nós, que, logo em seguida, em uma «Crónica de Goa», n.º 1, de carácter doutrinário, da epígrafe de «*Escola Médica de Goa e Serviços de Saúde, Homenagem de respeito e de gratidão, ao Prof. Froilano de Melo*», inserta neste semanário, na edição de 1 de Janeiro do corrente ano, sem reboços nem tutela, apontamos os detalhes de um sem número de deficiências e males que enfermam a nossa Escola Médica de Goa, *reorganizada 7 anos antes!!!*, para os quais reclamamos terapêutica urgente: *roulêmente*, em comissão de serviço, de, pelo menos 3 anos, dos Lentes da Escola Médica de Goa que a Lisboa iriam actualizar e aperfeiçoar os seus conhecimentos técnicos médicos e dos Mestres da Medicina Portuguesa que para Goa viriam com o mesmo fim de actualizar e aperfeiçoar os conhecimentos da inteira Classe Médica do País.

E assim foi, na verdade.

O Senhor Ministro do Ultramar, Com. Sarmiento Rodrigues, espírito de visão genial, bem merece da inteira população do Estado da Índia, sobretudo da Classe Médica, pelos benefícios que este seu gesto inteiramente nacional vai trazer ao País. Não repisamos nos benefícios que adquirem uma projecção incalculável. Os Drs. Almerindo Lessa e Mário Cardia vêm a seguir.

Goa inteira agradece reconhecida esta atenção dispensada pela Mãe-Pátria à Índia Portuguesa.

Em 21 de Novembro chegaram a Goa 4 Professores Catedráticos, os

PARA RESTABELECEER O EQUILÍBRIO DO SISTEMA NERVOSO

N E R S A N

ELIXIR

O NERSAN é o MEDICAMENTO QUE, de há muito, A CLÍNICA IMPÔS como CALMANTE, SEDATIVO e ANTI-ESPASMÓDICO para a TERAPÊUTICA de:

ANSIEDADE * INSÓNIAS * NERVOSISMO

LABORATÓRIO FIDELIS

Drs. Vaz e Serra, Álvaro Rodrigues, Cândido Oliveira e Fraga de Azevedo, que vêm proferir lições de ordem teórica e prática que actualizem e aperfeiçoem os conhecimentos de todos os médicos de Goa: Lentes da Escola Médica de Goa, médicos do quadro de saúde e médicos particulares, que para junto deles irão afim de beber a largos haustos os conhecimentos e as aquisições da Medicina Moderna. As suas lições dizem respeito à Medicina Geral e distribuem-se da seguinte maneira: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Microbiologia e Parasitologia ou Medicina Tropical.

Conhecemos os 4 Mestres da Medicina Portuguesa através das suas publicações. Por impedimento do serviço, não podemos ir recebê-los. Mas na qualidade de secretário da secção de Bârdex da «Ordem dos Médicos da Índia Portuguesa», saudamos na pessoa do Prof. Vaz Sessa a brilhante pléiade catedrática que em Goa representa o Português Médico.

Temos já escrita, há mais de 7 meses, esta Crónica de Goa, da epigrafe de «*Escola Médica de Goa e Serviços de Saúde. Homenagem de respeito e de gratidão ao Prof. Froilano de Melo*», que aguarda a sua remessa para o Porto para os fins de publicação em «*O Médico*». De caso pensado e positivamente, demorados a remessa, esperando oportunidade própria.

Agora, que esteve em Goa a Missão Catedrática de 4 Mestres da Medicina Portuguesa que, além de vir ensinar a toda a Classe Médica, organizando os Cursos de Actualização e de Aperfeiçoamento, por nós ambicionados há já muito tempo, como se verifica de «*O Clínico*», de Goa, e cujos primeiros passos neste sentido estão já dados pela dinâmica «Ordem dos Médicos da Índia Portuguesa», teve também a responsabilidade de verificar *de visu* o estado actual em que se encontra a nossa vetusta Escola Médica de Goa, tomamos a liberdade de expôr à sua subida consideração um problema de importância capital.

Nas colunas de «*O Clínico*», de Abril de 1952, quando da visita oficial de Sua Ex.^a o Ministro do Ultramar ao Estado da Índia, em um artigo dedicado à consideração de Sua Ex.^a, tratamos do mesmo assunto. Hoje mais não vamos fazer do que completar as nossas considerações de então.

Em 1945 quando o nosso Prof. e Mestre Dr. Froilano de Melo na Assembleia Nacional defendia os nossos e os altos interesses da Pátria, pedimos-lhe, por vezes, que abordasse o problema no seio daquele Organismo Supremo da Nação: o *exercício livre da medicina em todo o Ultramar Português, independentemente da habilitação pelo Instituto de Medicina Tropical, como era aliás devido aos médicos formados pela Escola Médica de Goa*. Porque não faz sentido que aos médicos de Goa, país geograficamente tropical, repositório e manancial para o estudo das doenças tropicais, seja proibido o exercício da clínica livre em sua própria

casa que é o Ultramar Português. Principalmente por causa das razões que se referem a seguir.

Existe em Goa, território de 6.300 Km.² de superfície e de 600.000 habitantes de população um exército de perto de 500 médicos. Nas cidades há excesso do número de médicos, como os há nas vilas, nas aldeias e mais povoações distantes do País. A Escola Médica de Goa, anualmente, prepara 15 a 20 médicos — *quere parecer-nos* —, a maioria dos quais fica a clinicar em Goa e *uns poucos somente* vão para Portugal prosseguir nos seus estudos, repetindo o curso ou então fazendo o curso de medicina tropical.

Os médicos de Goa que tiveram a sorte de se anicharem à sombra do Orçamento do Estado nada têm que se preocupar porquanto percebem ao fim do mês o seu vencimento que lhes garante a vida, a decência e o conforto necessários. E os médicos de Goa que não tiveram a felicidade de conseguir qualquer fatia à mesa orçamental têm de se preocupar, têm de ganhar a vida à custa de suores e de canseiras, como a figura simbólica e real de João Semana, com a sua clínica particular que, quase sempre, acarreta desilusões e desgostos sem-número! Evidentemente, o número de médicos particulares ou livres é muito maior, talvez dez vezes maior, do que o número dos médicos do Governo (Quadro de Saúde, Escola Médica, etc.), contemplados no Orçamento do Estado.

O que vai fazer todo este exército de médicos em Goa, terra tão pequena? E o que irão fazer os futuros médicos que a Escola Médica de Goa prepara anualmente em número de 15 a 20 médicos, se não estamos em erro?

A resposta sabem-no todos. Aldeias existem pequenas, pequeninas, onde não será exagero dizer que o número de médicos é superior ao dos doentes ou ainda ao da sua população. Naturalmente, resultam deste facto consequências desagradáveis: competição e esquecimento da ética profissional, da deontologia médica. E, ainda mais, verificar que omédico de Goa, além de tentar clínica, é funcionário público não dos serviços de saúde mas de quaisquer outros serviços do Estado. Esta situação é dolorosa.

Ainda outro dia estávamos a ler uma conferência do sr. Prof. Dr. Augusto Monjardino sobre a «*Função Social das Maternidades*» que nos foi oferecida pela «*Liga Portuguesa de Profilaxia Social*», do Porto. É desta conferência o pedaço que transcrevemos: «*Conviria colocar os clínicos das Maternidades, os novos, em condições de trabalho diferentes das de hoje e instituir o «full-time», obrigando-os a uma constante permanência no serviço, não lhes permitindo que de outros misteres se ocupassem; e ainda, ao cabo de alguns anos, cinco por exemplo, quando a sua educação estivesse concluída, poderiam ter, com todo o direito, o título de verdadeiros especialistas. Os que mais se tivessem distinguido iriam com confiança assumir a direcção das filiais*

da província, levando a mesma orientação da organização central, contribuindo para a homogeneidade do conjunto. Estariam em condições de produzir trabalho útil e de se dedicar à investigação científica. Mas para realizar o «*full-time*» é necessário dar-lhes remuneração condigna, de forma a não necessitarem angariar recursos fora das Maternidades».

E indica a seguir terapêutica adequada.

Na verdade, seria ideal.

Desde 1950 ou 1951 a Índia vizinha já não reconhece o diploma da Escola Médica de Goa. As Áfricas, Portuguesa e Inglesa, também o não reconhecem.

Qual pois o futuro dos médicos formados pela Escola Médica de Goa? Onde irá trabalhar o exército de médicos que existe em Goa e que de ano para ano engrossa ainda mais?

Ainda há uma solução: A Missão Catedrática elaborava um projecto que permitisse aos médicos formados pela Escola Médica de Goa fazer um exame de medicina geral, incluindo a medicina tropical, na *Escola Médica de Goa*, sob a presidência do Director do Instituto de Medicina Tropical de Lisboa Prof. Dr. Fraga de Azevedo — porque a maioria dos médicos de Goa não está nas condições financeiras, sobretudo na crise que atravessamos, de repetir o curso de medicina ou fazer a medicina tropical indo a Lisboa, como aliás muito quereria — que os habilitasse a exercer medicina em todo o Ultramar Português se é que habilitados ainda não estão a fazê-la.

Esta é a triste realidade dos factos que deve doer a todas as consciências bem formadas. Não a apontamos por nossa causa que, graças a Deus, temos «*pequenina*» clínica. Mas por causa de uma Corporação que é a inteira Classe Médica de Goa a que temos a honra de pertencer.

Alimentamos esperanças de que a digna Missão Catedrática, estudando o problema, procurará dar-lhe solução adequada, no sentido de derivar a avalanche de médicos de Goa para o Ultramar Português e para os Países Estrangeiros, na medida do possível.

VENTURA PEREIRA

Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria

Na reunião do dia 25 de Fevereiro da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria, a que presidiu o Prof. Correia de Oliveira, o Prof. Barahona Fernandes, delegado da Sociedade à reunião preparatória do Congresso Mundial de Psiquiatria, fez o relato dessa reunião, realizada em Zurique, dando conta das resoluções tomadas, quanto à efectivação daquele congresso. Em seguida, o Dr. J. Sepagne, de Toulouse, que se encontra entre nós a estagiar em neurocirurgia, fez uma comunicação intitulada «*Independência relativa da circulação cerebral*».

ACÇÃO ANTIBIÓTICA COM REFORÇO DAS DEFESAS NATURAIS

IMUNOBIÓTICO

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

IMUNOBIÓTICO-E

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

APRESENTAÇÃO:

IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA
Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA
Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA
Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA

IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA + 0,25 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA (INFANTIL)
Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA
Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA
Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA
Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA + 1 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA (FORTE)

A CADA FRASCO CORRESPONDE UMA AMPOLA
DE LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

CAIXAS DE 1, 3, 5 e 10 DOSES

LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8 - LISBOA

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

O ENSINO POST-UNIVERSITARIO

O Prof. Eric Martin, de Genebra, publicou recentemente um artigo na «Revue Médicale de la Suisse Romande», do qual transcrevemos o principal.

O médico deve enriquecer o seu saber todos os dias. Não existe outra profissão que necessite dum aperfeiçoamento tão constante e dum tal renascimento dos conhecimentos adquiridos.

Deseja-se hoje que todos os médicos saibam as propriedades e as indicações dos novos antibióticos e o benefício que podem ter certos doentes com um tratamento de cortisona ou ACTH. E contudo estes medicamentos estão ainda na fase experimental. Nenhum pode com segurança precisar a extensão da sua acção.

O comentário do viajante médico é raramente uma boa fonte de ensino. O jornal de medicina, antecipadamente examinado à pressa por falta de tempo, não é sempre um excelente conselheiro. Ele está muitas vezes à espreita da novidade, em prejuízo duma real experiência.

É a Universidade que deve realizar um ensino complementar. Ela o faz um pouco sem todavia, parece, atingir o alvo. Não são as grandes lições magistrais sobre assuntos gerais que necessita o praticante, que está ávido de aprender, sob uma forma condensada, o que é essencial para ele. Não parece também que a fórmula adaptada nos «Entretiens de Bichat», onde as exposições de cinco minutos se sucedem num ritmo rápido, represente a solução melhor, sobretudo para os médicos do nosso país.

Procurando desenvolver os seus conhecimentos, o praticante deseja poder

evocar casos pessoais que lhe pareceram interessantes. Deseja que o escutem e que participem nas dificuldades da sua tarefa empregando uma linguagem científica que lhe seja familiar.

A conversa junto ao leito do doente ou em pequenos grupos é mais útil para ele que as grandes palestras sem contacto entre conferente e auditores.

As nossas Universidades, que se preocupam em formar bons estudantes e que se empenham actualmente em fazer a revisão dos seus programas e métodos de ensino, devem preocupar-se com os seus antigos alunos lançados na prática. Eles gostariam de ter um laço mais estreito com a «Alma Mater», podendo voltar aos cursos e participar na vida do hospital.

Fala-se por vezes dum certo fosso entre clínicos universitários e praticantes. Trata-se muitas vezes de mal-entendidos. Nós conhecemos as razões. O assistente dum grande clínico, que não conhece as dificuldades da medicina prática mostra-se um pouco superior à vista do praticante, que vem às novas e que não fez todos os exames necessários para explorar um caso. O chefe clínico contenta-se às vezes com uma explicação curta e pouco aproveitável.

Nós não estamos habituados como os nossos colegas franceses a aproveitar todos os instantes da vida hospitalar para ensinar. Ser aluno duma Faculdade de Medicina cria um laço que não se rompe definitivamente pela atribuição dum di-

ploma. É de sublinhar que muitos mestres têm uma grande satisfação em ver voltar em qualquer ocasião os seus alunos para assistir a um curso ou pedir um conselho a propósito dum doente.

Por ter seguido um jovem assistente nos seus começos e o ter guiado nas suas primeiras experiências de clínica, notando as suas qualidades, corrigindo os seus defeitos e registando em seguida os seus sucessos de clientela, cria no chefe um sentimento de satisfação legítima e fortalece relações de confiança.

O ensino post-universitário é um problema importante a resolver. É preciso estudá-lo melhor. É difícil encontrar uma fórmula para este ensino, que não tire o praticante por muito tempo dos seus afazeres diários. Um curso prático de quatro a cinco dias como nós o realizamos em Genebra, em 1952, pareceu muito comprido! É mais conveniente reservar no ano dois ou três fins de semana de 48 horas. Um fim de semana será reservado para assuntos gerais, um segundo para uma especialidade, um terceiro essencialmente para terapêutica. O organizador do curso deve ter perfeita liberdade para fazer o programa e se dirigir aos mestres para que compreendam bem o que se pretende deles: uma exposição simples, prática, uma experiência pessoal e crítica. As nossas sociedades de medicina desempenham parcialmente o papel do ensino post-universitário, embora os programas não possam ser sempre apropriados às condições deste ensino. É triste de constatar contudo que a Sociedade Médica de Genebra vê nas suas sessões poucos praticantes.

Parece-nos que as nossas policlinicas poderiam ser muitas vezes um lugar de encontro e a causa para os médicos tomarem, como por vezes se diz, um «banho de hospital». Nós vemos então muitos doentes, utilizamos vários medicamentos e podemos tirar uma opinião deles que não é sempre aquela dos prospectos médicos e dos antigos entusiastas. Pela própria organização das policlinicas, nós estamos numa situação que está próxima daquela do praticante, tendo à nossa disposição meios de investigação mais aperfeiçoados. Não são estas as condições ideais para que o médico embarçado a propósito dum caso aproveite da nossa experiência, que assista a uma conferência médica e encontre nas nossas policlinicas universitárias os conselhos, o apoio e a compreensão que solicita?

Os centros de diagnóstico que representam os nossos hospitais universitários e as nossas policlinicas devem estar, embora não o tenham estado até ao presente, à disposição dos praticantes, no interesse dos seus doentes e para o desenvolvimento post-universitário dos nossos médicos.

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



FABRICO
SUIÇO

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.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



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 INTELLECTUAIS, FADIGA, FALTA DE FORÇAS, ESGOTAMENTO, GRAVIDEZ, AMAMENTAÇÃO, PERTURBAÇÕES GASTROINTESTINAIS E ALIMENTARES, INFECÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS, CONVALESCENÇAS

AS BOLSAS DA OMS

O programa de bolsas da Organização Mundial de Saúde já tem mais de 6 anos de existência. Até 31 de Dezembro de 1952, foram concedidas 2.855 bolsas (sendo 40% em 1952). Os bolseiros eram originários de 115 países ou territórios; os estabelecimentos e serviços de ensino que acolheram os bolseiros pertenciam a 79 países e territórios. O programa futuro é sugerido por quantias que lhe são consagradas para 1954 cujo total está avaliado em 2.912.867 dólares (em que 931.451 são extraídos do orçamento ordinário da OMS).

O QUE É UMA BOLSA DA OMS

Ao conceder uma bolsa, a OMS considera que o candidato, recomendado pelo seu Governo, é uma pessoa que, depois de ter tido a possibilidade de estudar no estrangeiro, contribuirá, cada vez mais, para realizar os objectivos do seu Governo e da OMS, isto é, o acesso de todos os povos ao nível de saúde mais elevado possível. A OMS fornece ao seu bolseiro os meios financeiros a fim de continuar, fora do seu país, os estudos avançados e tomar as disposições necessárias nos institutos mais qualificados.

Uma decisão da Sexta Assembleia Mundial de Saúde permite à OMS, em certas condições, atribuir também bolsas que o beneficiário utilizará não no estrangeiro mas no seu próprio país. Isto constitui uma excepção à regra que, no entanto, é fácil de compreender, se verificarmos que, em lugar de enviar os bolseiros ao estrangeiro, para que aí trabalhem junto dos peritos, por vezes, pode-se trazer os peritos ao país dos bolseiros, onde participam na organização de cursos sobre o plano nacional. Assim,

será possível organizar cursos permanentes, no interior do próprio país.

QUEM SÃO OS BOLSEIROS?

Praticamente, todos os beneficiários das bolsas da OMS são profissionais, a maior parte médicos (2.044 ou seja 72%), enfermeiros ou enfermeiras (313, ou seja 11%) e empregados de saúde (176, ou seja 6%); alguns (322, ou seja 11%) representam as outras profissões paramédicas. A grande maioria deles são homens (2.260, ou seja 79%), e quase todos têm à volta de quarenta anos (com menos de 25 anos: 134 bolseiros, ou seja 5%; de 25 a 34 anos: 746, ou seja 26%; de 35 a 44 anos: 1.061, ou seja 37%; de 45 a 54 anos: 649, ou seja 23%; com mais de 54 anos: 177, ou seja 6%; com idade indeterminada: 88, ou seja 3%).

Têm já grande experiência das especialidades que desejam aprofundar no estrangeiro; muitas vezes, são professores de universidade ou directores de serviços. Contudo, em casos excepcionais (91 bolsas, ou seja 3%), os bolseiros são muito jovens e constituirão o núcleo do pessoal profissional nos países onde faltam estabelecimentos próprios para a formação médica; as bolsas são, então, destinadas a financiar os estudos universitários em medicina ou nas profissões afins.

OBJECTO DE ESTUDO

A grande maioria dos bolseiros (85%) estudam os diferentes aspectos da saúde pública e da medicina preventiva, enquanto que alguns estudam especialidades clínicas (12%), as ciências médicas fundamentais e o ensino médico (3%). À primeira categoria pertencem os bolseiros que estudam a administração de

saúde pública (10%), o saneamento (7%), os cuidados de enfermagem (7%), a higiene da maternidade e da infância (10%) e as doenças transmissíveis (28%). Os outros assuntos de estudo são, por exemplo, a saúde mental, a medicina do trabalho, a nutrição, a educação sanitária do público, a readaptação das pessoas fisicamente diminuídas, a higiene dentária (22%).

ASSUNTOS DO PROGRAMA DAS BOLSAS

O principal objectivo do programa das bolsas é o de ajudar um pessoal sanitário, cuidadosamente escolhido, a adquirir no estrangeiro os conhecimentos ou a experiência de primeira mão, que lhe permitirão, em seguida, melhorar, no seu próprio país, o nível dos serviços médicos e sanitários e o dos estabelecimentos de ensino. Contudo, não se podem negligenciar três outros objectivos indirectos do programa das bolsas: a compreensão internacional, a troca internacional de informações científicas e a criação de novos centros de ensino.

A Comissão de peritos para a formação profissional e técnica do pessoal médico e auxiliar declarou, na sua primeira sessão, em Fevereiro de 1950, que o programa das bolsas «...é justamente considerado como um dos meios mais eficazes de desenvolver a compreensão internacional e de levantar o nível médico e sanitário no mundo inteiro».

O Conselho Executivo, no seu recente estudo, tem aludido ao desenvolvimento de «uma rede de postos de contacto com os velhos bolseiros para a difusão de informações científicas». Encontrar-se-á, no parágrafo seguinte, algumas notas sobre a criação de centros de ensino.

RESULTADOS DO PROGRAMA DAS BOLSAS

A OMS tem procurado manter contacto com os bolseiros, durante o período de dois anos, a partir do regresso aos seus países e obter dos governos, ao fim deste tempo, relatórios sobre os serviços prestados pelos velhos bolseiros. O número de bolseiros que a OMS acompanhou até ao momento é ainda muito limitado para deles se fazer referência em estatísticas. Os números de que se dispõe tendem a mostrar, todavia, que as bolsas, à parte raras excepções, são utilizadas como deve ser e que os antigos bolseiros contribuem, de diversas maneiras, para melhorar os serviços sanitários do seu país.

Somos impressionados pela proporção de bolseiros que trabalham activamente nos programas de formação profissional, transmitindo a outros os conhecimentos que adquiriram durante os seus estudos no estrangeiro.

Assinalamos já a possível influência das bolsas de estudo na criação de centros de ensino, na organização de diversos cursos, etc. Alguns destes cursos têm um

EPILEPSIA E SINDROMAS
NEUROPSIQUIÁTRICOS
E CARDIO-VASCULARES

ALEPSAL

Sinergia medicamentosa da Feniletilmalonilureia (Luminal-Gardenal)
com a Cafeína e a Atropina

FÓRMULA DOS LABORATÓRIOS
GENÉVRIER

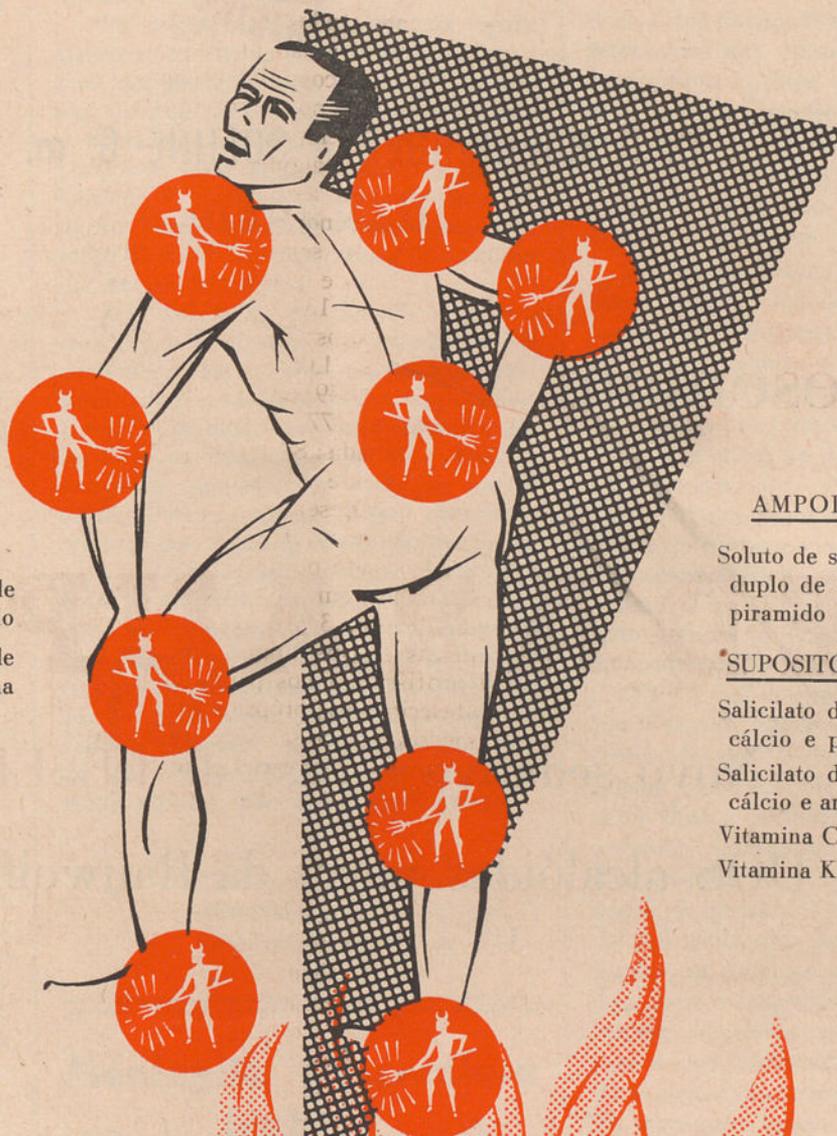
APRESENTAÇÃO:

Tubos de 20 comprimidos a 0,10 Grs.
Tubos de 30 comprimidos a 0,05 Grs.
Tubos de 80 comprimidos a 0,015 Grs.

REPRESENTANTE:

PESTANA & FERNANDES

39, Rua dos Sapateiros — LISBOA

DRÁGEAS:

Salicilato duplo de
cálcio e piramido

Salicilato duplo de
cálcio e antipirina

Vitamina C

Vitamina K

AMPOLAS:

Soluto de salicilato
duplo de cálcio e
piramido a 10 %

SUPOSITÓRIOS:

Salicilato duplo de
cálcio e piramido

Salicilato duplo de
cálcio e antipirina

Vitamina C

Vitamina K

REUMATISMOS

PARTICULARMENTE O ARTICULAR AGUDO

Sali-lab

DRAGEAS · SUPOSITÓRIOS · INJECCÕES

UM PRODUTO ORIGINAL DOS LABORATÓRIOS **Lab**



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

MANNHEIM

apresentam

SEDARAUPINA

Novo sedativo à base de **RESERPINA**

UM DOS alcalóides puros da Rauwolfia Serpentina

Tubos de 20 comprimidos de 0,2 mg.

AGENTES EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL:

FERRAZ, LYNCE, LDA.

TRAV. DA GLÓRIA, 6-2.º — LISBOA

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

carácter permanente, como o curso de anesthesiologista em Copenhague, com a duração dum ano, e o curso de antibióticos em Roma, igualmente dum ano. No total, foram concedidas 874 bolsas, ou seja 31 %, para permitir aos seus beneficiários a assistência às séries de cursos ou seguir os programas de formação colectiva organizados inteiramente ou em parte pela OMS ou com a sua participação.

A OMS contribue para a manutenção destes programas de ensino, assegurando-lhes um número conveniente de participantes, vindos de todas as partes do mundo, pagando os encargos de estudo aos bolseiros que assistem.

PROBLEMAS POSTOS PELO PROGRAMA DAS BOLSAS

O programa das bolsas encontra três grandes dificuldades:

A primeira, a mais considerável, é a escolha do candidato pelo governo requerente. A escolha funda-se nas qualidades profissionais, correspondendo aos estudos projectados, ao conhecimento suficiente da língua em que o bolseiro estudar, à própria personalidade do bolseiro — que, em suma, representará oficialmente o seu país e os seus compatriotas — e à compreensão nítida das funções que terá de cumprir no seu regresso e, por conseguinte, os assuntos sobre que terá de se concentrar durante os seus estudos.

A segunda dificuldade reside na organização dos seus estudos: é necessário organizar um programa apropriado à formação actual do bolseiro e às funções que ele exercerá mais tarde; escolher o país e a instituição (ou as instituições) que convenham; assegurar ao bolseiro, um lugar nessas instituições junto dos dirigentes, já sobrecarregados, não dispondo sempre de instalações suficientes. É necessário encontrar alguém que visite o bolseiro durante os seus estudos, examine com ele os seus problemas, o ajude a resolver as suas dificuldades e a vigiá-lo para adaptar o programa de estudo às suas possibilidades.

Aparece a terceira dificuldade quando o bolseiro regressa ao seu país, no fim dos seus estudos. Dar-lhe-ão o lugar para que se preparou? Será ajudado quando tentar melhorar os seus métodos de trabalho depois do que viu durante os seus estudos no estrangeiro? Poderá proceder aos ajustamentos necessários e adaptar ideias e métodos estranhos às condições que existem no seu país? Conseguirá vencer a resistência oposta à sua influência e às ideias novas, e indicá-las aos compatriotas? Algumas destas interrogações serão tanto melhor resolvidas quanto mais judiciosamente for escolhido o bolseiro.

Estas e outras dificuldades são muito sérias para o bom êxito dos bolseiros e do programa das bolsas. Se, em geral, se triunfa isso deve-se à atenção que os governos requerentes prestam às bolsas, graças à qualidade dos bolseiros e à colaboração entusiasta dos países que os acolhem, às suas instituições e ao seu pessoal.

CONCLUSÃO

As bolsas absorvem uma parte importante dos fundos consagrados à assistência e aos governos para o reforço dos seus serviços sanitários. Com efeito, constituem um dos processos de assistência mais apreciados.

Os números encontrados até agora parecem confirmar a opinião que prevalece, em geral, sobre a utilidade das bolsas. Contudo, a avaliação da sua utilidade é demasiado subjectiva. Talvez venha a propósito citar aqui as palavras de M. Chester I. Barnard, Presidente da Fundação Rockefeller, que tem mais dum terço de século de experiência no domínio das bolsas de estudo:

«As bolsas de estudo são experiências cujos resultados são impossíveis de controlar, pois ignorar-se-á sempre qual teria sido a sorte do bolseiro sem a bolsa. Como o primeiro objectivo consiste em escolher os candidatos de elite, pode-se assegurar, sem risco de erro, que muitos destes jovens teriam belas carreiras, mesmo sem a ajuda duma bolsa. Seria, então, desnecessário atribuir à própria bolsa os magníficos resultados alcançados por tantas promoções de bolseiros da Fundação Rockefeller. Mas os beneficiários das bolsas afirmam que a experiência das bolsas de estudo, preparadas com cuidado e chegando ao momento decisivo da sua evolução, pode contribuir, de modo notável, para um futuro êxito.»

(«Chronique de l'Organisation Mondiale de la Santé», vol. 7, n.º 11 de Novembro de 1953).

Meningite tuberculosa tratada

Terminou no dia 4 de Fevereiro, na Sociedade Médica dos H. C. L., um «simposium» sobre «Meningite tuberculosa tratada», que se dividiu em duas partes, da primeira das quais «O Médico» já se ocupou.

Nesta segunda parte, falou em primeiro lugar o Dr. Miranda Rodrigues, sobre os sindromas neurológicos que podem surgir no decurso do tratamento

da meningite tuberculosa. O Dr. Silva Nunes apresentou a sua experiência pessoal no tratamento da meningite tuberculosa, defendendo o emprego da quimioterapia por via intra-raquídea, com que obteve a percentagem de 72 por cento de curas; o Dr. Schneeberg de Ataíde falou das alterações de conduta e das paragens do desenvolvimento intelectual nas crianças com meningite tuberculosa curada, estudadas no Instituto António Aurélio da Costa Ferreira; o Prof. Diogo Furtado expôs os quadros psíquicos que podem surgir no decurso do ou após o tratamento da meningite tuberculosa.

Seguidamente, o Dr. Adolfo Coelho fez o resumo das descrições clínicas e anátomo-patológicas da meningite tuberculosa tratada e pôs as perguntas fundamentais do simpósio: 1.ª — Se é necessário fazer terapêutica intra-raquídea ou se além de desnecessária é também nociva; 2.ª — Da existência de dois métodos fundamentais para o diagnóstico precoce das complicações cisternodiencefálicas da meningite tuberculosa; 3.ª — Qual a actuação terapêutica quando se despistam precocemente as complicações cisternodiencefálicas.

O Dr. Orlando Carvalho, que falou a seguir, descreveu o valor da electroencefalografia para o diagnóstico daquelas complicações; e o Dr. Vasconcelos Marques tratou do método de diagnóstico denominando a cisternografia, descrevendo a respectiva técnica e quais os elementos que se podem obter da sua utilização, descrevendo também, depois, as técnicas neurocirúrgicas usadas para o respectivo tratamento e referindo, também, os métodos do tratamento das aracnoidites, do bloqueio e da hidrocefalia, complicando a evolução da meningite tuberculosa.

Falou, ainda, o Dr. Iriarte Peixoto, que declarou que as origens das obesidades são demasiadamente complexas para que se possam atribuir a uma simples lesão do diencéfalo.

O Dr. Adolfo Coelho, encerrando o Simpósio, afirmou que considera indispensável que a cisternografia e electroencefalografia se tornem métodos de rotina no estudo da evolução da meningite tuberculosa tratada.



E. TOSSE & C.^A

HAMBURGO

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 LUËS 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

A 1.^a CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE ENSINO MÉDICO

A 1.^a conferência mundial sobre ensino médico que se realizou em Londres de 22 a 29 de Agosto de 1953, foi patrocinada pela Associação Médica Mundial, em colaboração com a Organização Mundial de Saúde, Conselho para as Organizações internacionais de Ciências Médicas e Associação internacional das Universidades. Cerca de 600 participantes provenientes de mais de 50 países se reuniram para examinarem os inúmeros problemas de ensino médico, comparar observações e trocar impressões sobre a melhor forma de adaptar a instrução e a formação prática dos estudantes de medicina às necessidades dum mundo em franca evolução.

Segundo Lionel Shitby, Presidente da Conferência «Graças aos novos meios de comunicação o mundo está de tal modo retraído que se torna necessário desembaraçar-nos de nós próprios para que possamos examinar os nossos problemas quer sejam de ordem económica, política, social ou ainda médica, pois que a medicina não conhece fronteiras e tende felizmente para o mesmo ideal em todos os países».

Se assim é, é preciso reconhecer, no entanto, que não existe nenhuma solução universal para os problemas do ensino médico.

O Dr. M. J. Candau, Director Geral da OMS declarou no discurso de abertura:

«Verificamos na OMS que um dos melhores meios de ajudar os países a melhorar os seus serviços sanitários é facilitando-lhes a formação dum corpo de profissionais altamente classificados, entre os quais os médicos ocupam um lugar de destaque, cheio de responsabilidades.

Se nos contentarmos em fazer vir profissionais de outro país, o problema só fica resolvido parcial e provisoriamente.

Se o médico deve conquistar o domínio dos meios que a ciência moderna põe à sua disposição deve igualmente prontificar-se a trabalhar no quadro cultural e social do país que necessita dos seus serviços.

Em resumo: — cada país deve organizar os seus estabelecimentos de ensino, adaptar a experiência dos outros às suas próprias necessidades em vez de os imitar.

Depois da sessão plenária de abertura, a Conferência dividiu-se em 4 Secções cada uma presidida por um vice-presidente da Conferência, para examinar os seguintes pontos:

Secção A: condições de admissão às escolas médicas.

Dr. Victor Johnson, Fundação Mayo, Estados Unidos da América.

Secção B: Finalidade e matéria do programa de estudos médicos.

Ascot L. Mudaliar, vice-chanceler da Universidade de Madras, Índia.

Secção C: Técnicas e métodos de ensino médico.

Dr. A. Hentado, Universidade S. Marco, Livre-Peru.

Secção D: Medicina preventiva e social.

Prof. A. Stanpar, Universidade de Zagreb, Jugoslávia ⁽¹⁾

Deu lugar a férteis controvérsias a questão da escolha dos estudantes a admitir à escola médica.

Foram aplaudidos por uns, alguns métodos de selecção e atacados por outros com a mesma convicção.

A utilidade dos testes de aptidão e dos contactos individuais foram seriamente contestados.

Praticamente todos os participantes concordaram em não sobrecarregar o programa de estudos acrescentando-lhe novas especialidades; no conjunto gostariam que o nóvel médico adquirisse no decurso dos seus estudos universitários um conhecimento profundo dos princípios fundamentais da medicina, e uma formação prática suficiente para poder continuar a aperfeiçoar-se facilmente em clinica geral como em qualquer outra especialidade.

Foram evocadas pelo Dr. Eduardo Grzegorzewski, Director da Divisão do ensino e formação profissional da OMS, as necessidades dos estudantes de medicina de países insuficientemente desenvolvidos.

«Numa colectividade pouco evoluída, o desenvolvimento dum médico não é exclusivamente técnico e médico. Pela sua instrução, posição social, modo particular de considerar os seres e seus problemas, deve fatalmente tornar-se um dos dirigentes culturais da colectividade.

Uma boa vontade do Mundo, o médico, quer queira ou não, deve assumir as funções de guia e de chefe... É preciso pois que os seus estudos o tenham preparado para esse fim.

Esta preparação deve fazer-se por ele na escola médica pelo exemplo, pela orientação, pelo espirito da própria escola e dos seus dirigentes».

Os delegados mencionaram algumas experiências notáveis sobre ensino médico.

Na Universidade de Birmingham, por exemplo, obtiveram-se excelentes resultados associando num só curso de anatomia e fisiologia, as cadeiras de anatomia e fisiologia participando ambos no ensino.

Outras sugestões do mesmo género, visando fazer colaborar vários apontamentos de alguns cursos, poderiam vir um dia a fornecer uma resposta à pergunta que se põe de melhorar a coordenação e a integração do ensino universitário mantendo a sua direcção em limites razoáveis.

⁽¹⁾ O Prof. A. Stampar substitui o Prof. René Sand por motivo de doença. A notícia da morte de René Sand durante a semana da Conferência causou profunda consternação.

Suscitou vivo interesse de diversas técnicas de ensino. Foi posta em dúvida a utilidade dos alunos assistirem a operações cirúrgicas complicadas.

O uso de filmes educativos em quase todas as disciplinas foi objecto de comentários favoráveis, ficando entendido que estes filmes devem ser escolhidos com cuidado e preparados segundo os bons princípios pedagógicos.

Todos os depoentes mostraram que que os delegados compreendiam a necessidade de criar um lugar especial para o ensino da medicina nos seus aspectos preventivo e social.

Naturalmente que esta tendência se manifestou com maior relevo na Secção D, que se ocupou principalmente deste assunto. Apesar de não ter sido contestada a utilidade desta orientação, não foi possível definir com precisão as medidas práticas a adoptar pelas escolas médicas para atender a este objectivo.

Há diferenças consideráveis no que respeita ao ensino da medicina preventiva e social entre os diversos países e até dentro de escolas do mesmo país.

No entanto, como assinalou o Dr. Grzegorzewski, «a diversidade e mobilidade do programa de estudos a que diz respeito à medicina preventiva e social é um fenómeno perfeitamente natural, porque traduz não só a influência notável de diversos factores patogênicos e de outros, como a evolução do meio biológico e social».

A 1.^a Conferência Mundial de ensino médico é uma experiência deveras encorajante, cuja influência se fará certamente sentir nas escolas de medicina de inúmeros países, num futuro mais ou menos próximo.

As diversas correntes de pensamento que foram tratados durante os debates confirmam as ideias expressas nas relações do Comité dos peritos da OMS, sobre ensino e formações profissionais. Espera-se que de futuro a colaboração entre as organizações internacionais governativas ou não continuará a produzir frutos no domínio do ensino médico.

A OMS contribui activamente para elaborar o programa da Conferência e 2 dos vice-presidentes designados para dirigir duas das secções eram membros do Quadro de peritos da OMS para o ensino e formação profissionais.

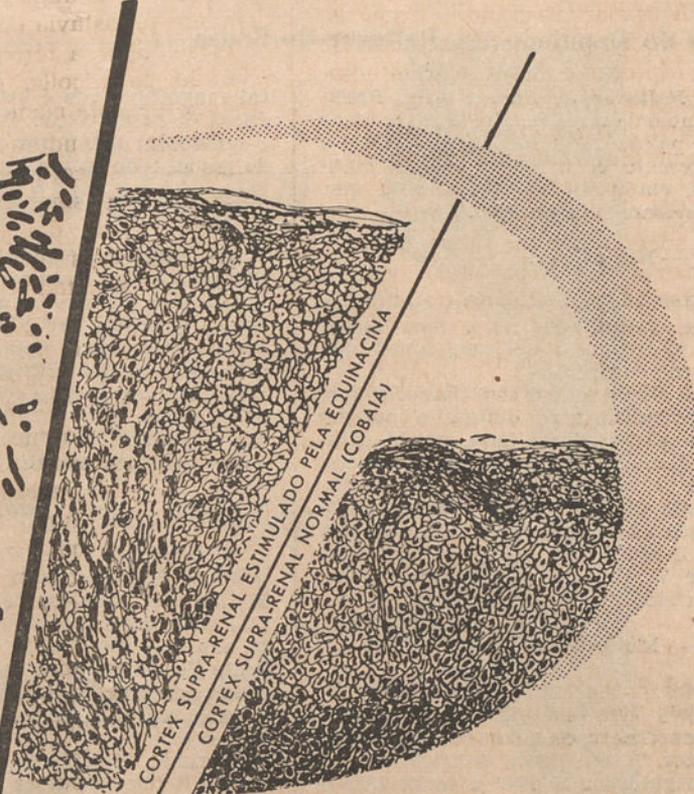
Ascot M. Mudaliar de Madras na Índia e o falecido Prof. René Sand de Bruxelas, Bélgica.

Outros 2 membros do Quadro de peritos foram solicitados para assistir à conferência na qualidade de consultores.

O Prof. Dr. A. Stampar de Zagreb, Jugoslávia, e o Prof. Min Sein, decano da Faculdade de Medicina da Universidade de Barefoon, na Birmânia.

(«Chronique de l'Organisation Mondiale de la Santé» — Outubro de 1953).

Antibiose



Estimulação do
Mesênquima activo
pela Equinacina



Citocilina

Penicilina-oxiprocaína
+
Equinacina

Acção histotropa e bacteriotropa

Supra Grunicina-E

Penicilina-estreptomicina + Equinacina

CHEMIE GRÜNENTHAL GMBH · STOLBERG-ALEMANHA

REPRESENTANTES: PARACÉLSIA, LIMITADA

SEDE: RUA CÂNDIDO DOS REIS, 130 - PORTO - TELEF. 22042/3 — FILIAL: RUA DO CARMO, 69 - 2.º - D.10 - LISBOA - TELEF. 34716

A MEDICINA EM S. BENTO

O AVISO PRÉVIO DO PROF. CID DOS SANTOS

Extratos do «Diário das Sessões»

(Continuação do número anterior)

Discurso do Deputado Dr. Baltazar de Sousa

O Sr. Baltazar de Sousa: — Sr. Presidente: como é de uso e de direito, as minhas primeiras palavras dirigem-se a V. Ex.^a, a quem apresento os mais respeitosos cumprimentos, em preito de homenagem que, muito gostosamente, cumpro.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Saúdo, também, os ilustres Deputados, garantindo-lhes o meu maior apreço e a mais leal e firme, ainda que modesta, colaboração.

Não me alongarei em considerações, que seriam oportunas para definir a posição de quem se estreia nesta Casa, por já anteriormente terem sido produzidas, na mesma intenção e no mesmo espírito, pelo Deputado Camilo de Mendonça. Apenas sublinharei a gratidão dos «novos» pela simpatia com que, desde a sua aparição nesta Câmara, por V. Ex.^a, Sr. Presidente, e por todos, têm sido distinguidos.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Ao iniciar a apreciação do aviso prévio que estamos a considerar quero ainda dirigir os meus cumprimentos ao seu autor. Tive a honra de trabalhar no serviço dirigido por S. Ex.^a e tenho tido o gosto de admirar a sua notável actividade científica e de acompanhar o seu labor na cátedra, onde, com raro dinamismo e esclarecido critério, se tem mostrado digno continuador de seu pai, mestre inesquecível de gerações de médicos.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — S. Ex.^a, ao trazer à Assembleia este aviso prévio sobre questões que, como médico e professor, muito o preocupam, prolongou até nós o serviço devotado da sua cátedra. Falando como técnico, o Sr. Deputado Cid dos Santos chamou a atenção desta Assembleia política para a importância que revestem os problemas relacionados com o Hospital Escolar de Lisboa, nos diversos aspectos que desta feita considerou.

Atrevo-me, por minha vez, a enitar no debate aberto — não obstante o relevo das personalidades nele intervenientes, figuras destacadas da medicina, de que sou obscuro servidor, e o risco de vos enfadar com repetições — tão somente para dar a achega de um novo, porventura com mais viva recordação do passado escolar e mais recente experiência nos primeiros passos da formatura. Por outro lado, o meu pendor para as coisas sociais penso que poderá trazer algum contributo à vida integral do problema em causa.

Antes de mais, Sr. Presidente, felicitemo-nos e felicitemos o Governo por termos à nossa frente uma obra de inegável grandiosidade, na concepção, na realização, na sua futura utilidade, que, efectivamente, «honra o País onde foi edificada».

Cansados de lastimar a mediocridade de recursos do nosso meio, não lastimemos agora a grandeza deste, regateando-lhe a admiração e o orgulho que deve merecer-nos.

Felicitemo-nos e felicitemos o Governo. Não nos perderemos a discutir, Srs. Deputados, vagas intenções ou projectos destinados a morrer nos textos; não nos perderemos a discutir um simbólico lançamento da primeira pedra; nem o arrastar de obras de Santa Engrácia; nem ainda a própria obra, alfim erguida, mas com mesquinhez ou envergonhadamente. Não.

Na sua imponência ergue-se este hospi-

tal magnífico, que é bem o marco de uma época de ressurreição. Por isso foi bem que o quisessem inaugurar nas bodas de prata de governo do obreiro-mor desta Era Nova.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O Orador: — Hão-de passar as nossas palavras e as nossas vidas e a obra ficará, a assinalar aos vindouros o esforço ingente destas gerações, sob o comando de um Homem excepcional! Sejam, pois, os nossos primeiros comentários de regozijo, de gratidão, na certeza de que com tal não nos diminuimos, pela subserviência, mas antes nos erguemos, pela justiça, ao plano onde então podemos discutir.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Obra de tão grande envergadura, é quase certo que terá defeitos. E tem-nos. Defeitos de pormenor — ainda que assinaláveis e alguns de estranhar — já que, nas suas linhas gerais, ela se apresenta de acordo com as directrizes da moderna construção hospitalar, nomeadamente se nos reportarmos ao tempo em que foi planeada e às vicissitudes sofridas durante a execução. Nem seria possível, neste particular, iniciar e acabar a obra com aplauso unânime, mesmo quando entregue aos cuidados de técnicos competentes e especializados, sem faltar a assistência de pessoal médico, como foi o caso.

Há pouco, em Inglaterra, discutiu-se justamente o facto de os médicos, no final das construções hospitalares, não obstante terem participado nos seus estudos e acompanhado as edificações, se revelarem, eles próprios, insatisfeitos com estas, e a explicação foi a seguinte: o progresso da medicina, nos seus múltiplos aspectos, torna desactualizadas, a breve trecho, as construções, apesar dos cuidados havidos.

É evidente que no Hospital Escolar nos parece demasiado o número de camas — ponto de partida do projecto. Hoje ficaríamos, estou certo, pelas 600-800 camas. É evidente que também notamos os erros praticados no sistema de aquecimento escolhido e na sua regularização; em esquecimentos nos circuitos dos fluidos e em outros; no plano de transportes; na distribuição e arrumação de certos serviços; na própria articulação do Hospital como Faculdade.

Estes e outros erros existem, são por todos reconhecidos, terão de ser remediados e convém que nos sirvam de lição.

Mas a técnica e o funcionamento das construções hospitalares sofrem contínua evolução, como se disse, pelo que tão somente — e ainda assim a título precário — podemos assentar em princípios gerais, como os enunciados por Jean Walter no seu trabalho de renovação da arquitectura médica, que vimos subscritos pela maioria dos autores consagrados e que não resistimos à tentação de citar:

- 1.º Organização lógica do trabalho, na preocupação da ordem, da racionalização e da economia;
- 2.º Redução das deslocações ao mínimo; utilização da força motriz, sempre que seja mais económica;
- 3.º Compressão de volumes, que, da ordem dos 300 m³ — e até 500 m³! — por cama, têm sucessivamente decidido até 90 m³ por cama, no tipo de hospital concentrado, em bloco, não excedendo os 7-8 andares;
- 4.º Redução possível do programa, pois, nas palavras do autor já aqui citadas: «o desejo de cada director, de

cada professor, de cada médico de ter um serviço tão completo quanto possível manifesta-se muitas vezes de tal sorte que chegaríamos a edifícios inexploráveis... poder-se-ia acreditar que a glória de cada um dependeria do volume das edificações a construir; pedem-se para os serviços superfícies duplas ou tripplas das que seriam necessárias... como tenho visto homens eminentes exigir locais inúteis, para não possuírem menos do que outros colegas, cujas necessidades são nitidamente superiores!»;

- 5.º Busca das melhores soluções técnicas, com vista ao anterior e à redução de pessoal;
- 6.º Finalmente, uma série de princípios respeitantes à luta contra os ruídos, à flexibilidade das edificações, à estandardização dos elementos de construção e de aparelhagem, etc.

Fora do campo dos princípios gerais, ainda acessíveis a cada um de nós, em particular, e à Assembleia, em geral, fica o mar de pormenores que fez do aviso prévio um verdadeiro, exaustivo e valioso relatório, mas que me não parece fácil analisar e discutir aqui, embora lhe reconheça a maior importância relativa, salvo — que me perdoe o Sr. Deputado Cid dos Santos — quanto ao conceito que está na base da sua classificação em «serviços com dono» e «sem dono»... conceito que me pareceu ter sofrido a influência do debate que na Assembleia corre paralelamente a este.

Apenas um apontamento no que se refere à centralização ou descentralização de laboratórios, serviços de radiologia, bibliotecas, etc., já que o capítulo atrás indicado e o das duplicações encontram resposta quase completa se nos lembrarmos de que o Hospital é simultaneamente escolar e central e transcende as pessoas.

A centralização ou descentralização de laboratórios, serviços de radiologia, etc., é problema que tem merecido larga discussão e há, como em tudo, quem, entre os extremos, defenda a solução mista.

Para citar uma das opiniões mais recentes, retirei do número de Julho de 1953 da *Techniques Hospitalières* a conclusão seguinte de um pequeno estudo sobre o assunto: «O conceito de centralização dos serviços deve dominar a organização geral dos serviços técnicos, assegurar a estandardização e a normalização dos métodos mais correntes, a execução central da quase totalidade das análises e exames habituais, a responsabilidade dos aparelhos e material no que respeita ao seu inventário, aquisição, conservação e distribuição. Esta centralização deve ir até à coordenação do pessoal especializado e à organização de cursos de aperfeiçoamento de que todos aproveitem».

Seja como for, o que desejaria realçar é não haver no fundo da maioria dos problemas em causa mais do que orientações divergentes, defendidas com argumentos de igual valor e em que a tendência moderna parece ser, aliás como em tudo, para a racionalização e a concentração.

Daqui gostaria de partir, englobando agora as considerações gerais sobre o hospital e o ensino médico, para uma conclusão necessária: a meu ver, a discussão radica-se num aspecto que assume a maior relevância, merece ser o fulcro de toda a discussão e se resume na concepção que temos do hospital moderno, do moderno ensino da medicina, numa palavra, do conceito actual de medicina.

Contra as helmintíases

Acranil

dicloridrato do cloro-metoxi-acridil-amino-
dietil-amino propanol

inócuo tenífugo de acção garantida

Soluto de Ascaridol

» *Bayer* «

contra

lombrigas e anquilostomas
com substância activa sempre igual e
de doseamento fácil e exacto

Badil

cloreto de hexametil-rosanilina
na

oxiuriase

de alta eficiência no tracto intestinal
em toda a sua extensão



» *Bayer* « **Leverkusen,**
Alemanha

Representante para Portugal:
» *Bayer* « **Limitada,**
L. do Barão de Quintela, 11, 2º Lisboa

Sr. Presidente: como todas as ciências, a medicina não escapa às ideias correntes e ao regime da época. Tem-me feito pensar muito se será possível, num mundo diferente como o nosso, onde tudo foi impregnado de espírito social e onde o individualismo e o liberalismo, sua consequência, se encontram ultrapassados, se será possível, dizia eu, manter a medicina como que alheada do seu tempo e alheada destas circunstâncias, não obstante o carácter individual da sua arte.

Já Paul Diepgen notava que «o ideal pagão da antiguidade se traduzia na higiene pública, o ideal religioso da Idade Média nos hospitais, o sistema absoluto dos séculos seguintes à Renascença na polícia sanitária. A era da democracia favoreceu as iniciativas individuais e a legislação social, mas constitui um obstáculo à coordenação».

«Nos últimos tempos — dizia — os fins do interesse geral tendem a sobrepor-se à liberdade — e a missão conferida aos Poderes Públicos, seja pelos regimes autoritários, seja pela opinião penetrada do espírito social, permite divisar uma política mais vasta e mais coerente».

Podemos afirmar, com René Sand, que os factores dominantes da nossa época se concretizam em três linhas-mestras essenciais: os progressos científicos e técnicos aumentam continuamente a eficácia dos métodos, mas também a sua complexidade e o seu custo para todas as formas de acção médica, sanitária e social; a preocupação do rendimento e da economia comanda a racionalização dos esforços; o quadro da prática médica, da organização hospitalar, das instituições da higiene, etc., não se concebe senão no plano regional e no nacional, na união permanente dos serviços preventivos, curativos e sociais.

Na verdade, «o espírito e as necessidades do tempo, as forças que suscita, a conjugação das ciências, o alargamento da arte de curar» — tudo preparou a nova fase da medicina social.

O pensamento marcante na formação médica do século passado foi o de que a medicina se alicerçava tão somente nas ciências exactas, e é certo que o progresso havido na melhor compreensão das funções e estrutura do organismo humano, no conhecimento das doenças e da sua terapêutica, se deveu, na maior parte, aos contributos dados pela fisiologia, a química biológica, a patologia, a bacteriologia, a farmacologia, ciências aplicadas que se fundamentam, basilaramente, na física, na química, na biologia.

Tão absortos e entusiasmados andamos neste avanço da medicina que esquecemos bastante o facto de que o que estudamos e tratamos é o homem, ser social, parte de uma família, membro de uma comunidade, sujeito a leis sociais e parcela de uma estrutura social, portador de valores transcendentes e eternos.

Como afirmou um autor, em linguagem caricatural: «o microscópio e o laboratório químico focam a nossa visão num só campo e o resultado desta cuidada e pormenorizada observação fez de cada doença uma entidade». E por demais conhecido o muito valor ligado ao «caso clínico» e o muito pequeno valor dado ao homem, no seu todo, e ao condicionalismo em que se integra. Este estreito espírito científico, concentrando-se no estudo dos órgãos alterados e das funções desviadas da normalidade, esqueceu e esquece, lamentavelmente, as preocupações e necessidades psicológicas, económicas e familiares do doente. A força de preocupar-se com a doença esqueceu o doente e mais — esqueceu o homem são.

E é o homem inteiro que se deve estudar e socorrer. Mais do que um objecto de piedade, de curiosidade ou de experiência, mais do que «um caso clínico», à luz dos nossos princípios informadores da vida, o doente é uma pessoa humana.

Que o hospital e o ensino médico o não esqueçam!

Vozes: — Muito bem!

O Orador:—Cada dia que passa se acentua ser o médico mais do que aquele que trata a pessoa doente, aquele que conserva sã a pessoa sã. Este predomínio da medicina preventiva não me venham dizer que é refúgio e apanágio dos técnicos da saúde pública. Por demais, estou convencido residir no divórcio dos clínicos e dos higienistas muitas das culpas dos problemas que nos afligem, com responsabilidades de ambos os lados.

Tudo no mundo se pôs de acordo quanto à necessidade de coordenação da medicina preventiva com a medicina clínica, no primado da medicina social. Quase só nós temos, em grande parte, uma organização hospitalar e de ensino médico que vive mergulhada nas ideias do século passado. Haja em vista — refiro-me a Lisboa — o panorama do ensino médico, por completo afastado daquele rumo, a aguardar a criação ou vivificação da psicologia, da higiene, da deontologia, da sociologia, não só como ensinamentos autónomos, mas também a temperar o predomínio exclusivista das clínicas.

E, no entanto, o impregnar da medicina social e preventiva, a organização hospitalar e o ensino médico deveriam ser a primeira preocupação de qualquer reforma.

Em Inglaterra, o Royal College of Physicians nomeia uma comissão que reconhece dever a medicina social, no futuro, formar a base da medicina preventiva como da medicina curativa e ser necessário dar-lhe um largo lugar no programa de estudos. A comissão interministerial do ensino médico determinou em 1944 que as noções de medicina social — em grande parte profiláticas — inspirem todo o ensino médico.

A Academia de Medicina de Nova Iorque promoveu estudos sobre «a medicina num mundo em transformação». A necessidade de ensinar a sociologia médica e a economia médica é proclamada pelo conjunto das associações profissionais do corpo médico, dos higienistas e dos professores das escolas médicas.

E os exemplos não teriam fim. Lériché sintetizava ao proclamar que o fim do ensino é o de formar médicos capazes de exercerem o seu mister honestamente, com espírito humano e num sentido social.

Todo o ensino e prática médicos apreendem o sentido social e o sentido preventivo, tão necessários à formação do médico como o espírito científico em que se tem adestrado, caindo assim na «medicina política», no dizer de Baccelli: «união da clínica e da higiene cooperando na solução dos grandes problemas que preocupam o espírito do médico e do homem do Estado moderno».

Era este pensamento, Sr. Presidente, que julguei servir de base às considerações do Sr. Deputado Cid dos Santos, por tantos títulos a pessoa indicada para nos elucidar sobre ele.

E dele poderíamos e deveríamos partir para o estudo das condições em que se aprende e exerce a medicina, sua situação no plano nacional, perspectivas dos seus profissionais e ordenação da sua actividade — assuntos todos do maior relevo, mas que exigiram uma extensão que no momento me não é lícito tomar.

Cingidos ao problema hospitalar e do ensino médico, diremos que, ao abrigo das ideias expendidas, o hospital moderno foi restituído à sua missão, acentuando-se o seu carácter científico, educativo e social. Integra-se na concepção que da organização da saúde o Estado tenha e no planeamento que a realize, integra-se na própria vida da comunidade, de que é peça fundamental, mas não autónoma.

Simultaneamente com a impregnação do sentido social e preventivo que assinalámos — e de passagem, como que a repisar, recordaremos que no último Congresso Internacional dos Hospitais, no ano passado, ficou expressa a moção de que o hospital do futuro deveria dedicar parte considerável das suas actividades à finalidade de manter a população em estado de saúde, do mesmo modo que socorre os que a ele recorrem como doentes — o hospital moderno, à semelhança do que se passa com a racio-

nalização das empresas industriais e comerciais, deve sujeitar-se a uma rígida disciplina económica.

Vozes: — Muito bem!

O Orador:—E, deste modo, a vida do hospital dos nossos dias depende — se quiserem — de vários «donos»: do médico, da enfermeira, da assistente social e do administrador. Na hierarquia das suas funções poderia, de facto, apontar-se: «caridade primeiro, espírito científico em seguida, enfim sentido social e preocupação dum organização económica e nacional».

Na prática clínica diária, com o seu reflexo na formação médica, escolar ou não, ao antigo diagnóstico *tout court*, opõe-se o triplice diagnóstico moderno: médico-somático, psicológico e social; ao exclusivo predomínio do clínico, a colaboração com outros auxiliares, em simbiose constante; ao serviço parcial *part-time*, o *full-time*, ao menos em relação a uns quantos.

O hospital mantém-se como centro de labor científico, mas «humaniza-se e passa a gerir-se melhor».

De resto, Sr. Presidente, não precisamos de ir lá fora para mostrar a contraprova: temos exemplos desta orientação entre nós e alguns ilustres professores membros desta Assembleia, a quem neste momento saúdo, puderam efectuar o seu depoimento pessoal.

Permito-me mesmo repetir a afirmação, já antiga, de um deles, o Prof. João Porto, a propósito dos novos caminhos abertos: «o nosso horizonte alarga-se, a nossa função social desenha-se com maior nitidez e parece-nos que, mais ainda que no passado, a nossa profissão nos faz viver mesmo no coração da vida».

No aspecto do ensino escolar médico não quereríamos ir mais longe do que na enunciação dos princípios já expostos, pois que a visão integral do problema levar-nos-ia a ponderar a questão desde a raiz e a considerá-la, primeiro em razão da própria Universidade em que se integra, tão preciosa de reforma à altura das nossas necessidades e na sequência da nossa ética revolucionária; da Universidade, que já mais de uma vez, publicamente, tenho reclamado seja fábrica de valores e não de diplomas, onde os seus fins supremos sejam, efectivamente, alcançados: conservação e transmissão do património cultural tradicional, ensino específico das disciplinas científicas, ensino formativo na ordem religiosa, política, social e estética e despertar da prática da investigação.

Teríamos de a rever, consoante a nossa doutrina, como corporação, e nela situar os problemas dos dois grupos participantes, professores e alunos, estes tão abandonados de organismos que os congreguem e os protejam — salvo algumas honrosas excepções, que confirmam a regra — e com tão instantes necessidades, como as ligadas às condições gerais do ensino, à alimentação, à habitação, à formação moral e física, etc.

Seria largo pano para mangas, em que não irei talhar. Restrinjo-me, assim, ao ensino médico, no âmbito mais limitado que me é possível.

Partirei também das premissas citadas. E deste modo direi que ao Estado e a nós todos incumbe vincar o sentido da profissão médica, no seu duplo aspecto científico e profissional, destacando a importância de um suporte espiritual de conhecimentos tão amplo e seguro como aquele que se exige face aos problemas da biologia. Impõe-se a necessidade de valorizar o espiritual, condição indispensável para o progresso autêntico da ciência médica, vincando-se a dignidade da profissão.

Contra a deformação do rigor científico, alentada pelo laicismo materialista, ainda hoje imperante, deve erguer-se o elevado valor da profissão médica, que ao conhecimento científico, cada vez mais perfeito, una o superior fundamento do sentido cristão da vida.

E de novo relembremos, com René Sand: «Na maior parte das escolas de medicina os aspectos económicos, sociais e

BEDOZE MIL

TRATAMENTO
DE
ESCOLHA
DAS
AFECÇÕES
NEUROLÓGICAS

VITAMINA B₁₂

MIL MICROGRAMAS
AMPOLAS

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

ALÍVIO SINTOMÁTICO NAS
ÓSTEO-ARTRITES

BEDOZE GOTAS

FACTOR
PRINCIPAL
DO
DESENVOLVIMENTO
SOMÁTICO

FACTOR
LIPOTRÓPICO

INDICAÇÕES DO BÉDOZE-GOTAS

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

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

profissionais não são objecto de estudo regular. A sua formação biológica é admirável; a sua formação social é nula ou pouco mais. Nós pagamos em mortalidade, em morbidade, perdas sociais de toda a espécie as lacunas da formação médica».

Sejam capazes de adaptar o nosso antiquado ensino — falo no aspecto indicado — às realidades e conceitos do nosso tempo e do nosso Estado. E sem negar valor à discussão do pormenor relativo à reforma dos programas e dos quadros de pessoal, ao número de disciplinas e sua distribuição pelo curso, fixemo-nos nos princípios, já que são estes o que mais interessa e o que melhor pode ser apreciado nesta Assembleia.

Só um parêntesis, para dizer que os seis anos de curso médico têm sido o período adoptado generalizadamente, e não aceito que pareça muito curto para o fim em vista, desde que sejam anos de verdade e não meses, como acontece, e a cátedra saiba reeducar o ensino aos conhecimentos e técnicas fundamentais da medicina prática, que não exclui o que atrás afirmei.

Se o tempo de aulas se limitar, nos doze meses do ano, a cerca de cinco ou seis, perdendo-se o resto em férias, em exames, em intervalos inexplicáveis, e se os professores não quiserem seleccionar a matéria de ensino no essencial, «adoptando — por exemplo e no dizer do professor Hernâni Monteiro — os livros usados para consulta nos seus trabalhos como compêndio nas mãos dos alunos», então não sei quantos anos serão precisos para o curso médico!

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — A última fase do curso e, a partir daí, todo o esforço para a manutenção e desenvolvimento de conhecimentos e da prática, no geral ou especializada, são inseparáveis do hospital, escolar ou não, porque não é aquele que detém o monopólio da ciência. Daí que os hospitais — todos eles e sobremaneira os centrais — sejam, ao fim e ao cabo, verdadeiramente escolares. E adiante veremos até onde pode levar esta conclusão.

De resto, feito o planeamento do ensino nos seus fundamentos, fins e orgânica, tudo o restante não vem por mérito de decretos, mas exclusivamente dos homens que assumem a altíssima responsabilidade de ensinar. E nas mãos dos professores que, em última análise, está o êxito ou o insucesso das reformas escolares. Por isso Bier perguntava porque será que os professores não começam por se reformar a si próprios...

Risos.

Sr. Presidente: guardei para o fim aquilo que pode parecer como sendo o problema central do aviso prévio e se prende com a administração do Hospital Escolar.

Guardei para o fim por dois motivos: porque na consideração do assunto se aplica a exposição anterior; porque, a meu ver, a questão só interessa ao levantar outra de bem maior projecção para a medicina em geral, para o Governo e para o País. de bem maior projecção para a medicina. Deve a administração de um Hospital-Faculdade depender desta ou do mesmo serviço incumbido dos restantes hospitais? É este o problema, posto de forma simplista.

Meus senhores: eu compreendo a posição defendida pelo Prof. Cid dos Santos. Compreendo-a, respeito-a e até lhe dou a minha adesão sentimental. Vou mesmo mais longe, e aceito os argumentos — que os há — a favor de tal solução. Mas também não posso fechar os olhos da razão a tudo o mais: por todo o lado se tem resolvido contrariamente aos sentimentos e razões expostos — esta é uma verdade.

A própria concepção do hospital, geral ou não, integrado nas superiores funções da comunidade, dominando o factor assistencial; o alargamento das funções de ensino a todos os estabelecimentos hospitalares; o voluntário afastamento dos médicos dos problemas directos da administração — na América, por exemplo, os médicos não tomam parte no governing board hospitalar por sua própria resolução —; tudo indica que, efectivamente, domina a razão

maior de atribuir a administração a órgão diferente do corpo médico — ainda que este se faça representar, como é forçoso — dentro do critério já assinalado de centralização, de racionalização e de economia dos serviços.

No nosso caso, não só o regime não é novo — antes da Lei n.º 1.785, de Junho de 1925, era o que vigorava — como está consagrado pela letra da lei, lei que teve o parecer da Câmara Corporativa, de que foi brilhante relator o Prof. Reinaldo dos Santos, e mereceu a aprovação desta Assembleia.

Vozes: — Muito bem!

O Orador — O tempo vai adiantado e não me alongarei neste particular, que foi analisado mais fundamente por outros oradores. Direi apenas que a autonomia administrativa dos serviços dependentes da Faculdade só se justifica em relação aos ins-

titutos e sectores de natureza predominantemente docente ou de investigação científica, em que a gestão seja relativamente simples. E direi mais, que confio na superior e esclarecida inteligência de S. Ex.º o Ministro do Interior e na sua capacidade de organização, comprovadas no espírito e nas obras de que a Nação já lhe é devedora.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Este aspecto em debate tem sido, como é natural, muito discutido e a tal ponto que chega a pôr-se nesta base, como se vê em *L'Hôpital Français*, de Thoilier:

Não há dúvida de que o ensino da medicina reclama reformas de estrutura extremamente profundas e que a mais importante deve ser a do estatuto do ensino hospitalar.

A maneira mais radical de fazer desaparecer o dualismo que separa o ensino da Faculdade, dependente do Ministério da Educação Nacional, e o ensino dos hospitais, dependente da saúde pública, será confiar a esta última o encargo de todos os estudos médicos.

A ligação da medicina à instrução pública é o vestígio de um passado onde os estudos médicos eram puramente escolásticos e filosóficos. São, hoje em dia, os estudos profissionais e os do Ministério que têm à sua conta a direcção da saúde pública que deveriam prevalecer.

Nós não iremos tão longe, como é evidente, mas melhor compreendemos o que, afinal, está em jogo quando o Sr. Deputado Cid dos Santos reclama, como todos nós, uma unidade de comando e de orientação.

Sr. Presidente: no campo que estamos a considerar, como em muitos outros deste país, impõe-se uma séria, profunda e rápida revisão.

Como já nesta Casa foi afirmado, os tempos mudam e os problemas renovam-se, até por força de outros terem sido resolvidos. Temos de pensar seriamente na medicina portuguesa — tão sem rumo, tão desorientada. Temos de rever — Estado e médicos — corajosamente, o que for mister. Temos de olhar os assuntos de frente e de lhes dar solução natural e lógica.

A dispersão em que tudo se encontra — e que este debate reflecte — é o primeiro obstáculo a um trabalho eficiente.

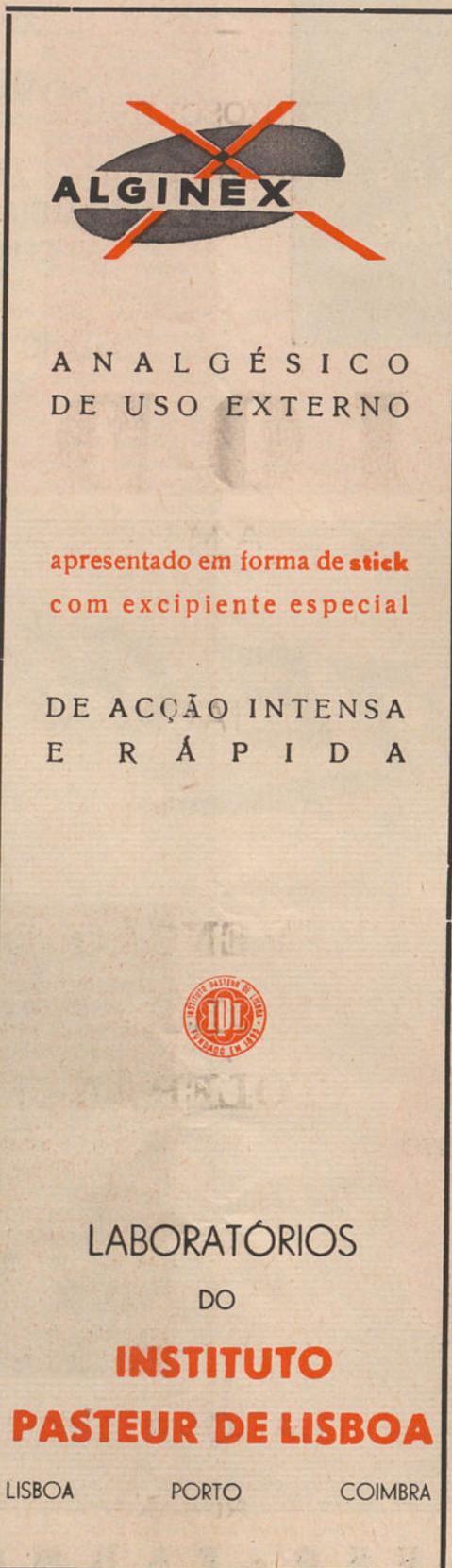
A saúde é inseparável da assistência e da previdência; não pode ser compartimentada nem dispersa.

Quer a Câmara Corporativa, em sucessivos e doutos pareceres, dos quais destaco os relatados, com a alta competência que lhes é reconhecida, pelos Profs. Marcelo Caetano, Reinaldo dos Santos e Cerqueira Gomes, quer a Assembleia Nacional, em várias intervenções, em que sobressaem as do último referido, illustre bastonário da Ordem dos Médicos, têm defendido a necessidade inadiável de reunir saúde, assistência e previdência sob uma direcção única. E o Ministério da Saúde, tão falado.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Seria, a meu ver, o Ministério de Acção Social, onde saúde, assistência e previdência — tão interdependentes — encontrariam o rumo seguro na obediência ao mesmo comando, às mesmas normas orientadoras, à mesma finalidade de defesa do homem em toda a plenitude. Seria a forma de se evitar, em país pobre, as duplicações, as «capelinhas», as perdas em pessoal, instalações e dinheiro, a visão parcelar e apaixonada dos problemas; seria a forma de a saúde ter o relevo e a coordenação necessários, de a assistência se exercer integralmente, impregnada agora do espírito corporativo, que se diz ser a base do regime, e de a previdência ter franca viabilidade.

Já noutros sectores — porventura com tanta ou menor importância — se providenciou por essa centralização. Porque se não avança neste?



ALGINEX

**ANALGÉSICO
DE USO EXTERNO**

apresentado em forma de stick
com excipiente especial

**DE ACÇÃO INTENSA
E RÁPIDA**

**LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

LISBOA PORTO COIMBRA

Para além da política das pessoas ou dos interesses particulares dos serviços há o interesse geral do País, que a todos sobreleva, e, coincidente com este, o da medicina portuguesa, que julgo constituir para a Nação justo título de orgulho e de respeito!

E, em correspondência, saibam os médicos abandonar os mesquinhos particularismos e personalismos que os dividem e os diminuem, ganhando em altura, em união, em dignificação profissional, em espírito de corpo, sendo, cada vez mais, «conhecedores de homens e condutores de almas», no sacerdócio a que se votaram, honrando a Pátria, ao serviço da Humanidade!

Tenho dito.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O orador foi muito cumprimentado.

O Sr. Presidente: — Vai passar-se à segunda parte da ordem do dia: continuação do debate sobre a matéria do aviso prévio do Sr. Deputado Cid dos Santos.

Tem a palavra o Sr. Deputado Cid dos Santos.

O Sr. Cid dos Santos: — Sr. Presidente: não me foi possível redigir esta resposta e terei, pois, que improvisar sobre uma razão de ordem, o que não me agrada muito, perante a responsabilidade da posição que tomei nesta Assembleia. Peço que me perdoem os defeitos de expressão e a incompleta exposição das ideias.

Em primeiro lugar, e para que a Assembleia se aperceba desde já da linha geral da minha resposta, quero referir-me à forma como este aviso prévio foi encarado nas sucessivas intervenções a que assistimos. Infelizmente não creio que ele tenha sido encarado segundo a matéria fundamental nele contida. O aviso prévio não constitui uma crítica à obra do Governo; ainda menos constitui uma apresentação de problemas múltiplos e técnicos à Assembleia para esta os apreciar e resolver sobre a melhor forma de dar uma solução a cada um.

Também não pretendi abordar no aviso prévio os grandes problemas gerais, tais como o da enfermagem, do ensino médico, etc., reservados para outros possíveis avisos prévios, mas apenas os encarei naquilo que directamente se relaciona com o assunto posto à discussão — a orientação a dar à fase final preparatória da vida do Hospital-Faculdade.

Porque o edifício se encontra já construído, à beira de iniciar a sua vida, e porque os erros e faltas a corrigir têm de o ser agora e não dentro de pouco tempo. De outro modo, e à medida que a máquina que actualmente está a funcionar prosseguir na sua acção, mais insuperáveis se tornarão as dificuldades a vencer; maior será o número de faltas definitivas.

Foi esta a razão por que eu trouxe aqui, antes das questões gerais, o problema do Hospital-Faculdade.

Houve talvez uma insuficiência de clareza na minha exposição, mas notou-se naqueles que aqui falaram um indiscutível e acentuado grau de incompreensão do que no aviso fora dito.

Até que ponto, se me permitem dizê-lo, a política, a que eu sou alheio, interveio nestas interpretações não o sei dizer, mas parece-me que a sua presença se afirmou constantemente, nas orientações das críticas, nos desvios das questões, nas afirmações e, não menos eloquentemente, nos silêncios.

Não quero deixar, todavia, de exprimir ao Sr. Prof. Doutor João Porto a minha opinião de que, embora tenha limitado a sua intervenção a poucos aspectos da questão, S. Ex.^a me pareceu ter sido bastante objectivo nos pontos que focou.

Visto que pelas disposições do Regulamento me compete encerrar o debate, vejo-me obrigado a repor rapidamente a questão no seu verdadeiro plano.

Antes, porém, quero agradecer aos Srs. Deputados que aqui falaram a forma tão correcta e tão nobre como encararam a mi-

nha pessoa. Estou-lhes muito agradecido por esse facto.

Infelizmente, não posso referir-me da mesma maneira a todos os Srs. Deputados que usaram da palavra sobre o meu aviso prévio, e tenho de exceptuar o Sr. Deputado Melo e Castro.

O tom da sua exposição não lhe deu força às ideias, e além disso permitiu-se suspeitar da minha seriedade crítica, o que não o enobrece muito.

O Sr. Melo e Castro: — V. Ex.^a leu o texto do meu discurso?

O Orador: — Reli-o.

O Sr. Melo e Castro: — Mas leu mesmo o texto?

O Orador: — Reli-o.

Vamos agora a repor a questão. Como eu disse à Assembleia, o caso apresentado

é muito circunscrito e a razão por que o apresentei isoladamente foi, repito, a circunstância de o edifício já estar construído, a organização já estar em marcha e ser preciso corrigir o que nela há de errado, para evitar as faltas evitáveis.

Qual foi a base do aviso? Consistiu numa série de problemas que eu quis mostrar à Assembleia que não estavam em via de uma boa solução ou que mesmo não tinham ainda uma solução, quando neste momento já a deveriam ter.

Referi-me ao problema da disposição das clínicas, procurando demonstrar que essa disposição poderia ser melhor do que a actual, sem que para isso fosse necessário fazer obras especiais.

Referi-me ao problema da atribuição dos serviços que não têm ainda quadro estabelecido.

Pareceu-me, através das diversas intervenções, principalmente a do meu amigo Sr. Deputado Santos Bessa, que a frase «sem dono» não agradou muito, mas eu explico

NA ARTERIOSCLEROSE, HIPERTENSÃO ARTERIAL REUMATISMO ARTICULAR, ETC.

IODO P₂

AMPOLAS—GOTAS

ASSOCIAÇÃO DE IODO ORGÂNICO
COM SOLU P₂

PREVENÇÃO DOS ACIDENTES
HEMORRÁGICOS. MELHOR
TOLERÂNCIA DO IODO

LABORATÓRIOS "CELSUS"

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

que o sentido dessa expressão era o de que se tratava de serviços que não tinham ainda quadro de direcção estabelecido. Por isso os considero «sem dono». Não sei que outra misteriosa interpretação lhe pode ter sido atribuída. Só quero dizer: — Quem é que os vai dirigir?

Foi o problema das duplicações, em que não critiquei se elas se justificam ou não, mas apenas disse que tinham de ser encaradas e reguladas. Foi o problema dos quadros da Faculdade e da sua adaptação às diversas secções do edificio, o que não está feito.

São os diferentes problemas que não estão resolvidos: problemas dos laboratórios, dos arquivos, do banco, consultas externas, bibliotecas, fotografia e desenhos, administração e outros.

São também os problemas dos quadros de pessoal não médico e da enfermagem, os do recrutamento, os dos regulamentos, os quadros das direcções, as necessidades de articular tudo isto, o estudo das possibilidades financeiras, de que não se faz a mais pequena ideia.

Foi a passagem hospitalar para o Ministério da Educação Nacional.

Estes pontos que acabo de referir, e que contém a grande massa do meu aviso prévio, não foram considerados como deviam ou sobre eles apenas se notou o silêncio.

Pode dizer-se que o aviso prévio foca essencialmente dois aspectos diferentes:

- 1.º O da passagem do Hospital para o Ministério da Educação Nacional;
- 2.º O da solução a adoptar para que a orientação dos problemas e a correcção das faltas verificadas no edificio do Hospital Escolar e na sua organização sejam encaradas em conjunto e por pessoas competentes.

A passagem do Hospital Escolar para o Ministério da Educação Nacional foi realmente o único ponto que aqui se debateu e se discutiu e, de uma maneira geral, por unanimidade de todos aqueles que aqui falaram notou-se uma nítida opposição à incorporação do Hospital no Ministério da Educação Nacional.

Compreendo perfeitamente a divergência.

A razão que me levou a propor a passagem do Hospital para a Faculdade foi a seguinte:

- 1.º A concepção administrativa e geral de um hospital que está ligado directamente ao ensino não pode ser, de modo nenhum, idêntica à de um hospital geral. O erro é o de se querer comparar um com o outro, dizendo que ambos têm como fim comum a assistência aos doentes. Estamos de acordo em que têm como fim a assistência aos doentes, mas a forma como essa assistência é prestada, sob o ponto de vista da forma como é encarada, é totalmente diversa. Não podemos comparar hospitais com funções de ensino e investigação com hospitais clínicos gerais;
- 2.º Ouvi comparar o custo da cama de um hospital geral com o custo da cama de um hospital escolar. Ora se eles forem iguais, o hospital escolar não terá cumprido a sua missão;

O Sr. Mário de Figueiredo: — Apoiado.

O Orador: — O doente de um hospital escolar sai mais caro; se assim não for, é porque os doentes não são estudados como o deveriam ou porque a investigação é inexistente ou mínima.

- 3.º No edificio comum criado propositalmente para a coexistência da Faculdade, dos institutos e do seu hospital vamos introduzir duas administrações. Não é em dois edificios separados, mas no mesmo edificio, no mesmo corredor, que as

duas administrações vão coexistir, vamos encontrá-las nas secções comuns, vamos assistir aos pontos de vista divergentes, em que a Educação repele para o Interior aquilo que o Interior repele para a Educação.

O Sr. Moura Relvas: — V. Ex.^a disse, se entendi bem, que não está indicado que no mesmo edificio funcionem repartições de índole diferente. Foi esta a ideia de V. Ex.^a?

O Orador: — Aqui não se trata bem de repartições do Estado.

O Sr. Moura Relvas: — Se V. Ex.^a quiser, posso escolher outro termo; mas não encontramos muitos serviços de índole diferente em muitas câmaras municipais, como, por exemplo, a Repartição de Finanças, o Tribunal, etc., e portanto no Hospital Escolar haver uma direcção científica e uma direcção administrativa não tem nada de especial?

O Orador: — Se V. Ex.^a me der licença, responderei no fim, se for necessário.

Risos.

Eu disse que num edificio comum, onde os problemas estão muito intrincados, fatalmente essas dificuldades hão-de surgir, porque elas surgem por toda a parte onde isso está realizado.

É um facto que a maior parte dos hospitais escolares do mundo está entregue ao Ministério da Saúde, e em muito poucos países ao Ministério da Educação. Mas também é um facto que em todos os serviços escolares onde trabalhei ou que visitei sempre ouvi queixas sobre esta duplicação.

Mas não posso deixar de reconhecer que se quase sempre a administração dos hospitais escolares depende de um Ministério que não é o da Educação, isso é uma prova de que o método não conduz a resultados catastróficos. Tudo está na maneira como o problema foi resolvido. É possível que a criação de um Ministério da Saúde possa constituir um beneficio, pois que actualmente os problemas de assistência estão englobados num Ministério essencialmente político e forçosamente terão de sofrer as repercussões deste campo sobre a orientação que lhes é dada.

Mas ainda mais importante será a constituição de uma administração autónoma dependente do respectivo Ministério (Interior ou Saúde) com um regulamento bem estudado para se articular com a parte dependente do Ministério da Educação. Muitas dificuldades e atritos poderão assim desaparecer.

Não quero, de modo nenhum, ser considerado um irredutível.

A minha finalidade é que se façam as coisas bem.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O Orador: — Também não quero deixar de chamar a atenção da Assembleia para outro aspecto das confusões que aqui se estabeleceram. Discutiu-se no decurso do debate sobre a utilidade e os defeitos de a direcção administrativa do Hospital Escolar ficar a cargo de um professor.

Nunca pus este problema à Assembleia: é preciso não confundir, nem me parece que se possa confundir, a colocação do Hospital Escolar no Ministério da Educação Nacional com a entrega da sua direcção a um professor.

A administração pode e deve ser dirigida por técnicos de administração hospitalar, não por professores, e — como o Prof. Almeida Garrett já aqui o declarou — deve constituir-se um conselho técnico de professores, que deverá articular-se perfeitamente com o conselho administrativo para tratar dos aspectos clínicos e pedagógicos relacionados com o Hospital.

Uma vez bem estabelecida a necessidade de um conselho administrativo com carácter técnico nada impede que um professor da Faculdade assumo o lugar de director apenas com funções coordenadoras

para facilitar a articulação entre o conselho administrativo, o conselho técnico e os Ministérios de que depende a organização do Hospital-Faculdade.

Entendo que neste ponto não preciso insistir nem forçar a nota.

O Sr. Pereira da Conceição: — O que V. Ex.^a põe é afinal um problema de organização.

O Orador: — É sempre um problema de organização.

Vejam os agora o outro aspecto: o aspecto do problema hospitalar, que constitui o grande eixo de toda a minha exposição no aviso prévio.

No fundo, como eu há pouco disse, ou porque não me exprimi suficientemente bem — o que acho natural — ou porque, pela participação de outros factores que nada têm que ver com a organização de um hospital, eu não tivesses sido bem compreendido, o facto é que houve aqui uma verdadeira unanimidade da parte dos oradores em tomar os exemplos que eu apresentei à Assembleia somente para ela se aperceber do conjunto, como se fossem questões que a Assembleia teria de julgar e resolver. Foi isto — devo dizer-lhe — Sr. Presidente o que mais me custou ouvir, porque verifiquei que se considerou aqui que eu pretendia que a Câmara se pronunciasse por exemplo sobre a distribuição das clínicas. A Câmara não pode nem tem que pronunciar-se sobre aquela distribuição.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Basta que a Assembleia tome conhecimento do facto, para o qual eu próprio não apresentei, de resto, qualquer solução.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — O problema da cardiologia foi aqui um pouco exagerada e repetidamente tratado, como se eu tivesse posto à Câmara a questão de saber se a cardiologia tem ou não importância. Até me custa falar nela agora, mas terei de o fazer pela forma como foi aqui tratada.

Eu disse à Câmara que existem dois grandes grupos de especialidades: um grupo sobre o qual universalmente se reconheceu que não podem enquadrar-se em qualquer serviço clínico especial.

Neste grupo encontram-se, entre outros, a otorrinolaringologia, as doenças infecto-contagiosas, a dermatologia, a neurologia, a psiquiatria. Ninguém pretende misturar estes doentes com os dos serviços gerais. Sobre este grupo não há discussão. Está perfeitamente assente que no plano de um hospital completo essas especialidades têm serviços próprios e ninguém os discute. E, pelo contrário, existe toda uma série de outras especialidades que não podem ser consideradas da mesma maneira, o que, aliás, nada tem que ver com a sua importância. Essas especialidades não podem dispor de serviços separados quando não há espaço para isso. É o que sucede constantemente. Essas especialidades constituem então secções de serviço. É o caso da cardiologia, cuja importância capital neste momento seria ridículo eu negar.

Mas ao lado da cardiologia existem muitas outras, cuja importância não é menor: a endocrinologia, a angiologia, a gastrenterologia e outras. Devo dizer, para lhes citar um exemplo pessoal, que nunca me passou pela cabeça, apesar de a minha especialidade no campo da investigação clínica abranger o território vascular, para o que tenho no meu serviço uma secção com a aparelhagem necessária, nunca me passou pela cabeça, repito, propor a criação de um serviço de angiologia no Hospital Escolar. Da mesma maneira outros se abstiveram de propor a criação doutros serviços semelhantes. Para qualquer destas especialidades se poderia desenvolver um arrazoado tão longo e tão convincente como os que aqui foram expostos tão fora de propósito sobre a cardiologia.

O que foiquei acima de tudo e o que de novo aqui declaro é que a cardiologia foi incluída nas clínicas do Hospital Escolar por ordem do Governo, sem qualquer consulta às entidades competentes, contra a vontade do conselho escolar. Este princípio continuo a julgá-lo inaceitável.

Nada disto vai contra a criação de uma secção de cardiologia num serviço de medicina com toda a aparelhagem necessária, tal como eu já disse que se terá de proceder e se tem procedido para outras especialidades. Julgo ter posto de novo a questão no seu verdadeiro plano. Pelas razões expostas no aviso prévio, abordei esta questão com relutância. Com mais relutância o faço agora, mas a responsabilidade recai sobre quem a desvirtuou.

O problema dos laboratórios foi aqui posto da mesma maneira, e foi dito que à Câmara não competia dizer como ele seria resolvido. Ora eu não pus à Câmara a resolução do problema dos laboratórios; apenas mostrei que ele existia e que é urgente dar-lhe uma solução que seja correcta.

Acerca do banco e das consultas apenas revelei à Assembleia alguns defeitos e várias faltas que irão comprometer o seu funcionamento. Não pedi à Assembleia para se pronunciar sobre a forma de os solucionar.

Quanto à enfermagem, devo dizer que não tratei do problema da enfermagem em Portugal. Tratei apenas da sua relação com o Hospital Escolar.

Creio que foi o Prof. João Porto que falou na Escola de Coimbra, que não conheço directamente e da qual tenho boas informações. Não falei dela nem a citei. Não era esse problema que eu estava a tratar.

O que tratei foi da necessidade de criar a escola de enfermagem ao lado do Hospital Escolar, para que nesta unidade, continue com maior intensidade o trabalho que tem sido feito até agora pela escola técnica do Instituto Português de Oncologia e também pela Escola de S. Vicente de Paulo.

Não encarei o problema da enfermagem em geral nem tão pouco me referi ao seu passado e ao esforço que se tem feito. Reconheço esse esforço, mas sei também que não é suficiente. O aspecto que citei foi o da necessidade da formação da escola de enfermagem, que deve constituir uma nova *étape* no caminho que apenas se iniciou.

O problema de ordem geral não está posto neste aviso. É apenas o problema da criação da escola; e parece-me que já não é pouco. Podia-lhes falar dos arquivos, mas acho que não é preciso prolongar mais os exemplos. Todos os outros problemas estão postos com uma única finalidade: a de levar a sua existência ao conhecimento da Assembleia, para que ela se dê conta da

necessidade que há em resolvê-los com urgência por quem tiver competência para isso.

Mas, como resultado dos diversos desvios que a questão sofreu, temo que a Assembleia se tenha desorientado um pouco...

O Sr. Mário de Figueiredo: — V. Ex.^a dá-me licença? Era só para pedir ao Sr. Deputado Cid dos Santos o favor de corrigir, se quiser, a passagem onde diz que estranha que a Assembleia se tenha desorientado um pouco, porque creio que a Assembleia não se desorientou. É o pedido que faço a V. Ex.^a: que utilize outra forma para dizer que a Assembleia não se desorientou. Na verdade podia não ter apreendido completamente o pensamento de V. Ex.^a. Há que pôr o problema se a culpa foi só da Assembleia...

O Orador: — ...eu não disse que a culpa era só da Assembleia. Também recai sobre aqueles que aqui falaram.

Risos.

O Sr. Mário de Figueiredo: — Exactamente. Sobre todos os que aqui falaram.

O Orador: — Estou de acordo em dar à minha frase a redacção que corresponda exactamente à minha ideia e ao desejo do Sr. Prof. Mário de Figueiredo.

Portanto, e voltando atrás, temo que a Assembleia não tenha apreendido exactamente o sentido com que as diversas questões lhe foram postas e que possa ter imaginado que se veria obrigada a decidir sobre a orientação de cada problema exposto.

Mas, além dos problemas ligados à disposição do edificio, temos os grandes problemas da organização e a forma como estão sendo encarados: é o estabelecimento dos quadros, são os regulamentos, é o recrutamento.

Julgo ter demonstrado suficientemente no texto do meu aviso prévio que existe uma grave dispersão de comandos e que a entidade mais importante entre todas, não pela autoridade de que está revestida, mas pelo campo em que actua — a comissão instaladora e administrativa — não tem qualidade para a função que exerce e não se revelou conhecedora de aspectos que já há muito deveriam estar estudados e orientados.

Foi por isso que, perante a falta de unidade e a falta de capacidade, procurei a forma de solucionar uma situação que me parece crítica.

E lembrei a possibilidade de se criar uma comissão autónoma dependente da Presidência do Conselho, e que por isso mesmo estaria liberta da acção directa de

qualquer Ministério, podendo tratar com os Ministérios correspondentes, comissão essa encarregada de levar a bom fim estes múltiplos aspectos.

Essa comissão, que devia ser coordenada por um professor da Faculdade, seria constituída por técnicos que teriam a seu cargo os assuntos da sua competência.

O Sr. Cortês Pinto: — V. Ex.^a dá-me licença? É simplesmente para fazer uma observação.

Se nós encaramos a necessidade de modificar as coisas no sentido de as orientar sob uma nova direcção, isso implicitamente implica o nosso reconhecimento de que essas coisas se encontram num caminho errado. Não podemos, todavia, deixar de verificar que algumas coisas existem que estão de tal maneira bem conduzidas e orientadas, que pretender modificar-lhes essa orientação seria talvez sobrepermo-nos à evolução natural das coisas.

O Orador: — Quando um problema está bem orientado não é preciso mexer-se-lhe.

O Sr. Cortês Pinto: — Quero referir-me, especialmente ao problema da enfermagem, que se compreende muito bem que seja um problema que se impõe vivamente no espirito de quem tem de olhar para o funcionamento de um grande hospital onde se vai exercer a acção pedagógica da Faculdade.

Quando dizemos que o problema hospitalar não está resolvido, eu pergunto se ele não estará em vias de solução quando verificamos que, havendo há seis anos apenas quatro escolas de enfermagem, com um número muito pequeno de diplomados, as coisas se modificaram de tal maneira que existem actualmente dezassete escolas de enfermagem.

O Sr. Presidente: — Peço ao Sr. Deputado Cortês Pinto para ser breve na sua intervenção.

O Sr. Cortês Pinto: — Se V. Ex.^a o entende, interrompo já as minhas palavras, mas, desde que pedi licença para fazer algumas observações, não posso exprimir os meus reparos sem os objectivar.

Quando se verifica que em seis anos se diplomou um número muito maior de enfermeiros do que nos vinte e cinco anos anteriores, parece-me que somos levados a crer que as coisas estão seguindo num ritmo bastante notável.

É verdade que cada vez se torna mais difícil o conseguimento do número de enfermeiros necessários para os hospitais, porque dantes as enfermeiras tinham uma única saída, que era o hospital, e hoje a

O ANTI-ESPASMÓDICO SEM ACÇÕES SECUNDÁRIAS

B E T I F E N

(Bicloridrato do ester isoamil - N - (β - dietilaminoetil) α - aminofenilacético)

O BETIFEN actua como a ATROPINA e a PAPAVERINA sem ter os INCONVENIENTES DA ATROPINA

AMPOLAS

DRAGEIAS

SUPOSITÓRIOS

LABORATÓRIO FIDELIS

saída para os diplomados de enfermagem aumentou extraordinariamente com as organizações de assistência dos organismos corporativos que ocupam um grande número de enfermeiros, assim como com as casas de saúde e os próprios consultórios naturalmente, um grande número de diplomados, e justamente aqueles que os próprios médicos escolhem por os julgarem superiores.

A deficiência continua? Mas, se compararmos os números que existiam, verificamos que se está a caminhar num ritmo que não justifica que se proponha mudar de orientação ou que ela deixe de estar entregue à entidade a quem se deve este desenvolvimento.

O Orador:— Não estou a tratar do problema da enfermagem geral. O problema que trato aqui é o da criação de uma escola de enfermagem que possa ter um rendimento maior do que aquele que tem a do Instituto de Oncologia.

O Sr. Cortês Pinto:— O Instituto de Oncologia está formando uma média de 6,5 por ano, que não chega sequer para responder às necessidades do próprio Instituto.

O Orador:— É por isso que se torna necessário criar uma escola de enfermagem. Não vejo outra volta a dar-lhe.

O Sr. Cortês Pinto:— Estão criadas e em criação.

O Orador:— Então não falamos a mesma linguagem. Voltando ao que estava a dizer, foi por isso que propus a criação da comissão autónoma; ela liberta-se, assim, de todas as dispersões de que o problema do Hospital Escolar tem sofrido até agora. Não sei se será essa a melhor solução; é uma solução que pode conduzir à finalidade.

Dentro de uma enorme organização como esta, cuja importância todos reconhecemos, não podemos descurar as faltas que existem—ou então estou em erro completo—e cuja correcção é essencial para o bom funcionamento da obra.

Se não forem atendidas agora, terão repercussões sérias; muitas terão de ser corrigidas pela força das circunstâncias e outras podem não ser mais corrigidas e constituir defeitos permanentes.

Estamos a tempo de as corrigir. Fiz o que pude, apresentando-as à consideração da Assembleia e, espero, à consideração do Governo. A responsabilidade passou das minhas mãos. Mas a questão será por mim seguida activamente até ao fim.

Uma discussão como esta tem de terminar pela apresentação de uma moção. O meu desejo é que se chegue a uma solução prática, a uma solução útil.

Ora a minha moção, a que proporia à Assembleia, seria uma moção precisa. Mas não quero pôr a Assembleia perante a impossibilidade de a votar. Não quero pela minha parte ser considerado um irreductível, quando a questão ainda não chegou ao fim. Entendo, por isso mesmo, e para que se abram todas as possibilidades no sentido de a questão ter uma solução útil para todos, não apresentar a minha moção, mas subscrever outra moção apresentada por vários Srs. Deputados, em que não se encontram indicações precisas, mas pela qual a questão é posta à consideração do Governo.

Aceito perfeitamente essa ideia, e não julgo que desta maneira o problema se encontre deturpado ou esteja perdido.

E passamos agora para a última *étape*, na hipótese de essa moção ser aprovada.

Ficará nas mãos do Governo e do Sr. Presidente do Conselho a resolução do assunto.

O futuro dirá se tive razão em tomar esta atitude.

Só devo fazer uma última advertência. Trata-se de uma questão que requer uma solução de orientação geral muito urgente. Se essa solução tardar muito poderá ter perdido toda a sua utilidade.

Tenho dito.

Vozes:—Muito bem, muito bem!

O Orador foi muito cumprimentado.

O Sr. Melo e Castro:— Peço a palavra para explicações.

O Sr. Presidente:— Tem V. Ex.^a a palavra para explicações.

O Sr. Melo e Castro:— Sr. Presidente: o Sr. Deputado avisante disse que eu havia suscitado da sua seriedade crítica.

Permiti-me duvidar, sim, de que o Sr. Deputado avisante houvesse lido já em pormenor o texto do meu discurso.

Esclareceu-me que já o havia lido, pelo que tenho de concluir que se trata apenas de uma interpretação do meu discurso feita pelo Sr. Deputado avisante. Importa-me, Sr. Presidente, a interpretação da Câmara. Posso não deixar de desejar também que reveja a sua interpretação o Sr. Deputado avisante.

E, em vista deste objectivo, se V. Ex.^a me permite, reproduzirei duas passagens do meu discurso de ontem onde ficou sintetizado tudo quanto, relativamente a juízos de ordem moral, fiz acerca do Sr. Deputado avisante.

Em certa altura, quando fazia a crítica da efectivação do aviso prévio, disse isto: «Houve, creio-o bem, recta intenção e anseio de progresso». E acrescentei: «E isto é o que mais importa para, em qualquer caso, este aviso prévio poder ter a sua utilidade e podermos cumprimentar o seu autor com respeito, dentro da franca e boa lusitana convivência».

Vozes:—Muito bem, muito bem!

O Sr. Presidente:— Está na Mesa uma moção assinada por vários Srs. Deputados tendente a exprimir o pensamento da Assembleia acerca deste debate.

Vai ser lida essa moção.
Foi lida. É a seguinte:

MOÇÃO

«A Assembleia Nacional, diante do debate sobre o aviso prévio do Sr. Deputado Cid dos Santos e do intuito construtivo que animou a sua efectivação:

- Reconhece e aprova os esforços desenvolvidos pelo Governo no campo da organização hospitalar em geral e no da sua aplicação ao ensino;
- Admite a possibilidade de existirem erros de pormenor a corrigir ou lacunas a preencher.

Chama por isso a atenção do Governo para o debate e convida-o a que, considerado este, busque os meios de dar satisfação a tudo que parecer razoável.

Mário de Figueiredo — João Afonso Cid dos Santos — António de Almeida Garrett — João Maria Porto — Manuel Cerqueira Gomes — Joaquim de Moura Rebelas — José dos Santos Bessa — Urgel Abílio Horta — Baltasar Leite Rebelo de Sousa — José Guilherme de Melo e Castro».

O Sr. Presidente:— Se nenhum Sr. Deputado deseja pedir a palavra sobre esta moção, vou submetê-la à votação.

Pausa.

O Sr. Presidente:— Vai votar-se.

Submetida à votação, foi aprovada por unanimidade.

Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica

Realizou-se no dia 22 de Fevereiro a terceira sessão científica do ano académico de 1953-1954 da Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica. A sessão foi totalmente preenchida com uma conferência do Prof. J. J. Herbert, chefe dos cirurgiões de Aix-les-Bains e membro da Academia de Medicina da França, que veio a Lisboa, a convite da Sociedade.

Após o cumprimento do presidente da Sociedade, Dr. Cid de Oliveira, o conferencista foi apresentado pelo Dr. Neiva Vieira, que referiu tratar-se de um distinto crenocirurgião, antigo chefe da clínica cirúrgica dos hospitais e da Faculdade de Medicina de Paris.

O Prof. Herbert, que falou de «Crenocirurgia», depois de procurar interpretar a acção terapêutica das águas minero-medicinais, referiu-se a duas indicações menos conhecidas destas águas: águas nas sequelas dos traumatismos e na cirurgia ortopédica. Descreveu, depois, as técnicas termiais utilizadas na doença traumática local, dizendo que, em dois grupos de traumatizados, um sujeito a crenoterapia precoce e outro aos métodos clássicos, no primeiro observou-se uma diminuição de 41 por cento em incapacidade temporária de trabalho, ao passo que no segundo essa percentagem não foi além de 38,6 por cento.

Informou, depois, que toda a cirurgia ortopédica que se realiza em Aix-les-Bains é feita conjuntamente com a Crenoterapia e, a propósito, referiu as condições em que essa crenoterapia é feita, apresentando, por fim, os seus resultados nas fracturas dos membros e nas ortoplastias da anca.

Por último e a documentar o seu importante trabalho, o Prof. Herbert fez passar dois interessantes filmes sonoros e coloridos, sobre «Hydrokinésithérapie thermale» e «La restauration des mouvements de la hanche», mostrando num as diversas técnicas de artoplastias da anca com a reeducação que se segue e alguns resultados, e no outro a história das águas de Aix-les-Bains, com as técnicas termiais usadas e as suas diversas indicações.

Na véspera da sua conferência, o Prof. Herbert, que, no dia 23, seguiu para a América do Sul, visitou o Instituto de Reumatologia e foi obsequiado com um almoço, em Queluz, pela Sociedade de Hidrologia Médica, e com um jantar pelo «Lyons Club português».

VI CURSO DE APERFEIÇOAMENTO MÉDICO-SANITÁRIO

Com uma lição do Dr. Arnaldo Rodo, encerrou-se no dia 16 de Janeiro o VI Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário, promovido pela Secção Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos e que teve o patrocínio do sr. Ministro do Interior.

Destinado a médicos rurais, este Curso, que, como os anteriores, foi dirigido e organizado pelos Drs. Andresen Leitão e Pimentel Barata, constou de lições teóricas e práticas, tendo sido inaugurado no dia 4, com uma lição do Dr. Alfredo Franco, proferida no hospital de Arroios, em que o autor versou o tema «Tratamento da hipertensão arterial». O Dr. Alfredo Franco, depois de definir as características que apresenta a personalidade dos doentes de hipertensão arterial e de estudar a importância dos vários factores no aparecimento da doença, comparou, através de estatísticas, os resultados obtidos com diversas formas de tratamento. Baseado nos conhecimentos de fisiologia e farmacologia, estabeleceu os princípios a que deve obedecer a terapêutica da hipertensão arterial, ocupando-se a seguir dos mecanismos de acção das novas drogas actualmente em uso, fazendo, a propósito, a crítica das suas vantagens e inconvenientes, ao mesmo tempo que acentuava o enorme progresso que representa o seu aparecimento. Depois de salientar que até ao recente aparecimento daqueles medicamentos só algumas intervenções cirúrgicas, de técnica muito complicada, davam resultados nas formas graves da hipertensão, afirmou que o êxito e a vantagem do tratamento apresentado resulta precisamente de se poderem obter, por meio de drogas, os mesmos resultados que até então eram reservados à cirurgia. A terminar, o Dr. Alfredo Franco apresentou esquemas do tratamento graças ao qual se consegue uma sobrevivência que, nos casos graves, era impossível atingir.

A lição foi depois documentada com demonstrações práticas nas enfermarias.

À tarde, pelas 15 horas, os médicos inscritos no Curso visitaram o novo Hospital-Faculdade, assunto a que já nos referimos, no nosso número de 18 de Fevereiro.

A segunda lição foi feita no dia 5, de manhã, na consulta externa de Dermatologia do Hospital de Curry Cabral e intitulou-se «O Eczema». Preleccionou o Prof. Juvenal Esteves, que principiou por acentuar o significado social da doença, em virtude da sua frequência e das perturbações que causa na vida do doente, incapacitando-o e impedindo-o, por vezes, de desempenhar determinadas profissões. Afirmou, depois, a indispensabilidade de se estudar bem o conceito da doença, os progressos que se têm realizado no seu conhecimento e saber utilizar, com critério, os meios terapêuticos de que se dispõe e referiu-se à repercussão psíquica do doente e à necessidade da colaboração daquele com o médico. Demorou-se, depois, no estudo dos aspectos clínicos, histológico,

evolutivo, patogénico e etiológico da doença e, por último, esquematizou o método que o clínico tem de utilizar no estudo de cada uma das formas correntes de eczema, a fim de estabelecer diagnóstico seguro, elementos objectivos para o prognóstico e bases concretas para a profilaxia e terapêutica.

A lição foi documentada com casos clínicos naquela consulta e na visita às enfermarias.

À tarde, na Ordem dos Médicos, houve, pela primeira vez entre nós, uma «conferência de mesa redonda», para discussão sobre o problema da Cortisona. Depois de exposições feitas pelos Drs. Adolfo Coelho, Norton Brandão

e Sá Marques, generalizou-se a discussão, na qual intervieram vários clínicos — componentes do curso — que apresentaram, cada um, aspectos directamente relacionados com diversas especialidades.

O Curso prosseguiu no dia 6, tendo-se efectuado mais duas lições. A primeira foi feita, às 9 horas, no Hospital de Arroios, pelo Dr. Ramos Dias, que falou de «Feridas», tendo principiado pela classificação das feridas quanto ao agente etiológico, às lesões tecidulares e à natureza dos tecidos atingidos, descrevendo, a seguir, as suas repercussões locais, regionais e gerais. Depois de tratar do espasmo vascular e do choque

NAPRO PENICILINA NOVO



ASSOCIAÇÃO DE PENICILINA - G PROCAÍNA
COM PENICILINA - G SÓDICA CRIST.

TAMPONADA

EM FRASCOS HIDRÓFUGOS

INJECTÁVEL TAMBÉM
POR VIA SUBCUTÂNEA

Frascos de 400.000 U. I. = 1 dose
2.000.000 U. I. = 5 doses
4.000.000 U. I. = 10 doses

Representantes para Portugal e Ultramar:

J. A. BAPTISTA D'ALMEIDA, LDA., Rua Actor Taborda, 13, LISBOA-N.

traumáticos, das consequências da hemorragia e do problema da infecção das feridas, o conferencista estudou as condições locais e gerais que favorecem ou inibem a infecção das feridas, inferindo daí um certo número de regras táticas. Mais adiante, descreveu, sumariamente, as diferentes formas de infecção: piogénica, gangrena gasosa, tetânica e microaerófila, falando em seguida dos factores que intervêm na cicatrização, cujos diferentes tipos descreveu. Indicou, ainda, os objectivos actuais do tratamento: da hemorragia, do vasospasmo e do choque, e os métodos de profilaxia e tratamento da infecção (químicos, físicos e biológicos), falando, depois, da técnica e da tática cirúrgicas do tratamento local das feridas, dos problemas da anti-sepsia, da drenagem e da imobilização e, por último, descreveu a conduta terapêutica em casos de feridas graves e a técnica dos pensos. No final, diversos dos componentes do curso puseram vários problemas de técnica e de tática, que o conferencista prontamente esclareceu.

A segunda lição do dia no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, realizou-a o Dr. Arnaldo Sampaio, que falou de «Gripe — um problema de saúde pública». O conferencista começou por realçar a importância da gripe como problema, ainda não resolvido, de saúde pública, e fez em seguida a história das principais descobertas nos últimos vinte anos. Referiu, depois, as características dos diferentes vírus da gripe e o esclarecimento que os respectivos estudos deram à maneira como se realizam as infecções por vírus, e descreveu os trabalhos internacionais, orientados pela Organização Mundial de Saúde, nos quais o Instituto Superior de Higiene colabora, funcionando como Centro Nacional para o estudo da gripe. O Dr. Arnaldo Sampaio, ainda no diagnóstico laboratorial daquela doença e descreveu as três últimas epidemias estudadas debaixo da organização existente e, depois de se referir aos meios profilácticos de que actualmente se dispõe pediu a colaboração dos médicos neste estudo, dando instruções nesse sentido.

No dia 7, apenas se realizou uma lição, que foi feita no Serviço n.º 11 dos hospital dos Capuchos, onde o Dr. Miranda Rodrigues dissertou sobre «Epilepsias». Tendo principiado por mostrar a dificuldade de encontrar correcta definição para a epilepsia, o conferencista descreveu, depois, três modalidades fundamentais dos ataques epilépticos, encarando, seguidamente, a classificação etiológica das epilepsias e salientando a importância que uma anamnese cuidadosa, aliada a um exame somático e neurológico do doente, e a dados complementares, obtidos com a radiografia do crânio, a análise do liquor, a encefalografia gasosa, a angiografia cerebral e a electroencefalografia, possui para o diagnóstico diferencial entre a epilepsia essencial e a epilepsia sintomática. Referiu-se, ainda, às epilepsias focais e às tentativas do seu tratamento neurocirúrgico e, por fim,

traçou as linhas gerais do tratamento médico da epilepsia.

À tarde, realizou-se na Ordem dos Médicos uma conferência de mesa redonda para discussão sobre «Antibióticos». Depois de o Prof. Juvenal Esteves e os Drs. Ivaldo da Fonseca, Fernando Rodrigues, Torres Pereira, Campos Henriques e Mário de Alenquer, terem feito exposições sobre o emprego de antibióticos nas diversas especialidades, generalizou-se a discussão na qual tomaram também parte vários dos componentes do curso.

No Instituto Português de Oncologia efectuaram-se, no dia 8, mais três lições do Curso de Aperfeiçoamento, sendo uma de manhã e duas de tarde. Na primeira, o Dr. Baptista de Sousa, de colaboração com os Drs. Neves da Silva, Mário de Andrade e Carlos Rebelo, ocupou-se de «O cancro do recto e o seu diagnóstico precoce». O orador começou por definir o problema do cancro rectal, pondo em evidência a gravidade do seu prognóstico e o aumento da frequência desse cancro no género humano, que só pode melhorar com o diagnóstico precoce. Referiu, ainda, pontos de anatomia cirúrgica da região e ocupou-se em seguida, pormenorizadamente, de todos os sintomas do cancro do recto, aludindo à razão da sua apresentação e ao significado, no tratamento, da frequência dessa apresentação. Mais adiante, sistematizou, sob o ponto de vista do mérito prático, o valor semiológico da hemorragia rectal, dos fenómenos obstrutivos e da dor, sintomas e sinais que tanto podem ser precoces como tardios. A terminar, o Dr. Baptista de Sousa enumerou os principais métodos de diagnóstico, bem como os fundamentos do tratamento do cancro do recto, eminentemente cirúrgico — ressecção abdomino-peritoneal — sem deixar de referir outros tipos de operações, curativas ou paliativas.

As intervenções dos colaboradores do Dr. Baptista de Sousa deram-se no decurso da lição daquele. Assim, o Dr. Neves da Silva, além da enumeração dos tipos anatómo-patológicos do carcinoma do recto, abordou os problemas da classificação histológica e dos tipos morfológicos da difusão daquele cancro; o Dr. Mário de Andrade resumiu vários conselhos práticos referentes aos diferentes métodos da observação proctológica, salientando o particular valor do toque, da rectoscopia e da biopsia; e o Dr. Carlos Rebelo apontou as possibilidades da radiografia no esclarecimento do diagnóstico do carcinoma do recto, acentuando, a propósito, que, naquele aspecto, ela não tem as mesmas possibilidades de que dispõe noutros capítulos da patologia.

Seguiu-se à lição, que foi documentada com a projecção de numerosos diapositivos e esquemas, uma demonstração cirúrgica do tema versado, que muito interessou os frequentadores do curso.

Nas lições da tarde, o primeiro orador foi o Dr. Cruz de Campos, que falou sobre «Estigmas de insuficiência alimentar», tendo começado por salien-

tar a dificuldade de definir o que se entende por estigmas da insuficiência alimentar e descrevendo, depois, os elementos de que se deve socorrer o clínico para estabelecer uma dieta perfeita, quer com o rigor científico, quer com sentido prático. Precisou que se referia aos estigmas relacionados com uma alimentação insuficiente, que aparecem nos indivíduos que, sem isso, seriam sãos, independentemente dos estigmas similares que podem concorrer como consequência de doenças digestivas e das glândulas de secreção interna, e terminou descrevendo os vários estigmas encontrados, atribuindo-os à insuficiência alimentar e a outros factores, e a influência que podem ter no comportamento social do indivíduo.

Seguiu-se a lição do Dr. Caiola da Mota, intitulada «Terapêutica actual das bruceloses humanas». Depois de referir a importância médico-social e económica no Mundo e particularmente em Portugal, onde só a endemia humana causa à Nação um prejuízo anual calculado em cerca de cinco mil contos, apontou os diversos trabalhos e investigações que sobre o importante antroponose têm empreendido nos últimos anos a Direcção-Geral de Saúde e o Instituto Superior de Higiene, entrou no assunto da sua conferência. Fez primeiro algumas considerações acerca da patogenia e do imuno-alergia das infecções brucélicas, referindo, depois, as causas que a tornam uma doença com tendência à cronicidade e relativamente rebelde a todos os agentes terapêuticos; como também a quase todos os mecanismos de defesa humoral dos doentes. Enumerou, a seguir, os agentes e métodos terapêuticos e, especialmente no que se referia aos antibióticos, desenvolveu doses e esquemas terapêuticos, não esquecendo vários problemas ligados à questão, em especial o das reacções secundárias. Por último e depois de ter apontado os principais tratamentos inespecíficos das diversas formas de brucelose humana, terminou com uma breve referência à alimentação (dietética) mais aconselhada em tais infecções.

No dia 9, voltou a realizar-se, apenas, uma lição, esta feita na 2.ª Clínica Médica do hospital de Santa Marta, sob o tema «Facomatoses». Preleccionou o Dr. Paula Nogueira, que apresentou os aspectos clínicos das facomatoses, findo o que o Dr. J. Pimentel dissertou sobre a parte anatómo-patológica da doença, ilustrando a sua exposição com a projecção de microfotografias. Por fim, o Dr. Henrique Moutinho falou dos aspectos, nos olhos, das facomatoses, assunto que documentou com a apresentação de retinografias.

Os trabalhos do dia 11 iniciaram-se, pela manhã, com uma lição sobre «Insuficiência cardíaca», pelo Dr. Melo e Castro, no hospital de S. José. De tarde, na Ordem dos médicos, houve nova lição, feita pelo Dr. Norton Brandão, que se ocupou de «Seborreia e doenças relacionadas». Por último, na Biblioteca do Hospital de Santa Marta, o Dr. Francisco Formigal Luzes fez, também,

uma lição, intitulada «Os ultra-sons em terapêutica».

A primeira lição do dia 12 realizou-se na sala de conferências do hospital de Arroios esteve a cargo do Dr. Casanova Alves, que falou de «Vacinação pelo B. C. G.». Depois de chamar a atenção para o interesse das medidas profilácticas contra a peste branca, no número dos quais se evidencia o diagnóstico precoce pelos exames radiológicos sistemáticos de aglomerados e das populações e de salientar a economia, para o País, que o tratamento precoce da tuberculose pulmonar representa, descreveu as experiências de Calmette e Guérin, que os levaram à fixação da avirulência da estirpe que entra na fabricação da vacina B. C. G., referindo, a propósito, a técnica laboratorial da preparação da mesma vacina no Instituto Bacteriológico Câmara Pestana. Descreveu, depois, as técnicas e os métodos de pesquisa de sensibilidade à tuberculina e vacinação antituberculosa seguidos nos Centros de Profilaxia e Diagnóstico do I. A. N. T. Falando das dúvidas acerca da inocuidade e poder protector da imunização antituberculosa, apontou os países em que, depois de comprovados os seus benefícios, se tornou obrigatória e as actividades desenvolvidas pela U. N. I. C. E. F. na mais larga campanha de que há memória em matéria de vacinação preventiva.

Terminada a lição, os médicos do Curso visitaram a Unidade Móvel de Radiorastreio e Vacinação do I. A. N. T., ao serviço da zona sul do País, bem como o Centro de Profilaxia e Diagnóstico, na praça do Chile, onde se realizaram depois sessões práticas de vacinação e rastreio radiológico, uma e outra orientadas, respectivamente, pelos assistentes do Centro, Drs. D. Maria Alice Ribeiro e Rui Ribeiro Portela.

À tarde, no Hospital de Santa Marta, realizou-se mais uma lição, esta feita pelo Dr. Francisco Luzes e intitulada «A alta frequência em terapêutica», na qual, depois de descrever a aparelhagem e a sua acção fisiológica, pormenorizou as indicações e as técnicas de tratamento que mais podem interessar as clínicas gerais que trabalham fora dos grandes centros.

A primeira lição do dia 13, de manhã, versou o tema «Carcinoma do endométrio» e foi feita, no hospital do Desterro, pelo Dr. Neto Rebelo. Depois de estudar os novos conceitos etiopatogénicos daquele carcinoma, demonstrou a necessidade de um diagnóstico precoce, demorando-se na descrição das técnicas para o conseguir.

O curso deslocou-se, à tarde, ao Instituto de Reumatologia, onde o Dr. Assunção Teixeira, director dos serviços clínicos daquele estabelecimento, proferiu uma lição intitulada «Os tão falados e incriminados «bicos de papagaio» no quadro das algias vertebrais mais comuns». Presidiu à sessão o Prof. Adelino Padesca. O conferencista pôs em destaque a excepcional importância do reumatismo, cujos prejuízos, em dias perdidos para o trabalho, e em indemnizações pagas, excedem os da tubercu-

lose. Em Portugal, o problema tem a maior acuidade, devendo-se, afirmou, ao Dr. Trigo de Negreiros, ilustre Ministro do Interior, a organização da luta contra aquela doença no nosso país. A lição foi completada com a apresentação de numerosos doentes, em que colaboraram também alguns médicos do Instituto.

No dia 14 efectuaram-se mais três lições, tendo a primeira sido feita, de manhã, no hospital de Curry Cabral, pelo Prof. Frederico Madeira, que falou de «Diagnóstico e tratamento das meningites». O conferencista, que deu à lição carácter essencialmente prático, ocupou-se dos elementos de diagnóstico clínico e insistiu, particularmente, nos aspectos macroscópicos do líquido céfalo-raquidiano, de grande valor para os médicos da província, terminando com a apresentação da estatística do Serviço 1 do Hospital Curry Cabral, desde 1948, através da qual se acentua que os bons resultados obtidos se devem não só ao emprego dos poderosos quimioterápicos actuais, mas sobretudo à sua selecção.

Às 15 horas realizou-se no Serviço de Agentes Físicos do Hospital de São José mais uma lição, tendo preleccionado o Dr. Luazes Meyer, que definiu as «Radiações», enumerando as leis físicas que as regem. Depois de uma descrição pormenorizada das acções biológicas, terminou a lição mostrando os aparelhos utilizados em fisioterapia e dando noções sobre as principais indicações terapêuticas.

A última lição do dia 14 realizou-se na Ordem dos Médicos, tendo falado o Prof. Juvenal Esteves, sobre «Reacções urticariformes». Referiu-se à urticária como reacção cutânea com tendência familiar, chamando a atenção para os factores predisponentes da doença, como os alimentos, os inalantes, e certos medicamentos. Indicou os métodos de estudo a seguir pelo clínico, descrevendo os vários tipos da doença, e insistiu na necessidade de separar as diversas formas de urticária, a fim de ajustar a cada caso a terapêutica adequada. O Curso teve, no dia 15, mais duas lições, a primeira das quais versou o tema «Situações de urgência na cirurgia infantil». Fê-la, no hospital de D. Estefânia, o Dr. Abel da Cunha, que dividiu o seu trabalho em três partes: a urgência cirúrgica e as suas formas peculiares no recém-nascido, no primeiro ano de vida e na primeira e segunda infância. Assim, descreveu, sucessivamente, as várias anomalias congénitas do tubo digestivo, rara entre nós em relação ao que os números estatísticos indicam, nas formas fatais sem tratamento operatório; as afecções típicas do primeiro ano, a estenose hipertrófica do piloro e a invaginação intestinal aguda, doenças de alta gravidade, cujo tratamento operatório oportuno permite salvar na totalidade dos casos.

A lição da tarde intitulou-se «Alguns aspectos da guerra A. B. Q. e da defesa civil do território», e pronunciou-a, na Direcção do Serviço de Saúde Militar, o Dr. Nicolau Bettencourt,

professor do Instituto de Altos Estudos Militares. Foram passados em revista os problemas da guerra A. B. Q. (guerra atómica, guerra bacteriológica e guerra química), fazendo o Dr. Nicolau Bettencourt considerações acerca da guerra radiológica, pormenorizando cada um dos efeitos da bomba atómica, encarando-os sob o ponto de vista médico, em especial no que se refere à doença da irradiação. Sucessivamente, o conferencista tratou, em pormenor, cada um dos aspectos daquela guerra, registando os efeitos da luz, do calor, da energia mecânica e da emissão de radiações nucleares. A segunda parte desta lição esteve a cargo do tenente-médico Dr. Freire de Andrade, que falou da detecção e medicação da radioactividade, fazendo demonstrações com aparelhos próprios. No final, foram exibidos filmes sobre os efeitos da bomba atómica.

Os componentes do Curso deslocaram-se, no dia 16, de manhã, à Parede, onde, no Sanatório Marítimo de Santana, o Dr. Arnaldo Rodo proferiu a lição com que o Curso foi encerrado. O conferencista, que versou o tema «Quadros clínicos e significado social da tuberculose do esqueleto e de outras doenças do sistema locomotor», principiou por mostrar a importância social da tuberculose ósteo-articular, indicando a seguir a alta percentagem das suas múltiplas localizações e o elevado número de indivíduos atingidos. Apon-tou, depois, a necessidade de serem empregados meios de combate às doenças que provocam alterações motoras e conduzem a situações de abolição ou redução da actividade normal do individuo, e falou seguidamente das formas anatómico-patológicas da tuberculose óssea, segundo os conceitos actualmente estabelecidos, que determinam os quadros clínicos da doença, cuja classificação apresentou.

Terminada a lição, os médicos que frequentaram o Curso regressaram a Lisboa e reuniram-se na Casa do Alentejo, num almoço em que tomaram também parte o Prof. Aires de Sousa, presidente da direcção da O. M., que representava o bastonário; Prof. Adelino Padesca e Drs. Andresen Leitão e Pimentel Barata, os dois últimos organizadores do curso. Usou da palavra, em primeiro lugar, em nome dos médicos que frequentaram o curso, o Dr. Abreu Faria, subdelegado de saúde em Alcácer do Sal, que dirigiu palavras de saudação à Ordem dos Médicos e ao seu bastonário, bem como às entidades e aos colegas que deram colaboração ao curso, cuja utilidade frisou, terminando por propor, o que foi aprovado, o envio de um telegrama ao Prof. Cerqueira Gomes, bastonário da Ordem. Falaram, depois, o Dr. Andresen Leitão e o Prof. Adelino Padesca e, por último, o Prof. Aires de Sousa, que enalteceu a obra da Ordem dos Médicos no sentido de prestigiar a classe, através de dificuldades de toda a ordem e que, por último, pôs em relevo aquelas com que lutam os médicos rurais, afastados dos centros onde não faltam os mais variados recursos da técnica.

V I D A M É D I C A

E F E M É R I D E S

Portugal

(De 21 a 28 de Março)

Dia 21—O Prof. Lima Bastos profere uma palestra intitulada «A técnica e a acção da enfermagem», na sessão realizada no Instituto de Oncologia, em Lisboa, por ocasião da despedida das alunas do último curso de enfermagem e a apresentação das novas alunas. O Prof. Gentil também discursa, após a entrega dos diplomas, e faz a narração histórica da Escola Técnica de Enfermeiras desde a sua fundação e da sua categorização nacional e internacional.

22—No anfiteatro da Faculdade de Ciências do Porto, o Dr. S. D. Garrett, professor de Micologia da Universidade de Cambridge e presidente da Sociedade de Micologia da Grã-Bretanha, profere a sua conferência, subordinada ao tema: «Epidemiologia: as doenças infecciosas do ponto de vista do parasita».

23—O Ministro do Interior assina uma portaria que autoriza o Município de Valença do Minho a criar o segundo partido médico (Zona Sul), com centro na sede da freguesia de Cerdal, abrangendo esta e as freguesias de Arão, Fontoura, Grandá, S. Julião, S. Pedro da Torre, Silva e Taioa.

24—Alunos da Universidade de Santiago de Compostela, entre eles muitos quintanistas de Medicina chegam ao Porto, acompanhados do Prof. Manuel Suarez, catedrático de Pediatria e Puericultura daquela universidade. Este, na Faculdade de Medicina do Porto, profere uma conferência do tema «A fisiopatologia do crescimento».

—No Hospital de Santo António e na Faculdade de Medicina do Porto, o Prof. Winterstein, de Zurique, profere duas conferências intituladas respectivamente «Novos conhecimentos técnicos e práticos sobre a terapêutica anti-coagulante», e «Métodos de controlo da terapêutica anti-coagulante».

—Em Coimbra o Dr. Jorge Leite Aredos Ribeiro de Faria profere, na sede da Secção Regional da Ordem dos Médicos, uma conferência sobre «A reincidência no nosso direito penal».

—No Porto, o Prof. Gonçalves de Azevedo, a convite das Congregações Marianas do Carvalhido, faz uma conferência intitulada «Os problemas de procriação—Aspectos morais e médicos».

—No Porto, na Associação Industrial Portuense, o Dr. José Manuel Rodrigues Pereira, profere uma conferência intitulada «O médico, o industrial e o operário—seu entendimento na luta contra a tuberculose».

26—O Prof. Alfred Winterstein repete em Coimbra, nos Hospitais da Universidade as suas conferências, já pronunciadas no Porto.

—Em Lisboa, o Dr. Sérgio Marques de Carvalho termina o seu doutoramento. As segundas e últimas provas são apreciadas pelos Profs. Cândido de Oliveira e Mário Moreira. O júri seguidamente reunido aprova o candidato por distinção.

—Na Maternidade Alfredo da Costa, sob os auspícios da Sociedade Portuguesa de Pediatria, profere, em Lisboa, o Prof. Manuel Suarez a sua conferência sobre «O desenvolvimento ósseo e muscular na investigação e na clínica». O catedrático galego é apresentado pelo Prof. Celestino da Costa.

—Em Lisboa, o Prof. Celestino da Costa profere a sua última lição no novo edifício da Faculdade de Medicina, por ter sido atingido pelo limite de idade. O acto decorre no anfiteatro de Histologia pelas 11 horas da manhã. É recebido com grandes salvas de palmas.

Nas primeiras filas de cadeiras, os professores jubilados, Henrique de Vilhena, Costa Sacadura e Asdrúbal de Aguiar, o

director da Faculdade de Medicina de Lisboa, Prof. Toscano Rico, os professores das Faculdades de Coimbra e do Porto, respectivamente Drs. Tavares de Sousa e Hernâni Monteiro, e muitas figuras em destaque no meio médico.

O Dr. Celestino da Costa, depois de tomar lugar na mesa que está ornamentada com flores, começa a sua lição intitulada «Monstruosidades» com que prende e encanta o numeroso auditório, ouvindo, no final, nova e prolongada salva de palmas.

—Na nova Faculdade de Medicina de Lisboa, realiza-se, à noite, a 3.ª lição do 5.º curso de psicologia médica, que está sendo dirigido pelo Prof. Barahona Fernandes.

Esta lição é proferida pelo Dr. Luís Soeiro que apresenta um largo estudo intitulado «O diencéfalo e as suas funções instintivo-afectivas».

27—Em Coimbra, reúne a Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica, na sala de conferências dos Hospitais da Universidade, pelas 15 horas, onde são tratados os seguintes assuntos: «O factor climático em crenoterapia», pelo Dr. Lobato Guimarães; «Santa Marta e as águas cloretadas sódicas», pelo Dr. Bento Franco e «As estâncias de cura de puberdade» pelo Dr. Amaro de Almeida.

—No Porto, com início às 15 horas, realiza-se, na Faculdade de Medicina, mais uma reunião científica, sendo apresentadas as seguintes comunicações:

«Revisão de alguns pontos de diagnose nos síndromos oclusivos e emetizantes do recém-nascido e do lactente», pelo Dr. Armando Tavares; «Estudo anatómico-radiológico das vias biliares extra-hepáticas do cão (Ensaio de biligrafia)», pelos Drs. Albano Ramos e Abel Tavares; «O valor da biligrafia no estudo das vias biliares», pelos Prof. Joaquim Bastos e Dr. Albano Ramos.

28—Em Coimbra, às 10 horas, na sala de conferências dos Hospitais da Universidade, reúne-se a Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia, à qual preside o Prof. Mário Trincão, da Faculdade de Medicina de Coimbra.

Nessa sessão são apresentados os seguintes trabalhos: «O conceito de mesenquimopatia em relação com a dermatologia», pelo Prof. Michel Mosinger; «Tricofitia da barba», pelo Dr. Henrique de Oliveira; «Um caso de Weber-Christian» e «Um caso Klippel-Tronaunay», pelo Dr. Artur Leitão.

Estrangeiro

Notícias da Universidade da Califórnia dizem que a Eritromicina teria dado êxito superior a qualquer outro medicamento no tratamento da amebiose, nomeadamente na disenteria amebiana, em experiências dirigidas pelo Dr. Hamilton Andreson.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Para habilitação ao provimento do lugar de médico auxiliar do Dispensário Antituberculoso da Covilhã.

—Para habilitação ao provimento do lugar de médico analista para a secção de culturas do laboratório central da zona sul, do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

No próximo dia 27 de Abril, começam a funcionar oficialmente algumas enfermarias do Hospital Escolar de Lisboa.

—Em Roma vai realizar-se, brevemente, o III Congresso de Radiologistas de Cultura Latina, com a participação da França, Espanha, Itália, Bélgica e Portugal. Do nosso País vão tomar parte na

importante reunião vários radiologistas, entre os quais se contam os que constituem a Delegação Oficial Portuguesa, designada pelo Instituto de Alta Cultura, Profs. Aleu Saldanha e Aires de Sousa, e Drs. Manuel Corte Real, Albano Ramos, do Porto, e Carlos Barbosa.

A conferência inaugural do congresso será confiada ao Prof. Aleu Saldanha, presidente da delegação portuguesa, que versará o tema «A radiologia na formação do médico moderno».

—Em Lisboa, de 5 a 8 de Abril vai realizar-se o X Congresso das Sociedades Latinas de Oto-Rino-Laringologia.

—Em Coimbra, em 31 de Março, nos Hospitais da Universidade, o Prof. Jean Hamburger, chefe de serviço do Hospital Necker, realizará uma conferência sob o tema «A insuficiência renal aguda».

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 18-3-54 a 23-3-54)

18-3

Dr. António Leal Bravo — nomeado definitivamente médico da Direcção dos serviços dos Portos, Caminhos de Ferro e Transportes de Moçambique.

19-3

Dr. Reinaldo Raul Prazeres — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular os cargos de guarda-mor da estação de saúde de Vila Real de Santo António, de director do Dispensário Antituberculoso do Instituto da Assistência Nacional aos Tuberculosos e de médico da secção da Casa dos Pescadores de Tavira na referida localidade.

—A Câmara Municipal de Amarante declara que por deliberação tomada em 10 do corrente, nomeou para o cargo do lugar de médico municipal do 2.º partido, com sede e residência obrigatória em Vila Meã, do referido concelho, o Dr. Amadeu Cerqueira da Silva.

20-3

Dr. Augusto Martins Inácio, médico municipal do concelho de Poiares — nomeado subdelegado de Saúde do referido concelho.

—Drs. Maria João de Sousa Martins, António Eduardo Baraona e Costa, Daniel Soares Cabeçadas, Orlando da Silva Trábulo e Arménio Dias Carvalho — nomeados, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, internos do internato complementar dos serviços gerais de clínica cirúrgica dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

—Dr. Carlos Alberto Fernandes da Costa — nomeado precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, interno do internato complementar do serviço clínico da especialidade de Urologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

22-3

Dr. António Pessanha de Oliveira, tenente-médico — nomeado para prestar serviço na Guarda Nacional Republicana.

—Dr. Francisco de Paula Santos Geraldes Barba, assistente de análises clínicas — autorizado a continuar ausente do País até ao fim de Abril próximo, em comissão gratuita de serviço patrocinada pelo Instituto de Alta Cultura.

23-3

Dr. Manuel Guimarães Seródio — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular os cargos de médico escolar da Direcção Geral da Educação Física, Desportos e Saúde Escolar e de director do Dispensário Antituberculoso do I.A.N.T. em Lamego.

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.ª assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bossa (chef. da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padasca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroude, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de 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 Antitrombotomosa do Dispen. de Higiene Social), Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emídio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.º António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.º António), José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.º António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hospital de Santo António) — PORTO
Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Dir. do Sanat. Sousa Martins da Guarda), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matozinhos), J. Pimenta Presado (Portalegre), Joaquim Pacheco Neves (Vila do Conde), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), M. Santos Silva (Dir. do Hosp.-Col. Rovisco Pais — Tocha), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Vila Real)

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

COIMBRA — Luís A. Duarte Santos (Encar. de Cursos na Fac. de Med.); — LISBOA — Fernando Nogueira (Médico dos H. C. L.) e José Andresen Leitão (Assist. da Fac. de Med.); PORTO — 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 Huët (Paris); ALEMANHA — Gerhard Koch (Munster)

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

Portugal Continental e Insular: um ano — 120\$00; Ultramar, Brasil e Espanha: um ano — 160\$00;
Outros países: um ano — 200\$00

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

Portugal Continental e Insular — 160\$00 Ultramar — 210\$00

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

Delegações de «O Médico»: COIMBRA: Casa do Castelo — Arcos do Jardim, 30 e R. da Sofia, 49 — ANGOLA, S. TOMÉ E PRÍNCIPE, ÁFRICA FRANCESA E CONGO BELGA — Publicações Unidade (Sede: Avenida da República, 12, 1.º Esq. — Lisboa; deleg. em Angola — R. Duarte Pacheco Pereira, 8, 3.º — salas 63-64 Luanda). — LOURENÇO MARQUES: Livraria Spanos — Caixa Postal 434 — NOVA GOA: Livraria Singbal.
VENDA AVULSO — Distribuidores exclusivos: Editorial Organização, L.da — L. Trindade Coelho, 9-2.º — Lisboa — Telefone 27507.

BISMUCILINA

Bial

INJECTÁVEL

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

EQUIVALENTE A

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

Por ampola de 3 c. c.

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

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

