

# O MÉDICO

SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

X ANO - N.º 400  
30 de Abril de 1959

DIRECTOR E EDITOR  
**MÁRIO CARDIA**

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

Red. Adm. AV. DOS ALIADOS, 41 - PORTO - TELEF. 24907 / LISBOA: Av. de Roma, 43-5.º-E. - Telef. 771912 / Prop. da SOPIME-Sociedade de Publicações e Iniciativas Médicas, L.da  
Ver condições de assinaturas e outras indicações na 1.ª e 2.ª págs. /// Composto e impresso na Tipografia Sequeira, L.da - PORTO - R. José Falcão, 122 - Telef. 24664

*Novo!*

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS...



## ANGITRACIL-Bi

MARCA REGISTRADA

RECTAL

PENICILINA + BACITRACINA + BISMUTO  
ANTIGÉNIOS LIPO-GLUCIDO-PROTEICOS



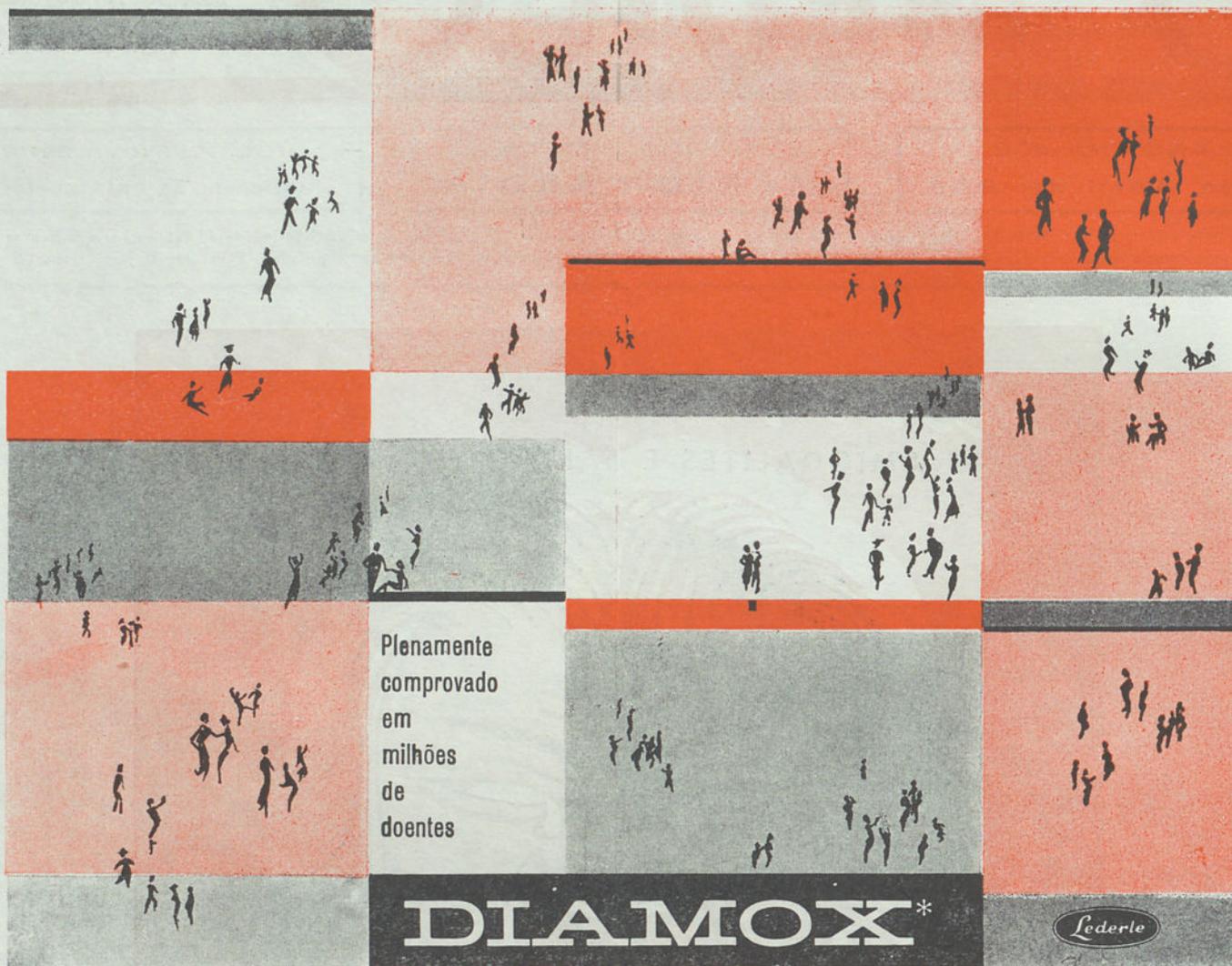
**LABORATÓRIOS AZEVEDOS**

MEDICAMENTOS DESDE 1775

### SUMÁRIO

SEMANA A SEMANA .....	215	Lesões traumáticas do pâncreas .....	233
<b>CIÊNCIAS MÉDICAS - CLÍNICA</b>		Etiologia e profilaxia do enfarte do miocárdio .....	235
<b>ARTIGOS ORIGINAIS</b>		<b>ASSUNTOS GERAIS E PROFISSIONAIS</b>	
ANTÓNIO SAMPAIO MADAHIL e MARIA LUIZA ALMEIDA FRANCO		O lugar da revista especializada na literatura médica	
— Estudo imuno-hematológico de um caso de doença		E. MAZANEK .....	236
hemolítica do recém-nascido por incompatibilidade		As comemorações do V Centenário da Rainha D. Leonor	
ABO .....	218	— FERNANDO DA SILVA CORREIA .....	237
EUGÉNIO MENDES DE MAGALHÃES — Meios de acção da		<b>ECOS E COMENTÁRIOS</b> — MÁRIO CARDIA e JOSÉ ANDRESEN	
higiene mental .....	224	LEITÃO .....	244
<b>MOVIMENTO MÉDICO</b>		Noticiário diverso	
Os envenenamentos mais frequentes nas crianças .....	229	<b>FORA DA MEDICINA</b> — Alexandre Herculano e a Filo-	
		sofia — MÁRIO SOTTOMAYOR CARDIA .....	260

Preço, avulso: 5\$00



Plenamente  
comprovado  
em  
milhões  
de  
doentes

# DIAMOX\*



## Acetazolamida

...Comprovadamente o único diurético oral não mercurial, que actua exclusivamente por inibição da anidrase carbónica. O medicamento de eleição em:

- Edema cardíaco
- Tensão pré-menstrual
- Epilepsia
- Glaucoma
- Edema medicamentoso
- Toxemia gravídica
- Obesidade

porque:

- \* O seu mecanismo fisiológico é conhecido
- \* A baixa dosagem pouco expõe o doente ao medicamento
- \* Não é necessária a hospitalização para verificar o equilíbrio electrolítico
- \* Produz longos períodos de diurese
- \* Com o horário de administração bem estabelecido, não é necessário interromper o sono do doente
- \* Não provoca depleção de sódio ou potássio

\* O DIAMOX, acetazolamida *Lederle*, é o único diurético conhecido que baixa a pressão aquosa no glaucoma, exclusivamente por inibição da anidrase carbónica.

Apresentação: Comprimidos doseados a 250 mg — Frascos de 25.

LEDERLE LABORATORIES  
CYANAMID INTERNATIONAL

A Division of American Cyanamid Company  
30 Rockefeller Plaza, New York 20, N. Y.  
U. S. A.



\* Marca Registrada

Representantes exclusivos para Portugal e Ultramar:

**ABECASSIS (IRMÃOS) & CIA.**

Rua Conde Redondo, 64-3.º — LISBOA

Rua de Santo António, 15-2.º — PORTO

FACULDADE DE MEDICINA  
DO PORTO

A 7.<sup>a</sup> reunião científica do actual ano lectivo efectuou-se no dia 23 do corrente. Foram apresentadas as seguintes comunicações: Dr. Mário Cerqueira Gomes — «A propósito das perturbações da condução cardíaca». (Estudo electrocardiográfico); Dr. Castro Correia — «Particularidades dos dispositivos nervosos uveais e sua interpretação»; Dr. Silva Carvalho — «A cristalização do muco cervical nas histerectomizadas com conservação dos anexos».

INSTITUTO PORTUGUÊS  
DE REUMATOLOGIA

Nos dias 27 e 29 do corrente o Prof. Leon Michotte (da Universidade de Lovaina) realizou duas conferências no Instituto Português de Reumatologia; a 1.<sup>a</sup> sobre «As periartrites da espádua» e a 2.<sup>a</sup> sobre «A homeostase Cortisol-Noradrenalina». No dia 2 de Maio, o Prof. Michotte realiza a 3.<sup>a</sup> conferência, que terá o título: «A patologia da bolsa gordurosa sub-rotuliana».

MÉDICOS  
AUTOMOBILISTAS

Vai realizar-se desde o dia 13 a 16 do corrente, em Utrech, o Congresso das Associações de Médicos Automobilistas, cujos trabalhos são subordinados ao título: «O médico e a segurança no tráfico».

## A LEPROSA

O Dr. Arthur Davidson, médico sul-africano, que se tem interessado grandemente pelos doentes leproso, terá um lugar de honra na conferência que a Organização Mundial de Saúde levará a efeito no dia 14 deste mês na cidade de Brazaville. Recorda-se que foi este o cientista que contribuiu para que a palavra lepra deixasse de ter o significado de «incurável».

## MUSEU DO HOMEM

Anuncia-se que para breve será inaugurado na cidade de Joanesburgo um Instituto que tem por fim estudar a origem do homem e a sua evolução através dos tempos. Trata-se de uma obra de homenagem ao Prof. Raymond Dart, que consagrou toda a sua vida ao estudo do homem do continente africano. O Instituto dedicar-se-á ao estudo da história do homem em África, incluindo costumes, estudo dos objectos em osso e pedra assim com determinadas práticas e ritos, emigrações e criação de obras de arte. Salienta-se, no entanto, que o aspecto mais impor-

tante da vida do Instituto é procurar um processo de melhorar o nível de vida dos habitantes da África. Por isso aplicará a sua actividade à pesquisa de certas doenças incuráveis e aos problemas da nutrição e, ainda, à adaptação climática. Os estudos incidirão igualmente sobre a vida cultural e social do povo das tribos.

## «GENTE COMO MARIA»

Para comemorar o 10.<sup>o</sup> aniversário da OMS, realizou-se um filme intitulado «Gente como Maria». Trata-se de uma jovem enfermeira boliviana, Maria, que tinha a seu cargo estabelecer um centro de saúde materno-infantil no alto dos Andes; ali encontrou, porém, apenas suspeita e desconfiança. E as cenas desenrolaram-se... O filme «Gente como Maria» foi exibido pelas cadeias de televisão de vários países e escolhido para apresentação nos festivais cinematográficos mais importantes de 1958 e conquistou o título de melhor película apresentada em televisão, no Festival de Veneza. A sua distribuição aos cinemas e grupos interessados começou nos princípios do ano corrente.

## EDUCAÇÃO SANITÁRIA

Informa «Chronique OMS» (Fev. de 1959), que, na Região do Mediterrâneo Oriental, é cada vez maior o número dos países e dos territórios que se mostram «convencidos da utilidade da educação sanitária». Em 7 deles, departamentos de educação sanitária foram incorporados nos serviços de saúde pública. Os programas de educação sanitária—declara aquela revista—«têm dado resultados espectaculares». Sobre este assunto, reuniu-se em Teerão (Pérsia), sob os auspícios da OMS, de 28 de Outubro até 9 de Novembro de 1958, um «Seminário», no qual tomaram parte 40 médicos e professores pertencentes a 14 países e territórios da Região do Mediterrâneo Oriental.

PROPAGANDA  
DE ESTERILIZAÇÃO  
NA UNIÃO INDIANA

Em dois Estados da União Indiana (Madrasta e Misore) o Governo, com o fim de contribuir para diminuir a população, encoraja a esterilização dos homens pagando as despesas de hospitalização e dando prémios àqueles que se sujeitem a serem operados. Pensa-se que estas medidas atingem 50 milhões de indivíduos.

## A PESTE

A OMS anuncia que 1958 foi o ano no qual se verificaram menos casos de peste, desde o início do século — 213.

ÚLCERAS GÁSTRICAS  
E PSIQUIATRIA

No n.<sup>o</sup> de 25 de Março último da «Gazette Médicale de France» vem publicado um artigo intitulado: «Profilaxia e terapêutica psiquiátricas dos gastrectomizados». Os seus autores, M. Montarsut, L. Chertok e P. Chêne, declaram que o auxílio do psiquiatra é muitas vezes necessário no tratamento das úlceras gástricas e que uma intervenção cirúrgica só deve ser decidida depois do fracasso de um tratamento médico prolongado e perante um diagnóstico bem preciso. A cura psiquiátrica permitirá, muitas vezes, obter melhores resultados, quer com o tratamento médico, quer com o cirúrgico. A intervenção psiquiátrica está particularmente indicada quando nos achamos perante uma personalidade nevropática, uma hereditariedade psicopática, traumatismos psicológicos e quando a clínica médica apresente irregularidades da sintomatologia física, uma discordância entre as queixas alegadas e os sintomas aparentes.

## INDÚSTRIA DE INSTRUMENTOS DE CIRURGIA

Noticia «Santé Publique» que está em via de desaparecimento a indústria de instrumentos de cirurgia, nos Estados Unidos! Aquele jornal considera isso como «um acontecimento de consequências desastrosas».

## HIGIENE MENTAL

Em Genebra, realizou-se, mais uma vez, a «Jornada de Saúde», em Abril último. O tema deste ano foi: «Doença mental e saúde mental no mundo de hoje». Um dos especialistas, o Dr. William Menninger, de Topeks (Kansas — Estados Unidos) enviou a várias pessoas um questionário, no qual se faziam, entre outras, as seguintes perguntas: É V. capaz, por razões indeterminadas, de se concentrar? É V. continuamente infeliz, sem causa razoável? Sofre regularmente de insónias? Acha V. sempre desagradável estar com outras pessoas? Tem medo sem razão para isso? Julga V. que tem sempre razão e que os outros nunca a têm? Queixa-se de numerosas dores vagas para as quais os médicos não encontram causa física?

## ALIMENTOS INGERIDOS

Um jornal holandês afirma que, durante 70 anos, um cidadão da Holanda consome: 12.000 litros de leite, 12.000 quilos de pão, 9.000 quilos de batatas, 7.000 quilos de frutas, 5.000 quilos de peixes, 4.000 quilos de carne, 4.000 quilos de açúcar, 6.000 de ovos e 2.000 de gorduras.

(Continua na página seguinte.)

Director e Editor:  
MARIO CARDIA

CONSELHO DE REDACÇÃO: Luís A. Duarte Santos — Prof. da Fac. de Med. (Coimbra); Fernando Nogueira — Prof. da Fac. de Med. e médico dos H. C. L. e José Andresen Leitão — Dir. do Inst. Nac. de Educação Física — 1.º Assistente da Fac. de Med. (Lisboa); Álvaro Mendonça e Moura — Dir. da Cir. Sanit. da Zona Norte e Waldemar Pacheco — Médico no Porto.

SECRETÁRIO DA DIRECÇÃO: Augusto Costa — Médico dos Hosp. de St.º António e de Matosinhos

ADMINISTRADOR: Manuel dos Santos.

CONDIÇÕES DE ASSINATURA  
(Pagamento adiantado):

Portugal Continental e Insular: um ano — 160\$00; Ultramar, Brasil e Espanha: um ano — 220\$00; Outros países: um ano — 280\$00

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

Portugal Continental e Insular — 200\$00  
Ultramar — 270\$00

As assinaturas começam em Janeiro; no decorrer do ano (só para «O MÉDICO») aceitam-se assinaturas a iniciar em Abril, Julho e Outubro (respectivamente, 120\$00, 90\$00 e 60\$00).

RED. ADM.: Av. dos Aliados, 41-4.º — PORTO  
Telefone 24907

LISBOA: Av. de Roma, 43-5.º - Esq.º  
Telefone 771912

DEL. EM COIMBRA: Casa do Castelo —  
R. da Sofia, 49

Composição e impressão:  
TIPOGRAFIA SEQUEIRA, L.da  
R. José Falcão, 122 — PORTO  
Telefone 24664

Prop. da SOPIME — Sociedade de Publicações e Iniciativas Médicas, L.da

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

Publicamos semanalmente referências aos autores e aos títulos de alguns artigos publicados em revistas ultimamente recebidas na redacção, onde, dentro de 15 dias, poderão ser consultadas pelos nossos leitores.

«Brit. Med. Jour.»:

*Estenose pilórica* — J. A. Balint e M. P. Spence (5126, Abril de 1959).

*Incidência de «dor muscular» após relaxantes de curta acção* — R. A. L. Leatherdale e col. (5126, Abril de 1959).

«Méd. et Hyg.»:

*O tratamento cirúrgico da doença de Parkinson* — M. G. Yasargil e H. Krayenbuhl (17-425, 1959).

*O tratamento médico da doença de Parkinson* — J. Sigwald (17-425, 1959).

«Obst. Gin. Lat.-Amer.»:

*A propósito duma variedade de amenorreia após-curetagem* — Roque O. Bruno (16-11-12, 1958).

*Malformações dos canais de Muller e endometriose* — R. Nicholson (16-11-12, 1958).

«Min. Chir.»:

*Contributo para o conhecimento do quadro flebográfico dos doentes com síndrome pós-flebitico* — C. Ghiringhelli e col. (14-5, 1959).

*O tratamento da pancreatite aguda hemorrágica com cortisona* — C. Lacerenza (14-5, 1959).

«Min. Med.»:

*O uso endorraquideano da prednisona na meningite tuberculosa* — F. Marconi (50-16, 1959).

*A cicloserina na tuberculose pulmonar* — G. Zirilli e G. Paolucci (50-16, 1959).

«La Sem. Méd.»:

*Cirurgia torácica. Anestesia local. Técnica de Shek* — Ricardo Finochietto (114-8, 1959).

*Diagnóstico, interpretação clínica e tratamento racional da desidratação* — Juan Pombo (114-8, 1959).

«Coimbra Médica»:

*Condutibilidade eléctrica do plasma* — M. Silvestre, Aristides Mota e Costa Mota (III, Março de 1959).

*Cancro da próstata. Estado actual do seu tratamento* — Abílio de Moura (III, Março de 1959).

«Med. d'Affr. Noire»:

*As hemorragias dos hepáticos* — A. Portier e F. Destaing (6-5, 1959).

*Tratamento das afecções hepáticas pelo extracto de fígado liofilizado* — P. Aguirre (6-5, 1959).

«Arch. Fran. de Péd.»:

*Estudo longitudinal sobre o crescimento da criança* — J. Svejcar e col. (16-2, 1959).

*O tratamento da coqueluche pelo rovamina* — J. Bogranowicz e H. Szczepanska (16-2, 1959).

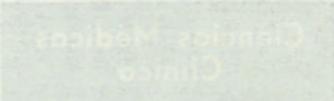
(A secção «Semana a Semana»  
continua na última página  
— «Efemérides»).

## Anunciam neste número:

Abecassis .....	2.ª capa	Luso-Fármaco .....	217, 238 e	239
Rua Conde Redondo, 64-3.º-Dt.º		R. do Quelhas, 14-2.º—Lisboa		
— Lisboa		Micra .....		233
Atral .....	243	R. João de Deus—Venda Nova		
Av.ª Gomes Pereira, 74—Lisboa		— Amadora — Lisboa		
Azevedos .....	1.ª capa	Neo-Farmacêutica .....	221 e	237
Trav. da Espera, 3—Lisboa		Av.ª 5 de Outubro, 21—Lisboa		
Bial .....	4.ª capa	Química Hoechst .....		251
R. João Oliveira Ramos—Porto		Avenida Duque d'Ávila, 169-1.º		
Carlos Cardoso .....	253	— Lisboa		
R. do Bonjardim, 551 — Porto		Rodriguez Marcos .....		241
Celsus .....	240	Rua Andrade, 63-1.º — Lisboa		
R. dos Anjos, 67-1.º — Lisboa		Salgado Lencart .....		250
Delta .....	222	R. Santo António, 203 — Porto		
Av.ª Duque de Loulé, 108-1.º		Sanitas .....	226 e	227
— Lisboa		Rua D. João V, 24 — Lisboa		
Ferraz Lynce .....	242	Tito Batóreo .....		230
R. Rosa Araújo, 27-1.º—Lisboa		Rua da Conceição, 35-1.º-E		
Fidelis .....	229, 234 e	—Lisboa		
Terras de Santana. 1 — Lisboa		União Fabríl Farmacêutica .....		247
Instituto Pasteur de Lisboa		Rua da Prata, 250-2.º — Lisboa		
244, 259 .....	3.ª capa	Vicente Ribeiro .....	245 e	246
Rua Nova do Almada, 67		R. da Prata, 237-1.º — Lisboa		
— Lisboa		Vitória .....		232
J. J. Fernandes .....	257	R. Elias Garcia, 26 — Venda		
R. Filipe da Mata, 3.º—Lisboa		Nova — Amadora		
La Roche .....	231	Wander .....		249
Rua do Loreto, 10 — Lisboa		Av.ª Sidónio Pais, 24 r/c-D.to		
		— Lisboa		

NOVO DIURÉTICO ANTI-HIPERTENSIVO  
POR VIA ORAL

ISENTO DE MERCÚRIO



# C L O R O T I U R I L

CLOROTIAZIDA (6 CLORO-7-SULFAMIL-1,2,4-BENZOTIADIAZINA-1,1-DIÓXIDO)

# C L O R O T I U R I L

EDEMAS

de qualquer natureza: cardíaca, renal, hepática e medicamentosa

# C L O R O T I U R I L

HIPERTENSÃO ARTERIAL

# C L O R O T I U R I L

Frasco de 20 comprimidos  
doseados a 0,5 g.

# C L O R O T I U R I L

U M P R O D U T O  
D O  
I N S T I T U T O L U S O - F A R M A C O  
L I S B O A M I L ã O

SERVIÇO DE SANGUE DO HOSPITAL DE SANTA MARIA

Director: Dr. Abel Cancelli d'Abreu

## Estudo imuno-hematológico de um caso de doença hemolítica do recém-nascido por incompatibilidade ABO

ANTÓNIO SAMPAIO MADAHIL

MARIA LUIZA ALMEIDA FRANCO

(Médico do Serviço de Sangue do Hospital de Santa Maria)

(Bioquímica analista do Serviço de Sangue do Hospital de Santa Maria)

O grande interesse que os problemas imuno-hematológicos ligados às gravidezes heterogrupais suscitam entre os que a estes estudos se dedicam, tem permitido pouco a pouco esclarecer o grave problema da incompatibilidade sanguíneo feto-materna.

Se no que respeita a meios terapêuticos dispomos já de valiosos recursos, embora não decisivos, mas que nos permitem encarar com certo optimismo a recuperação dos nados-vivos atingidos pela Doença Hemolítica do Recém-nascido (D.H.R.N.), o mesmo não podemos dizer dos meios de diagnóstico que além de restritos são algumas vezes de difícil interpretação em relação com os dados clínicos apresentados, como o caso que vamos descrever demonstra cabalmente.

Inicialmente supunha-se, de harmonia com as observações correntes, que a D.H.R.N. resultava da imunização materna provocada por um antigéneo (factor Rh<sub>0</sub>) ocasionador de anticorpos imunes, os quais, passando à corrente circulatória fetal, destruíam em massa os seus glóbulos vermelhos.

Estudos imunológicos posteriores vieram no entanto esclarecer que além do factor Rh<sub>0</sub> (D) toda a constelação antigénica do sistema Rhesus, e todos os outros sistemas antigénicos, podiam ser responsáveis pelo aparecimento da doença. Estão neste caso os sistemas ABO, Kell-Celano, Lewis, Kidd, etc., e até mesmo os chamados «antigénios de família».

Se, na generalidade dos casos, a imunização prévia acima citada é condição indispensável para o desencadeamento da doença, o caso difere em relação ao sistema ABO onde o aparecimento dos anticorpos imunes anti-A e anti-B na maior parte dos casos não resulta dessa prévia imunização. De facto, sabe-se que a D.H.R.N. por incompatibilidade ABO se pode manifestar por ocasião do primeiro parto, pois tem-se constatado a existência de anticorpos imunes em mulheres que não tinham sofrido prévia imunização por gestações ou transfusões. A presença destes anticorpos poderá ao que parece atribuir-se nalguns casos a vacinoterapia anterior (sabe-se que a anatoxina tetânica e diftérica contém substância A), ou a contactos bacterianos (substância bacteriana do tipo do antigénio de Forssman), ou ainda a substâncias medicamentosas ricas em estômago de porco ou de cavalo em que se tem também constatado a presença de substância A, e finalmente a certas substâncias alimentares capazes de estimular a produção de anticorpos inespecíficos.

São sobretudo os anticorpos  $\alpha$  e  $\beta$  do tipo imune, os responsáveis pelo desencadeamento do processo imunitário, e a sua identificação deverá ser feita de rotina em todas as grávidas, sobretudo em mulheres do grupo O casadas com indivíduos do grupo A.

A aglutinina imune anti-A é mais frequente do que a anti-B. Nem sempre é fácil a pesquisa destes anticorpos, porque geralmente se encontram dissimulados pelas aglutininas naturais, e, por isso, qualquer reacção praticada com um soro em que não foram totalmente destruídas as aglutininas naturais, poderá induzir a resultados falsamente positivos e que não correspondem à presença dum título elevado de anticorpos imunes.

Dum modo geral estes anticorpos, quando existem realmente num soro, têm um título mais elevado do que as aglutininas naturais, mas no entanto alguns autores encontraram em soros de doentes com acidentes obstétricos por incompatibilidade ABO

ou com reacções transfusionais também por incompatibilidade ABO, um título de anticorpos imunes nitidamente inferior ao título das aglutininas naturais.

Felizmente não são muito frequentes estes casos de D.H.R.N. por imunização ligada ao sistema ABO. Entre as muitas controvérsias criadas à volta desta doença, sobressai a grande disparidade de valores encontrados pelos diferentes autores. É certo que para isso muito contribui o facto dos quadros clínicos não serem totalmente iguais e sobretudo as necessidades terapêuticas serem muito mais raras por menor intensidade dos quadros clínicos, quando a doença é desencadeada pelo sistema ABO do que pelo sistema RhHr ou qualquer dos outros citados.

Em relação às mulheres Rh-, sabe-se que os anticorpos não se produzem senão num número bastante restrito de grávidas daquele grupo, o qual é comportado presentemente em 1/5 das gravidezes. No que se refere ao sistema ABO não temos dados que revelem qualquer percentagem, podendo no entanto afirmar-se que estas imunizações são muito mais raras.

Recentemente (VIII Jornadas de estudos sobre o recém-nascido e lactente, em Paris — Outubro de 1957) os belgas Hubinout e Brincoult afirmaram que embora em 20 % das gravidezes a mãe possua anticorpo anti-A ou anti-B activo *in vitro* sobre os eritrocitos do filho, só em 2 a 5 de 10.000 gravidezes se observa uma D.H.R.N. por incompatibilidade ABO.

Outro facto que contribui para a grande irregularidade das percentagens apresentadas, resulta de, para os serologistas, haver numerosas formas com tradução laboratorial que os clínicos não consideram. Com efeito, uma das características frisantes desta D.H.R.N. pelos factores ABO é o elevado número de casos benignos que se observam na prática, sobretudo em relação com a percentagem dos provocados pelo factor Rh<sub>0</sub>. A explicação mais plausível para estas discrepâncias observadas, reside em circunstâncias que convém assinalar:

Os títulos anti-A e anti-B nas crianças do grupo O, são geralmente mais baixos do que os das mães, enquanto que o título das aglutininas anti-Rh é geralmente igual nos dois. Este facto leva a admitir que os anticorpos imunes anti-A e anti-B não passam tão facilmente para o filho como os anti-Rh<sub>0</sub>, o que explicaria a menor incidência da D.H.R.N. para o sistema ABO do que para o sistema RhHr.

Outra grande diferença entre os factores A e B por um lado e o factor Rh<sub>0</sub> por outro, é que se os antigénios A e B estão presentes nos eritrocitos, eles são também abundantes em todos os tecidos do organismo assim como no próprio plasma sanguíneo. E por isso, um feto absorvendo como uma esponja os anticorpos A e B vindos da mãe, pelos diversos tecidos do organismo, vai impedindo que os seus eritrocitos sejam hemolizados, e que surja a doença. Pelo contrário, os antigénios Rh só podem estar presentes nos eritrocitos, pelo que os anticorpos ao passarem da mãe ao filho hemolizam em massa os eritrocitos deste, que são assim em muito maior número destruídos.

Outras diferenças há ainda a citar entre o que se passa na D.H.R.N. por incompatibilidade ABO, e a devida ao Rh. Assim, os dados estatísticos mostram que na maioria dos casos daquela doença, a mãe pertence ao grupo O. Embora várias

hipóteses tenham sido já apresentadas, ainda não se conseguiu no entanto encontrar uma explicação cabal para este facto.

Também clinicamente na D.H.R.N. que estamos considerando, a anemia só excepcionalmente é bastante acentuada, e é raro vermos surgir as complicações máximas deste tipo de doença, isto é, a icterícia nuclear, a anasarca feto-placentar, e a morte. É no entanto desconhecido o motivo porque esta anemia não atinge habitualmente valores graves, tanto mais que parece observar-se uma marcada reticulocitose e hiperhemólise.

Um caracter particularmente distintivo da D.H.R.N. provocada por estes anticorpos anti-A e anti-B, é o aparecimento de esferocitose nos glóbulos das crianças atingidas.

Como resultado dessa esferocitose haverá forçosamente uma baixa da resistência osmótica dos glóbulos. Ora como nos recém-nascidos normais a resistência osmótica dos eritrócitos é sensivelmente igual à dos eritrócitos nos adultos, se laboratorialmente pudermos constatar a existência dessa baixa, teremos mais um test a que Gasser atribui grande valor no diagnóstico da doença.

Outros autores tem atribuído também ao fraco desenvolvimento dos antigénios A e B nos eritrócitos fetais, a causa da raridade com que observamos casos graves neste tipo de doença, pois por essa razão eles teriam fraca actividade anti-génica para os anticorpos presentes.

De facto, é bem conhecida dos serologistas a dificuldade que muitas vezes há em determinar o grupo no sangue dos recém-nascidos. Esta dificuldade teve uma importância fundamental no caso que a seguir descrevemos.

A hepato e esplenomegália não são constantes, ou então observa-se aumento moderado destes órgãos. A icterícia nunca aparece logo na ocasião do parto e é geralmente só após 1 ou 2 dias que se começa a manifestar, primeiramente na esclerótica, e depois progressivamente na face, peito e dorso, que se tornam mais rapidamente ictericos do que os braços e as pernas.

A urina neste tipo de D.H.R.N. não costuma apresentar-se hiperpigmentada. Noutros casos, muito mais raros, a icterícia é particularmente intensa e precoce, e num recém-nascido com aparente bom estado geral pode instalar-se súbitamente um síndrome de icterícia nuclear, que se não interviermos, pode provocar sequelas graves, não reversíveis, ou mesmo a morte.

Estudos feitos sobre os casos de icterícia nuclear nestes doentes, mostram que há a mesma relação entre esta encefalopatia e a hiperbilirrubinémia indirecta, tanto para os casos de doença pelo factor Rh<sub>0</sub>, como por qualquer dos que constituem o sistema ABO.

## DIAGNÓSTICO

Os estudos laboratoriais desta forma particular de D.H.R.N., revestem-se, como já dissemos, de bastantes dificuldades, quer pela delicadeza das técnicas que ainda não estão suficientemente apuradas, quer na interpretação dos resultados obtidos. É certo que perante um quadro clínico típico, a exclusão laboratorial duma isoimunização anti Rh<sub>0</sub> deve-nos logo fazer pensar numa imunização para o sistema ABO. É no entanto necessário comprovar a existência da sensibilização dos eritrócitos da criança aos anticorpos imunes, pois não basta também encontrá-los no sangue da mãe ou da criança.

Ora a reacção de Coombs é quase sempre negativa, e com os artifícios da técnica introduzidos por Rosenfield, embora se torne muito mais sensível, ainda está longe de ser um test de segurança. Se é positiva, tem evidentemente o mesmo valor que na D.H.R.N. por anti-Rh.

Outra dificuldade com que por vezes deparamos, é o facto de se encontrarem valores relativamente altos, ao titularmos os anticorpos imunes nestes casos de gravidezes heterogrupais, sem que a doença venha clinicamente a verificar-se.

Fundamentalmente as técnicas laboratoriais para a pesquisa de anticorpos imunes baseiam-se sobretudo na diferença de comportamento entre estes anticorpos e as aglutininas naturais perante o aquecimento. Os anticorpos imunes são termoestáveis entre 63 e 70 graus centígrados, enquanto que as aglutininas naturais são destruídas a estas temperaturas. Também a adição de substância específica do grupo A ou B ao soro permite neutralizar as aglutininas naturais que são absorvidas por estas substâncias

deixando livres os anticorpos imunes que o não são. Podemos utilizar para este fim a saliva de indivíduos secretores, ou então a substância específica do grupo purificada A e B, já comercializada.

Uma titulação diferencial em meio salino (solutio fisiológico) e em meio albuminoso (albumina bovina a 30%) dar-nos-á o título das aglutininas naturais e dos anticorpos imunes presentes. Esta titulação deverá fazer-se no soro logo após a sua extracção, e depois de absorvido com a substância específica do grupo A e B, e inactivado a 63°, durante 30 minutos. A verificação da presença destes anticorpos imunes é também da maior importância na prática da Hemoterapia dos Serviços de Sangue, porque os portadores desses anticorpos imunes não devem ser usados como dadores universais para transfusões heterogrupais, pois que injectando o sangue que os contém, podemos provocar reacções, por hemólise, no receptor.

Também já foi referida a possibilidade de termos de considerar a hipótese, embora muito rara, duma dupla isosensibilização, isto é, para A ou B e qualquer outro antigénio sanguíneo. Neste caso a reacção de Coombs será com certeza positiva, e então há necessidade de, com o auxílio do estudo dos genotipos da criança e da mãe, identificar qual o anticorpo específico para o antigénio não presente no sangue da mãe, e existente nos eritrócitos do filho.

Em face das dificuldades inumeradas, vários autores têm procurado estudar novas técnicas, que facilitem o diagnóstico da doença.

Além dos estudos que se estão fazendo sobre os anticorpos no soro materno, baseando-se nas diferentes características dos anticorpos naturais e imunes, interessa-nos particularmente referir o test de Munk-Andersen, cujo fim é semelhante ao test de Coombs, isto é, pôr em evidência a fixação dos anticorpos sobre os eritrócitos da criança.

Este novo test baseia-se no facto, já conhecido desde alguns anos, de que diversos meios coloidais favorecem a actuação dos anticorpos incompletos sobre os eritrócitos, permitindo assim que a aglutinação tenha lugar e seja mais evidente. Entre as substâncias macromoleculares ensaiadas na constituição destes meios já foram utilizadas a gelatina, a albumina concentrada, o dextran, etc. É a mistura desta última com soro humano de dador AB<sub>0</sub>, que Munk-Andersen emprega na constituição do meio coloidal para a reacção que tem o seu nome e que consiste numa prova de aglutinação em lâmina, à temperatura ambiente, utilizando uma gota deste meio com uma gota de suspensão salina dos glóbulos a estudar. Esta aglutinação obtem-se em cerca de 96% dos casos estudados, pelo que parece ser um dos melhores meios de diagnóstico de que se dispõe presentemente. A sua positividade chega a observar-se mesmo em sangues colhidos vários dias depois do nascimento das crianças atingidas pela D.H.R.N.

Nos estudos laboratoriais respeitantes aos antigénios grupais do sistema ABO há que proceder cuidadosamente à sua identificação na mãe e no filho, em especial no que se refere à individualização dos antigénios que se encontram no sangue deste último.

A dificuldade da determinação do grupo do recém-nascido poderá resultar da fraca capacidade anti-génica dos eritrócitos ou do bloqueamento do antigénio dos eritrócitos pelos anticorpos imunes.

Qualquer destas situações é especialmente verificada nos casos de imunização pelo sistema RhHr, mas no sistema ABO tal facto poderá também ocorrer, levando a uma errada classificação grupal.

## TERAPÊUTICA

Confirmada laboratorial ou clinicamente a existência da D.H.R.N. é essencialmente pelos dados fornecidos pela taxa da bilirrubina indirecta no soro do recém-nascido, e pela data do aparecimento da icterícia e sua intensidade, que devemos orientar a conduta terapêutica.

Em princípio não devemos ir abertamente para a exsanguíneo-transfusão porque a experiência mostra ser elevada a percentagem de crianças com anticorpos imunes encontrados no soro que não apresentam quaisquer manifestações clínicas ou

quando muito apresentam icterícia, que evolue espontaneamente para a cura sem deixar sequelas.

Se no entanto os valores encontrados em sucessivos doseamentos da bilirrubina indirecta estão muito próximos ou excedem o limite crítico, geralmente estabelecido à volta de 18 mgr %, impõe-se a exsanguíneo-transfusão, como tratamento preventivo da icterícia nuclear. Habitualmente, basta uma única exsanguíneo-transfusão, com o que se obtém excelentes resultados. Deve utilizar-se sangue colhido recentemente do grupo O de dador universal não perigoso, a que se junta substância específica do grupo A e B (substância de Witebsky) pois o sangue isogrupal é sempre incompatível. O fim em vista ao dar sangue O, e não o isogrupal da criança, como pareceria lógico, é evitar que se injectem mais glóbulos que, contendo os antigénios próprios, seriam destruídos pelas aglutininas anti-A ou anti-B, conforme o caso, vindas da mãe e presentes no soro da criança, contribuindo assim para aumentar ainda mais a hemólise.

Além da prova de compatibilidade em tubo, entre o sangue escolhido para a exsanguíneo-transfusão e o da criança, é de boa norma fazer também a reacção de Coombs entre o soro da mãe e os glóbulos do dador a utilizar.

A relação entre a possibilidade e gravidade da icterícia nuclear com os valores da bilirrubina, parece ser a mesma que se observa na D.H.R.N. pelo factor Rh.

Verifica-se também não haver um agravamento da doença com as sucessivas gestações, tendo já sido citado um caso de segunda gravidez, em que a criança apresentou um quadro clínico que, relativamente ao da primeira gravidez, era mais discreto.

★

Estas considerações que acabamos de expôr, foram-nos sugeridas pelo primeiro caso de D.H.R.N. em relação ao sistema ABO, que diagnosticámos no Serviço, durante os seus três anos de actividade.

A nossa colaboração foi solicitada no dia 31 de Março pelos Serviços de Obstetrícia, onde uma criança de sexo masculino nascida por cesariana no dia 28, às 23,30 horas, apresentava icterícia acentuada. Tratava-se de um primeiro parto, após gestação que decorreu normalmente numa mulher de 33 anos sem quaisquer antecedentes clínicos, e especificadamente obstétricos, de interesse para o caso que estamos considerando. *Negar feito qualquer vacina ou terapêutica recente.*

O marido, com o qual há uma consanguinidade do 1.º grau, é também normal e saudável.

Nos dois primeiros dias de vida a criança evoluiu normalmente, tendo-se alimentado bem. No dia 30 a meio da tarde começaram a notar-se os primeiros sinais de icterícia, que se foram acentuando, motivo porque nos foi pedido no dia seguinte o estudo imunológico do sangue da criança, que passamos a descrever:

Grupo sanguíneo — A Rh + MN CcDEe  
Reacção de Coombs directa — Negativa

Perante estes dados, fizemos a tipificação dos glóbulos da mãe, que mostrou ser do grupo O Rh + MN CcDEe, e convocámos o pai, que verificámos posteriormente tratar-se do grupo A<sub>1</sub> Rh + MN CcDEe.

Perante estas constituições antigénicas pusemos a hipótese de estarmos perante uma imunização ligada ao sistema ABO ou a qualquer outro sistema grupal, em especial para o antigénio E, mas a negatividade da R. de Coombs levou-nos a excluir esta última hipótese. Além disso, a criança embora tivesse uma bilirrubinémia alta, de 30,6 mgr, apresentava um quadro clínico relativamente discreto, não se palpava fígado nem baço, e o estado geral era bom.

Os nossos estudos foram então orientados no sentido de confirmar a imunização para o sistema ABO, o que de facto se veio a verificar.

Fizemos-lhe então, com cerca de dois dias e meio de vida, uma exsanguíneo-transfusão com sangue isogrupal, isto é ARh+, que a criança suportou muito bem. Seguindo a técnica habitual do nosso Serviço, a exsanguíneo-transfusão foi precedida de injeção intramuscular de Largactil na dose de 2 mgr, meia hora antes de iniciada.

Como a veia do cordão umbilical ainda fosse permeável à introdução do cateter de polietilene foi esta a via que utilizámos, fazendo sucessivas extracções e injeções de volumes de 10 c. c. de sangue de cada vez, até um total de 600 c. c., o que demorou cerca de 50 minutos.

Durante a exsanguíneo-transfusão, para compensarmos a grande quantidade de citrato contida na substância estabilizadora do sangue utilizado, injectámos pela mesma via 1 c. c. de cloreto de Cálcio a 10 % por cada 100 c. c. de sangue administrado, e também doses de 1 mgr de Largactil endovenoso conforme as necessidades da criança, traduzidas por maior ou menor grau de excitação e espasmo venoso. No final, fizemos administrar uma fórmula intramuscular da vitamina K hidrosolúvel, e 200.000 u. de Penicilina de 8 em 8 horas.

Por se ter inutilizado o sangue destinado ao doseamento da bilirrubina no final da exsanguíneo-transfusão, não nos foi possível conhecer o valor desta.

No dia seguinte, a pele e as mucosas ainda apresentavam acentuada coloração, o que era absolutamente normal visto não se ter dado ainda completamente a passagem da bilirrubina acumulada nos tecidos para o sangue circulante, mas a bilirrubinémia baixou para 22,8 mgr por 100 ml.

No 2.º dia após a exsanguíneo-transfusão, houve novo agravamento, apresentando-se a criança fortemente ictérica, sonolenta e desidratada.

As pálpebras sobretudo, tinham cor amarela esverdeada, muito intensa. O exame neurológico feito nessa ocasião foi normal, e a bilirrubina no sangue colhido nesse dia acusou acentuada subida para 30,3 mgr %.

Como habitualmente após uma primeira exsanguíneo-transfusão se consegue logo obter melhoras no estado do doente, e porque clinicamente este caso de doença hemolítica não parecia de grande gravidade, levámos mais longe os nossos estudos imunológicos procurando identificar os subgrupos A. Assim, verificámos ser o filho A<sub>2</sub> e o pai A<sub>1</sub>.

Fizemos então uma 2.ª exsanguíneo-transfusão, desta vez com sangue A<sub>2</sub> seguindo a mesma técnica da anterior, que foi igualmente muito bem suportada. No dia 4 de Abril, isto é, 6 dias após o parto, a criança estava sem icterícia, tendo tido alta do serviço completamente bem, dois dias depois. Posteriormente já tivemos ocasião de a observar por diversas vezes, sendo o seu desenvolvimento absolutamente normal.

As análises complementares que efectuámos no sangue da mãe e do filho e indispensáveis para os estudos imunológicos, forneceram os seguintes resultados:

Reacção de Coombs directa nos eritrocitos do filho:  
Negativa

Reacção de Coombs indirecta no soro da mãe com glóbulos O ccD.Ee para despistagem duma imunização anti-E: Negativa

Reacção de Coombs indirecta no soro da criança com os glóbulos do pai: Negativa

Titulação de aglutininas e anticorpos imunes  $\alpha_1$  no soro da mãe:

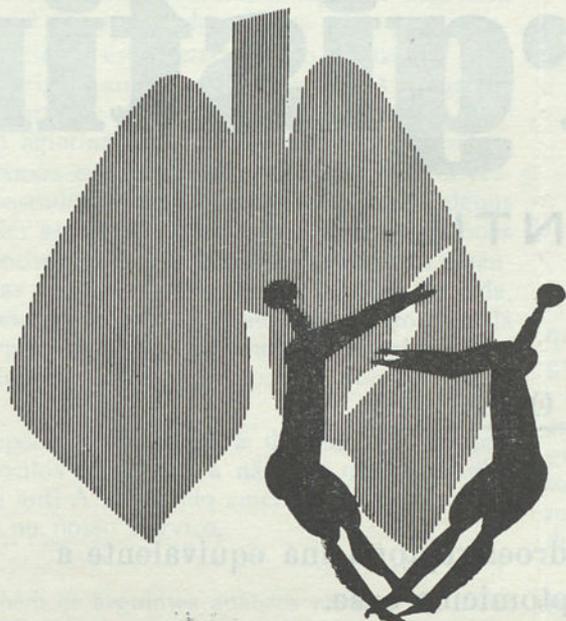
(Utilizámos nestas provas os glóbulos do pai)

- soro simples — em meio salino: 512  
em meio albuminoso: 65.536
- soro inactivado a 63 durante 30 minutos — em meio salino: 4  
em meio albuminoso: 2048
- soro absorvido com substância de Witebsky — em meio salino: 8  
em meio albuminoso: 2048

Titulação de aglutininas e anticorpos imunes  $\alpha$  no soro da mãe:  
(Utilizámos nestas provas glóbulos do filho)

- soro simples — em meio salino: 4  
em meio albuminoso: 128
- soro inactivado a 63 durante 30 minutos — em meio salino: 4  
em meio albuminoso: 32
- soro absorvido com substância de Witebsky — em meio salino: 0  
em meio albuminoso: 4

Pesquisa de hemolisinas no sangue da mãe: Negativa com sangue O, e muito fracamente ( + ) positiva com sangue A<sub>1</sub> e A<sub>2</sub>.



### **Estreptohidrazida\***

sulfato de estreptomicilidena isonicotil hidrazida

### **Combistrep\***

estreptoduocina

**NA VANGUARDA  
DA TERAPÊUTICA  
ANTITUBERCULOSA**

### **Viocina\***

viomicina

### **Terramicina\***

oxitetraciclina

associada  
a outros tuberculostáticos  
especialmente nos casos  
de intolerância ao PAS



*O Maior Produtor de Antibióticos do Mundo*  
PREPARAÇÕES VITAMÍNICO-MINERAIS • HORMONAS

\* Marca de fabricante de Chas. Pfizer & Co., Inc.

## NOVA DOSAGEM

# Synergistin

INFANTIL-R

### COMPOSIÇÃO

Sulfato de dihidroestreptomicina equivalente a  
0,25 Grs. de dihidroestreptomicina base.

300.000 U.O. de Procaína Penicilina G Cristalizada aquosa.

100.000 U.O. de Penicilina G sódica cristalizada tamponizada.

1 ampola de 3 c.c. de soro fisiológico apirogênico  
para solução extemporânea.

### APRESENTAÇÃO

Em embalagens de 1 e 3 doses



LABORATÓRIOS  
QUÍMICO  
BIOLÓGICOS

Avenida Elias Garcia — MASSAMA - QUELUZ - Telef. 950027  
EXPEDIENTE — Av. Duque Loulé, 108, 1.º — Lisboa — Telef. 42602  
PROPAGANDA — Av. Duque Loulé, 108, 2.º — Lisboa — Telef. 42816  
Delegação no Porto — Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º — Telef. 21383  
Deleg. em Coimbra — Av. Fernão de Magalhães, 32-1.º — Telef. 24556

Pesquisa de hemolisinas no sangue do filho: Negativa com glóbulos 0, e positiva (++) com sangue A<sub>1</sub> e A<sub>2</sub>.

Na interpretação destes resultados surpreendeu-nos um elevado título de anticorpos imunes  $\alpha_1$  perante uma estimulação antigénica pelo filho A<sub>2</sub>, enquanto que o título de anticorpos  $\alpha$ , que deveria logicamente estar aumentado, era realmente baixo.

A ideia que esta gestação tivesse provocado uma reacção dum processo imunitário por qualquer estímulo anterior (embora a mãe da criança negue vacinoterapia ou terapêutica recente), não nos pareceu justificativa para um tão elevado título de anticorpos imunes  $\alpha_1$  e então pusemos a hipótese dum erro de determinação grupal no sangue da criança.

Repetiu-se novamente esta determinação utilizando soro anti-A absorvido, de origem americana e soro anti-A absorvido preparado no nosso Serviço, confirmando tratar-se de um sangue A<sub>2</sub> pois não deu aglutinação com qualquer daqueles soros.

Como não víssemos explicação plausível para esta discrepância de valores, e baseados no princípio estabelecido por alguns autores de que o poder antigénico eritrocitário para os sistemas RhHr e ABO só se encontra em muitos casos inteiramente desenvolvido no sangue das crianças depois de 3 a 6 meses de vida, e também na hipótese dum bloqueamento dos eritrocitos da criança pelos anticorpos imunes  $\alpha_1$ , pedimos a comparência da criança no nosso Serviço justamente quando tinha 6 meses de vida.

Voltámos a repetir nessa altura a determinação grupal, continuando os eritrocitos da criança a não dar qualquer aglutinação com os soros anti-A absorvido americano e soro anti-A absorvido preparado no nosso Serviço.

Repetimos também as seguintes análises no soro da mãe:

Titulação de aglutinina e anti-corpo imune  $\alpha$

- a) soro simples — em meio salino: 512  
em meio albuminoso: 32
- b) soro inactivado a 63 durante 30 minutos — em meio salino: 16  
em meio albuminoso: 32

Infelizmente não nos foi possível titular as aglutininas e os anticorpos imunes  $\alpha_1$  por dificuldades de ordem técnica.

Na observação destes resultados parece-nos de ressaltar o aumento da aglutinina salina que na altura do parto era de título 4 e que agora aparece com um título de 512. Têm vários autores constatado tal facto, não se tendo encontrado ainda explicação para isso.

O título de anticorpo imune  $\alpha$  continua a ser baixo, o que não exclue a hipótese de responsabilizar o antigénio A<sub>2</sub> da criança na imunização da mãe, pois conforme se disse atrás pode haver a D.H.R.R. por incompatibilidade ABO encontrando-se um título baixo de anticorpos imunes.

Pedimos no entanto novamente a comparência da criança e da mãe no nosso Serviço ao fim de 8 meses de vida e voltámos a proceder a nova determinação grupal.

Utilizámos exactamente os mesmos soros e constatámos uma aglutinação nítida quer com soro anti-A absorvido americano, quer com o soro preparado no nosso Serviço.

A criança revelou-se então do grupo A<sub>1</sub>, podendo agora explicar-se o desencadeamento do processo imunitário  $\alpha_1$  na mãe, com um título de anticorpos imunes  $\alpha_1$  tão elevado, pois possivelmente esta gestação deverá ter estimulado a produção destes anticorpos imunes já existentes. Estes anticorpos devem ter bloqueado grande parte dos eritrocitos da criança, dificultando a sua determinação grupal.

Titulámos nesta data o soro da mãe e obtivemos os seguintes resultados:

Titulação de aglutinina e anticorpo imune  $\alpha_1$

- a) soro simples — em meio salino: 1024  
em meio albuminoso: 128
- b) soro inactivado a 63 durante 30 minutos — em meio salino: 8  
em meio albuminoso: 128

c) soro absorvido com substância de Witebsky — em meio salino: 0

em meio albuminoso: 0

Titulação de aglutinina e anticorpo imune  $\alpha$  no soro da Mãe

a) soro simples — em meio salino: 128

em meio albuminoso: 4

b) soro inactivado — em meio salino: 16

em meio albuminoso: 4

c) soro absorvido com substância de Witebsky — em meio salino: 0

em meio albuminoso: 0

Titulação de anticorpos imunes  $\alpha$  no soro da criança

a) soro simples — em meio salino: 0

em meio albuminoso: 0

## CONCLUSÕES

O interesse do presente estudo resulta de um conjunto de circunstâncias que consideramos de grande importância para quem se dedique aos problemas de imunidade, em especial à dos grupos sanguíneos.

De facto, além da necessidade que há, de ser feita de rotina em qualquer Serviço de Sangue a individualização do subgrupo A, queremos acentuar a dificuldade, bem conhecida de todos os imunohematologistas, que há em determinar correctamente o grupo para qualquer dos sistemas antigénicos no sangue dos Recém-nascidos, em especial aos afectados da D.H.R.N.

Nas crianças normais essa dificuldade resulta do fraco poder antigénico dos seus eritrocitos que, como já dissemos, nalguns casos só a partir do 3.º mês tem as suas características definidas.

No caso da D.H.R.N. essa dificuldade poderá ser devida ao bloqueamento dos antigénios pelos anticorpos imunes presentes no seu soro.

Na generalidade da bibliografia consultada só temos encontrado citações destas particularidades em relação ao sistema RhHr, mas perante o caso presente, julgamos que se deverão também generalizar ao sistema ABO.

Queremos ainda chamar a atenção para a importância da escolha do sangue para proceder à Exsanguíneo-transfusão em casos semelhantes, pois o sangue considerado na altura da intervenção como isogrupal, poderá levar a nova crise de hemólise. A fim de evitar este inconveniente deverá usar-se sangue de um dador universal não perigoso, a que se deverá juntar para maior segurança substância do grupo A e B (substância de Witebsky).

## RÉSUMÉ

L'intérêt de cette étude provient d'un ensemble de circonstances très importantes, à notre avis, pour tous ceux qui s'adonnent aux problèmes de l'immunité, particulièrement l'immunité des groupes sanguins.

En effet, outre la nécessité de procéder toujours, dans tout Service de Sang, à l'individualisation systématique du sous-groupe A, nous voulons accentuer la difficulté, bien connue de tous les immuno-hématologistes, qu'il y a dans la détermination exacte du groupe dans le sang des nouveaux-nés, quel que soit le système antigénique envisagé, spécialement s'ils sont affectés de maladie hémolytique du nouveau-né.

Dans les enfants normaux cette difficulté est conséquence de la faible puissance antigénique de leurs érythrocytes, qui, comme nous l'avons fait noter, dans certains cas ne présentent leurs caractéristiques entièrement définies qu'à partir du 3.<sup>ème</sup> mois.

Pour ce qui concerne le cas de la M. H. N. N., cette difficulté peut être due au blocage des antigènes par les anticorps immuns existants dans leur sérum.

Dans toute la bibliographie consultée nous n'avons trouvé citation de ces particularités qu'en rapport au système RhHr, mais en face du cas ici présenté, nous sommes d'opinion qu'on doit les généraliser aussi au système ABO.

Nous voulons encore signaler que dans les cas pareils il est d'extrême importance le choix convenable du sang si l'on veut faire une exsang-

guino-transfusão, puisque le sang considéré à l'occasion de l'intervention comme isogroupe, pourra donner lieu à une nouvelle crise de hémolyse.

À fin d'éviter cet inconvénient on devra utiliser le sang d'un donneur universel non dangereux, en y ajoutant, en toute sûreté, de la substance du groupe A et B (substance de Witebsky).

#### BIBLIOGRAFIA

ALLEN (FRED H.) e outros — Erythroblastosis fetalis — The New England Journal of Medicine, 1957.

ALVAREZ (ROMERO) e outros — Inmunohematologia clinica y técnica Buenos Aires, 1955.

DAUSSET (JEAN) — Immuno-hématologie biologique et clinique. Paris, 1956.

DAVID (G.) et INGRAND (F.) — Valeur du test de Munk-Andersen dans le diagnostic sérologique de la maladie hémolytique néo-natale par incompatibilité ABO. La Presse Médicale, n.º 28, de 1958.

FRANCO, Maria Luiza Almeida — Os sub-grupos A<sub>1</sub> e A<sub>2</sub> nos dadores de sangue — Comunicação ao Congresso para o Progresso das Ciências. Coimbra — 1956.

MUNK-ANDERSEN (G.) — A dextran serum medium for the demonstration of incomplete anti-A and anti-B — Acta Pathologica et Microbiologica Scandinavica, 1956, vol. 38, pág. 259.

STER (KURT) e outros — Neo natal serologic diagnosis of hemolytic disease of the newborn caused by ABO incompatibility — J. Lab. and Clin. Med., vol. 50, pág. 550, de 1957.

VIII Jornadas de Estudos sobre o recém-nascido e lactente — La Presse Médicale, n.º 9, de 1958, pág. 184.

Bulletin of American Association of Blood Banks. Anos de 1957 e 1958.

## Meios de acção da higiene mental <sup>(1)</sup>

EUGÉNIO MENDES DE MAGALHÃES

(Estagiário do Hospital Júlio de Matos)

Na lição anterior mostraram-se os problemas que existem na Universidade de hoje.

Grande número desses problemas são a consequência da própria orgânica da Universidade, da sua legislação e dos seus estatutos.

Outros porém levantam-se porque o estudante é transplantado para um meio que desconhece, é afastado da família ou, como disse, em síntese, o Dr. Alambre dos Santos, o estudante é colocado bruscamente numa situação de adultismo.

E é esta situação de adultismo que, fundamentalmente, cria os problemas de higiene mental, nas suas múltiplas facetas, mas que se podem englobar todas no conceito de inadaptação, conceito este que o Prof. Sobral Cid equacionou da seguinte maneira: — «todos os desvios e todas as anomalias da conduta humana, que trazem consigo uma revelação de uma inadaptação mais ou menos flagrante à vida em comunidade — quando se filiam numa causa de ordem estritamente médica — deveriam provocar da parte da Sociedade, imediatamente e à maneira dum mecanismo reflexo, uma reacção intervencionista inteligente e compreensiva, a cargo de certos órgãos que, uma vez impressionados pelo acontecimento, tratariam de pôr em acção os meios necessários para procurar as causas, para remediar e para impedir a sua repetição».

★

Quando se estudam na Universidade as causas de inadaptação ressalta, em primeiro plano, o conflito entre a personalidade do estudante e o meio ambiente universitário. Estamos assim convencido que o meio universitário e a personalidade são os dois vectores que tem por resultante aqueles problemas de inadaptação.

Qualquer meio de acção da higiene mental tem que assentar no conhecimento da personalidade do estudante. Esta é uma personalidade de transição pois que se situa entre a do adolescente e a do adulto.

E porque estamos numa fase de transição ou naquela fase que imediatamente antecede o lançamento de mais um elemento na estrutura da Sociedade, as práticas da higiene mental contribuem decididamente não só para a estabilização psíquica de futuros valores sociais mas também e ao mesmo tempo, dando a estes a formação necessária para que amanhã, na profissão, no lar ou na escola possam, eles próprios, ser técnicos de higiene mental.

Nestas condições as práticas de higiene mental na Universidade devem utilizar técnicas que interfiram fundamentalmente no meio ambiental, meio este em que, dum maneira activa, se realiza a personalidade do estudante.

Mas é possível influenciar ou modificar a personalidade de um indivíduo na idade dos 21-22 anos, tal é a idade média do estudante universitário? O mesmo é perguntar: a realização da personalidade é um processo biológico ou é um processo histórico-social? Seabra Dinis responde: «...os

órgãos dos sentidos do homem, como os dos animais, dão um reflexo aproximativamente exacto do mundo exterior, mas os órgãos dos sentidos do homem reflectem-no dum maneira mais profunda, mais completa, mais verdadeira do que os órgãos dos sentidos dos animais. E isso não se deve apenas ao desenvolvimento biológico, mas ao facto de que os animais não percebem o mundo circundante senão num processo biológico de adaptação ao passo que o homem percebe-o num processo histórico e social de acção sobre ele.

A superioridade sensorial do homem actual não é portanto só um produto do desenvolvimento biológico, nem do desenvolvimento individual, mas antes de tudo o produto do desenvolvimento histórico-social... Nesta progressiva consciencialização do mundo e de si próprio, o ser humano vai construindo de maneira não passiva a sua personalidade e tornando-se cada vez menos joguete mecânico das forças circunstanciais, e, conseqüentemente, cada vez mais responsável pelo caminho da sua própria vida».

Esta progressiva construção activa da personalidade responsabiliza o meio ambiente como factor desencadeante e de manutenção de mecanismos psicológicos que tendem, em última análise, a manifestar-se em perturbações de conduta ou de comportamento. Estas perturbações são muitas vezes reveladoras de quadros de ansiedade, de angústia, de neurastenia, formas de instabilidade emocional para as quais é necessário um exame dos factores causais actuantes se se pretende minorar adequadamente o sofrimento.

Estados de ansiedade, por exemplo, resultam de um conflito, por falta de adaptação à realidade, particularmente ao meio ambiental.

Contrariedades materiais de toda a ordem, económicas, escolares, sexuais, familiares e sociais, podem dar origem a conflitos inconscientes e desejo de se eximir a enfrentar uma situação desagradável. Manifestam-se dificuldades de ajustamento e adaptação às condições ambientais e o estudante tende a retrair-se dos factos e a refugiar-se na sintomatologia que deriva dos conflitos inconscientes, que se perpetuam, pela sua falta de resolução.

É evidente que a série dos factos descritos tem mais probabilidades de se manifestarem em indivíduos predispostos hereditariamente, ou em tipos de personalidade em que as emoções são lábeis e de carácter instável ou ainda noutros que, devido a circunstâncias constitucionais, tem dificuldades em enfrentar adequadamente os factos da realidade ou condições do meio ambiente.

O conflito que se estabelece liga-se posteriormente a qualquer ideia sem relação consciente com a situação recal-

(1) Lição integrada no I Curso de Higiene Escolar Universitária, proferida em 30 de Abril de 1958, na Faculdade de Letras de Lisboa.

cada. Esta transferência do afecto auxilia o doente a subtrair-se à vivência do conflito pela transposição inconsciente do afecto sobre qualquer coisa que é objectivo e compreensível — os sintomas físicos (falta de ar, desfalecimento, palpitações, preocupações com o pulso, etc., etc.).

A juntar a este mecanismo de fuga, há a atracção adicional de ficar, assim, em posição para invocar a simpatia para as suas queixas, sintomas e sinais evidentes cuja oportunidade de exhibir nunca perde. Assim, se a dificuldade fundamental, o conflito, ainda existe, ele fica dispensado da dificuldade de o resolver ou de fazer o ajustamento da situação.

Más adaptações e adaptações defeituosas resultantes da situação de adultismo do estudante universitário, dão origem a tensões emocionais que persistem pela falta de ajustamento adequado que, especialmente nos estudantes em que há particularidades constitucionais, influenciam o grau de resistência à fadiga e à rapidez de recuperação da mesma.

A longa persistência do conflito e a falta de ajustamento adequado, podem, por consequente, perpetuar as condições de fadiga mental e física, especialmente nos indivíduos predispostos.

Precuramos dar um exemplo do mecanismo psicológico de alguns tipos de perturbações que o estudante universitário pode apresentar.

Desta maneira deixamos também antever as possibilidades da higiene mental quando, pelas suas campanhas e realizações, procura reduzir ao mínimo a existência daqueles conflitos.

Que o problema tem importância mostra-o a estatística dos Serviços Médico-Psicológicos da Universidade de Londres onde, numa população de 3.000 estudantes, se verifica que dos 300 casos de perturbações psicológicas que se apresentam a consulta, cerca de metade correspondem a perturbações do tipo atrás descrito.

★

Esboçadas em linhas gerais as premissas em que tem de assentar a higiene mental, encaremos agora, em esquema, os seus meios de acção.

Dividiremos esse esquema em quatro sectores:

- 1 — Sector familiar
- 2 — Sector pedagógico
- 3 — Sector médico psicológico e profiláctico
- 4 — Sector das actividades circum-escolares

O sector familiar visa fundamentalmente a função de esclarecimentos junto da família. Esclarecê-la sobre a vida e missão da Universidade, facultando-lhe elementos sobre as condições de trabalho do estudante, sobre a valia das actividades circum-escolares. Esclarecer ainda no sentido de minorar as consequências extremas do adultismo e do infantilismo. Tornar a família receptiva ao progressivo desenvolvimento da personalidade do estudante. E finalmente dar a conhecer aos familiares aquelas outras noções de higiene mental que visam o rastreio precoce para a profilaxia da doença mental.

O sector pedagógico, de real importância, tem por missão o estudo da estrutura do ensino e das relações entre o professor e aluno. Desde a matéria ensinada até à mecânica dos exames e passando pelas próprias condições pedagógicas daquele que ensina, existe um mundo de problemas de higiene mental, para cuja solução se necessita dum outro mundo de boa compreensão e aceitação daqueles problemas.

Todos temos a impressão de que no tempo dos nossos antepassados o problema pedagógico não se punha com tanta acuidade. Ou porque a massa estudantil não era tão grande, o que evidentemente e de certo modo aproximava o aluno do professor, reduzindo a intensidade e a frequência das situações de choque, ou porque fora desse aspecto quantitativo havia um outro, qualitativo, resultante da existência de uma instituição estruturada, sem classes, que se traduzia na existência de mestres que, vendo no aluno a sua razão de ser, iam mais além da simples tarefa de preparar o estudante para

os exames. Na nossa Universidade não é raro que o primeiro contacto real entre professor e aluno se verifique precisamente na altura do exame.

Esta falta de contacto impede naturalmente a influência formativa, informativa e conselheira do professor sobre o aluno. E, como corolário desta situação, resulta o valor absoluto atribuído ao exame final quando este devia ser a conclusão lógica (diria mesmo pro-forma) duma apreciação positiva do trabalho do estudante devidamente julgado no decorrer do ano.

Sector médico, psicológico e profiláctico — O primeiro problema que se levanta neste sector é a escolha da profissão. Este simples facto conduz, com muita frequência, a situações de trauma psicológico constante, dado que o aluno não se encontra, a estadia na Faculdade eterniza-se e a família exige um aproveitamento escolar que nunca aparece.

A escolha da profissão assenta numa série de factores que, por via de regra, só por mero acaso, podem conduzir a resultados felizes. Queremo-nos referir às influências familiares e do círculo de amizades, às influências económicas, à duração do curso, às influências subjectivas e objectivas do próprio estudante.

Daí o choque habitual com as respectivas consequências psicológicas de adaptação entre aquilo que o estudante erradamente julgou e aquilo a que o seu curso o submete.

Na quase totalidade dos casos o estudante não faz uma ideia real do que representa concretamente o exercício da sua futura profissão.

O estudante é solicitado por aqueles factores e acaba por se submeter a alguns deles, duma maneira condicional ou incondicional, revoltado ou não, passiva ou activamente. Apesar de tudo os resultados escolares podem ser bons mas quando termina a dependência económica-familiar e o indivíduo entre no exercício da sua profissão aparecem então as incapacidades determinadas pela angústia, pela depressão, pelas perturbações da memória e da compreensão, perturbações estas que afinal tem por base uma desadaptação total à profissão.

Para dar solução ou pelo menos para reduzir ao mínimo os inconvenientes desta situação, haveria que estabelecer campanhas no sentido de esclarecer o estudante e a família sobre a orgânica dos diversos cursos e sobre as realidades e possibilidades de saída das diversas licenciaturas.

Algumas universidades estrangeiras distribuem pequenos livros que elucidam, esclarecem e orientam o estudante sobre os horários escolares, as disciplinas dos diversos cursos, número de aulas práticas e teóricas, sumários das matérias versadas nas cadeiras, visitas de estudo, etc., etc.

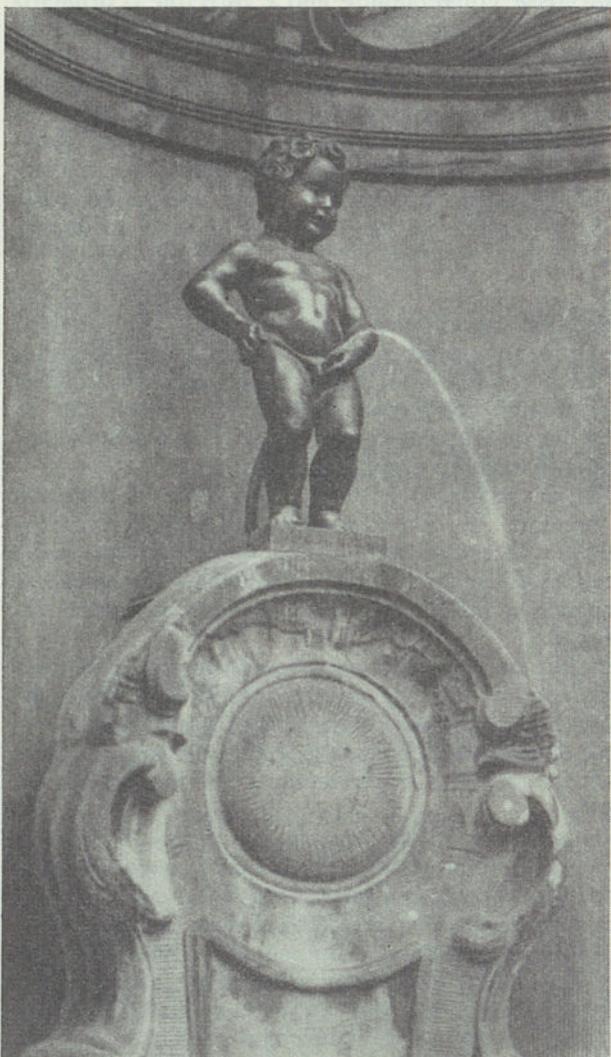
Na sequência destas campanhas de esclarecimento os Serviços Médicos Universitários deveriam estruturar um sector psicológico de orientação profissional a que o estudante seria submetido, não que se pretendesse eliminar candidatos a determinada licenciatura, mas sim dar uma orientação na base de dados psicotécnicos e de acordo com a sua personalidade.

Desta maneira e além do mais os Serviços Médico-Psicológicos Universitários ficariam, através destes estudos psicológicos, com a possibilidade da detecção precoce de qualquer desvio da saúde mental do estudante.

No campo profiláctico-terapêutico podemos exemplificar um meio de acção de higiene mental no domínio dos medicamentos estimulantes usados pelos estudantes.

Falam-se de drogas, chamadas psicológicas, tais como o fósforo e o ácido glutâmico que, actuam, duma maneira tonificante sobre as estruturas nervosas e mentais. Delay atribui-lhes valor indiscutível pois que a sua administração permite um aumento temporário das funções intelectuais.

Porém, outro tipo de drogas existe cujo mecanismo de acção é diferente do do anterior. São drogas que tem por acção tornar o espírito vigilante e que são excitantes do tónus simpático. São as chamadas aminas psicológicas como as do tipo da anfetamina. Todas elas realmente elevam o nível de elaboração mental, melhorando os testes de inteligência e fazendo desaparecer a sensação de fadiga. Mas todos estes medicamentos tem marcados efeitos secundários de depressão que contraindicam o seu uso em acidentes de aproveita-



agora, diurético é

# EXURIL

clorotiazida Sanitas

## As razões...

- 1— Atingiu maior eficácia, maior nível de segurança e maior comodidade, em todas as situações que requerem a ministração de um diurético, nomeadamente:
  - nos edemas e derrames da insuficiência cardíaca;
  - nos edemas do síndrome nefrótico;
  - nos edemas e derrames da cirrose hepática;
  - na tensão pré-menstrual;
  - nos edemas da gravidez;
  - nos edemas provocados pela terapêutica esteróide;
  - como reforço da medicação hipotensora.
- 2— Tem início de acção rápida e produz diurese proporcional às doses ministradas.
- 3— Potencia os diuréticos mercuriais (TEOFISAN), constituindo esta associação e terapêutica das situações extremas.
- 4— Funciona como hipotensor moderado nos doentes hipertensos, sem produzir efeitos indesejáveis nos normo ou hipotensos, e potencia a medicação hipotensora habitual.
- 5— Revelou menores efeitos secundários que qualquer outra medicação diurética realmente efectiva.

## ...e as provas

«A introdução de um novo e poderoso diurético oral, a clorotiazida, é facto de importância clínica considerável.... A necessidade de um diurético oral eficiente é urgente.... A clorotiazida é o último e o mais potente diurético oral que se preparou».

Editorial, *Brit. M. J.* 1957, 2: 1355 (7 de Dez. 1957)



«Fizeram-se extensas investigações clínicas e a *Clorotiazida* ganhou em poucos meses um lugar bem marcado na terapêutica. Revelou ser um diurético eficiente e ser livre de efeitos tóxicos.... Notou-se rapidamente a sua acção potenciadora dos medicamentos hipotensores».

BOADLEY SCOTT, *Advances in Medicina*  
*The Practitioner* 1958: 281 (Out. de 1958)

«.... As suas vantagens nítidas são: (1) ministração oral e eficiente, (2) aparente falta de toxicidade, (3) fácil aceitação pelo doente, (4) acção diurética mantida durante prolongados períodos de uso.... (5) rápido início e máximo de acção».

KEYES e BEILACHER, *J. A. M. A.*, 169: 111 (10 Jan. 1959)



«A *Clorotiazida* é um medicamento excelente para tratamentos do inchaço e dorido dos seios, associado com o síndrome de tensão pré-menstrual, visto que todas as doentes com estas queixas curaram-se completamente».

YUNGCK e outros, *J. A. M. A.*, 169: 112 (10 Jan. 1959)

«Os resultados mostraram que a *Clorotiazida* pode ser ministrada com efeitos terapêuticos satisfatórios e reacções secundárias mínimas no tratamento dos edemas da gravidez».

ASSALI, LEWIS e MONDS, *J. A. M. A.* 169: 26 (3 Jan. 1959)



mento escolar. No entanto o estudante insiste em usá-las pois reage ao efeito depressivo da droga tomando novamente a droga caminhando assim rapidamente para a intoxicação.

Impõem-se assim campanhas intensivas de Higiene mental no sentido de esclarecer o estudante sobre o uso de tais drogas.

Este problema aliás é bem conhecido dos Serviços Médicos Franceses que para tanto desenvolvem, junto dos estudantes, campanhas com filmes e cartazes sugestivos.

O sector das actividades circum-escolares engloba aquelas actividades que ocupam o estudante fora da sua actividade propriamente estudantil.

Por um lado queremos-nos referir às actividades formativas como aquelas que se podem desenvolver num esquema associativo académico. Neste campo podemos incluir práticas que visam a divulgação dos meios e fins da higiene mental. Queremos-nos referir, por exemplo às bibliotecas e aos filmes.

A selecção da literatura a incluir nas bibliotecas tem de ser bastante criteriosa. Entre nós é pequena a publicação de livros de divulgação sobre temas psicológicos e de higiene mental. Duma maneira geral os livros que aparecem, são traduções com os inconvenientes de se querer transplantar para nós soluções de problemas que, certos para os países de origem, afastam-se porém das nossas estruturas, normas e tradições. No entanto alguma dessa literatura limita-se a divulgar os princípios de higiene mental, embora muitos destes livros, senão a totalidade, não exercem qualquer influência directa sobre a maneira de resolver os próprios problemas de quem os lê.

Outros livros — e estes são os mais úteis — enriquecem os conhecimentos do leitor referindo uma série de simples técnicas que permitem, por exemplo, transformar uma ansiedade flutuante numa capacidade para actuar racionalmente. A certeza de que as restantes pessoas experimentam dificuldades análogas, pois que para tanto se escreveram livros sobre o assunto, é útil para a higiene mental.

Muitos artigos de revistas e folhetos editados por serviços de Higiene Mental pertencem a este género de publicações e são na realidade muito úteis.

No que a filmes diz respeito, muitos existem que são elaborados pelos próprios serviços médicos das Universidades estrangeiras e que visam estritamente fins de higiene mental.

Nesses filmes o tema é apresentado duma maneira gráfica de modo a tornar inevitável uma discussão por parte das pessoas que assistem ao filme.

Noutros o tema é elaborado de modo a que a solução apresentada seja indeterminada, de modo a que também, no final da projecção, a melhor solução é decidida em livre discussão.

Claro está que todas estas discussões são acompanhadas e orientadas por médicos psicólogos.

Dentro das actividades circum-escolares o desporto universitário encerra em si potencialidades várias que podem contribuir para a saúde mental. Não me quero referir exclusivamente ao desporto de competição em que apenas alguns grupos beneficiam da sua prática. Pensa-se quase sempre, na prática de desporto, em atingir marcas «records». Fazem-se inspecções médicas que tem por fim eliminar aqueles que não reúnem as condições físicas necessárias para determinado fim desportivo, deixando consequentemente os eliminados numa situação de choque psicológico, ao mesmo tempo que deita por terra a espontaneidade do estudante em se aproximar dos campos desportivos.

A medicina desportiva na Universidade deve também pensar no desporto como medida profiláctica da saúde mental pois que uma normal exercitação física contribui, de forma marcadamente notável, para uma boa estabilização psíquica.

Desta maneira campanhas de propaganda da prática de desporto e de educação física no sentido de levar aos campos desportivos — que agora já existem na nossa Universidade — o maior número de estudantes, constitue um magnifico meio de acção da higiene mental.

Incluimos a dentro das actividades circum-escolares o tema relacionado com as residências dos estudantes. Questão

magna, agora que a Universidade de Lisboa passa a ter foros de Cidade Universitária.

Salvo as residências da Juventude Universitária Católica, existem algumas mantidas e dirigidas pela Mocidade Portuguesa, organização que tem sido a pioneira de muitas realizações para estudantes, e que constituem já a única experiência que no nosso meio existe, a panorâmica geral resume-se invariavelmente aos clássicos quartos de aluguer, com ou sem pensão, onde isoladamente e distante da Universidade, o estudante vive o seu ano lectivo. Estas condições de vida, onde o conforto das condições de estudo, onde as salas de convívio são as salas do café mais próximo, onde a alimentação é por vezes quantitativamente abundante mas perigosamente deficiente sob o ponto de vista qualitativo — estas condições, dizíamos, são bem conhecidas e conhecidas as suas consequências por aqueles que, como médicos, estão ligados aos problemas universitários.

As residências universitárias, na medida em que elas saibam criar um ambiente, em que as trocas afectivas se possam realizar fácil e frequentemente sem que, contudo, a criação de grupos reduzidos e rígidos permita o aparecimento de graves tensões psicológicas — elas poderão ser o melhor agente de formação da personalidade do jovem, para além dos conhecimentos que a Universidade lhes faculta. Elas poderão constituir o órgão mais humanístico da Universidade de hoje já que nos anfiteatros ela falha nestes aspectos da sua missão.

Na planificação destas residências haverá que ter em boa conta os aspectos da higiene mental, sob pena de praticar graves erros que persistirão por muitos anos dado o peso material que a sua remodelação constituiria.

De certo modo, o atraso em que neste sector nos encontramos poderá ser considerado uma vantagem apreciável. Dá-nos a possibilidade de julgar o que noutros países tem sido ensaiado. E podemos assim, sempre do ponto de vista médico, condenar abertamente as soluções aparentemente grandiosas, em que o volume da construção disfarça afinal de contas o intuito de reduzir o custo por unidade. Afinal o que se passa é a transferência desse custo, por forma muito mais onerosa, para a sociedade, através da formação defeituosa que os jovens projectarão na sua actividade futura.

O isolamento a que o Universitário, vindo de todas as partes do Império, estaria sujeito em residências de centenas de quartos — como é a mais reclamada residência francesa, a de Antony — seria grandemente prejudicial à sua estabilidade e desenvolvimento.

A mesquinhês na construção geraria um grande número de casos de mediocridade.

A residência terá pois de ter condições para que nela se estabeleça um ambiente culto, sintónico e construtivo, através das suas menores actividades. Desde as refeições, aos períodos de repouso, à vida religiosa, às secções culturais, aos divertimentos que proporcionam.

As condições ideais do número de habitações e de área de construção para que este desideratum seja facilmente atingido — 60 a 80 alunos, com largas áreas de convívio — são economicamente ruinosas, mas parece-nos de boa profilaxia a microruína que aqui se praticaria a bem da estabilidade dos futuros dirigentes sociais.

Na primeira lição deste curso, o Snr. Dr. Vasco Bruto da Costa, levantou a ideia da criação dum Dispensário Universitário de Higiene Mental.

No decorrer desta minha palestra deixo antever que, sob o ponto de vista médico, outra solução não existe se quisermos contribuir para que a Universidade, além de simples técnicos, forneça à Sociedade os valores estáveis, de personalidade bem estruturada que, nos nossos dias, já com dificuldade se encontram.

Este Dispensário de Higiene Mental, incorporado numa estrutura polivalente duns Serviços Médicos Universitários, e com a colaboração e apoio da Liga Portuguesa de Higiene Mental e do Dispensário Central de Profilaxia e Higiene Mental de Lisboa, congregaria todas as possibilidades dos meios de acção da Higiene Mental na nossa Universidade.

NO TRATAMENTO DE: HERPES ZOSTER • CIÁTICA • NEVRITES • MIALGIAS



# BÊCINATRA

(Vitamina B<sub>12</sub> + Vitamina B<sub>1</sub> + Iodeto de sódio)

ANTINEVRÍTICO  
ANTI-REUMÁTICO  
ANTI-ÁLGICO

Caixa de 3 × 5 c. c. + 3 × 1 c. c.  
Caixa de 6 × 5 c. c. + 6 × 1 c. c.

LABORATÓRIO *Fidelis*

Movimento Médico

## Seara alheia

(dos livros e das revistas)

### Os envenenamentos mais frequentes nas crianças

JOSEPH R. CHRISTIAN e RONALD B. MACK

As substâncias que, com maior frequência, causam envenenamentos acidentais em crianças são as seguintes:

1. Salicilatos.
2. Sedativos (tipo barbitúricos).
3. Produtos químicos para lavagem doméstica de roupas e lexívia.
4. Derivados do petróleo e terebentina.
5. Inseticidas e raticidas.
6. Chumbo.

#### I — INTOXICAÇÃO PELOS SALICILATOS

São, em regra, casos de ingestão acidental de aspirina ou de erro de dosagem por parte do médico ou dos pais da criança.

A dose habitual de aspirina quando usada como anti-pirético é de cerca de 65 miligramas por ano de idade, de quatro em quatro horas. Aparecem os efeitos tóxicos quando se ingerem cerca de 150 miligramas por quilo de peso.

O metil-salicilato torna-se muito perigoso porque, além de ter um cheiro agradável, uma colher das de chá dessa substância equivale aproximadamente a quatro gramas de aspirina.

Doses altas de salicilato provocam um desequilíbrio metabólico no balanço ácido-base — primeiro *alcalose respiratória* e depois *acidose metabólica* — e exercem efeito sobre o metabolismo hepático, baixando a produção de protrombina (efeito anti-vitamina K) e dificultando a síntese do fibrinogênio, o que explica a *tendência a hemorragias* na intoxicação por estas drogas. Pode haver ainda *oligúria*, causada pela desidratação — exactamente uma condição necessária à administração endovenosa de solutos é que o débito urinário seja adequado.

Os fenómenos do desequilíbrio do balanço ácido-base sucedem-se em duas fases:

1.<sup>a</sup> fase: *alcalose respiratória*. Há hiperpneia, o poder combinante do CO<sub>2</sub> plasmático baixa e o pH aumenta.

2.<sup>a</sup> fase: *acidose metabólica*. Há também hiperpneia e o p. c. do CO<sub>2</sub> plasmático continua diminuído. O pH, porém, diminui.

O tempo de passagem da 1.<sup>a</sup> à 2.<sup>a</sup> fase varia de 1 a 6

horas e é inversamente proporcional à quantidade de salicilatos ingerida.

A única análise que tem valor diagnóstico é o *cálculo combinado do pH e do CO<sub>2</sub>*.

#### Tratamento

1. Se o doente é tratado poucas horas após a ingestão: lavagem total do estômago com uma solução salina hipotônica (não se deve usar o leite, grandes quantidades de água ou bicarbonato de sódio, o primeiro por aumentar a absorção e a depleção gástrica, o segundo por aumentar o déficit bioquímico retirando o sódio, cloreto e potássio do estômago, o terceiro porque aumenta a absorção dos salicilatos e a alcalose).

2. Até 6 a 8 horas após a ingestão: a solução inicial para administração endovenosa compõe-se de partes iguais de glucose em água a 5% e duma solução salina isotônica. Dá-se à razão de 4-5 c.c. por quilo de peso e por hora.

3. Na 1.<sup>a</sup> fase do desequilíbrio electrolítico junta-se à solução descrita em (2) gluconato de cálcio, 0,5 c.c. por quilo, para impedir a tetania provocada pela diminuição do ião Ca no sangue.

4. Outras medidas: oxigénio quando o salicilismo é grave, para combater a anóxia tecidual e a hiperpirexia. Vitamina K — 1 miligrama neutraliza o efeito de 1 grama de salicilatos. Transfusões de sangue ou plasma, se necessário. Vitamina C em largas doses. Corticóides. Antibióticos. Se a situação for muito grave, e em especial na intoxicação pelo metilsalicilato, fazer a exsanguino-transfusão ou a diálise peritoneal. Em casos com insuficiência renal grave, o rim artificial pode salvar a vida.

Além das contra-indicações referidas em (1), não se devem também usar os barbitúricos, o paraldeído e a morfina, que são potenciadores dos efeitos tóxicos dos salicilatos.

5. Além de 6 a 8 horas após a ingestão de salicilatos: a solução para uso endovenoso compõe-se de:

Uma parte de lactato de sódio 1/6 molar.

Duas partes dum soluto salino isotônico.

Três partes de dextrose em água a 5%

ou então uma solução poli-electrolítica, na dose de 2.400 c.c. por m<sup>2</sup> de área de superfície corporal.

A combinação das Vitaminas C+P

# CEPERIDINE

Composição:	Vitamina C	200 mg
	Rutina	20 mg
	Hesperidine	10 mg

Em tubos de 20 comprimidos

# PERDOLAN

ANTIPIRÉTICO E PODEROSO ANALGÉSICO

Composição:	Fenacetina	200 mg
	Ácido acetil-salicílico	200 mg
	Cafeína	50 mg
	Carbromal	30 mg
	Bromisoval	10 mg
	Fosfato de codeína	10 mg

Em caixas de 10 comprimidos

LABORATÓRIOS Dr. C. Janssen -

Eupharma

BÉLGICA

Representante: TITO BATOREO

Rua da Conceição, 35-1.º E. — LISBOA

## II — BARBITÚRICOS

As doses tóxicas excedem cinco a seis vezes a dose média como hipnótico.

### Tratamento

1. Lavagem em todos os casos, excepto naqueles em estado de coma, com um soluto salino hipotónico ou de permanganato de potássio a 1/5.000 — usa-se cerca de 500 a 1.000 c.c. de líquido. Antes de se retirar a sonda lança-se no estômago o antídoto universal:

duas partes de carvão vegetal em pó;  
uma parte de óxido de magnésio;  
uma parte de ácido tânico

na dose de 4 c.c. em meio copo de água.

Este antídoto deve dar-se em todos os casos em que se desconheça a natureza do veneno.

2. Analépticos. Devem usar-se com cautela, pois no caso de provocarem convulsões aumentam a hipoxia cerebral. Os mais comuns são a cafeína, a efedrina e a coramina. Alguns consideram a picrotoxina o analéptico de escolha — 3-6 mg, intramuscularmente, de meia em meia hora até aparecer trémulo ou o reflexo pupilar. Em estado de coma grave pode dar-se intravenosamente — 0,2 mg por quilo de peso, de 15 em 15 minutos, até aparecer trémulo muscular.

3. Glucose e um soluto salino isotónico, em injeção i. v., para auxiliar a excreção da droga e defender a célula hepática.

4. Oxigénio. Expor o acidentado ao ar em movimento. Se for necessário, entubar, para administrar O<sub>2</sub>. Em certos casos é útil fazer a traqueotomia.

É essencial nestas intoxicações impedir a hipoxia, que baixa o metabolismo, aumenta a insuficiência circulatória e deprime o sistema nervoso central.

5. Outras medidas: albumina sérica — 2 c.c. por quilo, num máximo de 60-80 c.c. — para diminuir o edema cerebral. Em casos graves: exsanguino-transusão ou diálise peritoneal. Antibióticos, contra as infecções secundárias. Tem-se usado recentemente um novo fármaco — NP 13, bemegrade ou megride — que possivelmente inibe a combinação do ácido barbitúrico com enzimas celulares do S.N.C. e doutras partes do organismo.

## III — PRODUTOS DOMÉSTICOS DE LAVAGEM. LEXÍVIA

A maior parte desses produtos contém hipoclorito ou ácido oxálico.

a) *Hipoclorito*. Lavagem imediata. Dar, ao mesmo tempo das medidas de suporte geral, uma bebida emoliente (azeite ou uma papa pouco espessa de farinha) e o antídoto universal (vd. tratamento dos barbitúricos (1)).

b) *Ácido oxálico*. Se a erosão bucal ou esofágica é diminuta, ou mesmo não exista, fazer uma lavagem com uma solução de permanganato de potássio a 1/5.000, seguida de cloreto de cálcio a 5%, greda ou uma solução de cal com grandes quantidades de água.

Se há erosões, dar intravenosamente 5-10 c.c. de gluconato de cálcio, para impedir a tetania.

Medidas sintomáticas e suportivas, para prevenir o colapso.

c) *Lexívia*. É, pelas constricções residuais, esofágicas, uma das causas mais importantes de acidentes em crianças.

Não fazer lavagem gástrica ou usar eméticos. Dar imediatamente vinagre diluído ou sumo de limão ou de laranja, logo seguidos por várias colheres de azeite ou de papa pouco espessa de farinha.

Se administrados dentro das primeiras 24-48 horas têm dado bons resultados os antibióticos de largo espectro e a cortisona (25 mg cada 6-8 horas) — diminuem ou impedem mesmo, o edema e a formação de cicatrizes.

Todos estes acidentados, independentemente da gravidade inicial dos sintomas ou lesões, devem ser seguidos pelo O.R.L.

## IV — DERIVADOS DO PETRÓLEO E TERESENTINA

Dada a semelhança do tratamento, quadros clínicos e complicações, incluem-se neste grupo o óleo de combustão, o querosene, a benzina, as substâncias para polimento de móveis e soalhos e a terebentina.

No tratamento destas intoxicações é essencial a prevenção da pneumonia devida a aspiração. A lavagem deve ser feita com cuidados especiais, a criança imóvel, com a cabeça mais baixa do que o resto do corpo, introduzindo-se-lhe um tubo para a lavagem do estômago. Esta é feita com cerca de 60 c.c. de óleo mineral, deixando-se ficar no estômago metade. Pinça-se o tubo antes de se retirar.

Nos casos com sonolência ou depressão: 0,5 c.c. de benzoato de sódio de cafeína.

Quando a respiração é difícil: 0,5 c.c. de coramina e tenda de oxigénio.

Antibióticos, para prevenir infecções secundárias ou uma pneumonite química.

Se aparecer cianose, devido a metahemoglobina, fazer transfusões sanguíneas e administrar intravenosamente 1-2 mg por quilo de peso.

Injectar líquidos por via endovenosa, especialmente glucose.

Se houver excitação, barbitúricos.

## V — RATICIDAS

Estes compostos contém várias substâncias extremamente tóxicas.

1. *Arsénico*. Lavagem gastro-intestinal ou eméticos. Antídotos específicos: BAL, 2,5-3 mg por quilo, em injeção



**Bom estado de equilíbrio  
Ausência de fadiga  
graças à**

**«Esanine»** ROCHE  
Marca de fábrica

**Regulador do sistema  
neurovegetativo**

**Grajeias 20 e 100**

F. Hoffmann-La Roche & Cie, S.A., Basileia/Suíça  
Representante: Henri Reynaud. Secção científica Roche: Rua do Loreto, 10, Lisboa, Tel. 30177

**BRONCOPENIL**

**BRONCOPENIL-E**

**INJECTAVEL**

**ADULTOS**

**SUPOSITÓRIOS**

**INJEÇÃO**

**INFANTIL**

**INJECTAVEL**

Associação de antibióticos (Penicilinas de absorção lenta ou idem + sulfato de hidroestreptomicina no Broncopenil-E) e balsâmicos, especialmente destinada ao tratamento das afecções inflamatórias da árvore traqueobronquica e do pulmão.



**LABORATÓRIOS VITÓRIA S. A. R. L.**

**• VENDA NOVA — AMADORA**

# FAGOMICINA



## ANTIBIOTICOTERAPIA CLÁSSICA POTENCIADA

- a) *Estímulo da capacidade fagocitária.*
- b) *Elevação do título de anticorpos específicos e inespecíficos.*
- c) *Aumento do poder bactericida do soro sanguíneo.*
- d) *Elevação do título de properdina.*

(HEMOFAGINA + PENICILINA + ESTREPTOMICINA)

intramuscular, de 4 em 4 horas. Solutos poli-electrolíticos para combater a desidratação.

2. *Tálio.* Lavagem com sódio a 1 %, iodeto de potássio ou tiosulfato de sódio. Diariamente, injeções i. v. de 20 c.c. duma solução aquosa de tiosulfato de sódio a 3 %.

3. *Intoxicação aguda pelo fósforo.* Lavagem com grandes quantidades de água contendo antídotos químicos (por exemplo, sulfato de cobre a 0,2 %, permanganato de potássio ou carvão vegetal activado). Evitar todos os óleos vegetais, leite, gorduras ou ovos, por aumentarem a absorção do fósforo. Para o tratamento do choque: transfusões. Para prevenir lesões hepáticas: solução de glucose a 10 %. Administrar também vitamina K, para aumentar o nível da protrombina.

4. *Estricnina.* Antes da lavagem, tratar as convulsões com barbitúricos por via intravenosa ou rectal. Controladas as convulsões, fazer a lavagem com permanganato de potássio ou uma solução de ácido tânico. Carvão vegetal activado, «per os».

### VI — INSECTICIDAS

Excepto nos compostos com metais pesados e do tipo dos fosfatos orgânicos, o tratamento é o seguinte:

Lavagem (não usar gorduras ou óleos).

Medidas de suporte: transfusões, líquidos intravenosos, oxigénio e estimulantes respiratórios.

Barbitúricos, para contróle das convulsões.

As intoxicações por insecticidas do tipo dos fosfatos orgânicos tratam-se com injeções de atropina até à atropinização completa. As medidas de suporte são as comuns.

### VII — CHUMBO

Deve suspeitar-se de intoxicação sempre que apareçam sintomas nervosos sugestivos de encefalite de origem obscura,

especialmente quando esses sintomas são atípicos: vômitos, obstipação, dor abdominal, perda de peso, letargia e convulsões. Um sintoma quase sempre presente é a vontade prevertida de comer substâncias impróprias. São auxiliares de diagnóstico: radiografias dos ossos longos, que revelam uma maior densidade das extremidades das diáfises; «pontos» basófilos nas hemácias; anemia; coproporfirinas na urina; níveis urinário e sanguíneo do chumbo aumentados; pleiocitose estéril no L. C. R.

#### Tratamento

EDTA — versenato de cálcio, com grande afinidade pelos iões chumbo, que vão substituir o cálcio daquele composto, sendo o EDTA-chumbo rapidamente excretado pelos rins; mesmo quando circulante, este último composto é relativamente inofensivo. O EDTA, conforme a gravidade do caso, pode administrar-se por via oral ou i. v..

*Via oral:* 250 mg, quatro vezes ao dia, por cada 15 quilos de peso.

*Via endovenosa:* 1 grama por cada 15 quilos de peso e por dia, dado em duas doses. Cada dose administra-se, durante mais de duas horas, numa solução de dextrose a 5%. Em regra dá-se o EDTA durante 5 dias, descança-se de 3 a 5 dias e recomeça-se, se necessário, por outros 5 dias.

Transfusões sanguíneas, para corrigir a anemia.

Se uma criança, recentemente tratado por uma intoxicação com chumbo, aparece com uma doença infecciosa, deve de novo tratar-se por aquela intoxicação, pois durante as infecções o chumbo dos ossos passa para os tecidos moles.

(Condensado de «The Illinois Medical Journal», n.º de Abril de 1958, por G. G.)

## Lesões traumáticas do pâncreas

ANGEL J. VALANIA

O pâncreas é talvez a víscera que menos frequentemente se lesa com um traumatismo abdominal, embora H. Hanan afirme que seja mais frequente do que se julga, pensando na etiologia provável do quisto pancreático.

Frequente é a lesão gástrica associada e mais rara a lesão gástrica associada.

Catell classifica as feridas pancreáticas em: penetrantes, não penetrantes e operatórias.

Penetrantes — Em regra são mais raras que as contusões. Contudo este órgão deve ser explorado quando há oportunidade para tal.

Não penetrantes — Mais frequentes que as anteriores. Os sintomas são muito difíceis de reconhecer.

Operatórias — Não tem lugar nesta exposição; dissemos só que ocorrem especialmente quando se opera um estômago, duodeno ou vias biliares.

### SINTOMAS E DIAGNÓSTICO

Os sintomas podem surgir imediata ou tardiamente pelo terceiro ou quarto dia, dependendo da lesão: laceração, secção completa ou simples contusão.

Nas grandes lesões, com hemorragia, etc., o choque é evidente, juntamente com a irritação peritoneal provocada

NO TRATAMENTO DE: FERIDAS • QUEIMADURAS • VAGINITES • CERVITES • RECTITES



# ADERGON

ANTI-SÉPTICO  
CICATRIZANTE

ÓVULOS — caixas de 6 e de 12  
SOLUTO — frasco de 30 g.

POMADA — bisnaga de 30 g.  
PÓ — caixa de 10 g.

SUPOSITÓRIOS — Caixa de 12

LABORATÓRIO *fidelis*

pelo sangue livre no peritoneu. O doente pode apresentar cianose e dispneia conforme a gravidade da lesão. A dor pode ser intensa, originada no epigastro e estendendo-se para os flancos e dorso. Este é um sinal que raramente falta. O sinal de Cullen consiste no aparecimento duma mancha azulada umbilical e se surge edema e coloração dos flancos trata-se do sinal de Grey-Turner.

Palpação — O abdómen está muito sensível e «defende-se» em maior ou menor grau de acordo com a lesão e quantidade de sangue.

No que se refere a dados laboratoriais é importante determinar a amilase no sangue e urina e o estudo da mesma no líquido peritoneal, no que se refere à actividade amilolítica.

Se a amilase for elevada no soro, depois dum trauma do abdómen superior, pensaremos em lesão do pâncreas, mas não podemos excluir outras lesões. Um pouco mais de certeza é dada pela actividade amilolítica do líquido de punção abdominal. Segundo Byrne, geralmente alcança valores altos, mais que no soro. O hemograma tem valor diagnóstico para afirmar a hemorragia.

## COMPLICAÇÕES DOS TRAUMATISMOS DO PÂNCREAS

São várias as complicações apontadas, tais como, pseudo-quistos, fístulas, pancreatites, etc. Contudo, alguns autores afirmam que é um pouco exagerado o papel do trauma como factor etiológico das complicações enunciadas e Shollow e Wagner dão uma frequência de dois a quatro por cento aos traumatismos como etiológicos de pancreatites agudas.

Outras das complicações das feridas do pâncreas é a hemorragia copiosa dada a grande vascularização da glândula. É imediata e a quantidade dependerá do grau de lesão. A hemorragia tardia é menos frequente. Podem surgir também os abscessos pancreáticos. As fístulas externas são complicações frequentes nas feridas do pâncreas. A desnutrição e a diabetes devem anotar-se como complicações, embora menos frequentes.

Tratamento — Perante um caso de ferida do abdómen, os cirurgiões concordam todos que é necessário praticar uma laparotomia e investigar se há lesões viscerais.

É evidente que existem duas tendências de tratamento no que refere a traumatismos do pâncreas. Alguns sustêm a conveniência de manter-se em expectativa e não intervir em casos de provada lesão pancreática; mas não há dúvida que podem surgir «a posteriori» as já conhecidas complicações que, naturalmente, levarão à intervenção. A outra tendência, a intervencionista, pode comportar duas hipóteses: sutura das partes lesadas e drenar e há quem afirme restaurar o canal pancreático coisa quase impossível, tècnicamente; outros há que

afirmam ser conveniente ressecar a parte distal do pâncreas lesado e mesmo o baço.

## TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES

### *Fístulas e pseudo-quistos*

Quando surge uma fistula consecutiva a uma lesão pancreática, é conveniente proteger a pele e bordos da ferida da acção do suco pancreático com substâncias que impermeabilizam e manter uma sonda com aspiração contínua. Vigiar os electrólitos e deprimir a actividade secretora extrema da glândula. A perda de fermentos pelas fistulas evidencia-se por perturbações digestivas especialmente no referente a gorduras e proteínas. Devem administrar-se fermentos pancreáticos.

Para as fístulas que não fechem espontaneamente pode tentar-se uma série de tratamentos, como injecções esclerosantes, rádio, raios X, etc., enquanto que para diminuir a actividade secretória pode usar-se a efedrina, bantina ou atropina. Se, apesar disto, não se conseguir fechar a fístula, esta deve ser ressecada com a parte distal da glândula..

Quanto ao tratamento dos quistos ou pseudo-quistos há vários processos: drenagem interna, marsupialização e a extirpação do quisto e do segmento distal.

## TÉCNICA DA PANCREATECTOMIA

Lahey utiliza a via transepiplóica, sobre o lado esquerdo, para expor o corpo e a cauda do pâncreas.

Antes de mais, deve identificar-se a esplénica que deve ser laqueada bem longe do baço e seccionada. Laqueiam-se e seccionam-se os vasos curtos da parte superior do baço e, mediante tracção do mesmo, se exterioriza a cauda do pâncreas o que facilita a dissecação posterior. No bordo inferior do corpo do pâncreas encontra-se a artéria e veia mesentérica inferior. A seguir à libertação do pâncreas, surge a veia esplénica que é seccionada. Laqueiam-se ainda as artérias pancreáticas superior anterior e posterior à saída da gastro-duodenal. Procede-se de igual forma com os ramos que a mesentérica superior dá ao bordo inferior do pâncreas. Pode assim seccionar-se o colo deste que deve ser suturado com fio não reabsorvível.

Para terminar pratica-se uma pequena incisão através do grande epiploon para passar um dreno até ao leito pancreático.

NO TRATAMENTO DE: DIARREIAS • COLITES • TRICOMONODIASES



# DISSENTOL

(Ftalilsulfacetamida + 5,7 diiodo-8-hidroxiquinoleína + Vitaminas B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, e PP)

ANTI-DIARREICO  
ANTI-SÉPTICO  
INTESTINAL

Não origina avitaminoses B.

TUBO DE 10 COMPRIMIDOS

LABORATÓRIO *fidelis*

## Etiologia e profilaxia do enfarte do miocárdio

R. KUTZ ECHARE

Das causas etiológicas da oclusão coronária, consideram-se importantes: a artereosclerose das coronárias, factores contribuintes e predisponentes e factores desencadeantes.

Ao contrário do que até há pouco se supunha, pensa-se, hoje, que a artereosclerose tenha uma origem metabólica, já por dados experimentais e epidemiológicos, como por factores clínicos e bioquímicos. Aliás, até uma prova terapêutica demonstrou que o nível de colesterol sérico é influenciado pelo regime alimentar. E a verdade é que um regime de restrição de gorduras melhora as manifestações clínicas dos doentes. Por seu lado, a trombose arterial condiciona a gravidade da arteriosclerose. Enquanto se não produzem trombos, as lesões de infiltração lipídica determinam um estado arterial que não provoca nenhum acidente brutal de isquemia. O que caracteriza a artereosclerose humana é a trombose arterial que a acompanha.

### TRATAMENTO PROFILÁTICO

Pela mesma ordem, deverá ser: tratamento da causa fundamental; da enfermidade e factores predisponentes, e dos factores desencadeantes.

No da causa fundamental, incluem-se: regime alimentar e modificadores bioquímicos do soro.

1) Regime alimentar: não são unânimes as opiniões a este respeito, mas pôde estabelecer-se uma lista de alimentos proibidos e permitidos, segundo a sua riqueza em colesterol.

Ricos em colesterol: leite, creme, manteiga e gelados; gema de ovo, fígado, cérebro, coração, rins, milharas, gorduras animais, carne de porco, toucinho peixes gordos (atum e salmão); ostras, camarões, pastéis.

Pobres em colesterol: leite desnatado, clara de ovo, carnes e peixes magros, cereais, legumes e frutas.

Ao prescrever um regime hipogordo, pobre em colesterol, temos de ter em conta que as gorduras não estejam totalmente ausentes; isso poderia levar a alterações graves, tanto de carácter psíquico como somático e fisiológico, portanto.

2) Modificadores bioquímicos da composição lipídica do soro: tentou-se a investigação de uma grande série de substâncias capazes de diminuir o colesterol e os lipídeos do soro. São eles:

Ácido fenil-etil-acético: usado na dose de 6 a 8 tabletes de 0,40 mg, pelo espaço de 6 a 12 semanas, repetido após um intervalo numa dose de manutenção de 4 tabletes diárias.

Substâncias lipotrópicas: embora sejam poucos os argumentos a seu favor, nesta acepção, usam-se a colina, metionina, inositol e betaína. Só como agentes capazes de impedir a degenerescência gorda do fígado, parece serem eficazes.

Siosteróis: são os mais vulgares dos fitoesteróis e parece diminuir apreciavelmente o colesterol sérico em doses de

15 a 18 g diários. Não se comprovou, porém, a eficácia destes produtos, de maneira categórica.

Os Iodetos empregam-se empiricamente, e nada se demonstrou a seu favor.

Surpresa é os ácidos gordos não saturados influírem de maneira tão acentuada no nível do colesterol do soro. A administração diária de 10 a 15 g de ésteres do ácido linoleico, provocam uma melhoria nítida dos doentes destes foro.

A heparina, as vitaminas e as hormonas tiroideias usam-se também para o mesmo fim, mas quanto a estas últimas nenhum benefício se conhece.

### TRATAMENTO DE DOENÇAS E FACTORES PREDISPONENTES

A importância da diabetes em cardiologia depende da frequência com que se acompanha de artereosclerose e suas complicações. É imprescindível o diagnóstico possível e o tratamento da diabetes nos doentes coronários. Neste último, influem hoje as sulfamidas hipoglicemiantes que lhe proporcionaram um avanço notável.

Já porque o desenvolvimento da arteriosclerose coronária é favorecido pela hipertensão pré-existente, já porque a artereosclerose costuma ser mais acentuada nos hipertensos, considera-se o tratamento hipotensor como um dos que contribuem para a prevenção da artereosclerose.

Também se conclue das estatísticas, que a obesidade predis põe à artereosclerose coronária mortal. Por isso, todo o artereosclerótico obeso, beneficia extraordinariamente com as curas de emagrecimento.

A hipercolesterolemia e as doenças das vias biliares estão implicadas também neste processo, que se mostra mais frequente no homem que na mulher, e parece que com maior incidência nos que exercem actividade sedentária.

### TRATAMENTO DOS FACTORES DESENCADEANTES

Parecem desempenharem papel importante, neste sentido, certos esforços, como o das relações sexuais, a subida rápida de escadas, etc., assim como o efeito do frio julga-se ser também desencadeante do processo.

Influência larga reconhece à tensão emocional, a agitação, o ritmo de trabalho, o esforço físico e psíquico contínuo, tudo tem a sua importância.

Das muitas drogas empregadas na terapêutica cita-se a vitamina P.

(Artigo condens. por Taborda de Vasconcelos, de «Revista Clínica Española», n.º 1, Janeiro de 1959).

## O LUGAR DA REVISTA ESPECIALIZADA NA LITERATURA MÉDICA (\*)

### II

E. MAZANEK  
(Viena)

O orador precedente fez certas considerações de ordem geral e referiu-se à experiência adquirida com algumas revistas inglesas especializadas. Procurarei completar a sua comunicação, fazendo alusão a algumas revistas especializadas do meu país: a Áustria. Existe entre nós, o que poderei chamar uma crise das revistas especializadas e é este o aspecto que tentarei focar, não só pela sua importância intrínseca, mas ainda para procurar evitar que a crise alastre a outros países.

Numa assembleia geral da Associação Médica Mundial, já tive ocasião de salientar que toda a imprensa médica está em perigo por causa da importância do que está escrito e publicado no domínio da medicina. A este respeito poder-se-ia até falar do domínio de certas especialidades médicas de ordem secundária. Com efeito, a ninguém é possível ler tudo o que se publica, mesmo que as questões tratadas sejam de certo interesse.

Por outro lado, os enormes progressos da investigação médica tornam necessária a publicação dos resultados obtidos para que estes possam ser acessíveis aos interessados de todo o mundo. Os trabalhos de investigação e sua publicação deveriam ser coordenados por certos escritores médicos e pela imprensa médica. No domínio da revista especializada, no entanto, esta tarefa é cada vez mais difícil, ou até impossível, à medida que os anos correm. Os progressos alcançados recentemente no domínio da medicina nuclear mostram que as revistas especializadas devem recorrer a novos métodos se quiserem cumprir com o seu dever, isto é: chamar a atenção dos leitores, como tão bem salientou o Dr. Campbell.

As revistas especializadas não têm como objectivo constituir manuais de referência às monografias, mas, pelo contrário, visam informar o público. A diferenciação linguística torna necessária a publicação de grande número de revistas especializadas, cuja franca tiragem não permite, muitas vezes, que sejam lucrativas. Muitas há que vivem sobrecarregadas de dificuldades. É preciso confessar que elas raramente contribuem para promover a cooperação internacional. Em vários países, já foi necessário cessar a publicação de diversas revistas especializadas e é este o caso da Áustria. A tiragem deste género de revistas vai diminuindo lentamente, mas

de maneira dramática e os seus longos e fastidiosos artigos só conseguem interessar um número pequeníssimo de médicos. Daqui resulta uma crise a que o chefe de redacção tem que fazer face. Felizmente o mesmo não sucede com as revistas médicas gerais, publicadas tanto para policlínicos como para especialistas. Não me quero, no entanto, demorar em tais revistas nem em publicações que não tratem de questões médicas propriamente ditas, como as que se dedicam à história da medicina ou aos aspectos morais e sociais da profissão.

Daqui a alguns anos, será absolutamente necessária uma reforma das revistas especializadas que corresponda à evolução da medicina no sentido duma ciência unificadora e internacional. Parece-me que à União Internacional da Imprensa Médica cabe o papel de determinar e preparar os métodos graças aos quais a imprensa médica dos diversos países possa ser coordenada. Esbocei um projecto que vos vou apresentar para exame e correcção.

1. O Secretário Geral publicará uma lista dos países membros da União e das suas revistas especializadas.

2. Os delegados de todos os países membros procurarão obter a cooperação dos seus colegas de diversos países para a realização dum projecto graças ao qual será obtida a cooperação das diversas revistas especializadas dos seus países bem como das de outros países, no plano redaccional. Primeiramente, esta cooperação far-se-á entre países da mesma língua. Sabeis perfeitamente quais os países que podem assim ser ligados. Os interesses nacionais serão o mais possível respeitados, porque o fim desta iniciativa é assegurar a coordenação e não a subjugação dum país a outro.

3. De futuro, e tendo em conta a eventual extensão de certas revistas especializadas no plano internacional, será possível alargar este carácter pela intensificação da cooperação dos diversos especialistas e pela publicação dos mesmos artigos em várias línguas. Poder-se-ia, por exemplo, fundar uma versão europeia do *British Heart Journal*. A publicação poderia ser assegurada em inglês, francês, espanhol e alemão e um conselho de redacção unificado permitiria juntar os artigos de declarada importância nas

diversas disciplinas médicas, provenientes de todos os países.

4. Quando esta iniciativa for efectuada, os artigos devem ser curtos para que cada número da publicação tenha o máximo valor possível e esta consiga atrair de número sempre crescente de leitores.

É preciso, no entanto, contar com as objecções dos autores a tal tentativa de abreviação.

5. Serão devidamente tomados em consideração no quadro do projecto, os interesses dos autores. Os autores cujos artigos forem publicados sob a forma de resumo deverão entregar três a cinco exemplares meconografados ou fototatados dos artigos originais num centro designado, fazendo-os acompanhar do relatório completo que tinham preparado sobre os trabalhos, para que os artigos possam ser lidos na sua versão integral.

Todos os autores terão assim a possibilidade de pôr o seu manuscrito original à disposição de todos os países; os leitores das revistas especializadas disporiam assim de resumos que os interessariam e os interesses dos chefes de redacção seriam também protegidos.

Dada a natureza internacional destas revistas que seriam publicadas em várias línguas mas com o mesmo conteúdo, a tiragem aumentaria e as relações internacionais e médicas seriam reforçadas em todos os domínios.

Apresentei os cinco capítulos essenciais do meu projecto em inglês, francês e alemão para discussão.

Sou de opinião de que, por este método, se poderia deixar de fatigar o leitor com um número excessivo de artigos originais longos e fastidiosos. Seria igualmente possível promover a cooperação entre os especialistas de todos os países e evitar que a crise das revistas especializadas, que receio seja demasiado grave, se produza, brevemente, em todos os países.

Este método permitiria igualmente promover a compreensão mútua e a cooperação internacional, que devem dois dos objectivos fundamentais da União Internacional da Imprensa Médica.

(\*) Comunicação ao Congresso da União Internacional da Imprensa Médica — Londres, Setembro de 1957.

# As comemorações do V Centenário da Rainha D. Leonor

FERNANDO DA SILVA CORREIA

(Continuação do n.º anterior)

No Porto vai também celebrar-se condignamente a passagem do V Centenário do nascimento da Rainha D. Leonor, com cerimónias várias cujo programa acaba de ser elaborado.

★

Estas simples notas do conjunto das homenagens já realizadas mais não pretendem do que corresponder ao pedido feito para se arquivarem em *O Médico* alguns ecos das Comemorações Oficiais e particulares em honra e à memória duma das figuras que na História de Portugal mais contribuíram nos fins do Séc. XV e primeiro quartel do Séc. XVI, para a reorganização dos nossos hospitais e da protecção médica, material e social aos desprotegidos da sorte, demonstrando, a par dum espírito caritativo excepcional, conhecimentos técnicos e sociais, inteligência e bom senso prático invulgares e inegaláveis entre nós. A expansão mundial que teve a sua obra e o reconhecimento do valor desta por estrangeiros imparciais confirmam os estudos portugueses, sendo honrosíssimo para a nossa civilização. O esboço que aí fica terá, como dissemos, o seu desenvolvimento e documentação na publicação dos trabalhos apresentados ao IV Congresso das Misericórdias e no Relatório oficial das Comemorações, cuja utilidade é manifesta, e de oportunidade e interesse máximo para a classe médica.

V

## A EXPOSIÇÃO DA MADRE DE DEUS EVOCADORA DA RAINHA D. LEONOR

A exposição evocadora da vida e obra da Rainha D. Leonor com que a Fundação Gulbenkian resolveu colaborar nas comemorações do V Centenário do nascimento da Mulher do Príncipe Perfeito, a quem já o Cónego Loio Jorge de S. Paulo, depois de estudar apenas os documentos do Arquivo das Caldas nos meados do séc. XVII chamara a Princesa Perfeitíssima, era esperada com a maior curiosidade e confiança, dada a meticulosidade, escrupulo, competência e liberalidade que a Fundação costuma pôr ao serviço das suas iniciativas.

O plano elaborado localizara-a logo inteligentemente no Mosteiro da Madre de Deus, já por este ser uma das Obras devidas à Rainha, já por ser em Lisboa, por ainda existirem restos bem visíveis da primitiva construção e do seu recheio, precioso desde o início, como pelo culto pela Fundadora que representam os sucessivos beneficiamentos ali feitos por D. João III, D. João V, D. José e até D. Luís, (apesar de certas barbaridades dos restauros de 1871), por se haver tornado por isso um dos núcleos artísticos mais notáveis do País, e — para que nada faltasse — por ser ali que repousam os restos mortais de D. Leonor.

Causou preocupações à Fundação antes de ser pretexto ou pasto dos eternos hiper-críticos ociosos e derrotistas, a distância a que ficava a Madre de Deus dos centros onde estes

costumam procurar destruir-se uns aos outros e a circunstância de a data marcada para a Exposição abrir ser a de fins de Outubro, agravada posteriormente pelo adiamento para o dia 6 de Dezembro e acrescida de o enorme edifício e o seu recheio habitual exigirem reparações múltiplas, caras, difíceis e demoradas. Era uma enorme responsabilidade, cheia de riscos, mesmo para uma instituição com o prestígio sólido anterior da Fundação Calouste Gulbenkian.

A Comissão Executiva das Comemorações ajudaria, promovendo uma visita rápida a todas as Misericórdias da Metrópole e colhendo-se nestas e nas das Províncias Ultramarinas e no Brasil o maior número possível de dados informativos, documentos e obras de arte que merecessem ser conhecidos. O Estado aproveitaria a oportunidade para, com a comparticipação da Fundação Gulbenkian, restaurar uma dependência do edifício destruída há anos por um incêndio, bem como o Mosteiro e a igreja, sendo os quadros e a talha confiados aos técnicos da Oficina de restauro do Museu Nacional de Arte Antiga, sob a direcção do Sr. Fernando Mardel.

Pois bem! A Fundação tudo previu, contou com todas as dificuldades e obstáculos, mas tudo soube organizar, paciente, competente e escrupulosamente, coordenando esforços dispersos, pondo todos os elementos em marcha equilibradamente, escolhendo entre os melhores elementos representativos colhidos, evitando acumulações de mau gosto que prejudicassem a boa e completa compreensão da figura e obra da Rainha; e tão constante e cuidadosamente vigiou e fiscalizou tudo e todos que a Exposição não só excedeu a expectativa optimista das pessoas cultas, viajadas e exigentes, como a de todos os colaboradores e até da própria Fundação, e conseguiu interessar de modo excepcional o grande público, as próprias classes populares e fundir mesmo o gelo dos derrotistas, transformando alguns deles nos que mais louvores lhe renderam.

Deve-se isso apenas à elevada verba inicial de 1.250 contos que a Fundação lhe destinou só para comparticipar no restauro da igreja? Os espíritos primários atribuem em geral tudo ao dinheiro, julgando, como na velha anedota da máquina de fazer chouriços de Chicago a funcionar ao contrário, que o que assim se consegue *vale* sempre, depois de realizado, tudo o que custou, só porque se gastou...

Ora as coisas verdadeiramente bem organizadas, por quem sabe o que é administrar, valem sempre mais do que custarem por mais que seja, e há coisas que valem imenso apesar de nelas não se haver gasto verba alguma — mas onde se aplicou sensatamente a inteligência, o saber, o bom gosto, o escrupulo, o trabalho, a vontade, a persistência, a generosidade, todas as boas qualidades, enfim, de uma ou mais pessoas — esse pouco! — que os mediocres, os ignorantes, os preguiçosos, os invejosos, os conflituosos, os vaidosos, os epicuristas e egoístas, os ambiciosos que só em si pensam, não podem evidentemente fornecer e por isso julgam que o dinheiro pode suprir quando não existem.

Por saber e poder dispor de tudo e o coordenar como coordenou, a Fundação Calouste Gulbenkian excedeu todas as expectativas na Exposição da Madre de Deus. Merece por isso os parabens e os agradecimentos de quantos se interessam pelo prestígio do País e das suas mais notáveis figuras e pela justiça devida a quem — como a Rainha D. Leonor — tanto se distin-

# COMBIÓTICO\*

COMBINAÇÃO DE PENICILINA - DIHIDROESTREPTOMICINA

Pfizer

Fórmula 1 Grama • Fórmula 1/2 Grama • Fórmula 1/4 Grama

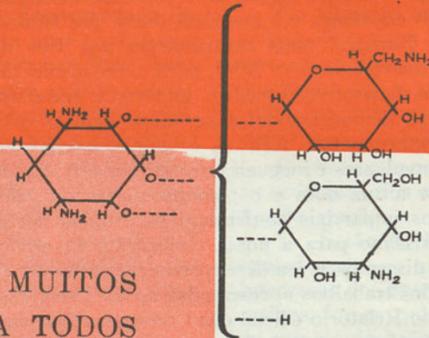


UM MAIOR ESPECTRO ANTI-MICROBIANO

# KANTREX

SOLUTO DE KANAMICINA

PARA USO PARENTÉRICO (INTRAMUSCULAR, ENDOVENOSO E INTRAPERITONIAL) E EM AEROSSOL



ESTUDOS CLÍNICOS PROVAM QUE MUITOS MICRORGANISMOS RESISTENTES A TODOS OS ANTIBIÓTICOS ATÉ AGORA CONHECIDOS (PENICILINA, ESTREPTOMICINA, CLORANFENICOL, ERITROMICINA, CLOROTETRACICLINA, TETRACICLINA, OXITETRACICLINA, OLEANDOMICINA E NOVOBIOCINA—SIMPLES OU EM COMBINAÇÃO)

SÃO SENSÍVEIS

AO

## KANTREX

(SULFATO DE KANAMICINA)

Entre os microrganismos patogénicos susceptíveis ao KANTREX encontram-se várias estirpes do

**STAFILOCOCCUS AUREUS E ALBUS,**  
**PROTEUS, A. AEROGENES, KLEBSIELA PNEUMONIA E,**  
**SALMONELLA, E. COLI, PARACOLI BACTERIUM, PSEUDOMONAS E ENTEROCOCCUS**

UM NOVO  
 ANTIBIÓTICO-BACTERICIDA

## INTEIRAMENTE DIFERENTE!

KANTREX — um antibiótico derivado do «Streptomyces Kanamyceticus» é bactericida contra uma grande variedade de microrganismos gram-positivos e gram-negativos, incluindo estirpes de micrococcus pyogenes var. aureus — o mais importante dos estafilococcus resistentes

RESULTADOS BRILHANTES  
 MESMO NOS CASOS GRAVES  
 DE

SEPTICEMIA E PNEUMONIA

Literatura pormenorizada à disposição da Ex.<sup>ma</sup> Classe Médica

UM PRODUTO PREPARADO PELO  
**INSTITUTO LUSO-FÁRMACO**

SOB LICENÇA DA  
**BRISTOL LABORATORIES INC. Siracusa-New-York**

### INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS

pneumonia, broncopneumonia, abscesso do pulmão, pleurisia, empiema, bronquiectasia, bronquite, laringite e traqueíte, etc.

### INFECÇÕES DO APARELHO URINÁRIO

pielonefrite aguda e crónica, cistite, etc.

### INFECÇÕES DOS TECIDOS MOLES

infecções de feridas, abscessos, celulite, especialmente furunculoses resistentes aos antibióticos habituais

### OSTEOMIELITES

### SEPTICEMIAS E SEPTICOPIOEMIAS

ACÇÃO BACTERICIDA  
 NAO APENAS BACTERIOSTÁTICA

ELEVADOS NÍVEIS NO SORO

EFEITO RÁPIDO

POUPA AS DEFESAS DO ORGANISMO INFECTADO

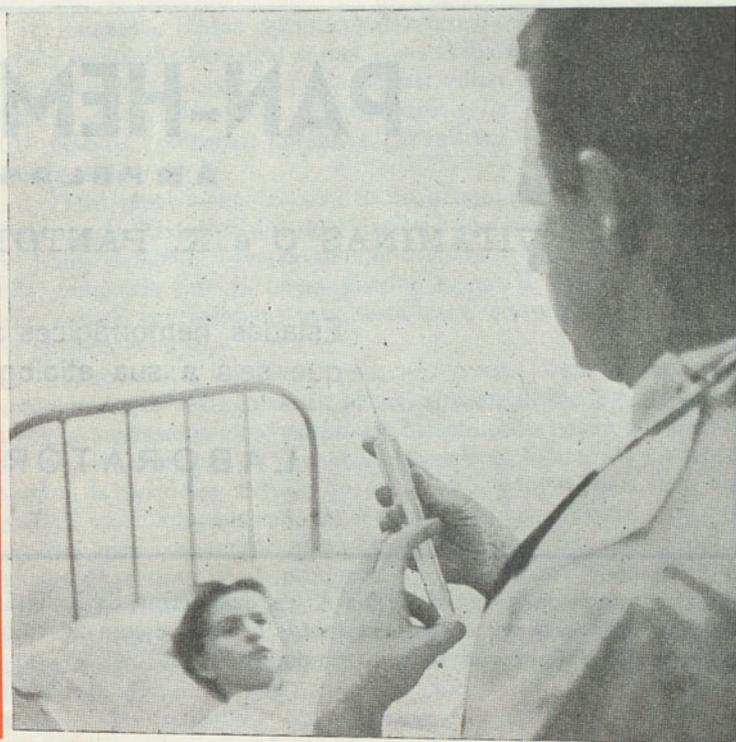
APRESENTAÇÃO

Embalagens de 0,5 e 1 grama, respectivamente em 2 e 3 cm<sup>3</sup> de soluto pronto a injectar, em frascos de rolha perfurável.

# TREX

SOLUTO DE KANAMICINA

PARA USO PARENTÉRICO (INTRAMUSCULAR, ENDOVENOSO E INTRAPERITONIAL) E EM AEROSSOL



NOVO

BACTERICIDA

E DIFERENTE!

Antibiótico derivado do  
«ceticus» é bactericida  
de microrganismos  
am-negativos, incluindo  
pyogenes var. aureus  
estafilococcus resistentes

BRILHANTES  
CASOS GRAVES

E PNEUMONIA

posição da Ex.<sup>ma</sup> Classe Médica

PREPARADO PELO

ISO-FÁRMACO

ENÇA DA

INC. Siracusa-New-York

## INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS

pneumonia, broncopneumonia, abscesso do pulmão, pleurisia, empiema, bronquiectasia, bronquite, laringite e traqueíte, etc.

## INFECÇÕES DO APARELHO URINÁRIO

pielonefrite aguda e crónica, cistite, etc.

## INFECÇÕES DOS TECIDOS MOLES

infecções de feridas, abscessos, celulite, especialmente furunculoses resistentes aos antibióticos habituais

## O S T E O M I E L I T E S

## SEPTICEMIAS E SEPTICOPIOEMIAS

●  
ACÇÃO BACTERICIDA  
NAO APENAS BACTERIOSTÁTICA

●  
ELEVADOS NÍVEIS NO SORO

●  
EFEITO RÁPIDO

●  
POUPA AS DEFESAS DO ORGANISMO INFECTADO

●  
APRESENTAÇÃO

Embalagens de 0,5 e 1 grama, respectivamente em 2 e 3 cm<sup>3</sup> de soluto pronto a injectar, em frascos de rolha perfurável.

# PAN-HEMOSTÁTICO

AMPOLAS-DRAGEIAS

VITAMINAS C e K, PANTOTENATO DE CÁLCIO e SOLU P<sub>2</sub>

Estados hemorrágicos agudos e crónicos, qualquer que seja a sua etiologia. Intervenções operatórias.

LABORATÓRIOS "CELSUS"

LISBOA

guiu no campo da Assistência, das Artes, das Letras, da Religião, do Espírito, do Bem, enfim, em tantos campos e com tal calor, sinceridade e êxito, ao mesmo tempo.

★

Em que consistiu então a Exposição da Madre de Deus? Não pretendemos dizê-lo em poucas palavras por isso ser impossível, nem o tentamos nas que exigiria toda a sua compreensão, porque isso representaria abuso excessivo da benevolência do leitor. Apenas registaremos notas breves, sintéticas, procurando as que pareçam suficientemente expressivas. As lições que esta Exposição e as restantes Comemorações deram a estudiosos, eruditos, artistas, médicos, administradores e ao grande público, são, com efeito, muitas e valiosíssimas, bem mais do que se esperava. Oxalá nenhuma delas deixem de ser inteligentemente aproveitadas!

A Fundação Gulbenkian — nomeadamente as individualidades que directamente orientaram a Exposição, os Snrs. Drs. José de Azeredo Perdigão e Prof. Artur Gusmão e as Dr.<sup>as</sup> D. Maria José Mendonça e D. Maria Tereza Gomes Ferreira — entenderam e muito bem que importava documentar suficientemente a genealogia ilustre, a biografia, as realizações, os locais e as datas, tudo o mais possível e mais do que nunca se havia conseguido reunir.

Como símbolo perfeito de todos os sonhos, planos e realizações da Rainha D. Leonor encontrava-se, antes de entrar no recinto da Exposição, a reprodução dum dos mais belos grupos da Misericórdia, à da porta da igreja da Conceição Velha. Esse grupo podia ser visto até pelos *chauffeurs* apressados que evidentemente estranharam o movimento desusado de serviços que houve de *táxis* para a Madre de Deus desde o dia 6 de Dezembro ao dia 11 de Janeiro. Algum mesmo, ou qualquer transeunte igualmente apressado, que apenas pudesse espreitar à porta do Claustro de D. João III, poderia fixar, com o grupo das Misericórdias, estas datas que estavam logo à entrada: a do nascimento da Rainha D. Leonor, em 1458, e a do seu falecimento, em 1525. Se fosse pessoa curiosa e inteligente esta dupla indicação seria o suficiente para lhe despertar perguntas e leituras e determinar uma visita menos apressada.

Tentemos outra hipótese, apressada embora também, a da pessoa culta que só dispunha de meia hora. Essa, além do grupo e das datas, encontrava logo à entrada o excelente volume com o Catálogo, que poderia depois ler em casa, em socego, e, um pouco ao acaso, se não tivesse quem a acompanhasse e esclarecesse, percorria a correr toda a Exposição... sem exceder a meia hora.

Logo no princípio, ao voltar à direita, ao longo do claustro do lado Nascente surgiam-lhe grandes mapas, retratos e datas que lhe recordavam alguns factos predominantes, monumentos e personalidades da época em que viveu a Rainha D. Leonor: evocação de viagens, de manifestações de Fé religiosa, de altos valores intelectuais e políticos, na Europa em geral e em particular em Espanha e em Portugal — os émulos dos portugueses na descoberta e conquista do mundo desconhecido. A parada, enfim, dos contemporâneos do último quartel do Séc. XV e primeiro do Séc. XVI.

Ao fundo do claustro abria-se uma porta onde se liam as efemérides principais da vida da Rainha, à entrada da vasta sala onde se reuniram metódicamente retratos de D. João I e de D. Filipa de Lencastre e seus descendentes: de D. Duarte e D. Leonor, sua mulher, de D. Afonso V e de D. Isabel, de D. João II, da Rainha D. Leonor, de D. Manuel e das suas três Mulheres sucessivas, de D. João III e D. Catarina — dos bisavós e avós da Rainha e de seu Marido, juntamente com os dos Infantes D. Fernando e D. Beatriz, seus pais, e fotografias dos túmulos de D. João II e de D. Afonso, seu filho, na Batalha, e da árvore genealógica iluminada, atribuída a Simão Bening e António de Holanda, que se encontra no British Museum de Londres. Um verdadeiro álbum de família, com os retratos melhores que se conhecem!... Mas não há tempo a perder. Há que passar a vista a correr por alguns quadros que pertenceram à Rainha D. Leonor, ou por ela encomendados ou oferecidos por seu primo o Imperador da Alemanha Maximiliano I, desde a *reportagem* artística referente a Santa Auta e à chegada ao próprio convento da Madre de Deus do seu Corpo, até ao Panorama de Jerusalém, onde foi pintado o retratinho da Princesa Perfeitíssima com o hábito de clarista. E, como eles, o grupo de Nossa Senhora das Misericórdias atribuído a Francisco de Holanda, onde figura D. João III e sua família, e a *Ascunção da Virgem* do Museu Machado de Castro, onde aparece o camaroero simbólico de D. Leonor. Ao fundo, numa vitrina, quatro preciosidades: o original em pergaminho do notável Compromisso do Hospital das Caldas, de 1512, com a assinatura da Rainha, o original duma carta sua, igualmente assinada, dirigida em 1524 à Misericórdia do Porto, o original em pergaminho da Cópia do Compromisso da Misericórdia de Lisboa, de 1520, e um exemplar da edição de 1562 da Compilação de todas as Obras de Gil Vicente, 11 das quais foram dedicadas à Rainha. Uma delas, o Auto da Sibila Cassandra, foi representado pela primeira vez na Madre de Deus, no Natal de 1513, fez precisamente 445 anos.

Noutra vitrine, a seguir, via-se a vista de Lisboa na iluminação do Manuscrito original da Crónica de D. Afonso Henriques de Duarte Galvão que está guardada no Museu do Conde de Castro Guimarães, de Cascais. Ao lado dele, no fundo da sala, a árvore genealógica da Rainha D. Leonor, competente e escrupulosamente organizada pelo Sr. Jorge de Moser.

Esta grande ala exigiria, para ser vista como devia ser, uma hora pelo menos, cheia de documentos preciosos e evocadora, só por si, de toda a vida e obra da Rainha. Como pode percorrer-se toda a Exposição em meia hora!? Só a correr, pois já passaram 10 minutos apressados, kaleidoscópicos...

E então, a caminho da escada que conduz ao claustro onde foi enterrada a Rainha fundadora quando morreu, uma simples vista de olhos, a fugir, para fotografias de monumentos e sítios que Ela viu, do seu tempo, ainda hoje existentes em Beja, Lisboa, Évora, Óbidos, Setúbal, Santarém e Caldas da Rainha. Subida a escada a correr, surgia, ao luar artificial da iluminação, um decalque do grupo tumular de D. João I e D. Filipa, na Batalha — o tronco de toda a Inclita Geração, dos bisavós comuns dos dois Príncipes Perfeitos, D. João II e D. Leonor.

Subida outra escada, igualmente à pressa, pois a Exposi-

ção acabava de abrir e ainda não se tinha ali interrompido o trânsito, como sucedeu depois, repetidas vezes, devido à enorme multidão, deu outra vista de olhos à colecção de admiráveis quadros que pertenceram ao Mosteiro da Madre de Deus, devidos a pintores contemporâneos da Rainha, como Weyden, Matsys e outros Mestres da Escola Flamenga, distribuídos por duas salas. No catálogo, que mal folheara, vira que o Dr. João Couto esclarecia excelentemente as dúvidas, o que só com vagar podia compreender quando voltasse a ver a Exposição.

Entretanto novos motivos de beleza e evocação: Na Capela de Santo António e no Coro do Mosteiro, para que nem quase olhou, pois noutra ocasião os poderá visitar com o vagar que merecem, chamou-lhe logo à entrada a atenção o cadeiral e Mesa da Misericórdia de Abrantes, onde se sentam os mesários presididos pelo Provedor e, perto deste móvel (tão móvel, apesar de enorme, que foi benemèritamente transportado) nova vitrine lhe chama a atenção com os *cimelios*, preciosos exemplares raríssimos das primeiras obras mandadas imprimir em língua portuguesa — de 1495 a 1518 — pela Rainha D. Leonor: *A Vita Christi*, os *Actos dos Apóstolos*, o *Livro de Christina* e o *Boosco Deleitoso*...

Ficaram-lhe ali os olhos! Depois leria em casa o que, com tanta competência e segurança, escreveu no belo catálogo sobre estes livros o Dr. Manuel Stevens. Mas havia que continuar. Ia entrar no Claustro alto de D. João III onde foi reunida a documentação referente a albergarias, mercearias, hospitais primitivos e gafarias, onde metódica e documentadamente se apresentavam fotografias, esquemas, efemerides, pergaminhos, com tombos alguns deles, como os de Óbidos, e Sintra, ordenados pela Rainha D. Leonor; outros, mais antigos, dos Séc. XIV e XV, referentes a hospitais do Espírito Santo e a tantos, que foram incluídos depois nas Misericórdias, após a reforma, fotografia duma lápide que existe ainda e pertencia à Albergaria criada pela Rainha D. Tereza em 1162 e deu origem à denominação da Vila de Albergaria-a-Velha; o notável manuscrito de Jorge de S. Paulo, em grande parte ainda inédito, que se ocupa da História da Rainha D. Leonor e da fundação e evolução, até 1656, do Hospital das Caldas.

Tantos e tantos documentos interessantíssimos, vindos de Norte a Sul de Portugal e das Ilhas Adjacentes, que pena não poder apreciá-los, nem quase sequer olhar para eles, assim a correr! Fotografias de azulejos, painéis de Misericórdias, baixos relevos, pinturas ingénuas, primitivas, tanta, tanta coisa interessante!

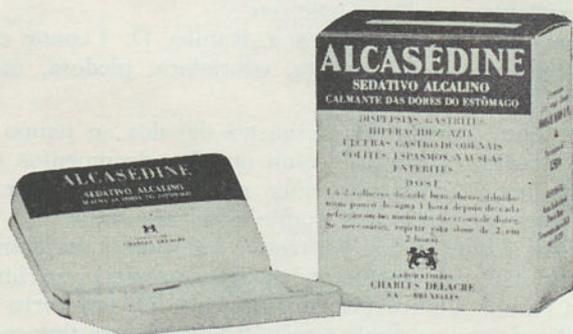
Mal reparou na fotografia no grupo lindíssimo de Nossa Senhora da Misericórdia de Varziela, dos mais belos trabalhos de João de Ruão. Teve de deixar o claustro para entrar noutra sala. Julgando que já havia visto o essencial, topou porém ali com tantas preciosidades que esta sala, só por si, seria uma Exposição notável.

Com efeito, encontravam-se ali, juntas, algumas das mais notáveis peças referentes às Misericórdias, desde um painel de azulejos representando o grupo das Misericórdias até a um aspecto do famoso Hospital de Goa. Lá estavam as tábuas de Gregório Lopes, da primeira metade do Séc. XVI, com o mais belo dos grupos, esse onde, em volta de Nossa Senhora, se vêem, à direita, um Rei, um Imperador, duas Senhoras coroadas, outra com o hábito de clarista e, à esquerda, está um Papa e dois bispos, um frade trinitário, sim, com menos de 40 anos, mas também um franciscano e um dominicano, simbolizando manifestamente as ordens terceiras franciscanas correspondentes, pois as regras destas se assemelhavam, todas, ao compromisso da Misericórdia, o melhor documento que se conhece, a desmentir a campanha dos trinitários que quiseram atribuir ao bom do Frei Miguel Contreras, da sua Ordem, a glória de haver fundado as confrarias. Ora Frei Miguel tinha já 70 anos quando a Rainha D. Leonor criou a confraria nova de Lisboa, como vem escrito na introdução da primeira edição do Compromisso, de 1516, talvez pela mão honrada de Frei Miguel, não se vendo por isso nesse painel, de Sezimbra, as letras F.M.I. (Fr. Miguel Instituidor) que absurdamente começaram a ser apostas nas bandeiras depois do tendencioso «inquérito» com que os trinitários em 1574 quiseram reivindicar abusivamente para ele a glória da fundação, julgando pouca a de colaborador prestigioso.

Lá estavam, nessa sala, com cerca de cem documentos de todo o País, as mais lindas bandeiras — as de Linhares e de

## PERTURBAÇÕES FUNCIONAIS DO APARELHO DIGESTIVO

# ALCASÉDINE



**Analgésico**  
**Antispasmódico**  
**Antiácido**  
**Normalizador das funções gástricas**

**Composição:** pó de beladona — subcarbonato bismútico — carbonato cálcico — hidróxido de alumínio — trisilicato de magnésio — papaína — diástase — baunilha

**FÓRMULA PERFEITAMENTE EQUILIBRADA, SEMPRE BEM TOLERADA COMPLETAMENTE ATÓXICA**

**Indicações:** DISPEPSIAS • GASTRITES • HIPERACIDEZ • AZIA • ÚLCERAS GASTRO-DUODENAIAS • COLITES • ESPASMOS • NÁUSEAS • ENTERITES

**Laboratórios Charles Delacre S. A. — Bruxelas — Bélgica**

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL E ULTRAMAR

**Rodriguez Marcos & C.<sup>a</sup>, L.<sup>da</sup>**

Rua Andrade, 63-1.º — LISBOA

Alcochete — com a de Valença e outras das melhores; lá se viam velhas imagens, como a de Nossa Senhora de Rocamador, de Torres Vedras, Nossa Senhora da Piedade de Ponte da Barca, as Tábuas de Lucas Van Leyden de Alcochete, o retábulo seiscentista de Miranda do Douro, o cálice de prata dourada que a Rainha D. Leonor ofereceu a uma igreja de Vila Franca de Xira, múltiplos documentos, como bulas e breves de Papas, livros de testamentos, alvarás reais, compromissos, cartas, inventários, doações, livros de receitas e despesas, um livro de eleições de Almada onde aparece, entre outros, o nome de Manuel de Sousa Coutinho, pouco antes de haver deitado o fogo à sua casa para nela não se instalarem os traidores a soldo de Filipe II; isto a par de inúmeras fotografias valiosas, de bandeiras com pinturas que dir-se-ia haverem sido pintadas por Picasso, etc., etc.

Saindo a correr desta admirável sala, mal pôde olhar já as inúmeras fotografias excelentes que havia no claustro, entre as quais a do sino mandado fundir por Vasco da Gama e que existe na igreja da Misericórdia da Vidigueira, a tribuna dos Mesários da Igreja da Misericórdia de Óbidos, as vistas tiradas em Olivença que provocaram a prisão do Dr. D. Fernando de Almeida, as do Funchal e de dezenas de outras Misericórdias. Entrou, já exausto, na sala onde, além do notável quadro flamengo *Fons Vitae*, de Colyn de Coter, pertencente à Misericórdia do Porto, ainda teve ânimo para deitar olhares rápidos ao testamento de D. João II, à cópia do Compromisso de Lisboa, à pertencente à Misericórdia do Porto, de 1498 — a mais antiga cópia que se conhece deste, à imagem de prata de Nossa Senhora dos Ardentes da Misericórdia de Lisboa, evocadora das terríveis epidemias medievais do mal de Santo Antão (ergotismo e suas complicações), à cruz de cristal e prata dourada da Misericórdia de Setúbal, a um cálice de prata dourada, também de Setúbal, da escola de Gil Vicente, como o de Vila Franca de Xira, a outras preciosidades que ali estavam expostas.

Eram horas de se ir embora. Atravessando a ala Sul do Claustro procurou sair, indo pelo topo da capela de Santo António, onde lançou mais um olhar aos paramentos das Caldas que ocupavam o local onde em tempos estava o célebre *Presépio*, e dispunha-se a descer a escada, quando encontrou o trânsito interrompido pela multidão que se acumulara na sala a admirar os quadros de Weyden e Matsys. Teve de invocar a qualidade de médico para o deixarem passar. Ao fundo da escada, deitou mais uma vista de olhos às estátuas jacentes de D. João I e D. Filipa, e, depois de a custo transpor o último lance, encontrou-se de novo no claustro de D. João III, no rés-do-chão. Só então se lembrou e reparou que ainda não tinha visto a sepultura da Rainha D. Leonor, que lhe apareceu iluminada com um foco eléctrico, lendo emocionado o epitáfio sóbrio que a assinala. Junto dela mal reparou nas sepulturas da primeira abadesa do Mosteiro, a Irmã Colecta, e da Duquesa de Bragança, D. Isabel, irmã da Rainha, viúva do Duque D. Fernando, que o rei seu marido mandou decapitar. Reparou então numa sala que estava ao lado, cheia de gente. Não resistiu a entrar. Estavam ali reproduções fotográficas de retratos, o primeiro de Ticiano, de duas sobrinhas de D. Leonor, a linda D. Isabel, filha de D. Manuel, que foi mulher de Carlos V e a Infanta D. Maria, a intelectual, sua irmã. Junto delas um manuscrito pertencente ao Dr. Jorge de Faria, da autoria de duas freiras do Mosteiro, de 1639, aberto na página em que contam a cerimónia da transladação dos restos da Rainha, sua tia, do piso superior do claustro, onde fora sepultada ao morrer, para o local onde hoje jazem, a que assistiu D. João III e toda a família e durante a qual as duas Infantas limpavam piedosamente os seus ossos com uma toalha, guardando-o depois num pote humilde de barro. Ao lado desta evocação emocionante estavam recordações da sua vida de angústia, a lembrar horas trágicas que a mortificaram: o lindo relicário de ouro e esmaltes que mandou fazer (a Gil Vicente?) para guardar um espinho da Coroa de Cristo, que

pertencera a seu avô, D. Duarte; dois livros de orações, em pergaminho, com iluminuras, trabalhos flamengos do Séc. XV; a pia de água benta que a Rainha usava, com as armas reais, o pelicano e o camaroeiro.

Estava terminada a visita à Exposição maravilhosa. Um olhar ainda para o tecto que deu o nome à Capela Árabe e à linda tapeçaria de Bruxelas que estava na parede.

O visitante apressado, depois de ver esta última sala, fechando os olhos viu D. Leonor como se houvesse ressuscitado. Ao sair desta sala quiz pisar — como Ela determinou no seu testamento — a sepultura da Santa Rainha e, assim, ainda entrou na primitiva igreja, descendo uns degraus. Quantas vezes ali haveria estado a rezar a sua Fundadora durante os derradeiros 15 anos da sua vida?! Olhando a Igreja da Madre de Deus depois de beneficiada com os restauros subsidiados pela Fundação Gulbenkian, os dourados dos altares, os múltiplos quadros, etc., e o equilíbrio arquitectónico do conjunto, surgiam como uma apoteose, ao som duma das músicas que se ouvia naquele momento, das três dúzias de composições seleccionadas, de entre as dos Séc. XV e XVI que tanto contribuíram para o ambiente de Arte e bom gosto dado inteligentemente à Exposição.

Mas o visitante apressado não podia exceder a meia hora projectada que destinara à visita. Era forçoso partir, quebrando o encantamento. Voltou a atravessar a igreja primitiva e a pisar a sepultura da Rainha, dirigindo-se para a porta da saída.

Só então reparou, ao ver o relógio, que, apesar da pressa e do programa, a sua meia hora durara... 4 horas. Na verdade para se ver convenientemente esta maravilhosa Exposição eram precisas 6 visitas de 4 horas! Só ao sentir o frio da rua se lembrou de que uma das razões porque se demorara fora a atmosfera morna das salas da Exposição conseguida com inúmeros radiadores de calor.

Para a descrever como ela merece seria preciso um livro inteiro, apesar de ter ficado tanta e tanta coisa por expor das inúmeras recordações, objectos e obras de Arte que se acumularam durante mais de quatro séculos e meio, desde 1498 a 1958, em mais de 300 Misericórdias da Metrópole e nas quase 400 que houve no Ultramar, a maior parte delas no Brasil, desde Marrocos ao Japão.

A escolha requintada e inteligente feita pela Fundação Gulbenkian reuniu 308 documentos, colhidos na Torre do Tombo, no Arquivo do Hospital de S. José, na Biblioteca Nacional, na Biblioteca de Évora, na Capela de Nossa Senhora do Ameal de Torres Vedras, na Fundação da Casa de Bragança, no Hospital Rainha D. Leonor e na Igreja de Nossa Senhora do Populo das Caldas da Rainha, em 68 Misericórdias, pouco mais da quinta parte das existentes na Metrópole, etc.

A Exposição apresentou-nos a Rainha D. Leonor como Ela era: inteligente, culta, artista, educadora, piedosa, caritativa, santa!

A sua Obra, apesar dos desgastes devidos ao tempo e à incultura de tantos, surgiu-nos como um dos documentos mais honrosos da nossa civilização, quer no Continente, quer nas Ilhas e nas remotas terras dos domínios ultramarinos.

Tão notável que, para a valorizar e interpretar devidamente e documentar tão completamente quanto possível, se impõe, depois desta parada admirável mas fugaz que foi por certo uma das mais notáveis causas ganhas pelo Advogado prestigioso que é o Dr. Azeredo Perdigão, que se organize um Centro de estudos sobre a Rainha D. Leonor e a História da Assistência em Portugal, cuja primeira tarefa seria a de coligir os *Charitatis Portu-calensis Monumenta Historica*.

Seria o modo de garantir continuidade ao êxito excepcional da Exposição da Madre de Deus e de compensar a memória da Rainha D. Leonor da ignorância, especulações e injustiças que durante quatro séculos encobriram lamentavelmente o seu Valor, a sua Caridade, a sua Obra, a sua Alma.

Nas  
tosses



# Penibron

Frasco de 150 g.

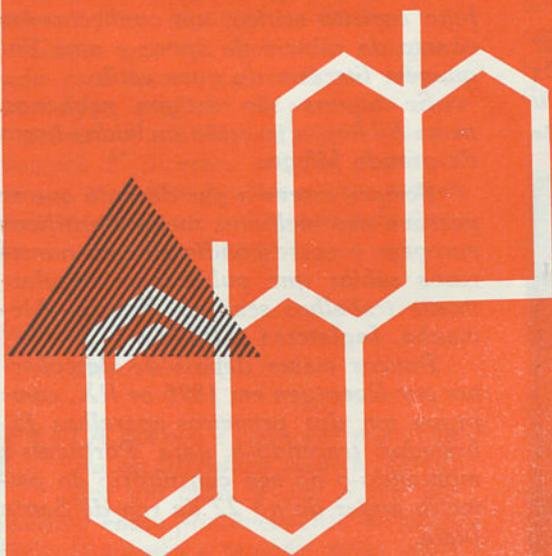
Dipenicilina G  
Antitússico  
Anti-histamínico  
Balsâmicos

GRANDE BAIXA DE PREÇO DA

PREDNISONA

QUE OS LABORATÓRIOS ATRAL  
APRESENTAM SOB O NOME DE

**CORTIOL**



FRASCOS DE 12	COMPRIMIDOS	60\$00
24	"	108\$00
30	"	118\$00

CORTICOSTERÓIDE  
MAIS POTENTE QUE  
A CORTISONA, COM  
MENORES EFEITOS  
SECUNDÁRIOS



LABORATÓRIOS ATRAL  
AV. GOMES PEREIRA, 74 — LISBOA

## ECOS E COMENTÁRIOS

ASSOCIAÇÃO DA IMPRENSA  
MÉDICA

No próximo mês de Julho vai realizar-se em Colónia o IV Congresso da União Internacional da Imprensa Médica. Assistirei a essa importante reunião como tenho também tomado parte nos congressos anteriores e nas sessões, realizados em Turim e em Bruxelas, onde se organizou a União. Tenho assistido, individualmente—embora representando não só as revistas que eu dirijo como outras portuguesas e espanholas — a todas as manifestações da União Internacional da Imprensa Médica, que já tem prestado excelentes serviços à imprensa médica e, portanto, à medicina. Mas o meu caso é excepcional, porque, no País, não há organização que reúna os vários periódicos profissionais. A União compreende associações nacionais da imprensa médica — que as há em muitos países — e são elas que se fazem representar nos congressos que temos organizado, como o próximo, em Colónia.

Já nas colunas de «O Médico» — que por várias vezes se tem ocupado das actividades da União Internacional da Imprensa Médica — temos alvitado a ideia de criarmos também, no nosso País, uma associação nacional que reúna todas as revistas de medicina. A necessidade de organizarmos tal associação ainda mais se impõe agora que estamos em presença de uma grave crise da imprensa médica portuguesa — crise que não deve preocupar apenas os editores e directores dos nossos periódicos, mas todas as pessoas interessadas no progresso da medicina nacional.

Daqui apelamos para o decano dos jornalistas médicos portugueses — o Prof. Costa Sacadura — pedindo-lhe que presida a uma comissão organizadora da futura Associação Portuguesa da Imprensa Médica. Da sua perene juventude, da dedicação pela imprensa médica que sempre tem manifestado, do dinamismo que mostrou em todas as actividades que ocuparam a sua longa vida — muito haverá a esperar a favor da medicina nacional, se o Prof. Costa Sacadura quiser tomar a iniciativa de se colocar à frente dum grupo de editores e directores das nossas revistas, para constituirmos a Associação Portuguesa da Imprensa Médica.

M. C.

## VIRGÍLIO MACHADO

No dia 1 de Março findo fez 100 anos que nasceu em Queluz Virgílio Machado, que viria a morrer em 16 de Junho de 1927, com 68 anos, portanto.

Estou a vê-lo ainda em sua casa, afastado da vida clínica e da vida docente, por motivos de saúde em que foi elemento dominante o RX, com que tra-

balhou durante 30 anos seguidos no seu Instituto.

Apesar de doente a sua inteligência fulgurante e a sua vontade de dar a conhecer aos outros o que sabia — numa vocação de Professor que se encontrava em toda a família — prolongou-se até aos últimos dias.

O que mais detestava era a mandriice e criara mesmo o neologismo *psiquergofobia* para denominar a aversão ao esforço mental.

Continuava a produzir e a publicar com uma regularidade espantosa. Os seus trabalhos foram focados pelo seu primeiro biógrafo, Dr. Arlindo S. Mon-



## ALGICINA

(Ácido acetilossalicílico)

## ALGICINA CAFEINADA

(Algicina + Cafeína)

## DORIDINA

(Antipirético e analgésico)

## ALGIFEDRINA

(Algicina + Cloridrato de Efedrina)

## LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO  
PASTEUR DE LISBOA

teiro e dividido nas seguintes secções: Neurologia, Electrologia e electricidade médica, roentgenologia geral, roentgensemiologia, urologia, ciências auxiliares da medicina, história da ciência e vária, onde estão incluídos os seus discursos, nomeadamente como presidente da Academia das Ciências.

No total mais de 200 trabalhos, alguns deles de grande visão para a época, em que aparece além de um perfeito espírito crítico, um conhecimento exacto da ciência da época e uma linguagem literária de puro estilo.

Se alguns são artigos pequenos, nesta bibliografia estão incluídos livros de grande fôlego.

Sempre esteve a par de tudo que se passava nos melhores meios científicos europeus e correspondia-se com numerosos sábios que publicavam regularmente trabalhos seus em França, Alemanha, Inglaterra e Itália.

Poucos meses depois de descobertos por Roentgen em 1896 os RX, comprava um dos primeiros aparelhos fabricados, trazendo-o para Portugal e montando-o no seu consultório do primeiro andar do n.º 22 da rua de Santa Justa.

Um dos seus primeiros visitantes foi o Rei D. Carlos, que, durante mais de 2 horas, se demorou a ouvir a exposição da teoria dos raios Roentgen e das imensas possibilidades que nessa altura se anteviam.

Construiu depois um Instituto onde lhe foi possível montar toda a sua aparelhagem eléctrica, num edifício em rua frente à Alfândega e que hoje tem o nome de Instituto Virgílio Machado.

Inaugurado o Instituto em 1903, recebeu pouco depois a visita da Senhora D. Amélia que fez radiografar uma das suas mãos.

Jubilado em 1917, dedicou-se até morrer a escrever artigos históricos e de divulgação da ciência.

Quando nos via, rapazes novos na Instrução Primária ou no Liceu, contava-nos sempre algumas maravilhas da ciência, numa linguagem clara que mostrava os seus grandes dotes didáticos.

Neste centenário de uma das mais brilhantes figuras da Medicina portuguesa, agrada lembrar o seu extraordinário exemplo.

J. A. L.

## MEDICINA ESCOLAR

DE «O Debate» (18-4-1959):

Num dos últimos números de «O Médico» é tratado por um dos seus colaboradores um tema deveras importante: o da Medicina Escolar.

Reorganizada pelo ministro Carneiro Pacheco, sob a inspiração do falecido professor Serras e Silva, este sector da medicina impôs-se de entrada, porque soube agregar um escol de médicos de forte formação moral e intelectual, os quais magnífico serviço pres-

taram a sucessivas gerações de estudantes.

Depois, passou-se a dar mais importância aos desportos do que a esta actividade médica, e ela foi integrada na Direcção-Geral dos Desportos. Hoje, quase não se dá por ela.

O seu principal papel, o de velar pela saúde moral dos rapazes em idades tão perigosas, está praticamente anulado pela falta de contacto entre o médico e os alunos, pois estabelecimentos há, onde aquele vai ao seu gabinete uma hora por semana para visar atestados, e fazer algumas vacinações.

Diz-se que vai agora ser reorganizado este sector da medicina. Ainda bem! Mas que não se perca de vista o primitivo espirito de 1934, se for possível. E dizemos «se for possível», porque o espirito heróico desses tempos anda inteiramente obliterado pela ânsia de «viver habitualmente».

#### DOENÇA DE HAMMAN-RICH

**E**STA doença é cada vez mais citada na literatura médica, devido, por um lado, a que o seu diagnóstico entra provavelmente no grupo das collagenoses e também pelas possibilidades terapêuticas que oferecem os corticoesteróides.

Foi em 1935 que Hamman e Rich (Tr. Amer. Clin. & Climat. A 51, 154, 1935) relataram três observações de um estado patológico caracterizado clinicamente por uma insuficiência respiratória progressiva, rapidamente fatal, anatómicamente por uma fibro-angiomatose pulmonar intersticial difusa de etiologia desconhecida.

O início da afecção pode ser brutal, revelado por uma infecção intercorrente, ou insidioso, compreendendo um quadro de tosse, dispneia e cianose; é o exame radiológico que sugere a realidade de uma fibrose pulmonar, mas as imagens (sempre bilaterais) não são específicas. A evolução da doença faz-se inexoravelmente para a morte, seja por insuficiência cardio-respiratória, seja pela infecção que sobrevem. Anatómicamente, trata-se de uma invasão monstruosa de proliferação intersticial das fibras conjuntivas, inundando os alvéolos em focos de esclerose densa, fazendo desaparecer a arquitectura do pulmão.

Sendo desconhecida a etiologia, compreende-se as dificuldades em tratar esta doença.

Se o tratamento, no período de estado, parece illusório, o diagnóstico precoce, pelo contrário, permitiria aos corticosteróides desempenhar um papel útil, principalmente no período inicial que corresponde a dilatações capilares, edema das paredes alveolares e exsudato fibrinoso antes da transformação hialina.

(«Mèdecine et Hygiene»  
— 30-3-1959)

#### A MEDICINA E AS NOTÍCIAS SENSACIONAIS

**A** Real Academia de Medicina de Madrid distribuiu à imprensa a seguinte nota:

«Na reunião do plenário desta Corporação realizada no dia 8 de Fevereiro tomou-se a decisão de solicitar dos Poderes Públicos o estabelecimento efectivo de censura para evitar que se propaguem notícias e informações sensacionais a respeito de toda a espécie de actividades profissionais, atentatórias contra o bom nome e prestígio da colectividade médica espanhola, com desprezo pelos mais elementares prin-

cípios deontológicos e morais, e que podem facilmente induzir a erro e confusão o grande público, com grave prejuízo para os que sofrem e carecem de auxílio médico.

A oportunidade desta decisão da Academia está sobejamente justificada perante a escandalosa difusão, em toda a espécie de órgãos publicitários (imprensa, rádio, televisão, etc.), de uma série de notícias referentes ao exercício da Medicina, que abertamente se opõem aos princípios básicos da moral profissional, reconhecidos e acatados em todo o mundo e expressamente assinalados no Regulamento por que se rege a Organização médica espanhola».

#### UM ANTIBIÓTICO SINTÉTICO

**P**OR meio de síntese química, conseguiu-se preparar um antibiótico fazendo parte do importante grupo das tetraciclina. Espera-se que este sucesso constitua um primeiro passo para a fabricação de antibióticos novos por meio de síntese. Pode-se avaliar a importância deste acontecimento científico pela circunstância de que, até agora, as tetraciclina só podiam ser produzidas com base em micro-organismos vivos.

Segundo as informações fornecidas pelo Dr. Swain, vice-presidente da Cynamid para o desenvolvimento dos processos e das investigações científicas, este sucesso corresponde a três anos de investigações muito intensas pelos químicos da American Cynamid Company. O Dr. Swain anunciou esta descoberta no decorrer duma conferência em 4 de Março último, ao mesmo tempo que anunciou a criação de um instituto europeu de investigações da Cynamid, em Genebra. O instituto, no qual colaborarão sábios europeus, ocupar-se-á da investigação de base nos domínios da química e da biologia.

Os químicos dos Laboratórios Lederle da Cynamid conseguiram realizar a síntese total de um derivado de um dos membros mais recentes do grupo tetracilina que se designa com a denominação de dometetra-cloro-tetraciclina ou, mais abreviadamente, por DMCT. Segundo o Dr. Swain, o novo derivado mostrou-se biologicamente activo no decurso de experiências de laboratório, mas não foi ainda objecto de experiências no animal. O DMCT foi originado de uma variante das estirpes de onde surgiu a aureomicina.

Este sucesso prova, como foi confirmado no n.º de 20 de Fevereiro do «Journal of the American Chemical Society», que as estruturas químicas atribuídas ao DMCT e a outras tetracilinas são exactas.

A investigação científica no domínio dos antibióticos tem-se limitado, em grande parte, à descoberta de novas espécies de micro-organismos capazes de produzirem substâncias actuais antibióticas desconhecidas até agora. O Dr. Swain designou a síntese do DMCT como um exemplo particularmente pro-

**MUITAS DOENÇAS  
INFECCIOSAS  
PODEM AGORA  
TRATAR-SE  
COM**

**IMUNORGAN**  
SEIXAS-PALMA

**Uma concepção  
nova e eficaz  
sem efeitos  
secundários  
nocivos**

*Caixas de 10 e 5  
ampolas de 3 c.c.*

LABORATÓRIO DE BIOLOGIA  
E QUIMIOTERAPIA  
RUA DE S. TIAGO, 9-LISBOA



metedor para o desenvolvimento dum programa de alcance tardio, no domínio da síntese dos antibióticos.

(De «Mèdecine et Hygiene»  
— 10-3-1959).

## ECOS DA IMPRENSA LEIGA

### VISITA MINISTERIAL A EVORA

EVORA, 19 — Esteve hoje nesta cidade, o Dr. Henrique Martins de Carvalho, Ministro da Saúde, tendo chegado ao Governo Civil às 16,40, onde foi recebido pelo sr. José Félix de Mira, chefe do distrito, que se encontrava acompanhado dos srs. Dr. Armando Perdigão, governador civil substituto e provedor da Casa Pia; Dr. Luís Vieira da Silva, presidente da Câmara; Manuel Alves Martins, presidente da Junta de Província do Alto Alentejo; e Dr. António dos Santos Cartaxo, secretário-geral do Governo Civil. Após breve troca de impressões com as entidades desta cidade, aquele membro do Governo visitou o hospital da Misericórdia, onde o provedor sr. Manuel Barahona, o director clínico, Dr. Artur Caeiro e médicos de serviço, lhe prestaram todos os esclarecimentos. Dali, o sr. Ministro da Saúde, acompanhado sempre pelo governador civil, seguiu para o Convento de S. Bento de Castres, onde se encontra instalada a secção masculina da Casa Pia, visitando as várias dependências e interessando-se por todas as explicações que o provedor e o director dos serviços lhe prestaram. O sr. Dr. Martins de Carvalho visitou ainda as obras em curso no antigo palácio dos Condes de Basto, que está sendo restaurado a expensas do seu proprietário sr. eng. Vasco Eugénio de Almeida (Conde de Vilalva) que lhe ofereceu na quinta da Cartuxa um jantar, no qual participaram os componentes da comissão regional da Liga contra o Cancro, com quem tratou de assuntos relacionados com a construção do hospital do Patrocínio na zona de urbanização n.º 1, local também visitado.

(Do «Diário de Notícias»)

### CARTAZES LUMINOSOS NAS FARMÁCIAS

A direcção do Grémio Nacional das Farmácias vai providenciar junto dos seus filiados em todo o País para que, dentro do mais curto prazo de tempo, todas as farmácias afixem em local bem visível, e dentro de um quadro iluminado, a indicação das «Farmácias de Serviço».

Foi este o resultado de um longo processo, que correu por intermédio da Direcção dos Serviços Técnicos, Exercício de Farmácia e Comprovação de Medicamentos do Ministério da Saúde e do respectivo director, Dr. Souto Teixeira. Foi em 1952, durante uma reunião da vereação de Lisboa, que o então vereador, sr. João Ortigão Ramos, chamou a atenção das entidades respectivas para o facto de em muitas farmácias mal se notar o cartaz indicativo de «Farmácias de Serviço».

A partir daí, o assunto não mais foi descurado.

A principal dificuldade era exactamente levantada pela Câmara Municipal de Lisboa que exigia, para a afixação de qualquer cartaz ou letreiro, as mesmas taxas e licenças exigidas para afixação de letreiros em qualquer outro estabelecimento. Não fazia sentido que as farmácias, devotadas ao interesse da saúde pública, estivessem em idênticas condições das «boîtes de nuit», por exemplo, sendo obrigadas a contribuir da mesma forma para o erário municipal.

Foram demoradas as negociações para revogar esta disposição. Finalmente, após reparos de vários jornais, o Ministro da Saúde, Dr. Henrique Martins de Carvalho, ordenou a rápida revisão do assunto, tendo-se chegado finalmente a uma solução: a Câmara Municipal isenta as farmácias

do pagamento de licenças pela afixação de cartazes com a indicação dos turnos.

Ontem, para ser comunicada esta decisão ao Grémio, reuniram-se no gabinete do director dos Serviços Técnicos e Exercício de Farmácia, o director dos Serviços, Dr. Souto Teixeira, o presidente sr. António da Silveira Machado e o chefe da secretaria do Grémio, sr. Ilídio dos Santos Coelho.

O Dr. Souto Teixeira informou o presidente daquele organismo do decorrer do processo, no qual participara, também o Grémio, enviando officios para a Câmara Municipal, ficando assente que aquele organismo iria, agora, estudar a maneira mais adequada de facilitar às farmácias a afixação dos cartazes iluminados.

A medida não se refere apenas a Lisboa, mas a todo o País, pelo que todas as Farmácias vão passar a iluminar o cartaz onde indicam os três estabelecimentos da especialidade que estão de serviço na zona. Pelas mesmas medidas, dimanadas do Ministério da Saúde, as próprias farmácias abertas, de serviço, terão que indicar quais as outras que se encontram, também, dentro do mesmo turno.

### MENOS 197 QUILOS

SÃO FRANCISCO, 10. — Pesava 252 quilogramas, tinha de altura 2,12 metros e de perímetros 2,13, 2,13 e 2 metros, respectivamente de peito, de ancas e de cintura, Celesta Geyer, de 58 anos, de Long Beach, na Califórnia. Agora pesa 54,48 quilos, tendo emagrecido 197 quilos em 14 meses.

Pesava 176 quilos quando me casei com Frank, aos 23 anos — conta a sr.ª Geyer. Quis tornar-me uma esposa modelar, e, por isso, dediquei a minha vida a cozinhar. Quando fazia uma torta, Frank comia só uma fatia, e então dei comigo a devorar o resto. No espaço de um ano engordei cerca de 50 quilos.

Alguns anos depois, a senhora Celesta Geyer atingiu a «notável» marca de 252 quilos, altura em que teve um ataque de coração. Os médicos aconselharam-na a seguir rigorosa dieta, a não ser que preferisse morrer.

Voltei a cozinhar, mas, desta vez, as minhas tortas continham uma mais elevada percentagem de vitaminas, na proporção em que reduzi as calorias — esclareceu, por último, a senhora Geyer. (ANI).

### INSENSIVEL À DOR

RIO DE JANEIRO, 14 — Há duas semanas chegou a esta capital, vindo do sertão, um índio de 12 anos, que numa caçada, ficou com uma seta espetada num dos olhos, disparada inadvertidamente por um irmão. O rapaz veio para esta cidade num avião militar e foi operado imediatamente. O seu estoicismo causou a maior surpresa, pois resistiu à dor a ponto de se deixar fotografar com a seta espetada. O índio está agora perfeitamente curado e voltou para a sua aldeia natal, perdida na floresta. Leva 110 quilos de bagagem, presentes de pessoas que se comoveram com a sua desdita. — (F. P.).

**Bioluétil**  
SEIXAS-PALMA

**PODEROSO ANTLUÉTICO  
DE BASE BIOLÓGICA**

**Bioluétil**  
MONOMETÁLICO  
Com Bi

**Bioluétil**  
BIMETÁLICO  
Com Bi + Hg

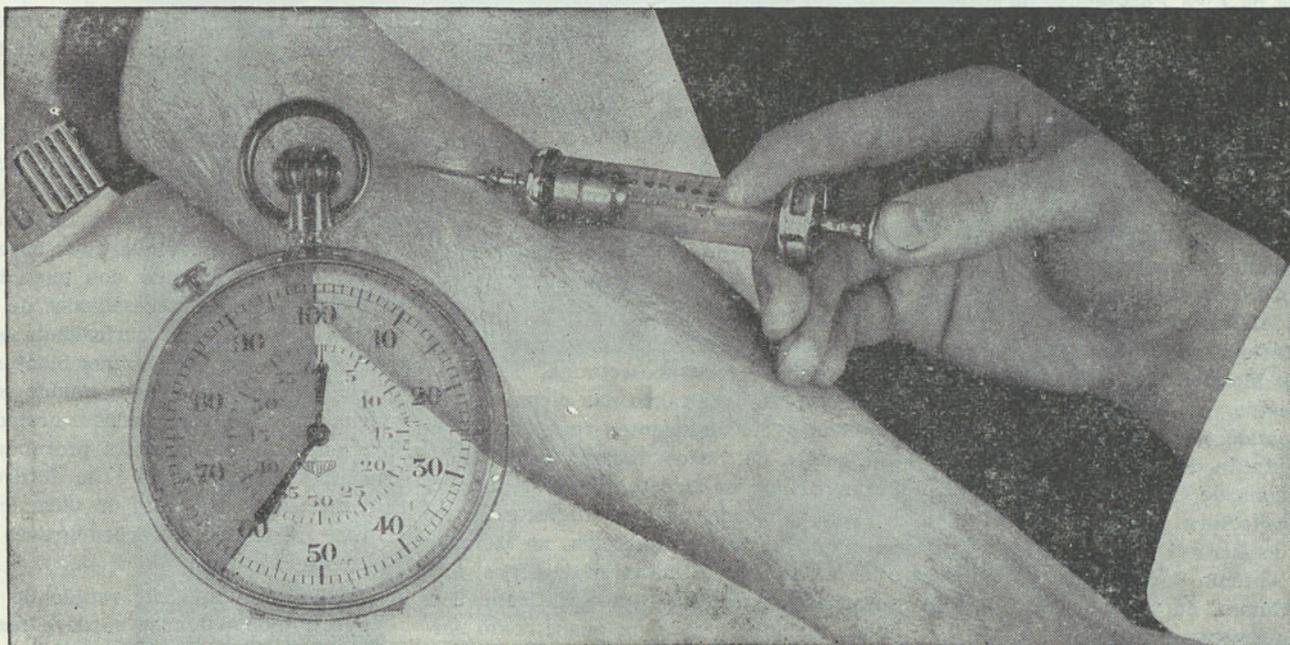
**Bioluétil**  
TRIMETÁLICO  
Com Bi + Hg + As

**GRANDE EFICÁCIA  
AUSENCIA DE TOXICIDADE**

LABORATÓRIO DE BIOLOGIA  
E QUIMIOTERAPIA  
RUA DE S. TIAGO, 9-LISBOA

LBO

Uma nova realização da série das tetraciclina para a  
terapêutica de largo espectro por via endovenosa



**Importante  
Novidade!**

## REVERIN®

Pirrolidino-metil-tetraciclina

**Ótima tolerância local e geral, mesmo em altas doses**

**Níveis sanguíneos terapêuticos durante mais de 24 horas  
com uma única injeção**

**Concentrações séricas iniciais altíssimas**

**Pequeno volume de injeção (10 cc)**

**Injeção rápida (1 minuto)**

### APRESENTAÇÃO:

1 frasco-ampola de 275 mg de pirrolidino-metil-tetraciclina  
(correspondendo a 250 mg de cloridrato de tetraciclina)  
+ 1 ampola de 10 cc de água bidestilada pro inj.



FARBWERKE

**HOECHST AG**

vormals Meister, Lucius & Brüning FRANKFURT (M) - HOECHST

Representantes: QUÍMICA HOECHST LDA.,

Secção Farmacêutica · Av. Duque d'Ávila, 169-1º · LISBOA

# LIGA PORTUGUESA DE PROFILAXIA SOCIAL

## Conferência pelo Dr. Alvaro de Carvalho Andrea, subordinada ao tema: «A recuperação dos deficientes, problema social do nosso tempo»

A convite da Liga Portuguesa de Profilaxia Social, o Dr. Alvaro de Carvalho Andrea, proferiu no salão nobre do Clube Fenianos Portuenses uma notável conferência onde tratou da «Recuperação dos deficientes, problema social do nosso tempo».

Presidiu o Dr. António Emílio de Magalhães, Director da Liga de Profilaxia Social, que chamou para a mesa de honra os srs. Dr. Adriano Rodrigues, representante do sr. Reitor da Universidade do Porto; Dr. Mário Cardoso, Director do Sanatório de D. Manuel II; Dr. António de Araújo, Director do Hospital-Sanatório Rodrigues Semide; Tenente Abilio Paranhos, representante do sr. Comandante da P.S.P.; Dr. Leonardo Coimbra, Director da Associação Protectora à Criança; Dr. Sobral Torres, do Instituto de Assistência à Família; Dr. António Paúl, Subdelegado de Saúde, Dr. Gomes de Almeida, António Lima e Carlos Enes, representantes do Clube Fenianos.

O conferente começou por afirmar que o fito fundamental da recuperação é transformar um indivíduo considerado inútil, num ser tècnicamente preparado para, mau grado as suas inferioridades funcionais, poder encarar o futuro que o espera com uma relativa tranquillidade tanto no campo social como no campo do trabalho.

Mas tal só será possível desde que todos os que têm pessoal ao seu serviço, os admitam também a eles, não por dó, mas nas condições com que aceitam os outros — os válidos — confiando na sua preparação técnica.

Afirmou que espera que o Porto, como grande zona industrial e como pioneiro em tantos e tão variados assuntos, o seja igualmente na aceitação para o trabalho dos saídos dos Centros de Recuperação, tanto mais que em breve, um — talvez o primeiro de Portugal — aqui funcionará.

Definiu em seguida o que se entende internacionalmente por Deficiente, mostrando que nesse enunciado aparecem, como elementos de primordial importância, as palavras trabalho, emprego e possibilidades profissionais, o que prova que uma lesão física ou sensorial não impede que o seu portador volte a exercer uma profissão, depois de recuperado.

Para demonstrar e justificar esta afirmação, cita um grupo de grandes empresas americanas que dão trabalho a deficientes, indicando conjuntamente os resultados conseguidos por uma Comissão deste país que estudou um grande número de profissões em função dos vários tipos de deficientes.

Passou em seguida a definir Recuperação, dividindo-a em funcional, social e profissional, esclarecendo os fins conseguidos por estas três variedades e quando devem ser aplicadas.

Lembrou que embora muitos pensem que haverá uma acentuada diferença entre o rendimento e o nível de produção dos deficientes e válidos, apesar das profissões que os recuperados irão exercer terem sido escolhidas de acordo com as necessidades profissionais e com a natureza das lesões, tal não acontece como têm demonstrado numerosos estudos feitos por organismos qualificados e neutros.

Para provar com a maior evidência o que tinha acabado de afirmar, mostrou para apreciação o resultado de um inquérito realizado na Grã-Bretanha.

Como demonstração das elevadas possibilidades dos deficientes recuperados citou nomes de vários artistas e desportistas mutilados, cujas fotografias foram projectadas, dizendo que na Inglaterra, nos Estados Unidos, na Finlândia, na Holanda e na Alemanha há milhares de cegos, amputados e paralíticos que praticam desporto, trabalham e vivem quase como normais, provando que a sua deficiência não os condena a uma vida de inutilidade ou de miséria física ou moral.

Afirmou, mudando de assunto, que para se conseguir uma eficaz recuperação, torna-se necessário proceder previamente ao ajustamento moral, social e emocional do deficiente, mostrando-lhe e convencendo-o que é possível com a sua ajuda, torná-lo apto a vencer a sua incapacidade funcional.

Mas para tal terá de usar recursos latentes que a natureza lhe deu, empregando-os útilmente, pois só assim não ficará condenado a uma vida de total dependência.

Para que os resultados da recuperação atinjam no mais curto espaço de tempo a maior eficiência, torna-se necessário conhecer o «temperamento» daquele sobre quem tombou a doença ou acidente motivador da incapacidade.

Tem também enorme importância o conhecimento das condições da vida pessoal do deficiente, pois as suas reacções perante o que lhe vai ser pedido variarão conforme o meio donde provenha.

Considerando a enorme importância que igualmente tem a idade em que se instalou a diminuição, passou a descrever os problemas da psicologia social e da adaptação afectiva das crianças deficientes-motoras, seguindo aproximadamente o notável estudo do Frade italiano Benjamino Bonnetto.

Disse que as crianças diferem umas das outras pelo sexo, pela idade, pela vitalidade, pelo carácter, mas também pela natureza, grau de deficiência e nível de desenvolvimento intelectual que possuam.

Se se pode admitir que a enfermidade motora deixa, geralmente, intactas as capacidades intelectuais e as faculdades individuais, reconheceu-se que no plano afec-

tivo e social as frustrações que acompanham a sua impotência, tornam-se diferentes dos normais da sua idade em virtude dos entraves físicos que a vida lhes apresenta.

Uma das causas que mais fortemente ocasiona a frustração é a dependência física e moral a que a deficiência as coage, acentuando-se nos mais fortemente atingidos, pois são os que mais necessitam de auxílios em virtude das suas limitações.

Também as necessidades de investigação, o instinto da curiosidade que leva o Homem a adquirir conhecimentos, a inquirir e a compreender o mundo envolvente, encontram-se entravados e ocasionam uma frustração que marcará profundamente as atitudes da criança e do futuro Homem deficiente para com a vida, criando-lhe uma série de alterações graves no plano emotivo.

Para evitar este estado de espírito é que a todo o transe se deve fazer nascer na opinião pública o conhecimento que se deve fugir a fixá-las e mirá-las com olhares de horror ou piedade, às perguntas indiscretas, acompanhadas com gestos ou frases caritativas que as vexam por reconhecerem que a sociedade as considera como seres à parte quando desejam passar despercebidos.

Para evitarem estas situações, tanto as crianças como os adultos afastam-se progressivamente do Mundo real que tão pouco lhe pode conceder — assim o julgam — abandonando os contactos humanos, isolando-se progressivamente num refúgio de um universo quimérico.

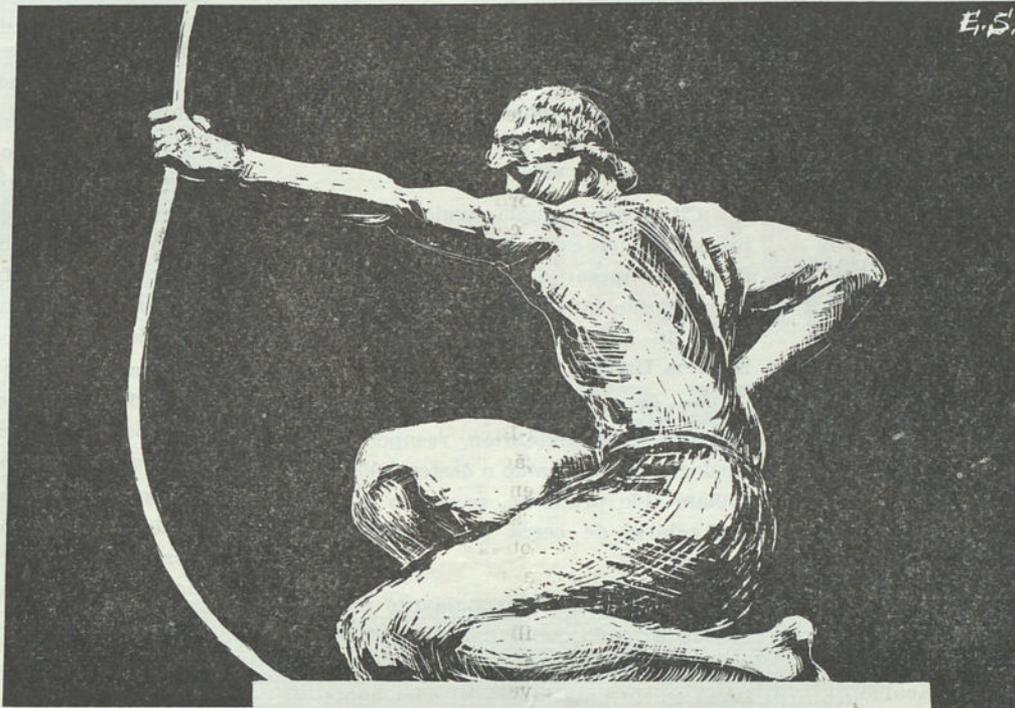
Lentamente vão abandonando actividades que com maior ou menor esforço poderiam realizar, mergulhando na angústia e no desânimo.

Falou depois da importância da acção do pai e da mãe no aparecimento das atitudes psicológicas defeituosas na criança lesada na sua integridade física.

Estes quando se lastimam, na sua presença, da enfermidade de seu filho ou quando executam em seu lugar coisas que ele poderia realizar, atrofiam-lhe a força de vontade e o espírito de luta.

A atitude dos camaradas, tem também grande importância, tanto mais que poucas pessoas sabem ser acolhedoras, tolerantes e cooperantes dentro de um sentimento de justiça social, esquecendo-se que a compreensão inteligente, cordial, activa é a maior oferta que se pode fazer a um deficiente, convencendo-o que se uns caminhos lhes estão vendados muitos outros lhe podem ser abertos.

Referiu-se depois à compensação, à substituição e à sublimação — contando a história da vida de Maurice Henry, grande deficiente, director do Centro de Recuperação de Tuberculosos de Lille e por último citou a identificação, afirmando que qual-



# Vitona-B

WANDER

*tônico nervino vitaminado*

*indicado na astenia, esgotamento físico e intelectual, depressões nervosas, convalescença, anorexia.*

Apresentação: Embalagens de 40 pilulas

DR. A. WANDER S. A., BERNA — SUÍÇA

quer destas formas de conduta são as que mais facilmente conduzem a uma eficaz recuperação.

Mudando de assunto, passou depois a falar, resumidamente, no problema dos amputados, que aumentaram substancialmente em todo o Mundo em consequência das guerras, da mecanização da vida actual e dos progressos conseguidos no campo médico.

Na conferência de Copenhague de 1954, averiguou-se que nos países ocidentais o número de amputados oscila entre 0,5 a 1,25 % da população — se assim acontecer teremos em Portugal entre 40.000 a 100.000 amputados.

As amputações dos membros superiores, as que maiores dificuldades põem à recuperação, resultam geralmente de acidentes (73,7 % e as dos membros inferiores de doenças 56,0 %).

Historiou em seguida a substituição dos membros perdidos, anseio dos Homens de todos os tempos, pois conhece-se um aparelho construído na Idade do Ferro, afirmando que com a descoberta de novos materiais se registou um rápido progresso no campo da construção dos aparelhos, aumentando as possibilidades funcionais dos amputados e concomitantemente as possibilidades do seu regresso ao trabalho.

Mostrou vários diapositivos onde se apresentam amputados trabalhando, lembrando que tal se tinha tornado possível por terem frequentado Centros de Recuperação, onde pessoal devidamente especializado e consciente da sua alta função, lhes tinha melhorado a estática, a dinâmica, a potência muscular, ensinando-os como fazer a substituição funcional dos membros perdidos ou inutilizados, apagando-lhes as perturbações psicológicas apresentadas para em seguida os readaptarem às suas antigas profissões ou dirigi-los para outras mais de acordo com as suas possibilidades.

Passou em seguida a referir-se aos surdos que são de todos os deficientes aqueles que suscitam menos respeito e menos interesse no grande público, como se fossem portadores de uma lesão sem importância para eles e para o seu futuro.

Tal facto resulta, talvez, de não se tornar fácil aos indivíduos normais compreenderem o que representará um mundo

desprovido de sons, mas a incidência da lesão manifesta-se, mais que nos outros, por profundas alterações na sua vida psicológica e mental, com graves perturbações caracterológicas.

Há até nas crianças surdas uma manifesta inferioridade intelectual — oscilando entre dois e cinco anos — acompanhando-se de perturbações no desenvolvimento motor, conjunto este que se julga ser devido à dificuldade ou impossibilidade que têm de ouvir os conselhos e estímulos que se dão às crianças normais para sua preparação para a vida.

Citou em seguida quais os tipos de profissões que estão para eles contra-indicadas, mas apesar das limitações indicadas eles poderão ainda executar perfeitamente mais de 1.200, como demonstraram nos Estados Unidos.

Tanto assim é, disse, que o Office of Vocational Rehabilitation, recuperou 4.500 surdos para o trabalho e destes 2.909 nunca tinham tido profissão, passando a auferir um salário de cerca de 28 dólares por semana.

Terminou as suas palavras sobre os surdos, dizendo que a conhecida Goodyear dá trabalho a surdos-mudos e que em Portugal existe uma indústria semelhante que dentro dum sentido social deveria copiar a sua congénere americana.

Aproximando-se do fim passou a encarar também superficialmente os problemas dos cegos, de todos os deficientes aqueles que há mais tempo são submetidos a técnicas recuperadoras.

São de todos os que apresentam menores possibilidades, somente 0,7 % das profissões estudadas nos Estados Unidos lhes estão indicadas, mas esta percentagem abarca mais de 200 profissões, não incluindo as de natureza intelectual.

Não será muito, mas é ainda alguma coisa, como prova o facto de numerosas indústrias, entre elas a Ford e a Siemens, os terem ao seu serviço.

Falou depois de St. Dunstan's e mostrou vários diapositivos onde se viam cegos praticando desporto, trabalhando em máquinas automáticas, graças à recuperação a que os sujeitaram.

Terminou este assunto citando uma afirmação feita por Albuquerque e Castro, profundo conhecedor do problema pois ele próprio é cego.

Para terminar referiu-se aos tuberculosos estabilizados, lembrando mais uma vez que o Porto irá ter o primeiro Centro de Recuperação destes deficientes.

Garantiu que não há motivos para as entidades patronais ou para companheiros de trabalho terem receio de possíveis contágios.

Os tuberculosos estabilizados saídos dos Centros, desde que colocados em trabalhos que satisfaçam a seis pontos fundamentais que indicou, não apresentam recaídas e estão perfeitamente aptos a concederem um trabalho normal em qualidade, quantidade e ritmo de produção.

Nos estudos realizados averiguaram que podem ser-lhes indicadas 49,0 % das profissões que, como anteriormente disse, foram estudadas nos Estados Unidos.

Os serviços responsáveis pela sua colocação empregaram no ano de 1950, 4.913 tuberculosos saídos dos Centros, sem uma única recaída.

Acabou afirmando que se torna necessário gravar no espírito de todos aqueles que podem dar trabalho aos deficientes, que estes preparados num Centro num regime progressivo de trabalho, que atinge na fase final 8 horas, podem facilmente suportar o ritmo normal de trabalho, desde que auferam um justo salário.

Ver-se-á então que cumprirão com plena consciência as tarefas que lhes forem distribuídas, impondo-se à consideração e ao respeito dos que inicialmente duvidaram deles como trabalhadores.

A doença ou a lesão mutilaram-lhe o corpo e se muitas vezes se torna impossível reconstruí-los fisicamente, quase sempre podemos dar-lhes dignidade e auto-respeito inerentes a todos os seres humanos normais.

Para tal terão de encontrar compreensão do grande público, dos companheiros de oficina ou de escritório, dos patrões, pois se não a encontrarem de nada terão servido os sacrifícios, as dores na sua própria carne e terão como única solução uma mendicância pública ou disfarçada que com toda a sua alma repudiam por terem plena consciência do que valem como trabalhadores e como Homens.

Em seguida foi projectado um filme intitulado «Os primeiros passos... na recuperação dos deficientes portugueses» onde se mostram alguns deficientes portugueses trabalhando ou deslocando-se com próteses de substituição, vendo-se entre eles uma mulher da cidade do Porto. O filme realizado com casos escolhidos pelo Dr. Carvalho Andrea e seus colaboradores, foi por ele realizado e não tem o mais pequeno truque fotográfico.

Ao terminar o seu importante trabalho foi o ilustre conferente muito aplaudido e cumprimentado.



**E. TOSSE & C.<sup>a</sup>**  
**HAMBURGO**

**CERTEZA DE ÊXITO**

... em todos os graus e formas da SIFILIS  
... em todas as doenças INFECCIOSAS e INFLAMATÓRIAS (Anginas, gengivo-estomatites, anexites e outras)

BISMOGENOL

- Para aplicar só.
- Como terapêutica de base para o tratamento moderno com os antibióticos.

REPRESENTANTE GERAL — SALGADO LENCART — R. Santo António — 203 PORTO  
SUBAGENTE: AZULAY & C.<sup>a</sup> LDA. — Rua Áurea, 100-2.<sup>o</sup>-D.to — LISBOA

Combinação de penicilina e  
estreptomicina



# RETROMYPEN DELFT



Retromypen oferece uma possibilidade máxima de êxito em infecções de etiologia desconhecida e infecções por flora bacteriana variada.

Retromypen — Delft — 0,5  
Retromypen — Delft — forte — 0,5  
Retromypen — Delft — 1,0  
Retromypen — Delft — forte — 1,0  
Retromypen — Delft — extra

**Koninklijke Nederlandsche Gist-en Spiritusfabriek N.V. Delft**

REPRESENTANTES:

**UNIÃO FABRIL FARMACÉUTICA**

Rua da Prata, 250-2.º — LISBOA • Rua Alexandre Braga, 138 — PORTO

# MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA

*Publicamos a seguir o texto do Decreto-Lei (com o respectivo preâmbulo) que estabelece a estruturação indispensável à actuação do Ministério da Saúde e Assistência até à promulgação da respectiva orgânica. Tem a data de 13 do corrente.*

1. A criação do Ministério da Saúde e Assistência pelo Decreto-Lei n.º 41.825, de 13 de Agosto último, torna necessário efectuar, em prazo relativamente curto, um certo número de alterações mais ou menos profundas na organização e estrutura dos serviços públicos relacionados com aquelas duas actividades. Haverá decerto largas modificações a introduzir oportunamente nesses serviços, seja qual for o sistema geral que venha a ser adoptado na organização do Ministério; e haverá que optar, relativamente a esta — entre as diversas soluções que se apresentam —, pela orientação que melhor se coadune com as realidades sociais portuguesas e com a maior economia possível, em país pobre como o nosso, nos meios materiais a utilizar.

2. Estruturar o novo Ministério era, portanto, ao mesmo tempo, tarefa urgente e muito difícil de realizar. Ou se preparava desde já a respectiva lei orgânica e o regulamento ou regulamentos correspondentes, sob o signo da improvisação (e da imperfeição que lhe é correlativa), ou se elaboravam esses diplomas com o cuidado requerido, mas se deixavam, durante bastante tempo, os serviços do extinto Subsecretariado de Estado da Assistência sem o mínimo de adaptações postuladas pela sua transformação em Ministério.

Ambas as soluções tinham vantagens e inconvenientes. Todavia, por nenhuma delas pareceu conveniente optar. E, assim, o presente decreto-lei segue orientação algum tanto intermédia: procura dar ao Ministério a estruturação indispensável para começar a actuar com a eficiência requerida — e, ao mesmo tempo, fixa o prazo de um ano para a publicação da lei orgânica definitiva. Esta última e os respectivos regulamentos exigirão largos estudos prévios, numerosas consultas a entidades oficiais ou particulares, ajustamentos de actividades dispersas, seriação de soluções e avaliação de resultados que até em prazo tão curto serão difíceis de realizar.

3. Talvez a solução que se escolheu não seja a mais popular. O surto de interesse causado na opinião pública pela criação do Ministério preferiria provavelmente a publicação espectacular e imediata de alterações legislativas profundas e, se possível, sensacionais. Todavia, parece preferível o caminho prudente de, sem deixar de apetrechar desde já o Ministério com os meios indispensáveis para o seu trabalho inicial, aproveitar a oportunidade para uma revisão extensa e séria das nossas actividades nesse sector e para ajustamento da legislação vigente (muita dela hoje largamente ultrapassada) às condições do nosso tempo e às suas solicitações.

Espera-se que todos compreendam que se preferiu este caminho precisamente porque se tem pressa. E que todos colaborem com o novo Ministério no estudo das

melhores soluções a dar aos problemas da saúde pública e da assistência em Portugal.

Nestes termos:

Usando da faculdade conferida pela 1.ª parte do n.º 2.º do artigo 109.º da Constituição, o Governo decreta e eu promulgo, para valer como lei, o seguinte:

Artigo 1.º Enquanto não for publicada a lei orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, este compreenderá, além do Gabinete do Ministro e do Gabinete de Estudo do Ministério:

- 1) O Conselho Coordenador;
- 2) O Conselho Superior de Higiene e Assistência Social;
- 3) As Direcções-Gerais de Saúde e da Assistência;
- 4) A Inspecção da Assistência Social;
- 5) Os institutos coordenadores;
- 6) Os organismos especiais de saúde e assistência;
- 7) O Centro de Inquérito Assistencial;
- 8) A Secretaria do Ministério;
- 9) Os serviços do contencioso e as comissões arbitrais de Lisboa e Porto;
- 10) Os demais organismos dependentes dos órgãos e serviços indicados nas alíneas anteriores;
- 11) Todos os outros serviços de saúde e assistência a que se refere o artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 41.825, de 13 de Agosto de 1958.

§ único. As actividades de saúde e assistência da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa serão exercidas em coordenação com as das direcções-gerais dos institutos coordenadores e dos organismos especiais de saúde e assistência, e bem assim as das instituições de assistência particular. Para fazer face aos encargos dos serviços que nela sejam incorporados, a Santa Casa poderá receber subsídios do Tesouro.

Art. 2.º Os órgãos e serviços referidos no artigo anterior, até que sejam reorganizados, continuam a reger-se pelas disposições presentemente em vigor, na parte não contrariada por este diploma.

Art. 3.º É criado o Conselho Coordenador do Ministério, que será presidido pelo Ministro e constituído pelos directores-gerais de Saúde e Assistência, inspector-chefe da assistência social, provedores da Santa Casa da Misericórdia e da Casa Pia de Lisboa, inspectores superiores e directores dos serviços técnicos da Direcção-Geral de Saúde, enfermeiro-mor dos Hospitais Cívicos de Lisboa, directores dos institutos coordenadores, administradores dos Hospitais Cívicos de Lisboa e do Hospital de Santa Maria, director do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, director do Centro de Inquérito Assistencial e dois representantes do conselho geral da Ordem dos Médicos, um dos quais será considerado delegado permanente.

§ 1.º O Ministro da Saúde e Assistência, por si ou sob proposta dos membros do Conselho, poderá convocar outros fun-

cionários do Ministério, convidar entidades particulares e solicitar de qualquer Ministério a designação de representantes para tomar parte nos trabalhos do Conselho Coordenador.

§ 2.º O Conselho terá um secretário, escolhido entre os chefes de repartição ou de secção do Ministério, que perceberá a gratificação mensal de 1.000\$00.

Art. 4.º O Gabinete de Estudos do Ministério será constituído por um número de funcionários não superior a três, requisitados pelo Ministro para prepararem relatórios e outros trabalhos a submeter à sua apreciação, à do Conselho Coordenador ou à do Conselho Superior de Higiene e Assistência Social.

Art. 5.º O presidente do conselho geral da Ordem dos Médicos será vogal efectivo do Conselho Superior de Higiene e Assistência Social.

§ único. Serão indicadas, por despacho ministerial, quais as secções do referido conselho superior de que deverá fazer parte o presidente do conselho geral da Ordem dos Médicos ou um seu representante.

Art. 6.º Além dos serviços técnicos previstos no artigo 19.º do Decreto-Lei n.º 35.108, de 7 de Novembro de 1945, a Direcção-Geral de Saúde poderá propor a criação dos outros serviços da mesma natureza que se tornem indispensáveis ao bom desempenho das suas atribuições.

§ 1.º O Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge será reorganizado como organismo oficial dependente da Direcção-Geral de Saúde e centro laboratorial de investigações e de ensino.

§ 2.º Até à sua reorganização, a Junta Sanitária de Águas continuará a reger-se pelo Decreto-Lei n.º 22.758, de 29 de Junho de 1933, mas a sua composição, pelo que respeita ao Ministério da Saúde e Assistência, será fixada por portaria conjunta dos Ministros das Finanças e da Saúde e Assistência.

Art. 7.º Os institutos coordenadores a que se referem os artigos 113.º e seguintes do Decreto-Lei n.º 35.108 são organismos oficiais de saúde e assistência.

§ único. Consideram-se igualmente nesta categoria:

- a) O Instituto de Assistência aos Leprosos;
- b) O Instituto de Assistência Psiquiátrica;
- c) O Instituto Nacional de Sangue.

Art. 8.º Os institutos coordenadores não estão sujeitos ao regime estabelecido no Decreto n.º 40.974, de 11 de Janeiro de 1957, que apenas deverá aplicar-se aos organismos especiais de saúde e assistência referidos no artigo 86.º do Decreto-Lei n.º 35.108 que não tenham regulamentação privativa.

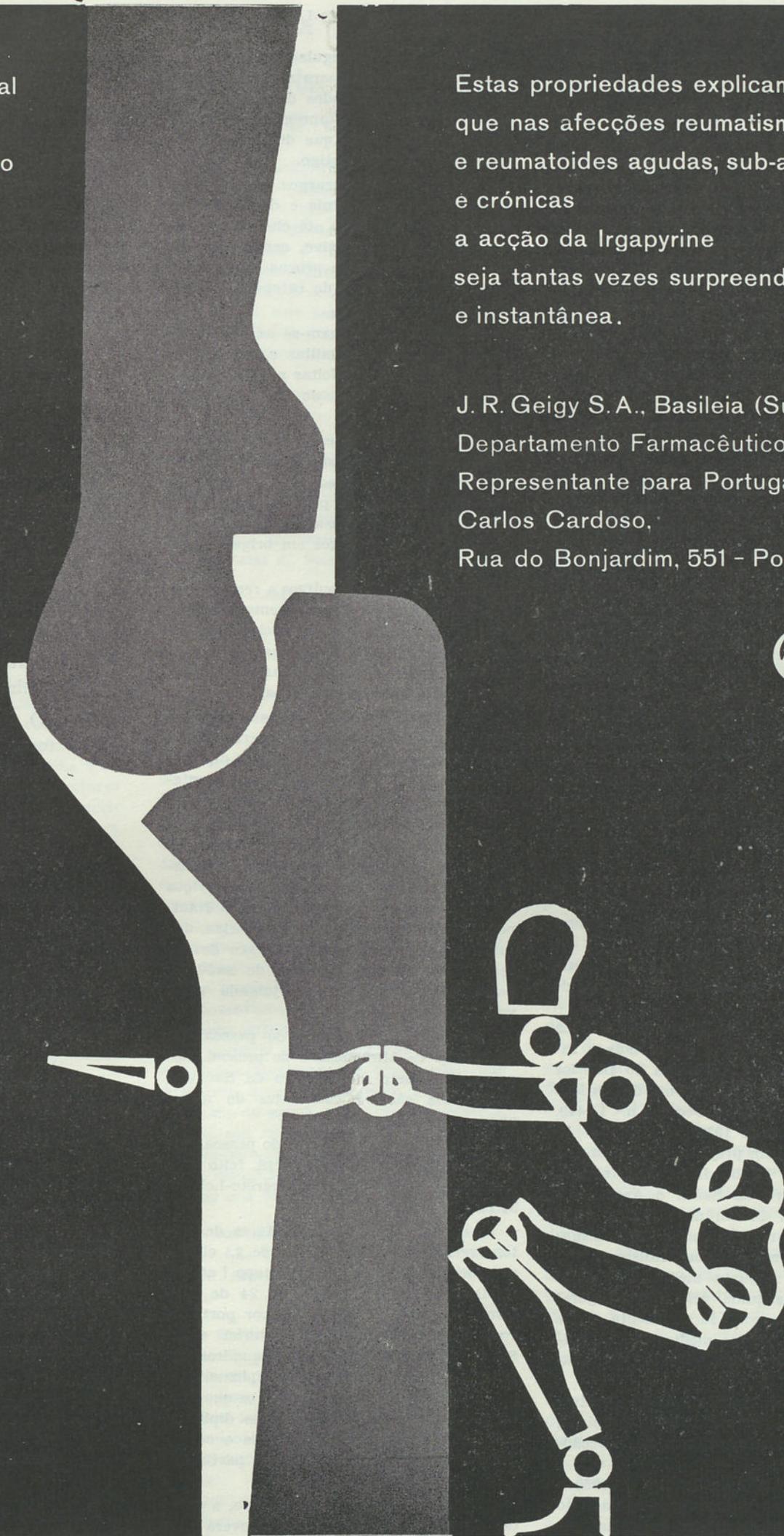
§ 1.º A partir da entrada em vigor do presente diploma as delegações do Norte e Centro do Instituto de Assistência Psiquiátrica gozam de autonomia administra-

# Irgapyrine Geigy

Marca registada

Terapêutica racional das afecções reumáticas

anti-reumatisal  
analgésico  
anti-inflamatório  
antipirético



Estas propriedades explicam  
que nas afecções reumáticas  
e reumatóides agudas, sub-agudas  
e crónicas  
a acção da Irgapyrine  
seja tantas vezes surpreendente  
e instantânea.

J. R. Geigy S. A., Basileia (Suíça)  
Departamento Farmacêutico  
Representante para Portugal:  
Carlos Cardoso,  
Rua do Bonjardim, 551 - Porto



tiva; mas deixam de a ter, desde a data da publicação do Decreto-Lei n.º 41.759, de 25 de Julho de 1958, os Dispensários Centrais de Lisboa e de Coimbra do mesmo Instituto.

§ 2.º. Ao Instituto Nacional de Sangue é aplicável, desde a sua criação, o regime de instalação estabelecido pelos artigos 7.º, 8.º e 9.º do Decreto-Lei n.º 31.913, de 12 de Março de 1942, ressalvando-se os direitos dos funcionários nos termos do artigo 187.º do Decreto-Lei n.º 35.108, com a redacção que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 41.401, de 27 de Novembro de 1957.

Art. 9.º Os institutos, quando superiormente autorizados, podem conceder subsídios e serviços oficiais ou particulares de saúde e assistência, assim como bolsas de estudo a utilizar no País ou no estrangeiro.

Art. 10.º O Ministro escolherá livremente o secretário-geral entre os directores-gerais do Ministério e, a fim de assegurar o rápido e eficiente andamento dos serviços, poderá delegar nele o exercício das prerrogativas ministeriais que, nos termos legais, possam ser delegadas nos secretários-gerais dos outros Ministérios.

Art. 11.º Os diferentes serviços do Ministério, consoante a sua importância e a natureza das respectivas funções, dependem directamente do Ministro ou das Direcções-Gerais de Saúde e da Assistência.

§ único. A dependência dos serviços será fixada por despacho ministerial.

Art. 12.º Junto do Gabinete do Ministério é criada uma secretaria, à qual competirá desempenhar todos os trabalhos de expediente do Ministério que por lei não forem da competência das direcções-gerais, dos institutos coordenadores ou dos demais serviços.

§ 1.º A secretaria será extinta quando o Gabinete do Ministro e os serviços principais do Ministério forem instalados num edifício único.

§ 2.º Fica suspenso o n.º 18.º do artigo 24.º do Decreto-Lei n.º 35.108, de 7 de Novembro de 1945.

Art. 13.º É igualmente reconhecida ao Ministro da Saúde e Assistência a faculdade atribuída ao Ministro do Interior pelo artigo 40.º do Regulamento das Ordens Portuguesas, anexo ao Decreto n.º 16.449, de 30 de Janeiro de 1929.

Art. 14.º Sem prejuízo do disposto no Decreto-Lei n.º 40.651 de 21 de Junho de 1956, o Ministro da Saúde e Assistência poderá ouvir a Ordem dos Médicos sempre que o julgar conveniente, sobre assuntos da competência do seu Ministério.

Art. 15.º A junta médica do Ministério será constituída pelo director-geral de Saúde, que servirá de presidente, e por dois vogais do quadro médico do Ministério das Finanças especialmente requisitados para este efeito.

§ único. No impedimento do director-geral presidirá, por ordem de antiguidade, um dos inspectores superiores da Direcção-Geral de Saúde.

Art. 16.º Até 1 de Janeiro de 1960 o pessoal de todos os serviços oficiais do Ministério, incluindo o das brigadas móveis de carácter permanente, será sujeito ao regime geral dos funcionários públicos, em termos a regulamentar. Consideram-se desde então revogados o artigo 5.º e seus

parágrafos do Decreto-Lei n.º 31.913, de 12 de Março de 1942.

§ único. Será regulada até à mesma data a transferência para a Caixa Geral de Aposentações dos fundos da actual Caixa de Previdência dos Empregados da Assistência, na parte em que devam sê-lo em consequência deste artigo.

Art. 17.º Os encargos administrativos das direcções-gerais e dos diferentes serviços do Ministério até chefe de secção ou equivalente, inclusive, serão providos, mediante concurso de provas públicas, de entre os funcionários da categoria imediatamente inferior.

§ único. Exceptuam-se as nomeações do pessoal menor, auxiliar e assalariado, que continuam a ser feitas nos termos dos artigos 165.º e 171.º do Decreto-Lei n.º 35.108.

Art. 18.º O ingresso do pessoal técnico dos quadros de não chefia será feita nos termos a estabelecer pelo Ministro e mediante concurso de provas públicas. Estas poderão ser dispensadas tratando-se de nomeações para serviços em brigadas móveis ou dispensários.

Art. 19.º Aos concursos a realizar nas direcções-gerais ou nos diferentes serviços poderão ser admitidos funcionários de quaisquer dos quadros do pessoal do Ministério, desde que satisfaçam às condições exigidas nesses concursos.

Art. 20.º As distribuições de pessoal far-se-ão por despacho ministerial, independentemente de nova nomeação, diploma ou posse e sem prejuízo da situação anterior dos funcionários.

Art. 21.º Além das atribuições previstas no artigo 174.º do Decreto-Lei n.º 35.108, respeitantes às condições de prestação de trabalho do pessoal dos serviços do Ministério, compete ao Ministro fixar, por simples despacho, as categorias dos funcionários que obrigatoriamente devam residir nos estabelecimentos de saúde e assistência, consoante for julgado mais vantajoso para o serviço.

Art. 22.º Os quadros do pessoal da Secretaria do Ministério e do pessoal menor do Gabinete do Ministro da Saúde e Assistência são os constantes do mapa anexo a este decreto-lei.

Art. 23.º O provimento do pessoal referido no artigo anterior será feito nos termos do artigo 166.º do Decreto-Lei n.º 35.108.

Art. 24.º Um dos condutores de automóveis e um dos contínuos de 2.ª classe pertencentes ao quadro III do mapa I anexo ao Decreto-Lei n.º 36.601, de 24 de Novembro de 1947, transitarão, por portaria conjunta dos Ministros do Interior e da Saúde e Assistência, para os quadros do pessoal criados pelo presente diploma.

§ único. A passagem para os quadros do pessoal criados pelo presente diploma dos funcionários a que se refere o corpo deste artigo produzirá efeitos a partir de 1 de Janeiro de 1959.

Art. 25.º No prazo de um ano, a contar da data deste decreto-lei, deverá ser publicada a lei orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, à qual se seguirão o regulamento ou regulamentos que ela tornar necessários.

## XV.ª Conferência Internacional da Tuberculose

A XV.ª Conferência Internacional da Tuberculose, terá lugar em Istambul de 11 a 18 de Setembro de 1959, sob a presidência do Prof. Tevfik Sagram (Turquia).

O que se segue é um extracto do programa da Conferência:

- I — «A Quimioprofilaxia Antituberculosa». (Presidente: Prof. Robert Debré, França).
- II — «O Problema dos Bacilos Ácido-Resistentes chamados atípicos». (Presidente: Prof. D. E. Jenkins, Estados Unidos).
- III — «Indicações actuais do Tratamento Cirúrgico da Tuberculose Pulmonar». (Presidente: Prof. Clement Price Thomas, Grã-Bretanha).
- IV — «Novos medicamentos antibacterianos». (Presidente: Prof. L. Heilmeyer, Alemanha).
- V — «O Problema da recaída sob todos os aspectos». a) Recaída depois do tratamento médico. (Presidente: Prof. M. Bariéty, França). b) Recaída depois do tratamento cirúrgico. (Presidente: Dr. R. S. Mitchell, Estados Unidos).
- VI — «Aspectos novos da Readaptação dos Tuberculosos». (Presidente: Dr. K. Oppikofer, Suíça).
- VII — «A Educação Sanitária em função aos tratamentos novos da Tuberculose». (Presidente: Dr. Tevfik I. Gökço, Turquia).
- VIII — «O papel da Assistente Social na luta contra a Tuberculose». (Presidente: Prof. Jadwiga Szustrowa, Polónia).
- IX — «Os últimos progressos na relação do mecanismo da imunidade adquirida na Tuberculose». (Presidente: Prof. R. Cruickshank, Grã-Bretanha).
- X — «O papel da vacinação pelo B.C.G. nos diferentes Países do Mundo». (Presidente: Prof. Armand Frappier, Canadá).

Pedir o programa preliminar da Conferência e o boletim de inscrição na Secretaria da União Internacional contra a Tuberculose, 15 Rue Pomereu Paris (16.º).

## A MEDICINA EM S. BENTO

## O Dr. Santos Bessa manifesta o seu regozijo pela publicação do Decreto-lei sobre o Ministério da Saúde

Do «Diário das Sessões» de 15 do corrente:

O Sr. Santos Bessa: — Sr. Presidente: foi publicado o primeiro decreto que começa a dar estrutura ao Ministério da Saúde e Assistência. Li-o e meditei-o e julgo ter podido aperceber-me das dificuldades com que topou o novo Ministro para a sua arrancada legislativa e também inteirar-me da extrema prudência com que ele se iniciou nesta matéria.

Entendo dever à Câmara e ao País algumas palavras a este respeito.

O documento é sóbrio — simples e económica arrumação do existente, integração de algumas instituições e criação de elementos de estudo e de coordenação de actividades do Ministério. Fugiu-se, naturalmente com intenção, à criação espectacular de uma larga e rápida reorganização e preferiu-se uma via mais modesta, mas mais segura.

Esperemos que a lei orgânica a que se refere o seu artigo 25.º, e que será publicada no prazo de um ano, traga ao novo Ministério da Saúde e Assistência os meios de acção de que têm carecido as duas direcções gerais que o compõem, lhes garanta possibilidades de intervenção e de orientação efectivas em certos sectores onde existem serviços e se exercem actividades da mais alta importância para a saúde pública e que por via dela ou de outros diplomas possam concentrar-se numa chefia comum serviços de assistência e previdência que se têm multiplicado pelo País além, tantas vezes em duplicação e concorrência, que se me afigura não terem nem justificação técnica nem explicação económica.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O Orador: — O decreto traz-nos também duas promessas concretas: a da reorganização do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge e a da Junta Sanitária das Águas. A estes dois organismos me tenho já referido nesta Assembleia. Deles dependem muitos e sérios elementos da maior importância para a saúde do povo português. Por isso mesmo enche-me de satisfação a ideia de os ver, dentro em pouco, com possibilidades de exercerem ampla e eficazmente todas as funções que lhes devem competir.

Verifico que os artigos 3.º e 5.º do novo decreto garantem à Ordem dos Médicos assento legal no Conselho Coordenador e no Conselho Superior de Higiene e de Assistência Social e que o 14.º a considera organismo consultivo do Ministério da Saúde e Assistência. Como médico e como membro do Conselho Geral da Ordem, aqui dou testemunho da satisfação com que vejo a Ordem dos Médicos chamada a colaborar na grande reforma da saúde pública. Não faltará ao novo Ministro a colaboração que espera.

Quero aproveitar este ensejo para lhe

significar publicamente a honra e a satisfação sentidas pela classe médica com este convívio e esta colaboração estabelecidos desde a primeira hora pelo Sr. Ministro da Saúde e Assistência. Para além de um simples organismo corporativo, relegado à condição de sindicato ou de pouco mais, ele viu nela um instrumento de trabalho qualificado para a colaboração necessária à grande reforma em que está empenhado.

A Ordem continuará a assegurar-lhe essa colaboração com o mesmo entusiasmo e a mesma dedicação com que até aqui o tem feito no cumprimento de disposições consignadas no seu estatuto e com a esperança de que, com ela, se promova o indispensável aperfeiçoamento e a inadiável reforma da assistência médica, sanitária e social do País.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O Orador: — Há no decreto a que me reporto um outro ponto que desejo salientar — é o que se refere à situação por ele criada aos funcionários da assistência.

Aquando da discussão da Lei de Meios para 1958, apreciando as declarações do Governo acerca de ser seu propósito legítimo no sentido de melhorar a situação dos servidores do Estado, expus perante a Câmara a situação anómala e injusta como continuavam a ser tratados os funcionários das instituições de assistência, impedidos de serem admitidos na Caixa Geral de Aposentações como os demais funcionários do Estado e dos corpos administrativos e obrigados a descontar para uma caixa de previdência que está longe de lhes assegurar as garantias dadas pela Caixa Geral de Aposentações aos demais funcionários.

Todos sabem como o Governo tem vindo a cumprir amplamente as promessas contidas naquele notável documento. Por este novo decreto o Governo pratica um novo acto da maior justiça para com cerca de oito mil funcionários que, a partir de 1 de Janeiro próximo, passarão, para efeitos de reforma e ainda outros, a ter iguais direitos aos demais funcionários públicos.

O Sr. Melo e Castro: — Só é de lamentar que tenham ficado de fora cerca de mil funcionários da Misericórdia de Lisboa.

O Orador: — Também junto os sentimentos do mesmo desgosto aos que acabam de ser expostos por V. Ex.ª, e o meu desejo seria fazer incluir nessas mesmas medidas legislativas de protecção esses funcionários da Misericórdia de Lisboa, tão dedicados como os mais dedicados à causa pública.

Sinto-me no dever de exprimir ao Sr. Presidente do Conselho e aos Srs. Ministros das Finanças e da Saúde e Assistência os meus agradecimentos pela inclusão neste decreto do artigo 16.º e seus parágrafos, pois que essa doutrina corresponde a uma atitude política do maior alcance e a um

acto de justiça digno do maior louvor. E faço-o com a mais íntima satisfação.

Ao expor perante a Câmara estas primeiras impressões sobre o primeiro decreto de estruturação do novo Ministério da Saúde e Assistência desejo não só saudar o Ministro, mas também reiterar os melhores votos por que o novo Ministério que lhe foi confiado possa ser estruturado em modernos e eficientes moldes, de modo a garantir à saúde pública e à assistência social a amplitude e a eficiência indispensáveis.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O orador foi muito cumprimentado.

## EM COIMBRA

## Sociedade Portuguesa de Cardiologia

No dia 18 do corrente, teve lugar em Coimbra uma reunião científica da Sociedade Portuguesa de Cardiologia onde, além de assuntos de expediente e proposta de novos sócios, foram discutidas algumas comunicações de elevado interesse.

A primeira comunicação, do Prof. João Porto e Dr. Freitas Tavares «Manifestações pericárdicas do lúpus eritematoso disseminado» foi comentada pelo Prof. Mário Trincão que aproveitou a ocasião de apresentar um caso onde se observava também compromisso pericárdico. Intervieram na discussão ainda os Profs. Lúcio de Almeida, Antunes de Azevedo e Renato Trincão, que se referiu à possível não especificidade do fenómeno L. E.

O Prof. João Porto respondeu e fez considerações sobre a dificuldade do diagnóstico do seu caso que era um lúpus «sine lupo», à possível etiologia estreptocócica por virtude do elevadíssimo título anti-estreptolisínico, que apresentava.

A segunda comunicação «Sequências operatórias da pericardite constritiva» foi apresentada pelos Profs. João Porto, Lúcio de Almeida, Mário Trincão, Antunes de Azevedo e Bartolo Pereira.

Depois o Prof. João Porto apresentou a comunicação «Sobre o síndrome de Cruveiller-Baumgartner» que foi comentada pelos Profs. Vaz Serra e Bartolo Pereira.

Finalmente, os Drs. Rocha da Silva e Buceta Martins apresentaram «Um caso de calcificação da aorta», de veras interessante por suas relações com o síndrome de Takayasku e que mereceu a intervenção dos Profs. Mário Trincão, Lúcio de Almeida, Renato Trincão e Robalo Cordeiro.

# HOSPITAL MIGUEL BOMBARDA

No Hospital Miguel Bombarda procedeu-se, no dia 28 de Janeiro último, à reabertura ao culto da capela privativa, que se encontrava encerrada desde 1910. Simultaneamente, inauguraram-se as novas instalações destinadas ao pessoal feminino de enfermagem, alunas e criadas.

Ao acto assistiram o sr. Ministro da Saúde e Assistência, o Eng.º Lousa Viana, que representava o titular da pasta das Obras Públicas, o Dr. Fernando Ilharco, director do Instituto de Assistência Psiquiátrica, os Drs. Almeida Amaral e José Abrantes da Conceição, respectivamente, director e administrador daquele hospital, todos os médicos e o pessoal que ali prestam serviço.

A cerimónia principiou com a sagração da capela, pelo sr. bispo de Febianna, acolitado pelos reverendos José Maria e Dr. Isaías Rosa Pereira, este capelão do referido hospital, e diácono António Rocha, após o que o sr. D. António de Campos celebrou missa, tendo proferido, na altura própria, uma alocução, na qual pôs em relevo o alto significado daquele acto. Terminadas as cerimónias religiosas, que foram abrilhantadas com cânticos pelos seminaristas dos Olivais, dirigiram-se todas as individualidades para o quinto andar do edifício, onde visitaram as novas instalações acima citadas.

Com esta visita inaugurava-se esta secção, a propósito do que o Dr. José Abrantes da Conceição, dirigindo-se ao sr. Ministro da Saúde e Assistência, agradeceu a sua presença, que — disse — mostra bem o interesse que lhe merecem todas as manifestações da vida das instituições de assistência. Agradeceu também a presença do representante do sr. Ministro das Obras Públicas, a quem o Hospital Miguel Bombarda muito deve.

Proseguindo no uso da palavra, o Dr. José Abrantes da Conceição fez, em seguida, um resumo histórico da vida do hospital, afirmando:

«O Hospital em que nos encontramos é o mais antigo dos estabelecimentos de assistência psiquiátrica do País, aquele em que, pela primeira vez, os infelizes loucos lograram obter a sua carta de alforria de doentes. Nesse tempo (1848) a loucura não era considerada uma doença. O alienado mental era tido por um possesso do demónio e como tal era tratado.

Nascido de uma decisão brusca do Marechal Duque de Saldanha, altivo e arrogante, mas ao mesmo tempo um coração aberto aos mais nobres sentimentos, que, depois de ter visitado as Enfermarias de S. Teotónio e Santa Eufêmia do Hospital de Todos os Santos, tão impressionado ficou com a maneira desumana como os doentes mentais ali eram tratados, propôs à Rainha D. Maria II a sua imediata remoção para este edifício, onde então estava instalado o Colégio Militar, este Hos-

pital, comemorou o seu centenário, em 1948, há precisamente dez anos.

Ao longo da sua idade tem passado por vicissitudes sem conta, tem conhecido períodos de progresso e períodos de decadência, a que corresponderam altas e baixas no nível da assistência prestada.

O período imediatamente anterior à Direcção de Miguel Bombarda foi um dos mais decadentes. Quando, em 1892, este grande psiquiatra tomou conta da Direcção, segundo se lê nos seus magistrais relatórios, encontrou o Hospital num estado verdadeiramente apavorante.

Os doentes, em número muito superior ao que as velhas instalações podiam comportar, sem um mínimo de higiene e de conforto, arrastavam uma existência dramática e angustiosa.

Coletes de forças, babeiros de sola e outros meios de contenção eram empregados a todo o passo. A alimentação era péssima, os alojamentos deficientes, chegando mesmo a dormir três e quatro doentes na mesma cama.

Miguel Bombarda, com o seu extraordinário dinamismo, com o seu poder de realização verdadeiramente inesgotável, auxiliado pela boa compreensão dos governantes de então, em breve modificou o estado de coisas que aqui veio encontrar.

Começou por fazer uma nova classificação dos enfermos, segundo as características das doenças, publicou um novo formulário de medicamentos à semelhança do que já existia no Hospital de S. José, melhorou a alimentação, construiu alojamentos novos.

Dada a sua decidida propensão para a anatomopatologia, fundou um laboratório em que começaram a realizar-se trabalhos de alto valor científico, chamando para junto de si nomes dos mais ilustres no domínio da investigação científica, como Mark Athias, Azevedo Neves e Celestino da Costa.

Sedento de transmitir aos outros os seus vastos conhecimentos científicos pode afirmar-se que Miguel Bombarda foi o verdadeiro precursor do ensino da psiquiatria em Portugal. Foi ele o primeiro que começou a dar lições desta especialidade no Hospital que dirigia, chamando para junto de si, aos domingos, os alunos da Faculdade de Medicina.

Só mais tarde, em 1911, este ramo de ciência médica, sob a influência de Bombarda, conquista a sua autonomia e entra definitivamente, com Júlio de Matos, na Universidade.

Por tudo isto e pelo muito mais que fez em favor dos pobres alienados, a quem sacrificou a própria vida, o patrono deste Hospital tem jus ao nosso respeito e à nossa admiração, e merece que nos curvemos perante a sua memória.

Depois da morte de Bombarda seguiu-se um período de decadência, não porque os seus sucessores se não interessassem pela valorização do seu Hos-

pital e pela melhoria de condições dos doentes, mas porque as suas solicitações não encontravam eco no ânimo dos governantes desse tempo.

Porque na Zona Sul do País este era o único Hospital de alienados, os doentes acumulavam-se nas enfermarias, nos corredores e nos pátios, as instalações, com o tempo e com o uso, encontravam-se em péssimo estado de conservação. O Hospital era um verdadeiro armazém de doentes.

Mas eis que surge o ano de 1945, que ficará para sempre gravado a letras de oiro nos anais da psiquiatria portuguesa.

O Governo da Nação toma consciência do problema dos loucos e, com a ajuda de ilustres psiquiatras, publica a Lei n.º 2.006, que contém as bases fundamentais, inspiradas no que de melhor havia no estrangeiro, para a reforma e organização deste ramo da ciência médica.

No mesmo ano de 1945 são publicados os decretos números 34.502 e 34.534, que vieram regulamentar a Lei anterior e dar autonomia técnica e administrativa aos estabelecimentos de assistência psiquiátrica, condição basilar para o seu progresso e aperfeiçoamento da prestação da assistência aos doentes mentais.

Estavam criadas as condições legais necessárias para, sob a direcção e superior orientação do actual director dos Serviços Clínicos, Dr. Almeida Amaral, a quem é justo prestar merecidas homenagens, se dar início a um dos períodos mais fecundos em realizações materiais dentro desta Casa.

O período de renovação iniciado em 1945, ainda não terminou, mantêm-se em aberto e situa-se na linha de renovação material que o País atravessa, empreendida pelo Governo da Nação.

Saibamos nós ser gratos para com o Homem que, esquecido de si próprio, se entregou totalmente à Nação e que, depois de ter restaurado as finanças, implantando a ordem nas ruas e nos espíritos, tornou possíveis todas estas coisas.

Quando se fala na renovação das instalações desta Casa, há dois nomes que não podem nem devem ser esquecidos, e não o serão jamais, porque eles estão gravados na lápida colocada ao lado da porta principal da Capela que acaba de ser inaugurada, e comemorativa do centenário da Instituição.

Um, é o do Senhor Engenheiro José Frederico Ulrich, que durante o tempo em que sobraçou a pasta das Obras Públicas, atendeu e acarinhou sempre as solicitações do Hospital, concedendo generosamente as verbas necessárias à sua remodelação.

O outro é o do Senhor Dr. Joaquim Trigo de Negreiros, que, como Subsecretário da Assistência Social, foi o autor da sábia legislação de 1945, a que já fizemos referência.

São duas ilustres figuras estadistas que ficarão para sempre ligadas aos

destinos deste Hospital e a quem muito devem os doentes aqui internados.

★

Não há dúvida de que, a partir de 1945, muito se tem feito neste Hospital, mas não é menos verdade que ainda há muita coisa a fazer.

Nem admira, porque num estabelecimento de assistência as necessidades a satisfazer são tantas e tão urgentes, que nunca está tudo feito.

E, se temos razões de sobra para estar satisfeitos com a obra realizada, não podemos nem devemos dormir à sombra dos louros da vitória. Antes, temos obrigação de redobrar de esforços, rever os planos elaborados, hierarquizar as necessidades e prosseguir com a fé e confiança.

Continuar a obra encetada pelos nossos antecessores é um dever que indeclinavelmente se nos impõe e nós sentir-nos-emos altamente recompensados, mais do que com a remuneração material, se conseguirmos ver totalmente executado o plano de obras que elaborámos. Então sim. Então podemos dizer que a nossa missão está cumprida.

★

Instalado num edifício para que não foi construído — no antigo Convento de Rilhafoles da Congregação dos Missionários de S. Vicente de Paula — que nesse tempo (1848) abrigava os alunos do Colégio Militar, é evidente que este Hospital não pode oferecer aos doentes as comodidades que seria para desejar, e que se encontram nos modernos hospitais. No entanto, mercê de um trabalho persistente e de aturados esforços, quer a expensas do orçamento da Instituição, fazendo pequenas adaptações, abrindo aqui uma porta acolá rasgando uma janela, mais além reparando um tecto e uma parede, quer através do Ministério das Obras Públicas, executando as obras de maior vulto — vê-se que foi possível transformar a fisionomia das instalações, a ponto de merecerem já rasgados elogios a alguns estrangeiros que as têm visitado.

Os melhoramentos agora inaugurados integram-se num plano elaborado segundo um critério de prioridade das obras a realizar, aprovado por despacho ministerial e que está a ser executado pela Direcção-Geral dos Edifícios e Monumentos Nacionais.

Com o decurso do tempo veio a verificar-se que a ordem de prioridade nele estabelecida já neste momento não é a mesma.

Há necessidade de fazer uma revisão do plano, colocando em primeiro lugar as obras que agora se nos afiguram mais urgentes. Uma dessas obras é a construção de uma cozinha nova.

A que temos em funcionamento, ininterruptamente há mais de 50 anos, já não satisfaz às exigências da confecção dos alimentos destinados a cerca

de 1.200 pessoas, que tantas são as que, diariamente, tomam as suas refeições no Hospital.

As suas instalações são deficientes e, devido ao estado em que se encontram, não oferecem um mínimo de condições de higiene, asseio e limpeza.

Há, portanto, necessidade imperiosa de a substituir por outra mais ampla, com dependências apetrechadas para a confecção da alimentação, em separado, dos pensionistas, do pessoal e dos doentes indigentes, e ainda com instalações frigoríficas para a conservação de carne, peixe, hortaliças e frutas. Anexa a essa cozinha deveria também ser construído um refeitório para o pessoal.

O problema da cozinha é para nós

uma fonte constante de preocupações, não só pelas frequentes queixas contra a má confecção dos alimentos, mas também pelas elevadíssimas despesas de combustíveis.

Por isso, ousamos solicitar a Sua Excelência o Senhor Ministro das Obras Públicas na pessoa do seu representante que a primeira obra a levar a efeito imediatamente a seguir às que se encontram em execução, seja a construção duma cozinha nova, nas condições que atrás deixamos expostas.

A Capela agora reaberta ao culto católico data da fundação do Convento de Rilhafoles. Nesses tempos de fé viva e ardente, as cerimónias litúrgicas seriam celebradas com toda a pompa, e continuaram com o Colégio Militar e

## NOVIDADE TERAPÉUTICA



VITAMINA B (Sal sódico do ácido pangâmico)

### INDICAÇÕES

Angina de peito e enfarto do miocárdio

Insuficiência cardíaca

Artrite reumatoide, reumatismo agudo

Cirrose hepática

Alcoolismo, agudo e crónico

Artralgias, mialgias e neurites

### POSOLOGIA

O **Bio 15** é administrado por via intramuscular na dose diária de 10 a 20 mgrs.

Caixas com 6 ampolas de 1 c. c. a **10 mgrs.**

por c.c.

Laboratório Farmacológico



J. J. Fernandes, Limitada

LISBOA — PORTO — COIMBRA — FUNCHAL

o Hospital de Rilhafoles, desde a sua fundação em 1848.

Miguel Bombarda, apesar das suas ideias anti-clericalis, que tantos inimigos lhe grangearam, não só manteve o culto católico, como o activou de acordo com o seu capelão, atribuindo-lhe grande importância na recuperação dos doentes.

Com a implantação da República, acompanhada de ódio contra Deus e da senha destruidora de tudo quanto à religião dizia respeito, a Capela do nosso Hospital teve o mesmo destino que tantas igrejas espalhadas por todo o País.

Fechada ao culto católico, despojada do seu precioso recheio, profanada e vilipendiada, acabou por ser utilizada como armazém de artigos de consumo corrente.

A Luz do Evangelho, que durante 48 anos aqui deixou de brilhar, reacende-se no meio das trevas, sob a invocação de S. João de Deus, o Santo português de projecção universal e a quem se deve a humanização da prestação de assistência psiquiátrica. Isto constitui uma grande alegria para nós todos, e nada poderia ser mais grato ao nosso coração do que ver a Capela do nosso Hospital restaurada e reintegrada na sua função de assistência espiritual.

É consolador verificar que, numa época em que tudo parece afundar-se num materialismo grosseiro, ainda aqui e além renasçam as forças do espírito.

A partir de hoje fica este estabelecimento de assistência em condições de cumprir integralmente a sua missão: ao mesmo tempo que presta assistência material, presta também assistência espiritual; ao mesmo tempo que trata do corpo, trata também da alma dos seus doentes.

Regozijemo-nos, pois, com este acontecimento. É mais um facto a registar na História, já tão rica de conteúdo, do primeiro Hospital de alienados de Portugal, mais um elo na cadeia de realizações que, a partir de 1945, aqui se vem operando, e que há-de ficar a atestar aos nossos vindouros o esforço da presente geração.

Em nome dos nossos doentes, aos quais se destina sobretudo o culto celebrado na nossa Capela, agradeço a Sua Excelência Reverendíssima o Senhor Bispo de Febiania o ter-se dignado vir até junto de nós trazer-nos, com o calor do seu coração, o perfume e o bálsamo da sua palavra amiga.

★

É de todos conhecida a gravidade do problema da falta de pessoal de enfermagem, mórmente neste ramo especializado da psiquiatria.

Enfermagem trabalhosa e difícil por sua natureza e pelos riscos que comporta, o número de diplomados, em cada ano, pelo Instituto de Assistência Psiquiátrica é insuficiente para preencher as vagas que se vão abrindo nos quadros.

Ao mesmo tempo, assiste-se a um verdadeiro êxodo deste pessoal, quer para outras ocupações mais rendosas, quer para o desempenho das mesmas actividades, mas em outros lugares onde lhe são oferecidas condições mais vantajosas, o que, evidentemente, concorre para o agravamento do problema.

Sob o império das necessidades da prestação de assistência aos nossos doentes, temos recorrido ao recrutamento eventual de alunos do segundo ano para colmatar as brechas abertas no quadro do pessoal de enfermagem.

São apenas 114 unidades de trabalho para atender cerca de 980 doentes, o que quer dizer que cada enfermeiro tem a seu cargo uma média de 8,6 doentes. Temos de concordar que este número é elevado e está muito acima da média verificada em alguns hospitais similares estrangeiros.

Podemos afoitamente afirmar, sem receio de desmentido, que a eficiência e o prestígio de um hospital se medem pela competência, zelo e carinho para com os doentes, do seu pessoal de enfermagem.

Pode o corpo clínico ser óptimo, mas, se as suas prescrições não forem fiéis e prontamente executadas, o doente não melhora e o Hospital fica com a sua reputação gravemente comprometida.

Efectivamente, o enfermeiro é o intérprete do pensamento do médico junto do doente; é o elemento de ligação entre este e a sua família; é o porta-voz das suas necessidades perante a Administração do Hospital.

Pela enunciação destas verdades evidentes, não se pode negar ou sequer pôr em dúvida a importância que o pessoal de enfermagem assume num estabelecimento de assistência.

Aqui, pelo que nos tem sido dado observar e pelo testemunho de pessoas insuspeitas, sabemos que a nossa enfermagem é eficiente, persuasiva e carinhosa, como convém que seja para o tratamento de doentes desta natureza.

Se quisermos que os nossos hospitais desempenhem integralmente as altas e nobres funções sociais que já nos tempos de hoje lhes incumbem, e que mais se acentuarão no futuro, temos de estimular a actividade do pessoal de enfermagem. É uma das formas de estímulo é proporcionar-lhe instalações condignas, higiénicas e confortáveis.

Foi o que fizemos. Com a ajuda da Direcção-Geral dos Edifícios e Monumentos Nacionais, cuja acção nunca é demais enaltecer, a Administração do Hospital não se poupou a esforços para apresentar os alojamentos que Vossas Excelências viram, destinados ao pessoal de enfermagem feminino.

Estamos convencidos que as dedicadas e esforçadas militantes na luta contra a doença, a quem as instalações vão ser entregues, encontrarão nelas o conforto que merecem e foi possível proporcionar-lhes, e as saibam conservar como se fossem propriedade sua.

Quanto a nós ficamos com a consoladora certeza de termos cumprido o

nosso dever na medida em que o possibilitam os recursos materiais de que dispúnhamos.

E, para terminar, resta-nos manifestar o nosso reconhecimento a todas as pessoas que quiseram dar-nos a honra das suas presenças nestes actos comemorativos.

Para todos quantos trabalharam nas obras hoje inauguradas e que aqui não estão presentes, pertencentes ou não aos quadros da Instituição, desde os mais categorizados aos mais humildes, vão também os nossos agradecimentos.

Por fim, seja-me permitido dirigir uma palavra de agradecimento e de saudação muito especial ao nosso Capelão, Reverendo Padre Dr. Isaías da Rosa Pereira, que tanto nos ajudou na organização desta festa.

Que por seu intermédio, as graças do Senhor sejam derramadas abundantemente sobre os nossos doentes, e que a sua acção contribua eficazmente para a criação de uma nova mentalidade, são os votos que neste momento formulamos.

Respondeu ao Dr. Abrantes da Conceição o sr. Ministro da Saúde e Assistência, que, depois de agradecer as palavras que lhe tinham sido dirigidas e ao Governo da Nação, afirmou a sua muita satisfação por poder estar ali presente. Contudo — disse — não são as inaugurações ou outras manifestações festivas o que mais lhe interessa, preferindo visitar os serviços imprevisivelmente, durante a sua laboração, pois assim melhor e mais facilmente pode ajuizar da maneira como o trabalho é executado. Há-de — disse — logo que tal lhe seja possível, visitar os serviços que lhe estão affectos, para melhor se informar das suas necessidades.

## DIARIO DO GOVERNO

(De 17 a 23/IV/1959)

*Acórdão do Supremo Tribunal Administrativo*

O Dr. Fernando Maia dos Santos Neto, médico, recorreu contenciosamente na Auditoria Administrativa do Porto contra as várias deliberações tomadas pela comissão administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Aveiro nas reuniões de 7 de Março e 17 de Maio de 1955. Pela Auditoria Administrativa foi julgado procedente e provado e nulas e de nenhum efeito as deliberações recorridas. O Supremo Tribunal Administrativo revogou a sentença da Auditoria e declarou válidas as deliberações da Comissão Administrativa.

16-IV-59

## DECRETOS-LEIS

*Ministério da Saúde e Assistência:*

Decreto-Lei n.º 42.210 que estabelece a estruturação indispensável à actuação do

Ministério até à promulgação da respectiva lei orgânica.

(Neste n.º de «O Médico» sai publicado na íntegra).

13-IV-59

#### Ministério da Justiça:

Decreto-Lei n.º 42.216 que promulga o novo regime dos serviços periciais médico-legais nas comarcas do continente e ilhas, com excepção de Lisboa, Porto e Coimbra — dá nova redacção ao artigo 168.º do Código das Custas Judiciais e adita ao quadro do pessoal de cada um dos Institutos de Medicina Legal de Lisboa, Porto e Coimbra dois lugares de assistente, especialmente destinados aos exames externos de tanatologia.

15-IV-59

### PORTARIAS

#### Ministério das Corporações e Previdência Social:

Portaria n.º 17.118 que aprova as normas da campanha nacional de prevenção de acidentes de trabalho e doenças profissionais.

11-IV-59

### CONCURSOS

#### Estão abertos concursos:

Para habilitação ao provimento do lugar de médico do Dispensário Antituberculoso de Vila Nova de Famalicão, dependente do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

20-IV-59

Para provimento de um lugar de professor catedrático do 7.º grupo (Urologia) da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

20-IV-59

### NOMEAÇÕES

#### Faculdades de Medicina

Drs. Luís António Martins Raposo, professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, e Arsenio Luís Rebelo Alves Cordeiro, professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa — nomeados para fazerem parte do júri das provas de doutoramento em Medicina do Dr. Raul António de Sousa Santos, a realizar na Universidade do Porto.

20-IV-59

Dr. Fernando Augusto Grilo Peres Gomes — nomeado para o exercício das funções de primeiro-assistente da cadeira de Farmacologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

22-IV-59

#### Outros organismos

Dr. António Arnaldo de Carvalho Sampaio, inspector-superior de Saúde e Higiene do quadro do pessoal técnico da Direcção-

-Geral de Saúde — nomeado para desempenhar, em acumulação de funções, o cargo de director do Centro Nacional da Gripe.

18-IV-59

Dr. Alexandre do Rosário Silva — nomeado médico de 2.ª classe do quadro médico comum do Ultramar Português e colocado na Província de Moçambique.

20-IV-59

Dr. Arnaldo Soares de Pinho — nomeado médico estomatologista do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da Província de S. Tomé e Príncipe.

20-IV-59

Dr. Artur José Rocha Martins Barbosa, médico leprólogo, contratado, do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da Província de Moçambique — nomeado para exercer as funções de médico leprólogo do citado quadro, indo ocupar o lugar criado pelo artigo 47.º, alínea a), n.º 1, do Decreto n.º 41.968, de 22 de Novembro de 1958, e ainda não provido.

20-IV-59

Drs. Augusto José Ferreira de Almeida, Raul Magalhães Faria e José Ramos Castaño — nomeados internos do internato complementar de clínica médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

21-IV-59

Dr. José Santos Gomes Leal — nomeado interno do internato complementar de clínica cirúrgica dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

21-IV-59

Dr. Lívio Lopes Ferreira — nomeado para o lugar de director clínico da estância termal da Fonte Santa de Monfortinho.

21-IV-59

Dr.ªs Maria João de Sousa Martins, Maria da Conceição de Madureira O'Donnell, Maria Isabel de Moura e Sá Fernandes Alves e Aldora da Costa Rodrigues — nomeadas internas do internato complementar da especialidade de obstetria e ginecologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

21-IV-59

Drs. Maria Manuela Lobo de Ávila Quirino Rosa, Fernando Rodrigues da Cunha e Ana Francisca Purificação Flores Costa — nomeados internos do internato complementar de pediatria médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

21-IV-59

Drs. Rui José Rangel de Mesquita, Henrique João Ferreira Faro, Carlos da Silva Melo, Jorge António Gonçalves Dias e Jorge Evaristo Cochofel Lóio de Campos Calejo — nomeados internos do internato complementar de clínica cirúrgica dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

21-IV-59

Dr. Vasco José Barata de Vitória Godinho de Faria Riobom — nomeado interno do internato complementar de fisioterapia dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

22-IV-59

Dr. João Machado Levita, médico municipal do concelho do Crato — nomeado para exercer, em comissão de serviço, as funções de chefe de brigada móvel dos serviços anti-sezonáticos da Direcção-Geral de Saúde.

23-IV-59



ANALGÉSICO  
DE USO EXTERNO

apresentado na forma de stick

ACÇÃO RÁPIDA  
COMODIDADE DE APLICAÇÃO  
ODOR AGRADÁVEL

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

## ALEXANDRE HERCULANO E A FILOSOFIA

MÁRIO SOTTOMAYOR CARDIA

«Como a filosofia é triste e árida!»

Escreveu Pascal, nos *Pensamentos*, que «se moquer de la philosophie c'est vraiment philosopher». Esta observação — que tanto é susceptível de designar por filosofia algo que não passa de vã retórica ou profunda ignorância como pode levar à conclusão do absurdo do senso-comum — encerra, indirectamente, uma ideia importante: a de que o desprezo pela filosofia pode ser objecto de reflexão filosófica. Se esse desprezo não deve ser galardoado com o rótulo de filosofia, há, contudo, que supô-lo capaz de ser explicado de maneira a que se teorizem questões de algum sentido crítico. O assunto, embora revestindo carácter infra-filosófico, pode servir para exemplificar problemas de maior complexidade crítica. Dir-se-ia que o desprezo pela filosofia é fenómeno cuja justificação se procura.

Pode haver quem seja levado a supor que, em filosofia, todos são competentes e, além disso, que o simples facto de um indivíduo ser inteligente e culto é condição suficiente para que possa compreender e, até, resolver problemas de filosofia. É claro que a não validade desta ideia não é, de forma alguma, incompatível com a unidade do processo ciência-filosofia. Simplesmente, do facto de um indivíduo possuir importantes conhecimentos de determinada especialidade não é lícito concluir a sua capacidade para entender os fundamentos de todas as outras por mais heterogêneas que sejam. Significa isto que, no mesmo homem, pode coexistir uma mentalidade científica e uma mentalidade vulgar.

O caso de Alexandre Herculano pode servir para exemplificar. Se bem que o seu espírito de historiador fosse de nível excepcional, as suas críticas cívicas e sociais de apreciável rigor e a obra do romancista atingisse verdadeira beleza — não se deve, contudo, inferir daí que Herculano tivesse sido competente para entender questões científicas ou filosóficas. E isto nada tem de depreciativo, porque seria grave preconceito exigir que houvesse muitos Leonardos da Vinci. Procurar-se-á, nestas linhas, salientar uma faceta do senso-comum que em Alexandre Herculano coexistia com o espírito crítico do historiador e do reformista: a sua posição perante a filosofia.

O *Pároco da Aldeia* abre com esta exclamação solene: «Como a filosofia é triste e árida!». E, mais adiante, estabelece-se a seguinte comparação: «Como a florinha do campo, a alma por onde passou a procéla da filosofia, esse turbilhão transitório de doutrinas, de sistemas, de opiniões, de argumentos, pende desanimada e tristonha; e na claridade baça do cepticismo, que torna pesada e fria a atmosfera da inteligência, não pode aquecer-se aos raios esplêndidos do sol de uma crença viva».

Em série de artigos publicada no *Panorama*, de 1839 a 1843, e posteriormente compilada sob a epígrafe *Do Cristianismo* no volume *Composições Várias*, Herculano repele os pontos de vista de todos o que considera como filósofos. «Quereis agora saber o que é o filosofismo? — a metafísica tosca e superficial dos enciclopedistas? Um andaime de traves carunchosas, atado com cordas podres e levantado à roda da formosa árvore do abrigo e da salvação por homens que tinham olhos e não viam, que tinham ouvidos e não ouviam e que julgavam poderem, com sua mesquinha obra de caruncho e de podridão, vir a cabo de a secar e destruir» (1). Por

sua vez, o abade Bergier — o homem que «apareceu em campo contra a filosofia», a dos enciclopedistas, bem entendido — «modifica e transtorna a história, chegando a ponto de citar passagens que não existem nos historiadores: põe-se ao nível de Voltaire em má fé» (2). Lamennais, esse romântico que Herculano aplaudiu como campeão do cristianismo, nem por isso deixava de ser «exagerado e falso como os que combatia» (3).

Seria possível prolongar as citações, mas tudo o que elas exprimissem se encontra sintetizado desta maneira radical: «A história da filosofia é a história de um edificio começado há milhares de anos, em que um século revolve os fundamentos que outro lançou, para lançar os seus, os quais igualmente serão revolidos pelo século seguinte, cujos trabalhos condenará o que vier após ele» (4).

Como explicar esta diatribe de Herculano contra a filosofia? Serão as impiedades de alguns filósofos? Não, porque, se assim fosse, Bergier e Lamennais, sobretudo este, deveriam ser apreciados. O que contribuiu para o desprestígio da filosofia no seu espírito parece ter sido o aparato sofisticado e sistemático do pensamento dos filósofos: a preocupação metafísica, em suma. Talvez valha a pena demorarmo-nos neste problema.

A evolução do pensamento crítico pós-kanteano tem-se orientado no sentido de demonstrar a ilegitimidade de toda a metafísica ontológica. O movimento logístico parece ir mais longe ainda, arruinando a própria noção de ser absoluto e a velha preocupação substancialista do pensamento humano. Não se trata aqui de enunciar as razões por que se deve considerar ilegítima a metafísica ontológica, mas apenas de verificar que, muito antes de consciencializada essa inadequação (e só nestas circunstâncias), a razão determinante da maior parte dos casos de desprezo pela filosofia consiste nas extrapolações dos metafísicos. Uma vez que há pessoas, com responsabilidade no assunto, que afirmam que a questão central da filosofia é a metafísica, não admira que aquela seja tão frequentemente desdenhada mesmo por espíritos superiores. Parece-me até que, nessas circunstâncias, o descrédito quase se deve considerar legítimo. E só o não é completamente porque a «filosofia» que eles rejeitam não é filosofia mas caricatura.

Para o caso específico de Herculano a razão deve, de facto, ter sido essa, não só porque ele não distinguia filosofia de metafísica como porque se recusava a aceitar as congeimações dos metafísicos como coisa séria. «Ligados com especulações ontológicas, com doutrinas metafísicas, vacilantes, contestáveis e perpétuamente contestadas, os princípios morais das escolas filosóficas têm seguido de perto, arrastados por elas, todos os desvarios dessas doutrinas até ao nosso tempo» (5). Repare-se ainda nesta outra passagem: «Abri a *Crítica da Razão Pura* e lá achareis, no princípio de uma página, a palavra *Antinomias*: lede o que depois encontrardes e vede que, com igual rigor lógico, se provam *verdades opostas* da maior importância na nossa velha metafísica. Escárnio cruel é esse, mas bem merecido [...] Todos os argu-

(1) *Composições Várias*, p. 205 (ed. s/ data). Ortografia actualizada.

(2) Ob. cit., p. 190-191.

(3) Ob. cit., p. 198.

(4) Ob. cit., p. 226-227.

(5) Ob. cit., p. 226.

mentos contra o cristianismo, deduzidos da metafísica antiga, são tão ridículos como os, em seu favor, dela tirados» (6).

É claro que a aversão de Herculano à metafísica nada tem de crítica: é simples reacção de bom senso. E isto tem enorme valor, porque, no diagnóstico das razões do descrédito da filosofia, exclui a possibilidade de qualquer sectarismo, tanto mais que a razão determinante está implícita. Será também curioso verificar o valor, tão absurdo como significativo, da *Crítica da Razão Pura* como base da malquerença à filosofia... Mas o que aqui interessa não é verificar se Herculano tinha ou não razão, mas sim interpretar o fenómeno sociológico e psicológico encerrado nestas posições insuficientemente analíticas.

Parece, pois, crível que o anti-filosofismo de Herculano confirme que o descrédito da filosofia é, muitas vezes, originado nas extrapolações dos ontologistas, o que aliás nada prova contra a ontologia. Se bem que seja impensável que o senso-comum se interessasse por filosofia, é contudo perfeitamente possível que o desinteresse não revista a forma da hostilidade, da mesma maneira que, em geral, a ciência já não é objecto de diatribes. Em geral, porque é sempre preciso contar com o despeito das vulgaridades atrevidas, mas isso só se adequa a indivíduos de diferentes princípios morais.

Posto isto, poder-se-ão levantar dois problemas importantes. Primeiro: como conciliar a ideia de que, em geral, a filosofia é ridicularizada por causa da metafísica com a tese de Winter que afirma que um problema metafísico é um problema posto em termos vulgares? Segundo: como teria podido coexistir em Herculano a crença religiosa com a sua posição anti-metafísica?

A primeira incompatibilidade, que sem dúvida seria a mais importante, não se verifica, porque Herculano não afirma que a metafísica seja «absurda em si» (7), mas sim que os sistemas dos metafísicos são quiméricos. A própria alusão a Kant não se refere ao abandono crítico da metafísica ou à tese de que o nómeno é incognoscível, mas sim ao «cruel escárnio» de se demonstrarem verdades opostas com igual rigor lógico. O que ele condena nas doutrinas metafísicas é serem «vacilantes, contestáveis e perpétuamente contestadas», o que afinal evidencia a sua mentalidade ontológica e absolutista... E aqui reside mais uma razão para acreditar na validade da explicação aduzida e no carácter superficial do pensamento de Herculano a respeito da filosofia. De facto, para uma mentalidade absolutista (como a de Herculano, em filosofia, bem entendido), é um escândalo a variedade de doutrinas...

O segundo problema, que pode lograr obter algum esclarecimento com esta dilucidação, suscita a defesa de curioso método apologético, perfeitamente adequado ao espírito de Herculano: «Recusando toda a discussão que assentar nestas bases inadmissíveis [a metafísica], reduziremos os nossos argumentos em favor do Evangelho às provas históricas, bem certos de que estas não têm que temer do critério da razão e da consciência» (8). E um pouco mais adiante: «Como base de todo o nosso discurso assentaremos a seguinte proposição. Se demonstrarmos como verdadeiros os factos que o Evangelho refere a Jesus Cristo, a verdade das doutrinas cristãs ficará exuberantemente provada» (9). A história — eis o caminho de demonstração da verdade do cristianismo.

É curioso notar este facto: Herculano não tinha mentalidade filosófica e por isso rejeitava o racionalismo, defendendo um confuso ecletismo: «A certeza resulta da concordância dos três princípios — razão, consciência e autoridade —, ou de um deles só, uma vez que não o contradiga alguns dos outros dois» (10). Mas, ao tratar de história, tinha ele plena consciência da necessidade do racionalismo, tendo escrito a

propósito dos livros bíblicos: «Sujeitemos o verbo de Deus aos métodos da razão humana. Sejamos severos com esses livros, como se eles fossem obra das mãos imperfeitas dos homens» (11). Pelo que diz respeito ao valor apologético da história, bastará talvez lembrar que, quando isto foi escrito, um rapaz chamado Renan frequentava ainda o seminário católico de Saint-Sulpice...

Escreveu Herculano que «Rousseau, se vivera cinquenta anos mais tarde, fora a mais forte coluna do cristianismo» (12). Estou em crer que esta observação contém muito de verdadeira. E agora pergunta-se: Qual seria a posição de um Herculano nascido trinta anos mais tarde e que tivesse lido Renan na juventude, como Antero e os companheiros? Insondável mistério, mas parece-me bem que o teríamos a fazer conferências no Casino, o que, como o caso de Rousseau, seria um dos muitos exemplos de historicidade do pensamento.

Poder-se-á alegar contra esta hipótese que o próprio Herculano teve conhecimento dessas conferências (aos 61 anos em Vale de Lobos) e que, embora confessando a sua simpatia por Antero, não escondeu a «profunda divergência que há entre as nossas opiniões» (13). E havia-as por certo, até porque Herculano, imaginando (e talvez com razão) que, dos cem ouvintes das conferências, metade não as devia entender, acrescentou com humildade verdadeiramente nobre que era «muito possível» que isso também «me sucedesse a mim» (14). Aqui está precisamente (se me não engano muito) a confirmação de tudo o que atrás se problematizou. Escrevendo que os assuntos das conferências «não cabem na capacidade da minha inteligência» (15), Herculano errou por certo, porque confundiu inteligência com cultura filosófica, mas acertou manifestando a insuficiência desta última.

Contra uma possível orientação do espírito de Herculano no sentido das ideias dos mais conscientes representantes da geração de 70, parece inútil aduzir as suas convicções religiosas. Sobre a heterodoxia do seu espírito a respeito da religião, bastará por certo ler, nesse mesmo protesto contra a supressão das conferências do Casino, o que escreveu acerca dos novos dogmas introduzidos pelo Concílio do Vaticano. Por outro lado, é possível que, se conhecesse o socialismo de Proudhon, Herculano já não insistisse tanto na insuficiência dos progressos sociais sem base teológica — o outro argumento fundamental da sua apologética.

É claro que nada disto passa de hipótese e hipótese que nada tem que ver com crenças de metempsicose, como o não tinha a observação acerca de Rousseau. Trata-se apenas de historicidade de formas de cultura e pensamento, de progressiva aproximação de um nível de coerência mais ampla, de determinação, para o caso particular do valor da história bíblica como método apologético fundamental, do que seria o *herculanismo ideal*, para usar a feliz terminologia proposta por António Sérgio a respeito de Descartes.

Vem, talvez, a propósito lembrar que — se a famigerada dialéctica em três tempos é sempre inútil e se é incorrecta a tese hegeliana de que a história procede racionalmente — se verifica, contudo, na história da filosofia muito maior racionalidade de evolução do que na da economia ou da política. Isto porque o real da filosofia é muito mais próximo do racional do que o real teorizado pelo âmbito da política ou da economia, ao contrário do que afirmou Herculano.

Se história da filosofia é história da razão humana (embora não exclusivamente), eis porque se verifica entre a filosofia e a sua história uma relação muito mais saliente do que entre outros aspectos da actividade humana e respectivas histórias. Significa isto, ainda, que verdade é construção progressiva e nunca acabada e que o seu critério é a coerência.

(6) Ob. cit., p. 202-203.

(7) Ob. cit., p. 208.

(8) Ob. cit., p. 203.

(9) Ob. cit., p. 208-209.

(10) Ob. cit., p. 201.

(11) Ob. cit., p. 213.

(12) Ob. cit., p. 188.

(13) Opúsculos, tomo I, 6. edição, p. 252.

(14) Ob. cit., p. 263.

(15) Ob. cit., p. 252.

# O MÉDICO

CONSELHO CIENTÍFICO

Júlio Dantas (Presidente da Academia de Ciências de Lisboa)

Augusto Vaz Serra (Director da Fac. de Med.), A. de Novais e Sousa, A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Tavares de Sousa, Albertino de Barros, Bártolo do Vale Pereira, Elísio de Moura, F. de Almeida Ribeiro, Henrique de Oliveira, Herménio Cardoso, Ibérico Nogueira, J. Correia de Oliveira, J. Gouveia Monteiro, J. Lobato Guimarães, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Renato Trincão (Profs. da Fac. de Med.), Fernando Serra de Oliveira e M. Ramos Lopes (Enc. de Regências na Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (Chefe do Lab. de Radiol. da Fac.), Carlos Gonçalves (Dir. do San. de Celas), Domingos Vaz Pais (Delegado do Instituto de Assistência Psiquiátrica), José dos Santos Bessa (Del. do Inst. Mat.), Luciano dos Reis (Assistente da Fac. de Med.), Manuel Montezuma de Carvalho (Cir.) e Mário Tavares de Sousa (Ped.) — COIMBRA

Jorge Horta (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aires de Sousa, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larrouéd, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, J. Oliveira Machado, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Moraes, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos, Costa Sacadura, Toscano Rico e Xavier Morato (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical) Almerindo Lessa (Dir. do Serv. de Sangue dos H. C. L.), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro, Alexandre Sarmento (Dir. do Lab. 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), Eurico Paes (Endocrinologista), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal, Fernando Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), 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), Manuel Marques da Mata (Insp. de Águas Mineiras da Dir. Geral de Saúde), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

Ernesto Moraes (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), A. Rocha Pereira, António de Almeida Garrett, J. Afonso Guimarães, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Emílio Ribeiro, 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 Antitracomatosa do Dispens. de Higiene Social), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar, Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), M. J. Bragança Tander (1.º Assistente da Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira (Dir. da Deleg. do Instituto Superior de Higiene), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hospital de Santo António), Gregório Pereira (Director do Centro de Assistência 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 (Director de Serv. do Hosp. de S.º António), J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.º António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe de Serv. de Anestes. do Hospital de Santo António) — PORTO

Pacheco de Figueiredo (Director da Esc. Médica de Nova Goa)

Lopes Dias (1.º Leg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Lisboa), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matosinhos), J. Pimenta Presado (Portalegre), Joaquim Pacheco Neves (Vila do Conde), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Setúbal)

## DELEGADOS

Madeira: Celestino Maia (Funchal); Espanha: A. Castillo de Lucas, Enrique Nogueira e Fernan Perez (Madrid); França: Jean Huet (Paris); Alemanha: Gerhard Kock (Munster)

# SEMANA A SEMANA A VIDA MÉDICA NACIONAL

## Efemérides

(De 16 a 25 de Abril)

**Dia 16** — Em Estremoz é adaptada uma arrecadação do Hospital local a nova enfermaria de mulheres com subsídio do Ministério da Saúde.

**18** — Em Terras de Bouro homenageia-se o Dr. Artur Adriano Arantes, que exerceu durante 39 anos o cargo de subdelegado de saúde concelhio.

**19** — Na Academia das Ciências o Prof. Almeida Lima refere-se à homenagem prestada ao Prof. Egas Moniz em Santiago do Chile, com a inauguração dum monumento monolítico e outorgação do seu nome a uma praça. Toda a Classe mostra a sua satisfação lamentando que a Academia e o Centro de Estudos Egas Moniz não se tivesse podido representar.

— O Dr. Platon Palzt Nunes, é nomeado, definitivamente, director do Serviço de Análises Clínicas dos Hospitais Civis.

Os Drs. José de Borja Araújo e José Botelho, são providos, nas mesmas condições, nos cargos de directores de Serviço de Ortopedia e Fracturas dos referidos Hospitais.

**20** — O Dr. Valadas Preto, profere no Instituto de Medicina Tropical, uma palestra acerca de «O metabolismo do ferro nas anemias hemolíticas», integrada no simpósio sobre o ferro em medicina. Faz um resumo do conceito actual das doenças hemolíticas, descreve os sinais clínicos e laboratoriais clássicos, acentuando, por último, que o isótopo radioactivo de ferro empregado em casos de doença hemolítica duvidosa, tem dado os melhores resultados.

— No Hospital de Crianças Maria Pia, do Porto, o Dr. Ferreira Alves fala sobre «Abordagem directa do mal de Pott», conferência integrada no Curso de Ortopedia.

**21** — Em Coimbra, reúne a Sociedade Portuguesa de Cardiologia, onde são discutidas algumas comunicações, sendo a primeira apresentada pelos Profs. João Porto e Dr. Freitas Tavares, sobre «Manifestações pericárdicas do lúpus eritematoso disseminado», que é comentada pelo Prof. Mário Trincão, intervindo na discussão os Profs. Lúcio de Almeida, Antunes de Azevedo e Renato Trincão, respondendo o Prof. João Porto, fazendo sobre o assunto largas considerações. A segunda comunicação é apresentada pelos Profs. João Porto, Lúcio de Almeida, Mário Trincão, Antunes de Azevedo e Bártolo Pereira, versando o tema «Sequências operatórias da pericardite constritiva». A seguir, o Prof. João Porto apresenta uma comunicação «Sobre o síndrome de Couveiller-Baumgartner», que é comentado pelos Profs. Vaz Serra e Bártolo Pereira. Por fim os Drs. Rocha da Silva e Buceta Martins apresentam uma comunicação sobre «Um caso de calcificação da aorta», em cuja discussão intervêm os Profs. Mário Trincão, Lúcio de Almeida, Renato Trincão e Bártolo Pereira. A Sociedade Portuguesa de Cardiologia, nesta reunião, ocupa-se ainda de vários assuntos de expediente, propostas de novos sócios e outros assuntos.

— Ainda em Coimbra, realiza-se a posse dos corpos directivos da Secção Regional da Ordem dos Médicos, cuja cerimónia é presidida pelo Bastonário da Ordem dos Médicos.

Terminado o acto da posse e em cumprimento de disposições estatutárias, efectua-se a primeira reunião do Conselho Regional para distribuição de cargos, que dá

o seguinte resultado: presidente, Dr. Santos Bessa; vice-presidente, Dr. Alberto Fontes; tesoureiro, Dr. Carlos de Melo; secretário, Dr. João Carlos de Moura Marques; vogais, Drs. António Cerveira, Matias Duarte Reis e Paulo Moura Relvas. Os restantes empossados são os Prof. Joaquim Antunes de Azevedo e Dr. Trajano da Costa Pinheiro, presidente e vice-presidente, respectivamente, da Assembleia Regional; secretários da Assembleia Regional, Drs. Jorge da Silva Pinto e Francisco Mendes Pimentel; e delegado à Comissão do Imposto Profissional, Dr. João de Abreu Novais.

— Pela Direcção-Geral de Saúde e Assistência são concedidos um subsídio de 22.492\$00 ao Hospital de S. Miguel de Refojos de Cabeceiras de Basto e outro de 14.675\$00 ao de Vieira do Minho para prover ao seu equipamento.

— Inaugura-se a VI Conferência da Comissão Interafricana para as Ciências Humanas, de cuja delegação nacional fazem parte os médicos Drs. Almerindo Lessa, Prof. Guilherme G. Janz e Dr.ª Deolinda Martins.

**22** — Parte para Londres o Prof. Edmundo Lima Basto, assistente do Instituto Português de Oncologia, que a convite do presidente da Associação dos Cirurgiões Britânicos, cuja delegação esteve recentemente em Portugal, e do cientista «sir» Stanford Cade, vai participar nas reuniões daquela organização médica britânica, que se efectuarão no decorrer desta semana na capital londrina.

**23** — No Porto, realiza-se na Faculdade de Medicina a 7.ª reunião científica do actual ano lectivo, às 16 horas, no anfiteatro de Fisiologia.

São apresentadas as seguintes comunicações: Dr. Mário Cerqueira Gomes — «A propósito das perturbações da condução cardíaca» (Estudo electrocardiográfico); Dr. Castro Correia — «Particularidades dos dispositivos nervosos uveais e sua interpretação»; Dr. Silva Carvalho — «A cristalização do muco cervical das histerectomizadas com conservação dos anexos».

— O Dr. Pacheco Viana fala no Hospital de Crianças D. Maria Pia sobre «Afecções Piogénicas Osteo-Articulares», integrado no Curso de Ortopedia.

**24** — Pelas 17,30 horas, no Instituto de Medicina Tropical, faz uma conferência o Prof. Mario Girolani, da Universidade de Roma, que fala de «O tratamento da cirrose hepática com altas doses de testosterona».

— Abre concurso para o lugar de médico municipal de Lajes das Flores (Açores).

**25** — Inicia-se, no Instituto de Medicina Tropical de Lisboa, a reunião preparatória da 3.ª sessão da Conferência Interafricana de Cooperação Médica, a realizar em Nova Lisboa, província de Angola, no próximo ano, sob a égide da C. C. T. A.

Na referida reunião tomam parte delegados dos países membros da C. C. T. A. O secretário-geral deste organismo é um observador da Organização Mundial da Saúde.

A delegação portuguesa é presidida pelo Prof. João Fraga de Azevedo.

— Em Coimbra, realiza-se no salão nobre dos Hospitais da Universidade, mais uma reunião clínica, sendo apresentados casos ocorridos nos serviços de Psiquiatria, Patologia Médica, Patologia Cirúrgica, Dermatologia-Venereologia e Ortopedia.

ACOMPANHANDO A ESPECIALIZAÇÃO DO NOVO FÁRMACO

— Di-ter-butyl-naftaleno-sulfonato de sódio —

em Itália, França e Inglaterra

ASCLÉPIUS apresenta

O TUSSIPLÉGICO

# TOSTOPE

- Não é estupefaciente
- Não provoca atonia intestinal
- É sedativo sem ser hipnótico
- Tem acção expectorante
- Inócuo para as crianças e pessoas idosas



COMPRIMIDOS  
XAROPE



LABORATÓRIOS ASCLÉPIUS Avenida Miguel Bombarda, 42-44 — Tel. 777135 — LISBOA

Delegação de Propaganda no Norte: Rua Firmeza, 575 (Palácio do Comércio) — Tel. 31567

# Propulmil

Bial

**INJECTÁVEL**  
PENICILINA G PROCAÍNICA 400.000 U. I. VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D<sub>2</sub> 10.000 U. I.  
QUININA BÁSICA 0,06 g ESSENCIA DE NIAULI 0,05 g EUCALIPTOL 0,05 g  
HEXAIDROISOPROPILMETILFENOL 0,02 g CÂNFORA 0,1 g Por ampola.

**SUPPOSITÓRIOS**  
PENICILINA G PROCAÍNICA 300.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I.  
VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D<sub>2</sub> 10.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,1 g  
ESSENCIA DE NIAULI 0,2 g EUCALIPTOL 0,2 g CÂNFORA 0,1 g Por supositório.

NAS AFECÇÕES AGUDAS, SUBAGUDAS  
E CRÔNICAS DAS VIAS RESPIRATÓRIAS

# Propulmil

Bial

**INFANTIL**

**INJECTÁVEL**  
PENICILINA G PROCAÍNICA 300.000 U. I. VITAMINA A 25.000 U. I.  
VITAMINA D<sub>2</sub> 5.000 U. I. QUININA BÁSICA 0,03 g ESSENCIA DE NIAULI 0,025 g  
EUCALIPTOL 0,025 g CÂNFORA 0,05 g Por ampola.

**SUPPOSITÓRIOS**  
PENICILINA G PROCAÍNICA 200.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I.  
VITAMINA A 25.000 U. I. VITAMINA D<sub>2</sub> 5.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,05 g  
ESSENCIA DE NIAULI 0,1 g EUCALIPTOL 0,1 g CÂNFORA 0,05 g Por supositório.