

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

X ANO — N.º 401
7 de Maio 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. de 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

KANTREX

(SULFATO DE KANAMICINA)

Um novo antibiótico-bactericida
INTEIRAMENTE DIFERENTE

★
Especialmente activo contra as
estirpes resistentes de
“ESTAFILOCOCCUS AUREUS”

★
Um produto preparado pelo
Instituto Luso-Fármaco — LISBOA
Sob licença da
Bristol Laboratories Inc.
Syracusa-New-York



SUMÁRIO

SEMANA A SEMANA	267
CIÊNCIAS MÉDICAS — CLÍNICA	
ARTIGOS ORIGINAIS	
ANÍBAL DA SILVA E COSTA — A medicina desportiva e o estudante universitário	270
ALEXANDRE SARMENTO — População indígena de Angola	279
MOVIMENTO MÉDICO	
Tratamento do prurido anal	287
Diagnóstico e tratamento do choque	288
Tratamento médico da doença de Parkinson	291

ASSUNTOS GERAIS E PROFISSIONAIS	
Os mercados de ilusões — JOAQUIM PACHECO NEVES	293
ECOS E COMENTÁRIOS — MENDONÇA E MOURA	298
Assistência Médica — Centros auxiliares de Diagnóstico. Transporte de doentes. Socorro urgente para acidentes e calamidades — A. PROENÇA	302
Noticiário diverso	
FORA DA MEDICINA — Crítica literária — TABORDA DE VASCONCELOS e MÁRIO SOTTOMAYOR CARDIA	312

Preço, avulso: 5\$00

sob o signo da segurança

thévina

thetina cristalizada DELALANDE

solúvel
estável
pouco tóxico
não produz acumulação
antidispneico excepcional
diurético

3⁰

**GRANDE
CARDIOTÓNICO
DIGITÁLICO**

**TRATAMENTO A LONGO PRAZO NAS
INSUFICIÊNCIAS CARDÍACAS**

INDICAÇÕES

cardiopatias valvulares descompensadas, miocardites

dose de manutenção :
dez gotas de manhã e
à noite, se necessário
durante meses

THEVINA GÔTAS

Solução a 1/1000
30 gotas = 1 mg. de Thevetina
20 a 60 gotas por dia em 2 a 3 doses
Frasco de 20 cc.

THEVINA AMPOLAS

1 ampola de 2 cc. = 1 mg. de Thevetina
1 a 2 ampolas intravenosas por dia
Caixa de 6 ampolas



LABORATOIRES DELALANDE

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 8.^a reunião científica do actual ano lectivo efectuou-se no dia 30 de Abril findo, sendo apresentadas as seguintes comunicações: Dr. João Gil da Costa — «Sobre o método de Swahn para a determinação dos lípideos totais do soro sanguíneo»; Dr. Levi Guerra — «Sobre as apófises clivóides»; Dr. António Coimbra — «Laqueação experimental da artéria cerebral média»; Dr. A. da Costa Maia — «Padrões teóricos da distribuição da poliomielite».

HIDROLOGIA MÉDICA

A Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica retomou a sua actividade com uma sessão, que se realizou em 30 de Abril último. Além da alocação presidencial pelo Dr. Marques da Mata, foram apresentados os seguintes trabalhos: «O médico e a clínica termal — Breves comentários» — Dr. Castro Amaro; «O fluor nas águas portuguesas» — Dr. Amaro de Almeida.

DR. SEIXAS PALMA

Faleceu no Rio de Janeiro, onde se encontrava temporariamente, o investigador português Dr. José de Seixas-Palma, que, entre nós, como Director Técnico dos Laboratórios de Biologia e Quimioterapia (Seixas Palma), introduziu e desenvolveu métodos de biologia aplicada. Doutorou em Ciências, Medicina e Filosofia pela Universidade de Freiburg, onde trabalhou com o Prof. Schottelius (discípulo de Pasteur), frequentou também a Universidade de Berlim, onde teve oportunidade de conviver com grandes mestres da Medicina e da Química, como Wasermann e Fischer. Também em Marburgo foi colaborador de Behring. Voltando a Portugal, iniciou, a convite do Sr. José Carvalho da Fonseca Júnior, a montagem do Laboratório de Biologia e Quimioterapia, um dos primeiros deste género a ser estabelecido.

JORNADAS MÉDICAS
DE FRANÇA

Em Bordeus, nos dias 21-24 de Maio corrente, vão realizar-se as «Jornadas Médicas de França e da Comunidade Francesa», sob a presidência do Prof. Siglas, decano da Faculdade de Medicina e de Farmácia daquela cidade. Vão ser tratados os seguintes assuntos: A Comunidade Europeia e a Medicina; As parasitoses intestinais; Os esfregaços vaginais; Sexologia (relações gerais e sexualidade da puberdade e da velhice e as perturbações da

sexualidade); As afecções rinofaríngeas da criança; As arterites dos membros inferiores; O serviço de saúde e o problema das radiações ionisantes. No fim de cada um dos colóquios sobre os assuntos atrás referidos, haverá discussões. Para informações e inscrições: Comité Directeur Permanent des Journées Médicales de France et de la Communauté — 12, rue Pierre-Geoffroy — Colombes (Seine).

ADENOPATIAS MALIGNAS

Passando revista sobre o estado actual do tratamento das adenopatias malignas, D. Christol, no último número da «Gazette Médicale de France», afirma que, quando se trata de adenopatias primitivas, a radioterapia é ainda o melhor tratamento, principalmente nos casos de adenopatia superficial localizada; nas adenopatias mais profundas, empregar-se-á com proveito a cobalto-terapia; a exérese cirúrgica continua a ser o tratamento de escolha em casos de adenopatias de início muito localizadas; a corticoterapia em fortes doses possui igualmente uma actividade incontestável (sucede o mesmo com a colchicina e, sobretudo, com a mostarda azotada, que, segundo o referido autor, representa, com a radioterapia, um dos melhores processos terapêuticos das adenopatias malignas primitivas). Quanto aos tratamentos das adenopatias metastáticas, ao lado das terapêuticas que se usam nas primitivas, interessa lembrar a hormonoterapia no cancro do seio e da próstata e os tratamentos cirúrgicos.

SULFAMIDAS
HIPOGLICEMIANTES

Entre os trabalhos que têm aparecido sobre o tratamento da diabetes pelas sulfamidas hipoglicemiantes, há um, de interesse prático, que veio publicado ultimamente na «Gazette Médicale de France», da autoria de J. Ferroir, J. Boutelony e M. Pingoud, e que vamos resumir, nas suas conclusões. Os autores relatam o resultado das suas experiências de 3 anos, salientando que as indicações das sulfamidas são, de uma maneira geral, nos casos de diabetes sem desnutrição e acidose e que o regime é absolutamente necessário. Referem-se a acidentes digestivos e cutâneos (raros) e a outros acidentes, como hematurias, elevação do teste do timol, etc. Mas — concluem os autores — os incidentes são raros e as sulfamidas hipoglicemiantes constituem uma terapêutica interessante, sendo superiores a 80 % as probabilidades de sucesso se as indicações forem bem postas.

INSECTICIDAS

O comité de peritos de insecticidas da OMS acaba de publicar um catálogo que compreende as espécies animais mais perigosas para a saúde do homem e que manifestam uma imunidade perigosa em relação aos métodos químicos empregados até aqui para as combater. Trata esse volume das mais modernas técnicas para combater as moscas, os mosquitos, os piolhos, os percevejos, os ratos e outros animais nocivos ao homem.

ENFARTE DO MIOCÁRDIO

Mais uma aplicação da Butazolidina: o enfarte do miocárdio. L. Mathieu e colaboradores publicam na «Rev. Med. Nancy» (n.º 84-1959) um artigo relatando as primeiras impressões que colheram em 18 doentes com enfarte do miocárdio nos quais utilizaram a Butazolidina, em virtude da sua acção anti-inflamatória e antálgica. Os autores concluem que esta medicação constitui «um auxiliar precioso no tratamento do enfarte do miocárdio».

ESTERILIDADE TUBAR

É, na verdade, surpreendente a conclusão a que chegam A.-C. Jorge e colaboradores no trabalho que recentemente publicaram no «Archivio di Ostetricia e Ginecologia» sobre um tratamento que ensaiaram em muitos casos de esterilidade de origem tubar, injectando, por via intra-uterina, uma solução de cloranfenicol succinato e hialuronidase em solução fisiológica; este tratamento é combinado com a prednisona por via bucal e ondas curtas. Os autores obtiveram 74,3 % de resultados positivos.

HIPNOSE
E DERMATOLOGIA

Na 17.^a reunião anual, em Chicago, da *American Academy of Dermatology and Syphilology*, M. J. Scott fez uma interessante exposição sobre a utilização da hipnose na terapêutica das doenças da pele. O autor explicou o papel da hipnose com respeito à supressão do prurido, das algias e da sensação de queimadura e a vantagem que oferece para descobrir os problemas emocionais que os doentes escondem. Scott afirma que, ao contrário do que possa supor-se, os resultados da hipnose são melhores nos doentes cujo índice de inteligência é elevado e não é necessário que um doente acredite no hipnotismo para ser hipnotizado.

Semanário de assuntos médicos e paramédicos

X ANO — N.º 401
Vol. XI (Nova série)

7 de Maio de 1959

Director e Editor:
MÁRIO 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.»:

Exercício e doença cardíaca — K. Donald (5128, Abril de 1959).

Cistite de origem ascendente no homem — H. P. W. - White (5128, Abril de 1959).

«Santé Publ.»:

Os leites na alimentação do lactente — F. Bonnenfeut e G. Jolly (174, Mar. de 1959).

Interesse da associação de cálcio, iodo e vitamina C em terapêutica infantil — P. Jacquemart (174, Mar. de 1959).

«A Med. Cont.»:

Alterações da imagem directa do crânio nos tumores cerebrais — Aleu Saldanha (Março de 1959).

«The Alex. Med. Journ.»:

Prednisona no infarto cardíaco — H. El-Badwi e col. (5-1, 1959).

Investigações do papel da vit. B₁₂ no metabolismo dos hidratos de carbono — A. E. Darwish e col. (5-1, 1959).

«Jor. da Soc. das Cien. Med. de Lisboa»:

Um caso de pneumotórax espontâneo — Thomé Villar e José Granate (Fev. de 1959).

Um caso de hemoptise pós-traumática — M. de Freitas e Costa (Fev. de 1959).

«Med. et Hyg.»:

Causas de erro no diagnóstico dos cancros brônquicos primitivos — J. M. Lemoine (17-426, 1959).

Sulfamidoterapia moderna — P. Rentch-nick (17-426, 1959).

«Brit. Med. Journ.»:

Osteomalacia — F. S. P. van Buchem (5127, Abril de 1959).

Artropatia de Charcot após hidrocortisona intra-articular — G. N. Chandler e col. (5127, Abril de 1959).

«La Sem. Med.»:

Nossa experiência sobre a conservação dos ovários na histerectomia — N. Arenas e col. (114-9, 1959).

Teoria sobre predeterminação do sexo — Elisa de Sales (114-9, 1959).

«Min. Med.»:

A hormona S. T. H. na cura da tuberculose — L. Miti e col. (50-17, 1959).

O tratamento da tuberculose com a ciclo-serina — L. Miti e R. Bronzini (50-17, 1959).

«Mont. Med.»:

Estudo de sete casos de hepatite icterogénea maligna aguda — P. Boulet e col. (54-4, 1958).

Estudo dos hipometabolismos não mixedematosos, tentativa de interpretação fisiopatológica — P. Boulet e col. (54-4, 1958).

«Biologie Méd.»:

Fosforilação oxidativa — R. Loury (57-2, 1959).

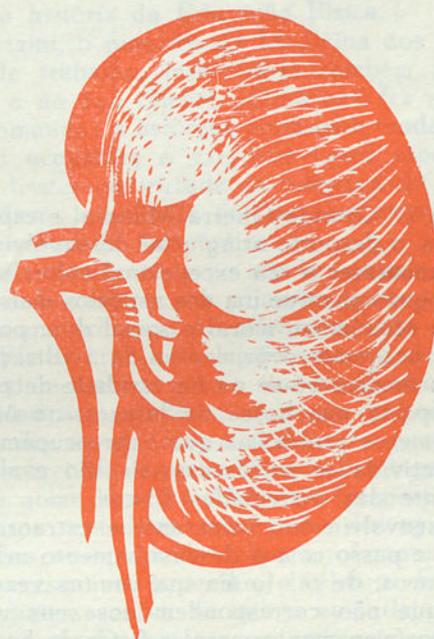
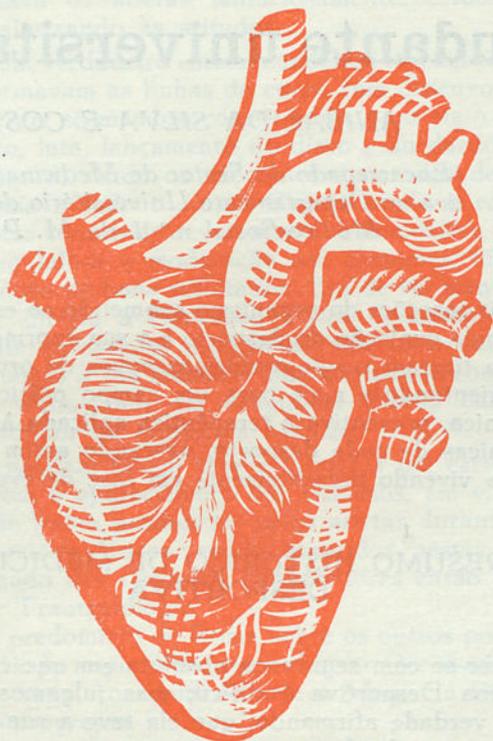
Estudos sobre o mecanismo neuro-psíquico da hipertensão arterial. Fisiologia e fisiopatologia das reacções tensionais à emoção — A. C. Guillaume (57-2, 1959).

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

Anunciam neste número:

Abecassis	2.ª capa	Instituto Pasteur de Lisboa	3.ª capa
Rua Conde Redondo, 64-3.º-Dt.º		298, 311	e
— Lisboa		Rua Nova do Almada, 67	
Amatus Lusitanus	309	— Lisboa	
R. da Misericórdia, 36-3.º-Esq.		Leacock	285
— Lisboa		Av.ª 24 de Julho, 16 — Lisboa	
Barral	284 e 313	Luso-Fármaco	269 e 1.ª capa
Rua do Ouro, 126 — Lisboa		R. do Quelhas, 14-2.º — Lisboa	
Bial	4.ª capa	Neo-Farmacêutica	296 e 312
R. João Oliveira Ramos — Porto		Av.ª 5 de Outubro, 21 — Lisboa	
Celsus	292	Química Hoechst	286
R. dos Anjos, 67-1.º — Lisboa		Avenida Duque d'Ávila, 169-1.º	
Ciba	301	— Lisboa	
Rua Gonçalves Crespo, 10		Sanofarma	277, 278, 303 e 304
— Lisboa		Av.ª da Liberdade, 164 — Lisboa	
Dávi	295	Saúde	281
R. Conde Redondo, 70 — Lisboa		R. S.to António à Estrela, 44	
Delta	274	— Lisboa	
Av.ª Duque de Loulé, 108-1.º		Tito Batóreo	308
— Lisboa		Rua da Conceição, 35-1.º-E	
Estácio	310	— Lisboa	
R. Sá da Bandeira, 118 — Porto		União Fabril Farmacêutica	273
Farmoquímica Baldacci	282	Rua da Prata, 250-2.º — Lisboa	
R. Duarte Galvão, 44 — Lisboa		Unitas	307
Ferraz Lynce	289 e 306	Calçada do Correio Velho, 8	
R. Rosa Araújo, 27-1.º — Lisboa		— Lisboa	
Fidelis	288, 290 e 291	Vicente Ribeiro	299 e 300
Terras de Santana, 1 — Lisboa		R. da Prata, 237-1.º — Lisboa	
H. G. Morrison	294	Vitória	297
Rua Rodrigues Sampaio, 15-		R. Elias Garcia, 26 — Venda	
-2.º-D.to — Lisboa		Nova — Amadora	

Ciências Médicas
Clínica



HIPERTENSÃO ARTERIAL

EDEMAS

de qualquer natureza:
cardíaca, renal, hepática
e
medicamentosa

clorotiuril

(CLOROTIAZIDA)

6 CLOZO-7-SULFAMIL-1,2, 4-BENZOTIAZINA-1, 1-DÍOXIDO

NOVO DIURÉTICO ANTI-HIPERTENSIVO

POR VIA ORAL

ISENTO DE MERCÚRIO



A medicina desportiva e o estudante universitário ⁽¹⁾

ANÍBAL DA SILVA E COSTA

(Encarregado do Sector de Medicina Desportiva no Departamento Universitário do Centro Médico-Social n.º 1 da M. P.)

Depois da 1.ª Grande Guerra Mundial e especialmente nos últimos anos, o desporto atingiu tal desenvolvimento, que se torna inútil encarecer o seu excepcional valor, sendo lugar comum dizer-se que constitui um dos aspectos mais importantes dos factores económico, moral e social dum povo. Dados os efeitos cada vez mais deprimentes da civilização maquinista de hoje, o homem vê-se na necessidade de procurar os parques de desporto nas horas de lazeres, na ânsia de se libertar dos inúmeros problemas que o preocupam dia a dia e em que as actividades psicosensoriais são exaltadas com limitação evidente das actividades físicas.

Daí o desenvolvimento incessante e extraordinário, do desporto, a par e passo com o desenvolvimento urbanístico e mecânico dos povos, de tal forma que muitas vezes provoca manifestações que não correspondem aos seus verdadeiros objectivos: o aperfeiçoamento moral e físico do homem.

A Juventude, atraída pelo poder fascinante do desporto, dedica cada vez mais as suas horas de ócio à prática desportiva, não só como derivado da sua vida intelectual mas também para dela retirar os seus benefícios físicos, morais e sociais. O conceito de educação física e desporto encerra, além do seu significado de defesa biológica espontânea, ramos colaterais, que, tal como no passado, se vão desenvolvendo: o *aspecto educativo* pelos serviços que presta à saúde; o *aspecto bélico* pela sua utilidade na preparação para a Guerra; o *aspecto de competição* espelhado na luta pelo record e o *aspecto espectacular e de prestígio* criado pela multidão que segue a competição e pelas repercussões inerentes à vitória.

Daí, alguns considerarem a Educação Física como um ramo de Higiene; outros como uma forma de evitar a fadiga e o sedentarismo da vida moderna; outros como meio de desenvolvimento muscular; e outros ainda como preparação para a guerra.

Todavia, e visto à luz dos conceitos modernos, ela deve ser considerada sobretudo como um aspecto da Educação integral que, utilizando o exercício físico e a acção dos agentes naturais, tende a estabelecer o equilíbrio entre o corpo e o espírito que é a base de toda a Educação.

Pode dizer-se que os fins principais da educação física e do desporto são os de estimular o desenvolvimento do organismo, com contribuição evidente para a normalidade das suas funções, e levar, directa ou indirectamente a uma influência benéfica sobre o trabalho mental, intelectual e, acima de tudo sobre a formação moral do indivíduo.

Não há que enaltecer o valor da educação física e do desporto, pois todos sabem que, correctamente praticados, exaltam a inteligência, a atenção, a vontade, a audácia, o amor próprio; sendo ao mesmo tempo bons tónicos para a timidez, preguiça e as preocupações sexuais...

Nesta altura, uma dúvida poderá pairar diante do nosso espírito: porque razão vemos a Medicina ligada ao Desporto? Na verdade, os dois termos Medicina e Desporto poderão parecer à primeira vista absolutamente antagónicos, pois quando se fala de Medicina o pensamento dos menos esclarecidos dirige-se para a doença, devendo o Desporto, em princípio, ser reservado a pessoas sãs.

Mas, a Medicina, desde há muito, que deixou apenas de curar os doentes para se enquadrar num conceito que tem por máxima prevenir, sendo aqui que deve colocar-se a Medicina Desportiva, a qual, visando fortificar o corpo e o espírito, tende a colaborar na melhoria física e moral do indivíduo.

Anteriormente a este influxo desportivo da actualidade, a Medicina Desportiva dedicava-se fundamentalmente ao

estudo das reacções do organismo submetido ao esforço físico, mas a rápida evolução do desporto e a sua enorme divulgação no mundo fizeram surgir problemas novos de ordem médico-social orientando-a mais para um campo prático de actividades clínicas, preventiva e terapêutica aplicada às características técnicas de cada desporto, nascendo assim uma «especialidade» vivendo presentemente em fase de evolução.

RESUMO HISTÓRICO DE MEDICINA DESPORTIVA

Dizer-se com segurança absoluta em que época nasceu a Medicina Desportiva é difícil, mas julgamos não andar longe da verdade afirmando, que ela teve a sua origem com o aparecimento do desporto.

A ligação entre educação física e saúde, concebida na harmonia do corpo à base da natureza e das suas expressões, vem-nos do período greco-romano do século VI A. C.

Todavia, já antes o exercício físico era praticado mesmo com carácter de competição, sobre isso nos ilustrando os poemas de Homero.

A Educação Física era praticada com interesse e entusiasmo em países de cultura diversa como a China, Egipto, a Índia, etc., surgindo mesmo na última o conhecidíssimo «Yoga» — combinação de exercícios respiratórios e musculares — cheio de conceitos filosóficos e religiosos, sendo a sua prática considerada alta honra e meio de união entre o indivíduo e a divindade!

Porém, o conceito de Exercício Físico considerado como meio salutar, surge só com a Escola de Alcmeone onde Pitágoras e Crotona pontificavam. Para eles, a vida e a saúde, resultavam de harmonia das partes constituintes do corpo humano, e a doença dum interrupção dessa harmonia sendo por isso esta considerada norma essencial da vida.

Entretanto, com o aparecimento de Erodoto de Lentini e de Icco de Taranto, para alguns o fundador da Medicina Desportiva, um outro conceito fez doutrina ao mesmo tempo que veio dar uma maior importância aos exercícios físicos. Assim, para eles, as doenças eram devidas ao comportamento dos humores internos do organismo, sendo o seu aparecimento fruto da excessiva preponderância de um deles e a sua cura só conseguida quando o humor corrupto tivesse sido eliminado!

Desta forma, os exercícios físicos obrigando o organismo ao movimento de todo o corpo, traduziam-se por uma reacção útil pela qual o humor corrupto era eliminado e reconduzido o indivíduo ao estado de saúde.

Daí, o facto de Lentini prescrever no tratamento dos seus doentes portadores de síndromas febris um passeio de cerca de 40 milhas o que levou o seu discípulo Hipócrates, a quem se atribui a afirmação de que «é melhor um fraco treinado, que um forte não treinado», a considerar semelhante medida um pouco exagerada!

Icco de Taranto considerado por muitos, como dissemeas, o verdadeiro fundador da Medicina Desportiva, tornou-se

(1) Lição integrada no I Curso de Higiene Escolar Universitária, proferida em 2 de Maio de 1958, na Faculdade de Letras de Lisboa.

saliente pela sua cultura e ponderação sendo médico, ginasta, filósofo e pedagogo.

Via no exercício físico uma educação do corpo que devia completar a personalidade moral dos indivíduos.

Examinava os atletas minuciosamente, estudando os instintos e valorizando as atitudes.

Sendo um verdadeiro esteta, condenou os exercícios brutais que deformavam as linhas do corpo com desenvolvimento exagerado de um só membro constituindo, para ele o pentatlo (corrida, salto, luta, lançamento do disco e do dardo) a verdadeira Ginástica, sendo os exercícios apontados destinados a dar harmonia a todo o corpo. Regula ainda o regime de vida dos atletas concebido severamente, e demonstra a importância da frugalidade e moderação dos costumes, tão necessários à obtenção de bons resultados. Era de tal maneira considerado que dirigiu a Educação Física de então, do qual foi «praticante entusiasta, modelo de sabedoria castidade e temperança, tendo a sua memória sido eternizada com a construção dum monumento em Olímpia». Platão chamou-lhe mesmo o fundador da Ginástica Médica.

Ainda naquele tempo teve a Cirurgia um certo desenvolvimento com o aparecimento dos Ginásios, em virtude da quantidade de lesões produzidas pelos atletas durante a prática dos exercícios físicos, sendo assistidos nestas ocasiões pelos empregados dos Ginásios, conhecedores então de Ciência Médica e Traumatologia.

Com o domínio de Roma sobre os outros povos transita-se do período a que poderemos chamar Greco-italico para o período Romano, continuando nele a Medicina Desportiva em sucessivo progresso.

A Educação Física tem nesta época uma fisionomia especial, dado a perfeita organização sanitária de Roma, sendo praticada nos Ginásios e Palestras anexas às Termas sob a orientação dos Perfeitos. Os médicos de então ocupam-se das coisas físicas, e a principal razão desta orientação é devida à criação da Escola Metódica. Segundo ela a substância viva era composta de átomos e poros sendo o estado de saúde ou doença dependente do seu equilíbrio recíproco. A Medicina deveria actuar quando se estabelecessem desequilíbrios de modo a corrigir o estado físico da matéria sendo para tal fim a terapêutica física a mais adequada e daí o valor atribuído à terapia termal e aos exercícios físicos.

Dentro dos médicos desta época dois houve que se salientaram notavelmente: Celso e Galeno. O primeiro, argumentava que os exercícios físicos eram úteis ao corpo, recomendando ao mesmo tempo que o aparecimento do suor ou de sensações de fadiga devia ser sinal precoce para o seu termo e que eles deveriam ser seguidos de massagens e repouso.

Por estas palavras avaliamos bem a noção exacta que este grande médico possuía, sobre os problemas físicos.

Galeno, outro nome da Medicina Romana, dizia que os Exercícios Físicos eram mais importantes para a saúde que os próprios alimentos e faz a distinção entre exercícios moderados e o atletismo que condena, afirmando-se que esta sua aversão para tão útil modalidade, nasceu duma luxação do ombro adquirida pelo próprio durante a sua prática e em virtude da qual esteve em riscos de morrer!

Todavia, com a queda do Império Romano, e o aparecimento da Época Medieval, e tal como em todas as actividades, a Educação Física passa por um período de estagnação, mesmo de retrocesso, a que não é estranha a influência do Cristianismo mal interpretado que leva a ver nas formas do corpo a tentação.

Apesar deste obscurecimento surgem ainda alguns vultos que deixam o seu nome ligados a grandes obras de então, tais como Taddeo Alderotti com o seu célebre «libelo pela conservação da saúde» e Aldobrandino Siene com o seu tratado «Le regime du corps» e os seus vários «Tacuini sanitatis» onde louva a caça e o passeio.

Com os alvares do Renascimento em que todas as artes se procuram libertar da passividade medieval, dá-se o ressurgimento da Educação Física, sendo precursores deste movimento Paolo Vergarico e o seu discípulo Vittorino de Feltre, escrevendo o primeiro um tratado onde demonstra o alto valor pedagógico e formativo dos exercícios físicos.

Surge então um grande de vulto de Medicina, Girolano

Mercuriale, cuja obra famosa «De arte gymnastica» pode ser considerada o primeiro tratado de Medicina Desportiva.

Nela descreve as qualidades indispensáveis para a prática desportiva, exalta a execução dos jogos e do treino, demonstra a conveniência da frugalidade da alimentação dos atletas, indica os locais, o tempo, a intensidade do treino e estuda os efeitos fisiológicos e terapêuticos dos exercícios físicos. Podemos afirmar categoricamente que a sua obra é fundamental na história da Educação Física.

Ramazzini, o pioneiro da Medicina dos artifícios, hoje Medicina de trabalho, interessa-se também pela Medicina Desportiva e na sua célebre «Diatrize» fez um estudo das doenças submetidas a esforços intensos e inadequados.

Tissot aconselha o exercício físico especialmente aos intelectuais tristes em virtude da natureza do seu trabalho e Tronchin afirma e difunde que os exercícios físicos eram a base fundamental da terapêutica.

Todavia, é sobretudo no século passado, em 1800 com a criação na Dinamarca do primeiro Instituto Ginástico da Europa e o aparecimento do célebre método de Ling, que a Educação Física cria uma legião enorme de adeptos e se espalha rapidamente por todo o mundo. O número de médicos que se dedicam aos estudos da biologia aplicada ao desporto, cresce dia a dia, sendo justo realçar entre outros, Mantegaza, Todano e sobretudo Angelo Mosso, fisiólogo eminente que deixa o seu nome ligado à Medicina Desportiva, devida aos seus inúmeros trabalhos sobre ela, distinguindo-se particularmente os seus estudos sobre a «Acapnia» e «Fadiga» inventando mesmo um aparelho, o célebre «Ergógrafo» destinado a registar a curva da fadiga nos atletas.

A Medicina Desportiva, ocupava-se naquela altura não só do estudo dos efeitos dos exercícios físicos sobre os diferentes aparelhos e sistemas, no seu aspecto puramente científico, mas também da faceta prática do diagnóstico e terapêutica dirigidos às necessidades de cada desporto.

★

Apesar de toda a evolução assinalada anteriormente, o ritmo do desenvolvimento das actividades desportivas não pára e é depois da guerra de 1914-18, com o recomeço dos Jogos Olímpicos e a expansão cada vez maior de algumas modalidades, que o Desporto atinge o auge no mundo inteiro.

São milhares os indivíduos de todas as Nações e das mais diversas classes sociais que, reconhecendo o valor do desporto, a ele se dedicam com verdadeiro entusiasmo. Por outro lado, as competições desportivas arrastando cada vez um maior número de indivíduos aos Estádios, transformaram o desporto num verdadeiro fenómeno social que não poderia de forma alguma estar entregue a si próprio e à mercê dos acontecimentos.

Os médicos são inicialmente chamados a prestarem os primeiros socorros aos acidentados do desporto, para em breve começarem a realizar exames sistemáticos e a praticarem a investigação científica nos indivíduos submetidos ao esforço físico, com o fim de os salvaguardar, não só dos efeitos nocivos do desporto efectuado sem contróle mas também melhorarem o seu rendimento à custa do estudo aprofundado da fisiologia.

E assim teria de acontecer mais tarde ou mais cedo, pois ninguém melhor que o médico desportivo sabe quais os critérios e métodos de avaliação dos atletas; qual o doseamento do esforço neuromuscular em relação ao temperamento, características psíquicas, sexo, idade, etc., quais os efeitos fisiológicos da actividade muscular e do aparelho cardiocirculatório; e ainda que o último fim da educação física consiste em se atingir o mais perfeito grau de economia de trabalho, quer dizer realizar o máximo com o mínimo de esforço o que só se consegue com o treino controlado, à custa de eliminação dos movimentos inúteis, na transformação dos movimentos voluntários em involuntários e na atenuação das sensações de fadiga e inibição do cansaço. E foi por ocasião dos Jogos Olímpicos de 1912, que os médicos acompanhantes das várias representações internacionais se reuniram com a intenção de estudarem os problemas médico-biológicos em relação ao desporto, debaixo da orientação duma Entidade Internacional.

Organizam, para resolução dos problemas médico-des-

portivos, o Congresso de Paris em 1913. Em virtude porém do desencadeamento da guerra de 1914, só por ocasião dos Jogos Olímpicos de Inverno, realizado em 1928 em St. Moritz (Suíça), se organiza a Federação Médico-Desportiva Internacional.

O I Congresso Internacional de Medicina Desportiva tem lugar em Agosto do mesmo ano em Amsterdão no decorrer dos Jogos Olímpicos de verão com a comparência de cerca de 300 médicos pertencentes a 20 Nações e no qual foram definitivamente aprovados os estatutos de F. I. M. D., que limitam e regulam a competência deste organismo da forma seguinte:

- 1 — Iniciar a investigação científica respeitante à Biologia, Psicologia e Sociologia aplicada ao Desporto.
- 2 — Promover o estudo dos problemas médicos que se apresentem na prática dos exercícios físicos e desportos em colaboração com as Federações e Entidades desportivas.
- 3 — Organizar Congressos Internacionais por ocasião das Olimpíadas.

A semente esteve lançada e a F. I. M. D. não mais pára, realizando sucessivos Congressos Internacionais, como os de Torino, em 1932, Berlim, em 1936, e ao qual assistiram cerca de 1.500 médicos de 40 nações entre os quais alguns portugueses enviados pelo Ministério da Educação Nacional (M.P.) e no qual foram tratados assuntos de alto interesse para a Medicina Desportiva, tais como: Metabolismo e Circulação; Circulação e Respiração; Metabolismo, Higiene e Treino; Psicologia e Desporto; Medicina e Aviação; Medicina da Educação Física; Traumatologia e Ginástica Médica; Biometria; Medicina Biológica e Social.

No ano seguinte os franceses realizam novo congresso onde se estuda fundamentalmente: Biologia Desportiva; Educação escolar e pós-escolar; Orientação desportiva e lesões do desporto.

Em 1939 e ainda antes da eclosão da catastrófica segunda grande guerra mundial, são os belgas que organizam outro Congresso, e em que se discute especialmente o papel da Biologia Aplicada à Educação Física e ao desporto.

O trabalho em profundidade realizado pela F.I.M.D. e pelas Associações e Federações Médico-Desportivas dos vários países tinha sido grandioso em demasia para que pudesse ser ofuscado na sua totalidade pela passagem devastadora da guerra de 1939-1945.

E assim, em 1947, o Prof. Govaerts toma a iniciativa de reconstruir a F.I.M.D. convocando para isso uma Assembleia Geral em Bruxelas, na qual foram escolhidos os seus novos membros e aprovados os estatutos actuais.

A ânsia de investigação, a possibilidade dum maior rendimento dos atletas bem como a prática do desporto sob controle, vive na mente de todos os médicos apaixonados pelo desporto, não sendo por isso de estranhar a realização dos Congressos de Praga em 1948, Montecatini em 1950, Paris em 1952 e Luxemburgo em 1954, não se mencionando os assuntos discutidos para não nos tornarmos fastidiosos!

Diremos, todavia, que a Medicina Desportiva evolui extraordinariamente ultrapassando a era da Traumatologia Desportiva para se colocar finalmente, no seu verdadeiro lugar.

Trinta e três países fazem parte da F.I.M.D., existindo em cada um deles Associações ou Federações destinadas a resolver os problemas médicos relacionados com o Desporto.

A Medicina Desportiva passa a ser ensinada em algumas Faculdades Europeias e na maior parte dos Institutos de Educação Física, sendo justo destacar os nomes de Professores eminentes que com o seu prestígio e saber souberam conduzir a Medicina Desportiva ao seu alto nível de agora, tais como Latarjet, Knool, Buytandijk, Cassinis, Letounov, Govaerts, Chaley-Bert, Brandt, Kral, Merklen, e La Cava, o verdadeiro impulsor da Medicina Desportiva da actualidade e que com o seu dinamismo e inteligência conseguiu não só levar a F.I.M.D. ao seu posto de destaque actual como também criar em Itália uma Organização Médico-Desportiva que é modelo para todo o mundo.

Em Portugal, onde muito pouco existe no que respeita à Organização Médico-Desportiva, é de salientar o papel desenvolvido pela M. P. com a criação do 1.º Centro de Medi-

cina Desportiva no nosso País e o envio ao estrangeiro de médicos para se especializarem em ramo tão útil, bem como o esforço da Defesa Nacional e da Comissão Superior de Educação Física do Exército especializando alguns médicos a fim de assegurarem um controle Médico-Desportivo eficaz dentro das suas fileiras, assim como da Federação Portuguesa de Futebol criando vários Centros de Medicina Desportiva.

★

Depois de termos analisado a evolução da Medicina Desportiva, ganhando raízes desde a Antiguidade, e que como acabamos de ver se desenvolveu de mãos dadas com a maior ou menor divulgação da Educação Física e Desportos, entraremos verdadeiramente na análise da Medicina Desportiva da actualidade, procurando defini-la, estudar as reacções do organismo submetido ao esforço físico, estabelecer as suas bases, limites e o seu valor social, dentro do campo universitário.

A definição de Medicina Desportiva é extremamente complexa, mas diremos numa forma sucinta e simplista que que tem por fim o estudo dos fenómenos biológicos dos indivíduos submetidos ao esforço físico e daí a sua ligação com Fisiologia, Patologia e Terapêutica, donde poderemos afirmar que está perfeitamente integrada na Medicina Geral.

Não se trata dum ciência isolada com pretensões, mas simplesmente dum ramo de Medicina Geral, em progresso constante, que dia a dia vai adquirindo maior consideração por parte de todos que se dedicam à investigação e de tal forma útil, conhecida a importância do desporto na nossa época, que em nossa modesta opinião deveria passar a ser ensinada nas nossas Universidades, a exemplo do que sucede em algumas do estrangeiro, a fim de que todos os médicos pudessem ter os conhecimentos gerais indispensáveis desta matéria imprescindível nos nossos dias. Haverá porventura algum clínico que não tenha sido chamado a observar um atleta? E em que condições o faz?

Na realidade, as reacções do organismo submetido ao esforço físico são de tal forma intensas que poderão parecer patológicas ao clínico geral e obrigá-lo a tomar atitudes que de maneira alguma se coadunam com o seu verdadeiro significado. Assim, o pulso pode, por vezes, e ainda em razão do esforço, atingir duas centenas de pulsações por minuto e mesmo tornar-se incontável; a auscultação revela-nos a existência de arritmias; o consumo de oxigénio subir a centenas-litros-minuto; a tensão máxima ir a 28 centímetros de mercúrio enquanto que a mínima desce a 3 e 4 centímetros.

O médico, não enquadrado no problema poderá alar-mar-se, mas em breve as suas dúvidas se dissiparão, pois num espaço de tempo relativamente curto todas as funções orgânicas entrarão em normalização.

E, quanto mais treinado se encontra o atleta, mais aperfeiçoado é o seu estilo, melhor a sua forma, mais rapidamente se faz a recuperação do esforço.

O trabalho que inicialmente parecia exaustivo para o atleta torna-se nesta altura extremamente fácil, e as suas reacções são diminutas comparadas com as do começo.

Estamos em crer que a maioria senão a totalidade dos Universitários que praticam desporto jamais pensaram no que se passa no seu organismo, quando fazem uns simples treinos, quando lutam tentando superar os adversários ou superarem-se a si próprios na conquista dum vitória ou dum record.

Acaso, pensaram já se as reacções desenvolvidas pelos diferentes aparelhos e sistemas durante a prática desportiva serão benéficas ou prejudiciais?

E, como se defenderá o organismo das exigências a que o desporto o obriga e que na maioria das vezes são mais intensas que as verdadeiras agressões patológicas?

A estas perguntas responderemos a seguir, embora analisando apenas os Sistemas e Aparelhos mais importantes da Economia e de uma forma rápida.

a) Sistema muscular

Com a actividade física o músculo hipertrofia-se, o que não é de espantar dado que sucede o mesmo a qualquer órgão em hiperfunção. Assim, as fibras musculares sofrem um



**baixa toxicidade,
notável actividade terapêutica**
características da

ROVAMYCINE

agora numa nova apresentação
em **SUPOSITÓRIOS**
particularmente indicada na terapêutica
da tosse convulsa

ROVAMYCINE SUPOSITÓRIOS (caixa de 6, doseados a 500 mg.)
ROVAMYCINE COMPRIMIDOS (frascos de 10 e 20, doseados a 250 mg.)
ROVAMYCINE POMADA (bolsa de 30 g.)



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 apirogénico
para solução extemporânea.

APRESENTAÇÃO

Em embalagens de 1 e 3 doses



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

Avenida Elias Garcia — MASSAMÁ - 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

aumento de volume à custa da sua massa sarcoplasmática e consequentemente terá de haver uma maior irrigação no músculo, sendo por isso maior o conteúdo de sangue nos vasos abertos e dilatados, razão fundamental da hipertrofia referida.

Não podemos esquecer e para avaliarmos da reacção do sistema muscular submetido a esforço físico, diremos que o músculo em actividade consome dez vezes mais sangue, 20 a 30 vezes mais oxigénio e glicose e produz trinta a cinquenta mais vezes anidrido carbónico; e isto só é possível porque os capilares do músculo (que são cerca de 4.000 por mm² de secção) e que se encontram vazios 19 por cada 20 em repouso se dilatam e engorgiam de sangue ao mesmo tempo que aumenta a actividade respiratória e a impulsão cardíaca necessárias para prover o músculo de sangue oxigenado.

Ainda durante o esforço produzem-se modificações bioquímicas nos colóides musculares que originam a produção final de ácido láctico e anidrido carbónico, e a sua persistência leva ao esgotamento de actividade cardiorespiratória não chegando por isso o oxigénio ao músculo em quantidade suficiente para a neutralização do ácido láctico e seus derivados surgindo então a fadiga, que para Joteyko é devida aos efeitos dos produtos tóxicos do metabolismo muscular sobre as placas nervosas de terminação e Fresmarie no esgotamento das terminações nervosa, tendinosa e articular devido a estímulos longos e prolongados.

b) *Aparelho cardiocirculatório*

Como o organismo humano é uma máquina perfeitíssima em que todas as peças trabalham em uníssono, sempre que o sistema muscular se põe em actividade, todos os outros aparelhos se terão de adaptar às exigências dessa actividade.

O que se passa por parte do aparelho cardiocirculatório, aliás como com o aparelho respiratório é dependente de maior ou menor quantidade de oxigénio que o músculo necessita quando entra em actividade, de tal forma que não terá mais que se adaptar à circunstâncias do momento. Mas a máquina é perfeita e em pouco tempo as necessidades estão providas.

O débito cardíaco que em repouso é de 3/5 litros/minuto passa no esforço a 25/30 litros/minuto, atingindo mesmo nos indivíduos treinados 40 litros/minuto, e isto devido a um duplo mecanismo: aumento de onda sistólica e aumento do ritmo cardíaco, sendo o primeiro responsável pela compensação nos indivíduos treinados e o segundo nos não treinados. Por outro lado o sangue que em repouso vai buscar ao nível dos pulmões cerca de 40 c.c. de oxigénio por cada litro de ar inspirado, retira durante o esforço cerca de 60 c.c. e em vez de ceder ao músculo 30 % cede-lhe 40 ou 50 %. Por sua vez, dos capilares existentes ao nível dos músculos e que se encontram vazios em repouso, como dissemos, 19 em cada 20 dilatam-se no esforço e enchem-se de sangue, enquanto que a pressão sanguínea sobe aos valores altos de acordo com os fenómenos que se passam.

Todo este mecanismo, tão complexo como maravilhoso vai impedir que o músculo entre logo após o esforço em fase de claudicação.

Fala-se muito do coração hipertrofiado dos desportistas e dos seus efeitos perniciosos.

Porém com os progressos de Medicina Desportiva o espectro de tal entidade deixou de ser temido pois a Fisiologia por um lado e a experiência por outro vieram demonstrar que ele é mais benéfico que nocivo.

E como se verifica o aparecimento de tal entidade? O coração como qualquer outro órgão, quando treinado hipertrofia as suas paredes o que lhe vai aumentar o poder de contracção e daí verificar-se um aumento na saída do sangue do coração para os vasos e uma mais fácil repartição de sangue pelas diversas partes do organismo.

Com a continuação do treino e depois de sofrer a hipertrofia, o coração dilata-se, aumentando assim a quantidade de sangue que pode chegar ao coração e tornando a sistole mais volumosa. Esta que é de cerca de 50 cc. no indivíduo normal passa a 170-180 c.c. Os estudos feitos pelos autores ingleses e americanos vieram demonstrar não só a ausência de lesões ulteriores em indivíduos com corações hipertrofiados consecutivos à prática desportiva, mas também que a sua longevidade é superior em média 5 anos em relação aos que não fazem desporto.

Diz Challey Bert que o «coração forçado dos desportistas» é uma lenda!

Todavia há que ter o máximo cuidado com os esforços exagerados durante a puberdade. Nestes, o coração ainda incompletamente desenvolvido, pode em virtude da sobrecarga excessiva para as quais não está convenientemente adaptado, ser local de lesões irreversíveis e irreparáveis.

A vigilância será o lema em todos os desportistas, mas nestes mais do que em nenhuns!

c) *Aparelho respiratório*

Ainda devido ao acréscimo de oxigénio determinado pelo trabalho muscular, responde o aparelho respiratório com um aumento de ventilação pulmonar à custa de inspirações profundas e dum ritmo respiratório superior. Este que é de 16/18 respirações por minuto passa com o esforço a 30/40 em virtude de maior necessidade de oxigénio no sangue para neutralizar nos músculos o ácido láctico proveniente da fadiga e retirar o anidrido carbónico.

Nos indivíduos sedentários a abertura dos alvéolos que permitem a entrada de ar carregado de oxigénio não é feito de igual forma nos pulmões, visto haver determinadas zonas como as do hilo e vértice em que os alvéolos não se distendem convenientemente e consequentemente o sangue que aí se recebe é mais pobre por se oxigenar menos; nos indivíduos treinados, todos os alvéolos se abrem recebendo assim uma maior quantidade de ar oxigenado. Não podemos também esquecer, e isso é natural, que o ritmo de respiração é variável com a intensidade do trabalho e com a qualidade do desporto praticado, sendo o consumo de oxigénio maior nas corridas de velocidade.

Com o treino e adaptação o ritmo baixa muitas vezes a 8 e 6 actos respiratórios, trazendo esta grande vantagem: o indivíduo treinado parte dum número de actos respiratórios baixo, e tem por isso uma margem maior de aceleração durante o esforço, sem atingir rapidamente a zona de sofrimento, traduzida pela taquipneia, como sucede nos não treinados.

d) *Principais emuntórios e sangue*

A *urina* dos indivíduos submetidos aos esforços físicos aparece notavelmente aumentada em albumina, glicose, urobilina, creatina, ácido úrico, etc.. Quanto mais treinado porém se encontra o indivíduo menor é a influência do esforço na actividade renal.

As cifras de eliminação das substâncias apontadas são por vezes assustadoras e não raras vezes tem levado a erros de diagnóstico!

A *sudação* funciona também activamente sendo o suor um produto de eliminação da fadiga muscular, especialmente do ácido láctico.

Será tanto menos abundante quanto mais treinado é o indivíduo.

No *sangue* passam-se por sua vez fenómenos curiosos. Os glóbulos vermelhos e brancos aumentam e isto devido à maior concentração do sangue por perda de água durante o esforço, à contracção dos órgãos de depósito que lançam no sangue grande quantidade de glóbulos e à maior actividade hematopoiética.

A velocidade de sedimentação sofre poucas variações o mesmo sucedendo com a glicemia, colesterolemia e lactacidemia, que sofrem uma elevação acentuada da sua taxa com os esforços físicos. Nos indivíduos treinados esta cifra sofre poucas variações tendo-nos demonstrado Brande que as suas determinações, são dum grande interesse para a apreciação da forma dos mesmos.

Assim, enquanto nos indivíduos não treinados as taxas dos produtos mencionados sobem rapidamente após o esforço a números elevados só regressando à normalidade ao fim de bastante tempo, nos treinados, além de ser menos a sua elevação após o esforço, também o retorno aos valores normais se effectua mais rapidamente.

E no estádio de forma, que é definido pelo máximo de rendimento do atleta num determinado desporto, o aumento dessas taxas é mínimo, sendo a sua recuperação total feita num tempo curtíssimo.

O problema é recheado de interesse e tem levado mu-

tos investigadores a dedicarem-lhe a sua atenção e até alguns deles afirmarem serem capazes de prever qual o vencedor duma competição pelo comportamento dessas reacções!

BASES E LIMITES DA MEDICINA DESPORTIVA

A Medicina Desportiva como já afirmámos esteve muito tempo limitada ao estudo das reacções do organismo submetido ao esforço físico. Foi o Prof. La Cava que no Congresso de 1948 em Praga, defendeu e a nosso ver com razão, que ela deveria ter um maior campo de acção, pois de forma alguma poderia o estudo referido satisfazer as necessidades actuais do Desporto Mundial; o crescimento fantástico do número de desportistas e consequentemente das competições aumentou ainda mais a responsabilidade da Medicina quer perante aqueles que ao Desporto se dedicam com o fim de colherem os seus benefícios físicos e morais, quer ainda perante os outros para quem não é mais do que o seu ganha-pão. Ficou então assente que a Medicina Desportiva deveria ocupar-se fundamentalmente de três grandes capítulos da Medicina relacionados mais directamente com o Desporto: Fisiologia, Patologia e Terapêutica Desportivas, sobre as quais diremos algumas palavras.

Fisiologia Desportiva

A Fisiologia é a ciência que estuda os fenómenos próprios dos seres vivos e estabelece as leis que os regem, isto é, estuda as funções dos organismos vivos no estado de saúde e em repouso. As descobertas sucessivas do génio humano neste campo de Medicina relacionados com o desporto, quer no aspecto puramente científico quer no material destinado à investigação desportiva, sabido que existem diferenças marcadas entre o organismo em repouso e em actividade, como já tivemos oportunidade de analisar; as descobertas sucessivas do génio humano, como dizíamos nós, e ainda a orientação seguida pela Medicina Desportiva actual justificam plenamente a individualização dum capítulo da Fisiologia Desportiva, com o fim não só de estudar as modificações dos indivíduos em repouso como em actividade física e ainda a sua morfologia.

Desta maneira a Fisiologia Desportiva tem por missão: estudar as reacções do organismo submetido ao esforço físico; efectuar a selecção dos candidatos a desportistas mediante a avaliação da sua capacidade física e psíquica e estudar a técnica dos desportos para um melhor rendimento à custa dum menor esforço.

No que se refere às reacções do organismo sob a influência da prática desportiva ela preocupa-se em pôr o atleta em competição nas melhores condições físicas, dirigir e controlar o seu treino mediante técnicas adequadas, destinadas a aumentar o seu rendimento e evitar que se passe do estado de forma ao de «surmenage», isto é, do estado fisiológico ao patológico e quando isso suceder reconhecê-lo, estando nisto o verdadeiro mérito da Medicina Desportiva.

A avaliação e a selecção dos desportistas faz-se à custa de exames especiais e rigorosos para verificar não só da sua aptidão aos exercícios físicos e competições mas também para os orientar para o Desporto mais adequado às suas possibilidades e necessidades devidamente controladas e ponderadas, decisão esta particularmente difícil.

Pelo que diz respeito à Técnica Desportiva ela tem por finalidade o estudo dos movimentos que fazem parte de cada desporto nas suas várias expressões, não só com valor educativo no sentido físico, mas também no sentido de aperfeiçoamento com vista à obtenção dos melhores resultados.

Aliás é sabido e está dentro de toda a lógica, que quanto maior for o aperfeiçoamento técnico dos movimentos executados pelo atleta num determinado desporto, maior é a sua beleza espectacular, o que tem importância em virtude da assistência à maior parte das competições serem pagas e maior é o rendimento do atleta que é o seu objectivo principal.

Patologia Desportiva

Esta estuda todos os fenómenos patológicos resultantes da prática desportiva e que são essencialmente médicos e traumatológicos.

Naturalmente os exercícios físicos têm acção benéfica sobre o organismo e é esta mesmo um dos seus fins principais. Todavia e tal como pode haver inconvenientes duma superalimentação, ou duma hiperdosagem de medicamentos, também os exercícios físicos executados sem o devido senso são mais prejudiciais que úteis. O desportista poderá então cair num estado patológico, próprio do excesso de treino que o leva à fadiga aguda ou crónica (surmenage) e que ao médico desportivo competirá tratar convenientemente, visto que a manutenção de semelhante situação é altamente prejudicial para o organismo e para o rendimento do atleta. Mas é fora de dúvida que dentro deste capítulo, pelo menos actualmente, é à Traumatologia Desportiva a quem cabe resolver a maior quantidade de lesões provenientes da actividade desportiva. Porém, e antes de enumerarmos algumas das mais frequentes e que são quebra-cabeças dos médicos dos clubes em virtude da maioria dos associados pretenderem os seus atletas recuperados em breves dias, não olhando a meios, não lhes perdendo as curas longas mesmo justificadas, queremos dizer que em Patologia Desportiva não são consideradas lesões típicas do desporto, e portanto não pertencentes a este capítulo, toda e qualquer lesão contraída durante a prática desportiva, mas simplesmente aquelas que pela frequência que surgem em determinados desportos têm não só uma base etiopatogénica relacionada com a técnica desse desporto, mas também um quadro clínico e anátomo-patológico bem como uma terapêutica própria.

Assim, por exemplo, uma fractura do úmero ou do fémur que podem ser contraídas durante uma competição desportiva ou na via pública por mero acidente, não podem ser consideradas lesões típicas do desporto pois não tem qualquer tipicidade; porém as lesões meniscais que atingem especialmente os futebolistas, skiadores e rugbistas; as tão divulgadas Epicondilites dos tenistas e esgrimistas; as Epitrocleitites dos lançadores; Peritendinite crepitante dos remadores e Encefalopatia traumática crónica dos boxeuses, etc., etc., que tem sempre uniformidade no seu quadro patogénico, anatomopatológico, clínico e terapêutico, são de facto aquelas que tem o seu lugar dentro do já vasto capítulo da Traumatologia Desportiva.

Terapêutica Desportiva

A Terapêutica Desportiva visa fundamentalmente dois aspectos:

a) Um directamente relacionado com o que expusemos anteriormente e diz respeito ao tratamento das formas patológicas com a finalidade da cura das lesões e da recuperação dos atletas.

b) O outro envolvendo uma concepção mais moderna em consequência das ideias actuais de Medicina, dando uma grande importância nos efeitos psico-físicos dos estímulos cinéticos produzidos pelo desporto, correspondendo isto a uma espécie de kinesiterapia activa, com valor especial na influência que exerce sobre o sistema nervoso e vegetativo.

Recentemente o Prof. Prokop, de Viena, afirmou: «Hoje o médico não deve pensar que uma terapêutica fazendo apelo ao desporto não se dirige apenas à fase post-operatória dos casos cirúrgicos-ortopédicos e à segunda fase dos casos neurológicos, mas a um grande número de casos de patologia interna, quer seja ao nível da circulação, aparelho digestivo, sistema nervoso, etc.».

Isto, dito por personalidade tão eminente dentro da Medicina, mostra a evidência o valor do desporto como meio terapêutico.

Doenças julgadas pela maioria incompatíveis com o desporto, beneficiariam extraordinariamente com a prática dum desporto escolhido, executado a um ritmo e cadência apropriados.

É o caso de certas perturbações motoras, lesões valvulares compensadas, hipo e hipertensões, perturbações diges-



TIOCTIDASI

ácido tióctico

coenzima de acção

- anti-tóxica
- hepatoprotectora
- estimulante dos emunctórios

istituto sieroterapico italiano

um novo capítulo da clínica:

as indicações terapêuticas da **TIOCTIDASI**

insuficiência hepática
hepatopatias primárias e secundárias
discinésias das vias biliares
colites

resultam

- das acções bioquímicas do ácido tióctico: oxidação do ácido pirúvico e dos outros α -cetoácidos; síntese e transferência dos radicais acetil; regulação de particulares equilíbrios de oxidação-redução.
- dos efeitos farmacológicos do ácido tióctico: anti-tóxico e hepatoprotector em várias formas de envenenamentos e de hepatopatias experimentais.

a posologia e o modo de administração estão sempre em relação com o estado clínico do doente e com a gravidade da lesão.

um esquema terapêutico aconselhável, mas variável segundo o critério do médico, é o seguinte:

- nos casos excepcionalmente graves (coma hepático, dis-hepatismo grave, etc.), 40-80 mg em soluto glucosado isotónico, por gota-a-gota endovenoso.
- nos casos de menor gravidade, dose diária de 10-20 mg, por via endovenosa.
- na terapêutica de manutenção, ou quando não seja possível a utilização da via endovenosa, 10 mg ou mais diários, por via intramuscular.

ampolas | 10 mg
 | 25 mg

a pedido dos exmos. médicos ser-lhe-ão enviadas literatura e amostras clínicas de **tioctidasi**.

Representantes exclusivos para Portugal e Ultramar:
SANOFARMA, LDA. — Avenida da Liberdade, 164 — Lisboa

tivas, paralisias periféricas, nevrites, distonias neuro-vegetativas, etc.

ASPECTO SOCIAL DA MEDICINA DESPORTIVA

Do que acabamos de expor, especialmente ao analisarmos as bases em que assenta a Medicina Desportiva de hoje, fácil se torna concluir que este tão valioso ramo da Medicina tem uma importância marcada no Campo Social.

O seu valor preventivo exaltado por intermédio da avaliação médico-desportiva, quer com a finalidade de aptidão quer de selecção em relação a um determinado desporto, o controle periódico dos atletas, o estudo da técnica dos desportos para prevenção de lesões e extracção dum maior rendimento com o mínimo do esforço, acrescido de terapêutica médico-traumatológica e de uso dos desportos com fins terapêuticos gerais e particulares são argumentos decisivos que mostram à evidência o valor social da Medicina Desportiva. Na verdade o que poderão beneficiar os estudantes universitários, atirados para um dado desporto, sem uma sensata orientação médica? Os resultados infelizes observados em diversos indivíduos para os quais o desporto foi não só campo de desenvolvimento como do aparecimento de doenças e em que aquelas são na sua maioria devidas ao emprego de técnicas defeituosas ou à prática dum desporto para o qual esses mesmos indi-

viduos não possuíam robustez física necessária e estas provenientes de prática desportiva em indivíduos portadores de doenças ocultas.

Por outro lado, todos os estudantes que se dedicam ao desporto têm por finalidade além do seu valor educativo, moral e físico atingir bons resultados técnicos, o que não será viável se os mesmos não possuírem condições físicas para o desporto que praticam e não forem controlados periodicamente a fim de não passarem do estágio de forma ao de fadiga nos momentos decisivos.

E como poderão os Universitários evitar todas estas contrariedades?

Só vemos um caminho a seguir: um controle médico desportivo eficaz, efectuado nos aspectos selectivos, de orientação, de assistência e investigação.

A Mocidade Portuguesa que desde há vinte e dois anos se vem dedicando com entusiasmo aos assuntos médico-desportivos e foi como dissemos a primeira a fundar em Portugal um Centro de Medicina Desportiva com médicos idóneos, tem hoje no Centro Médico Social n.º 1 uma consulta exclusivamente destinada à resolução dos problemas médico-desportivos dos estudantes Universitários, dirigida por clínicos diferenciados neste ramo de Medicina.

Têm pois nas próprias mãos todos os Universitários de Lisboa, a possibilidade de praticar o desporto sem prejuízo para a saúde e apenas com os seus benefícios físicos, morais e sociais.

População indígena de Angola

II — Distrito de Benguela

ALEXANDRE SARMENTO

(Director de Serviço do Hospital do Ultramar — Lisboa)

O distrito de Benguela (Fig. 1) fica situado junto do litoral angolano, estendendo-se por uma área de 38.960 quilómetros quadrados.

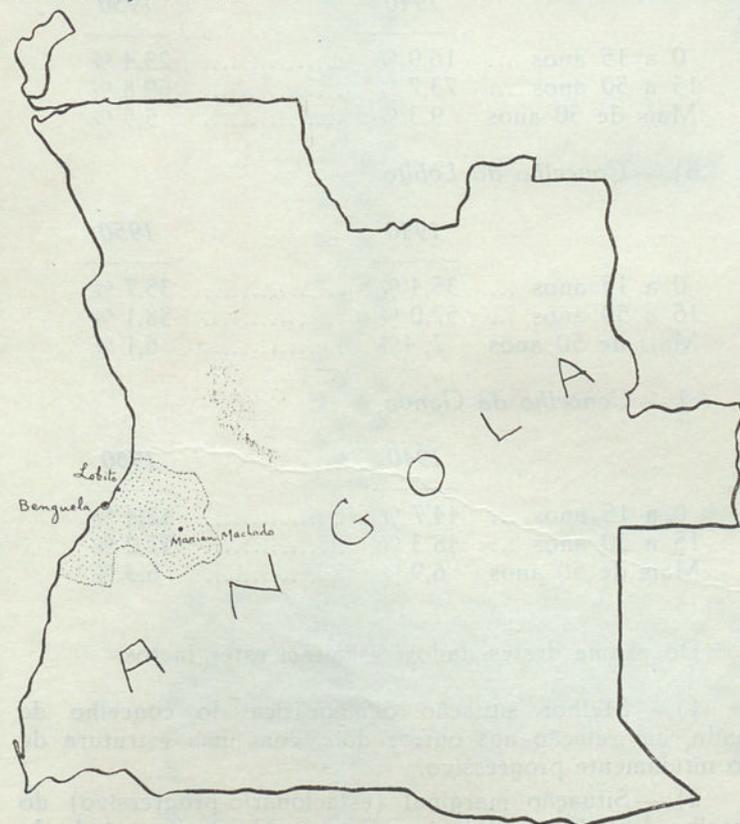


Fig. 1

Posição do Distrito de Benguela no mapa de Angola

Constitui este distrito uma das mais importantes zonas da Província de Angola, tanto pelo número dos seus habitantes como pelas largas possibilidades económicas da região.

À data do Censo de 1950, o distrito de Benguela estava dividido em três concelhos (Benguela, Lobito e Ganda), sendo estes que servirão de base ao presente estudo em que se tenta fazer uma análise da evolução demográfica da sua população indígena, tomando como pontos de referência os elementos dos Censos Gerais de 1940 e 1950.

I

Pelo Censo de 1950, a população indígena do distrito de Benguela era a seguinte:

População total	312.862
Varões	169.020
Fêmeas	143.842

o que dá uma densidade de 8,2 habitantes por quilómetro quadrado.

Importa ver como esta densidade se comporta em relação aos três concelhos do distrito, pois a diferença é bastante acentuada.

No concelho de Benguela (área: 14.040 quilómetros quadrados; população indígena: 51.784) a densidade é de 3,6 habitantes por quilómetro quadrado.

No do Lobito (área 12.100 quilómetros quadrados; população indígena: 117.290) é de 9,6 habitantes por quilómetro quadrado.

E no da Ganda (área: 12.820 quilómetros quadrados; população indígena: 159.674) é de 12,4.

Como se vê, há acentuadas diferenças. O concelho de Benguela tem uma densidade populacional bastante baixa, para o que deve influir em larga escala as zonas semi-desérticas contidas na sua área.

O concelho do Lobito tem uma densidade intermédia e o da Ganda situa-se em primeiro lugar, com um valor que sai já fora do que é habitual verificar-se em Angola.

No Censo anterior, realizado no ano de 1940, os dados referentes à população global eram estes:

População total	247.673
Varões	130.730
Fêmeas	116.943

Vê-se assim que, no decénio 1940-1950, a população indígena do distrito de Benguela teve um aumento absoluto de 65.189 habitantes, ou sejam mais 26,3 por cento.

A taxa de crescimento anual foi, pois, de 2,63 por cento, o que representa um valor bastante alto em relação à taxa geral da população angolana nesse mesmo período: 1 por cento.

As causas desse crescimento não são certamente apenas devidas ao incremento natural fisiológico dessa população, mas sim também ao afluxo de gente atraída pelo desenvolvimento económico do distrito, onde as actividades piscatórias, portuárias, industriais e agrícolas tiveram nesses dez anos um progresso muito considerável.

POPULAÇÃO INDÍGENA DO DISTRITO DE BENGUELA
(Censo de 1950)

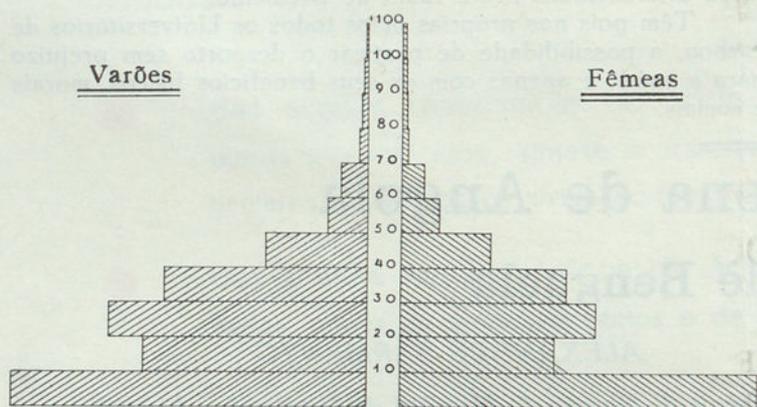


Fig. 2

Pirâmide Etária

Estudando agora, separadamente, os três concelhos em que, até à data do Censo de 1950, se encontrava dividido administrativamente o território do distrito, vamos encontrar também elementos de bastante interesse.

O *concelho de Benguela* tinha em 1950 uma população indígena de 45.464 indivíduos, sendo 29.426 varões e 16.038 fêmeas.

Em 1940, os dados eram estes:

População total	30.096
Varões	20.189
Fêmeas	9.907

Houve portanto no decénio um aumento de 15.368 habitantes, o que dá uma taxa de crescimento anual de 5 por cento. Em relação ao *concelho do Lobito*, temos:

	1940	1950
População total ..	83.955	110.638
Varões	44.617	57.476
Fêmeas	39.338	53.162

Aqui o aumento absoluto foi de 26.683 habitantes, ou seja um crescimento anual de 3,17 por cento.

Finalmente, no *concelho de Ganda* os dados estatísticos são os seguintes:

	1940	1950
Varões	65.924	82.118
Fêmeas	67.698	74.642
População total	133.622	156.760

O aumento total foi de mais 23.138 indivíduos, o que dá um crescimento anual de 1,73 por cento.

O maior aumento populacional verificado nos concelhos de Benguela e do Lobito está de acordo com o que há pouco dissemos a propósito do desenvolvimento económico do Distrito de Benguela, pois foram de facto estes dois concelhos aqueles onde esse desenvolvimento mais fortemente se fez sentir (pescarias; movimento do porto do Lobito; crescimento das cidades de Benguela e Lobito; instalações industriais nessas áreas; etc.).

II

No ponto de vista da estrutura demográfica por grupos etários, dividimos a população indígena do distrito de Benguela nos três grupos em que é habitual considerar-se uma população: 0 a 15; 15 a 50; e mais de 50 anos.

Para o Censo de 1950, a distribuição é a seguinte:

0 a 15 anos	37,3 %
15 a 50 anos	56,3 %
mais de 50 anos	6,3 %

Dentro da classificação mais geralmente seguida para a evolução populacional, a população indígena do distrito de Benguela pode integrar-se no tipo «progressivo», pois conta grande percentagem de valores potenciais e baixos valores do período da velhice.

Em 1940, a distribuição era esta:

0 a 15 anos	38,2 %
15 a 50 anos	54,3 %
mais de 50 anos	7,3 %

o que traduz, sensivelmente, o mesmo quadro.

Fazendo agora o estudo dos três concelhos do distrito, obtemos estes valores:

a) — *Concelho de Benguela*

	1940	1950
0 a 15 anos ...	16,9 %	23,4 %
15 a 50 anos ...	73,7 %	69,8 %
Mais de 50 anos	9,3 %	5,5 %

b) — *Concelho do Lobito*

	1940	1950
0 a 15 anos ...	35,4 %	35,7 %
15 a 50 anos ...	57,0 %	58,1 %
Mais de 50 anos	7,4 %	6,1 %

c) — *Concelho da Ganda*

	1940	1950
0 a 15 anos ...	44,7 %	42,4 %
15 a 50 anos ...	48,3 %	51,2 %
Mais de 50 anos	6,9 %	6,3 %

Do exame destes dados ressaltam estes factos:

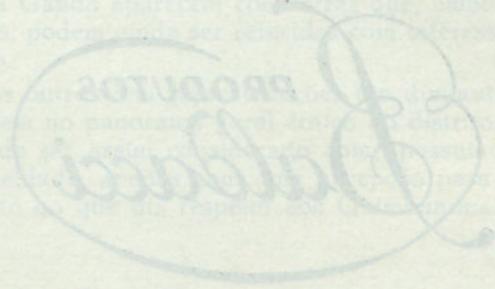
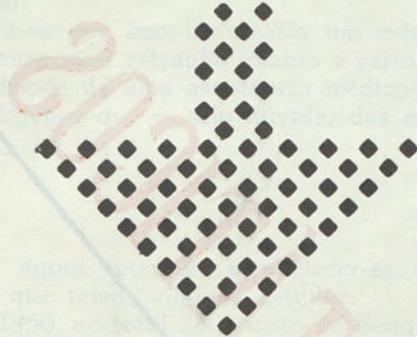
1) — Melhor situação demográfica do concelho de Ganda, em relação aos outros dois, com uma estrutura de tipo nitidamente progressivo.

2) — Situação marginal (estacionário-progressivo) do concelho do Lobito, onde só os baixos valores do período da velhice o afastam do tipo estacionário.

3) — Grande redução dos valores potenciais no concelho de Benguela, tanto no Censo de 1940 como no de 1950, embora neste a situação tenha melhorado um pouco.

Em ambos os Censos, o concelho fica situado no tipo regressivo.

O movimento migratório, com o maior afluxo de indi-



IMUNADOL

ANTI-INFECCIOSO

**ACTIVADOR DAS DEFESAS ORGÂNICAS
LISADO BACTÉRICO**

OBTIDO A PARTIR DE ESTIRPES LISAS SELECIONADAS DE PNEUMOCOCOS, MICROCOCCOS CATARRAIS, ESTAFILOCOCCOS, ESTREPTOCOCCOS, ENTEROCOCCOS, B. DE PFEIFFER E B. DE FRIEDLANDER.

COM ACÇÃO IMUNIZANTE

**COMPROVADOS EFEITOS NA PREVENÇÃO
E TRATAMENTO DOS ESTADOS GRIPAIS**

Caixas de 3, 6 e 12 ampolas de 2 c. c.

VERIFICADO OFICIALMENTE NO
INSTITUTO CÁMARA PESTANA



LABORATÓRIO SAÚDE, L.^{DA}

R. de Santo António à Estrêla, 44 - LISBOA



HEMOSTÁTICOS

Zimema

Solução fisiológica de substâncias tromboplásticas e globulinas plasmáticas

Zimema K

2 metil 1-4 naftoquinona-disulfato de sódio em solução de zimema

Zimospuma

fibrina puríssima

Zimotrombina

trombina puríssima

uso lópico

uso oral

Actuam em todas as fases da coagulação sanguínea. Cada centímetro cúbico de Zimema ou Zimema K está titulado, aproximadamente, em 0,33 "coagúlias", isto é, provoca a coagulação do fibrinogénio contido em 110 c.c. de sangue, no espaço de tempo de um minuto.

Zimema K: transtornos da coagulação por hipoprotrombinémia.

Zimospuma: proporciona uma hemóstase mecânica e bioquímica, por conter todos os elementos e factores naturais que a condicionam.

Zimotrombina Oral: trombina puríssima tamponizada (tampão fosfático) o que assegura à cavidade gástrica um PH = 7,3, concentração hidrogeniónica óptima para que a trombina exerça a sua acção, em caso de hematómeses.

FARMOQUÍMICA BALDACCI S. A. R. L.

R. Duarte Galvão, 44 — LISBOA — Telef. 78-04-20 e 07-78-19

víduos adultos, não pode só por si explicar essa estrutura populacional.

Torna-se por isso necessário um estudo local a essa situação, tanto mais estranha quanto é certo que a cidade de Benguela dispõe de uma assistência médico-social à mãe e à criança indígenas que é, sem dúvida, das mais perfeitas em Angola.

III

Tem agora interesse estabelecer-se o «sex-ratio» da população que temos vindo a estudar.

Em 1950, no total do distrito de Benguela, essa relação era de 117, isto é, para cada 100 mulheres existiam 117 homens.

Em 1940, a proporção era de 100 para 111.

Vê-se assim que, embora já existindo um excesso de varões em relação a fêmeas, esse excesso acentuou-se em 1950.

Este facto está de acordo com as características gerais do distrito, que pelas suas actividades económicas em crescente progresso atraem grande número de indígenas vindos de outros pontos da Província.

Em relação aos três concelhos do distrito, notamos que em todos se observa um excesso de varões, embora este facto seja de longe mais pronunciado no concelho de Benguela.

É possível que o caso tenha explicação, pelo menos em parte, na mão de obra masculina que é recrutada para trabalhar nas numerosas pescarias dispersas ao longo do litoral de Benguela.

Eis os dados referentes aos três concelhos:

Benguela	183	homens	para	100	mulheres
Ganda	110	»	»	»	»
Lobito	108	»	»	»	»

IV

A composição étnica da população é factor de capital importância em qualquer estudo de demografia africana, razão por que não quisemos também deixar de incluir neste trabalho um capítulo dedicado a tal aspecto.

Segundo dados do Censo de 1950, pudemos estabelecer o seguinte quadro para a existência no distrito de Benguela dos diversos grupos linguístico-etnográficos que constituem a carta étnica de Angola:

Grupos étnicos	Concelho de Benguela	Concelho do Lobito	Concelho de Ganda
Quicongo	16	43	9
Quimbundo	222	29.586	131
Umbundo	41.563	80.084	154.869
Ganguela	204	6	296
Nhaneca	2.581	866	155
Humbe	81	1	1.278
Cuanhama	3	0	23
Herero	138	53	2
Koi-San	0	0	2

Como se vê o grupo de longe predominante é o Umbundo, em qualquer dos três concelhos considerados.

Em relação ao grupo Quimbundo, a sua presença em número também considerável no concelho do Lobito não pode deixar de ser assinalada.

Dos restantes grupos, apenas o Nhaneca em Benguela e o Humbe na Ganda aparecem com cifras que, embora bastante modestas, podem ainda ser referidas com interesse todavia secundário.

Todos os outros têm representações tão diminutas, que em nada influem no panorama geral étnico do distrito.

Este pode ser assim considerado como possuindo bastante homogeneidade, apenas com uma excepção para o concelho do Lobito no que diz respeito aos Quimbundos.

V

A medida, tanto quanto possível exacta, da fecundidade é um dos elementos fundamentais para o estudo da situação demográfica de qualquer região.

Como é sobejamente conhecido, nos territórios pouco desenvolvidos os elementos estatísticos a este respeito são sempre difíceis de obter.

Os dados constantes dos Censos da População de Angola em 1940 e 1950 tiveram a preocupação de encarar também essa faceta das respectivas populações.

Vamos utilizar os referentes ao ano de 1950 para tentarmos dar um quadro do que seja a fecundidade da mulher indígena no distrito de Benguela.

Estudando o que se passa com as mulheres de idade superior a 50 anos, poderíamos ter um valor que nos daria, é certo, o total da capacidade reprodutora dessas mulheres. Mas, por outro lado, o panorama assim obtido seria mais uma visão retrospectiva do fenómeno do que propriamente o seu estado actual.

Nestas circunstâncias, optamos por considerar o total das mulheres que tiveram filhos, embora também não ignoremos que, deste modo, não é possível igualmente abarcar a totalidade dos nascimentos, pois muitas dessas mulheres terão ainda mais filhos.

Não é possível calcular o número exacto de filhos por mulher, segundo os dados do Censo de 1950, visto eles não especificarem, a partir de 10 filhos, o número discriminado destes.

Todavia, para se ter uma ideia muito aproximada da fecundidade, esclarecemos que das 62.123 mulheres que geraram filhos, apenas 444 estavam compreendidas no grupo de mais de 10 filhos.

Entre as 61.679 que tiveram entre 1 a 10 filhos, a discriminação é a seguinte:

15.059	com 1 filho
12.806	» 2 filhos
9.584	» 3 »
7.920	» 4 »
5.750	» 5 »
4.283	» 6 »
2.594	» 7 »
1.707	» 8 »
906	» 9 »
1.070	» 10 »

Por estes dados, podemos facilmente calcular que essas 61.679 mulheres tiveram 206.219 filhos — ou seja uma média de 3,3 filhos por mulher.

Em outras mulheres indígenas de Angola, que foram também estudadas neste ponto de vista, os resultados obtidos foram os seguintes:

Mulheres Cuanhamas	4,35	filhos	por	mulher
» Bochimanés	3,08	»	»	»
» do concelho do Pombo ...	3,87	»	»	»
» dos Muceques (Luanda) ..	3,78	»	»	»

Nas mulheres indígenas do distrito do Huambo o valor médio obtido foi de 5,3 filhos, mas devemos acentuar que a

série estudada compreendeu apenas mulheres de idade superior a 50 anos, o que, como é natural, traz um aumento do número médio de filhos.

VI

Após a análise feita nos capítulos antecedentes, podemos agora resumir e condensar os principais pontos que resultam do presente trabalho:

- 1.º — A população indígena (não civilizada) do distrito de Benguela é constituída por 312.862 habitantes, sendo 169.020 homens e 143.842 mulheres.
- 2.º — A densidade populacional do distrito é de 8,2 habitantes por quilómetro quadrado.
Nos três concelhos, a densidade distribuiu-se da seguinte forma: Benguela (3,6); Lobito (9,6) e Ganda (12,4).
- 3.º — A taxa de crescimento anual, referida entre o período dos Censos de 1940 e 1950, foi de 2,63 por cento.
- 4.º — Nos concelhos de Benguela, Lobito e Ganda essa mesma taxa foi, respectivamente, 5 %, 3,17 % e 1,73 %.
- 5.º — No ponto de vista da estrutura demográfica por grupos etários, a população indígena do distrito de Benguela situa-se no tipo «progressivo».
- 6.º — Considerando essa mesma estrutura nos três concelhos do distrito, verifica-se que a população do concelho da Ganda é do tipo «progressivo», ao passo que a do Lobito fica na zona marginal do «estacionário-progressivo» e a de Benguela é do tipo «regressivo».
- 7.º — Põe-se em relevo a necessidade de estudar as causas que possam ser as determinantes deste último facto, contrário à normalidade biológica.
- 8.º — A pirâmide etária da população indígena do distrito de Benguela apresenta-se com uma base larga e um progressivo estreitamento para o vértice, como habitualmente se verifica nas populações jovens, com alta natalidade e elevada mortalidade.
- 9.º — No conjunto da população, há um predomínio de homens em relação às mulheres, sendo o *sex-ratio* de 117 (isto é, há 117 homens para 100 mulheres).

10.º — Nos três concelhos do distrito verifica-se o mesmo facto, muito mais acentuado no concelho de Benguela (*sex-ratio*; 183) e mais moderado nos outros dois: Lobito (108) e Ganda (110).

11.º — No ponto de vista étnico, a população indígena do distrito de Benguela é predominantemente constituída por elementos do grupo Umbundo, havendo todavia a assinalar-se, no concelho do Lobito, uma apreciável incidência de elementos do grupo Quimbundo.

12.º — O número médio de filhos por mulher é de 3,3 — sendo a média calculada no exame global de todas as mulheres com idade superior a 15 anos.

REFERÊNCIAS

- 1) — ANTÓNIO MELIÇO SILVESTRE — «Problemas demográficos portugueses», in «Revista do Centro de Estudos Demográficos», n.º 5, 1948.
- 2) — F. FIGUEIRA HENRIQUES, ALEXANDRE SARMENTO, NUNC MORGADO e J. J. PAIS MORAIS — «Inquérito no posto dos Muceques (Luanda) — in «Contribuição para o estudo da Fertilidade da Mulher indígena no Ultramar Português» — Vol. XXXVIII, «Estudos, Ensaios e Documentos» — Junta de Investigações do Ultramar — Lisboa, 1957.
- 3) — F. FIGUEIRA HENRIQUES, ALEXANDRE SARMENTO, NUNO MORGADO e J. J. PAIS MORAIS — «Inquérito no concelho do Pombo» — Idem, idem.
- 4) — ALEXANDRE SARMENTO e F. FIGUEIRA HENRIQUES — «Alguns aspectos demográficos dos Bochimanos do Sul de Angola» — in «O Médico», n.º 149, 1954.
- 5) — ALEXANDRE SARMENTO e F. FIGUEIRA HENRIQUES — «Contribuição para o estudo da demografia dos Cuanhamas», — in «Jornal do Médico», n.º 626, 1955.
- 6) — ALEXANDRE SARMENTO — «Subsídios para o estudo demográfico da população indígena de Angola» — in «Anais do Instituto de Medicina Tropical», Vol. XIV, n.os 3-4, 1957.
- 7) — ALEXANDRE SARMENTO — «População indígena de Angola — Sondagens e perspectivas demográficas» — in «Boletim da Sociedade de Geografia de Lisboa», n.os 11-12, 1948.
- 8) — ALEXANDRE SARMENTO — «População indígena de Angola. I — Distrito do Huambo» — in «Actividade Económica de Angola» — Vol. 50, 1958.
- 9) — *Censo Geral da População de Angola — 1940.* (Diversos volumes).
- 10) — *II Recenseamento Geral da População de Angola — 1950.* (Diversos volumes).

BROMOCALCIUM BARRAL

ASSOCIAÇÃO SINÉRGICA DE BROMO
E DE CÁLCIO, ISENTA DE FENÓME-
NOS DE BROMISMO

NEURO-SEDATIVO
ESTABILIZADOR DO SISTEMA NERVOSO

GRANULADO E INJECTÁVEL

PASI-PASI F.-PASI M.

FÓSFORO, ARSÉNIO E IODO ASSOCIADOS
AOS EXTRACTOS OVÁRICO E ORQUÍTICO

ESTADOS DE ESGOTAMENTO FÍSICO
E INTELECTUAL — PERTURBAÇÕES
NERVOSAS E MENSTRUAIS — INSU-
FICIÊNCIA OVÁRICA E TESTICULAR

INJECTÁVEL

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

Representantes no Porto: QUIMÍCO-SANITÁRIA, LDA.

HÁ ANOS
O MEDICAMENTO
PREFERIDO

Cobalt-Ferrlecit

AMPOLAS - GOTAS - DRAGEIAS

PELO ESPECIALISTA
PELO CLINICO GERAL
PELO CIRURGIÃO
PELO GINECOLOGISTA

- ▶ **COMO REGENERADOR enérgico do sangue,**
- ▶ **para preparação sistemática para operações,**
- ▶ **para compensar prontamente o déficit de ferro,**
- ▶ **mesmo sem anemia (sideropénia larvada)**

APRESENTAÇÃO: AMPOLAS - Caixas de 3, 6, 25 ampolas de 3,2 c. c.

GOTAS - Frascos de 30 c. c. e 100 c. c.

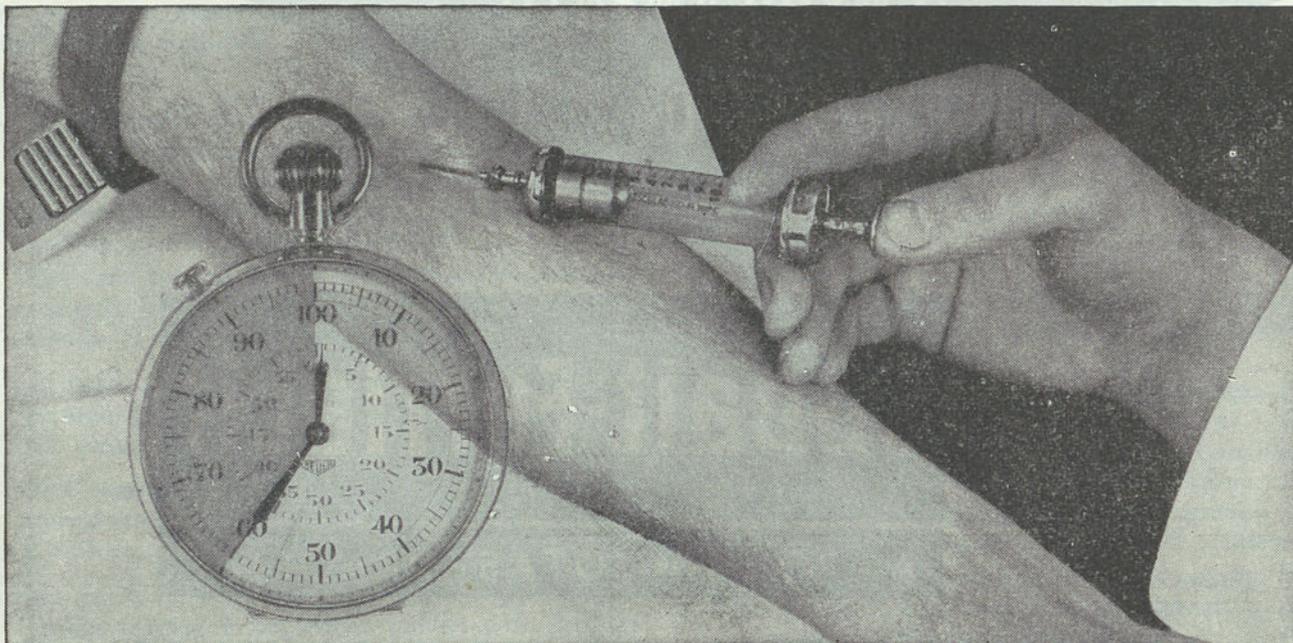
DRAGEIAS - Frascos de 20, 70 e 500 drageias



NATTERMANN

LEACOCK (LISBOA), LDA. AV. 24 DE JULHO, 16 - LISBOA

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



REVERIN[®]

Pirrolidino-metil-tetraciclina

**Importante
Novidade!**

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: QUIMICA HOECHST LDA.,

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

Seara alheia

(dos livros e das revistas)

Tratamento do prurido anal

ROY A. K.

O prurido anal é uma doença que tem afligido o ser humano ao longo de todos os tempos. É considerado como um pequeno mal, especialmente por aqueles que não sofrem dele. É uma fonte de moléstia e perturbação e, o pior, pode tornar-se tão grave que pode levar ao suicídio. A área anal é rica em terminações nervosas e, como resultado, a sensação do prurido pode ser facilmente apreciada. Quase todas as pessoas têm sentido prurido neste local alguma vez na vida. «É usualmente transitório, de grau médio e não requer qualquer tratamento excepto, talvez, aplicação de talco». Pode contudo ser crónico, de forma intermitente, com frequentes episódios de prurido intenso, enlouquecedor, que leva o doente ao delírio. O prurido é frequentemente intenso durante a noite e obriga a coçar-se desordenadamente.

PATOGENIA

O prurido anal pode surgir em qualquer idade, desde a infância até à velhice. É mais comum entre os trinta e os quarenta anos. Os homens são mais afectados que as mulheres.

O prurido anal é um sintoma. O primeiro princípio para o tratamento é o de determinar a sua causa e depois tratá-la especificamente sempre que seja possível. É necessário uma boa história, especialmente detalhada sobre possíveis doenças da pele. A psoríase e o líquen plano afectam frequentemente a pele da região peri-anal. Que remédios tem tomado o doente? Muitas vezes os antibióticos de largo espectro dão origem ao prurido. Que tratamento local realizou?

Um ligeiro prurido é, por vezes, intensificado por aplicações incorrectas. Há uma história ou sintomas de diabetes? Há alguma perturbação gastro-intestinal? Há diarreia? Procure a causa e não o efeito.

Com respeito aos factos clínicos o doente frequentemente é obeso, de pele gordurosa, de transpiração excessiva e cuja higiene é defeituosa. A topografia da região peri-anal é um factor importante. Note-se que, por vezes, o doente tem uma região perirrectal profunda em forma de canal. Nestes casos temos visto sempre um intertigo. Nos casos crónicos, contudo, a pele é húmida, macerada e liquenificada, devido à acção da coceira durante meses ou anos. Noutros casos pode não haver alterações físicas, sendo raras, ainda que sejam mais difíceis de tratar, talvez devido a que a causa seja um motivo psicológico. Erupções específicas da pele podem afectar esta região, apresentando, em geral, lesões típicas. A psoríase que se localiza na área peri-anal não apresenta a escama típica que se vê na pele do corpo. Há, em geral uma placa rosa pálido (salmão) bem demarcada e infiltrada, em geral localizada à porção superior da prega inter-nadegueira mas que, por vezes, envolve toda a região peri-anal e genital.

CAUSAS

1 — Má higiene. Isto é, na opinião da maioria dos dermatologistas, a causa mais comum ou o factor contribuinte mais frequente. Poucas pessoas limpam adequadamente a região depois da defecação. Em alguns países orientais isto é praticamente desconhecido e pensa-se que é devido a não usarem papel mas a lavarem-se após a defecação.

2) Causas biológicas — Nas crianças, os oxiuros são uma causa frequente e em muitos adultos também, embora em menor proporção. O exame parasitológico das matérias fecais deve realizar-se em todos os casos, sobretudo nas crianças. Deve-se afastar a sarna e os piolhos.

3) As doenças fungosas, como as provocadas pelas monília ou tinha, podem dar prurido no ânus. Este e a pele vizinha quando atacados pelas monílias tornam-se eritematosos, com pequenas irregularidades nos seus contornos. Uma foliculite infecciosa pode ser causa de prurido.

4) Doenças da pele. As duas mais comuns são: a dermatite seborreica e a psoríase. Sempre há que pensar neste

tipo de doenças. Há que procurar sintomas das referidas doenças em toda a pele, não esquecendo o couro cabeludo.

5) Dermatite por contacto — Estas são frequentes. O doente mostra uma dermatite típica com edema, eritema, vesículas e crostas.

Os factores desencadeantes mais comuns são os anestésicos em tópicos, os anti-histamínicos locais e os antibióticos, principalmente a penicilina e as sulfas. Tudo o que entra em contacto com esta região deve ser investigado: roupa, papel higiénico, cosméticos e supositórios. Observei numerosas pessoas que tiveram a infelicidade de usar plantas venenosas para limpar a área, depois de defecar. O prurido anal com ou sem erupção é muito comum na terapêutica com antibióticos. Desde o aparecimento da nistatina houve, em minha opinião, uma redução no número de doentes.

6) A obstipação ou a diarreia são causas raras de prurido anal.

7) Certos estados patológicos do recto e do ânus, como fissuras e criptites podem ser o factor precipitante.

8) Causas psicogêneas. — Alguns autores consideram que os factores psicológicos são a causa básica de 80 % dos pruridos anais. Outros não consideram essa possibilidade. Um prurido anal de origem puramente psíquica é raro. Uma pessoa neurótica é mais propensa ao prurido que as normais, exagerando-se quando se desenvolve qualquer das doenças acima mencionadas. A tensão nervosa pode ser, contudo, o resultado de meses ou anos de prurido severo. Malafine num estudo psíquico, manifesta que o prurido anal é o resultado de fantasias «cloacais», lembradas, em seu modo primitivo, com sensações corporais mais que ideais, representando a fantasia o sintoma.

Não há dúvida que alguns doentes mostram um interesse anormal pelo seu prurido. Estas pessoas têm uma característica especial pois anseiam ser examinadas localmente.

Noutros doentes há um forte pudor e resistência a expor-se a um exame.

Pareceria que, depois de algum tempo, o prurido anal tendesse a perpetuar-se, esteja ou não em acção a causa iniciadora. Isto encontra-se em doentes de longa história e em quem a etiologia é obscura.

TERAPÊUTICA

O tratamento deve ser individual; deve tomar-se em consideração o estado da pele, a causa e o estado mental do doente.

Muitas vezes é necessário tratar a dermatite provocada por tratamentos intempestivos não etiológicos.

Terapêutica específica

Tratarei este parágrafo sinteticamente por ser muito familiar ao clínico.

O prurido ocasionado por uma pediculose é combatido com uma solução de DDT a 5 %. O unguento Eurax pode usar-se como sedativo local. Para a sarna usar a emulsão de benzoato de benzilo ou um unguento com enxofre a 10 %. Nestes casos o tratamento deve ser total. O Eurax é um excelente escabicida e antipruriginoso. Para os oxiuros usar os derivados da piperazina. Em pruridos ocasionados por infecções, os tópicos locais com agentes «seguros» podem ser usados. O uso tópico de antibióticos de administração oral ou parenteral é deplorável. Convém usar loções com neomicina ou cremes com bacitracina e nunca usar a penicilina, sulfas ou antibióticos de largo espectro. As hidoxiquinoleínas halogenadas, como o Sterosan ou Vioformio, são de valor.

Na tinha, usar banhos de assento com permanganato de potássio, loções de sulfureto precipitado a 6 % ou resorcina a 4 %, durante o dia e unguentos de ácidos gordos à noite.

O viofórmio, 2 a 3 % em loção, ou o micostatin em com-

NO TRATAMENTO DE: DIARREIAS • COLITES • TRICOMONODIASES



DISSENTOL

(Ftalilsulfacetamida + 5,7 diiodo-8-hidroxiquinoleína + Vitaminas B₁, B₂, e PP)

ANTI-DIARREICO
ANTI-SÉPTICO
INTESTINAL

Não origina avitaminoses B.

TUBO DE 10 COMPRIMIDOS

LABORATÓRIO *Fidelis*

primidos de 500.000 unidades, três vezes por dia, são de valor na moniliase.

Na psoríase, os cremes com hidrocortisona actuam muito bem. Esta droga não actua noutras partes do organismo sob a forma de tópico.

Terapêutica não específica

Numa grande percentagem de casos, o tratamento deve ser iniciado antes de se saber a etiologia e, infelizmente em muitos casos, a causa nunca pode ser encontrada. Deve-se prevenir o doente que a terapêutica é para aliviar o prurido e evitar a coceira.

1) Uma boa higiene previne e ajuda a curar o prurido. Excepto nos casos muito agudos, exemplo em que há uma dermatite aguda ou um marcado eritema, aplica-se um sabão suave e água tépida, lavando-se 3 a 4 vezes por dia, especialmente depois de defecar. O uso do papel higiênico é proibido. Mantenha-se a área limpa e seca.

2) Deve indicar-se ao doente que deve usar roupas soltas e roupa interior de algodão. O uso de cosméticos será mínimo.

3) Se há uma dermatite aguda ou muito eritema ou maceração devem indicar-se banhos de assento com permanganato de potássio em diluição a 1/15.000 durante 20 a 30 minutos, 3 vezes por dia. Podem empregar-se compressas empapadas em permanganato de potássio, solução salina ou uma diluição a 1/16 de acetato de alumínio três ou quatro vezes por dia, durante uma hora.

4) Empregar aplicações de mentol a 0,5 % e fenol a 1 % em loção de calamina entre os banhos de assento e a noite. Deve evitar-se, o uso de substâncias analgésicas ou anti-histamínicas.

5) A introdução da hidrocortisona tem sido de incalculável valor no tratamento do prurido anal. Há numerosas publicações sobre a melhoria obtida com esta hormona em casos crônicos, muitos deles intratáveis.

Turell crê que a hidrocortisona que já esteja em forma

de acetato ou em forma de álcool livre é um grande agente para combater o prurido anal. Esta deve ser associada à terapêutica específica. A aplicação continua de qualquer medicamento, pelo doente, na área ano-genital que é zona erogénea, traz o perigo de perpetuar ou mesmo aumentar a severidade da erupção.

Turell achou de pouco valor o tratamento com hidrocortisona nos casos em que não há modificações cutâneas; além disso é inútil quando o prurido é secundário a diarreia, acompanhado de fistula ou fissura anal e em pruridos severos provocados pelo pêdulo púbis ou na leucemia.

Não achei que o acetato de hidrocortisona ou a forma de álcool livre fosse superior ao unguento. Muitas vezes uso estas duas formas em combinação com as hidroxiquinoleínas halogenadas e acho muito activas.

Deve ser aplicado 3 vezes por dia. Quando o prurido desapareceu durante várias semanas, o doente deve então começar a diminuir o número de aplicações.

Os corticosteróides podem ser usados por via parenteral, em casos muito agudos, para suprimir os sintomas subjetivos intoleráveis.

6) Os sedativos são de grande valor principalmente em doentes nervosos. Considero que os agentes tranquilizantes são de grande valor.

7) A radioterapia superficial serve como tratamento paliativo mas está a ser usada cada vez menos desde o aparecimento da hidrocortisona, pois ambas têm o mesmo efeito, quer dizer, são anti-inflamatórias e anti-pruriginosas.

8) O tratamento cirúrgico é por vezes necessário para corrigir as causas do prurido, como as fissuras e fistulas.

9) A psicoterapia tem o seu lugar dentro da terapêutica do prurido anal e usa-se nos casos em que há um fundo psicogéneo mas geralmente é suficiente dizer ao doente que os seus «nervos» são o resultado do prurido e que a liqueni-ficação é causada pelas unhas e não pelos nervos.

(Reprod. integral de «Canadian Med. Asso. J.»
— 78: 361, 1958 in «Pren. Med. Arg.»)

Diagnóstico e tratamento do choque

A. SAN MARTIN CASAMADA

CLASSIFICAÇÃO DO CHOQUE

Pode classificar-se em:

1.º — Perturbações agudas de a) repleção do coração; b) esvaziamento do coração que diminui bruscamente o gasto cardíaco.

2.º — Diminuição aguda do retorno venoso.

Qualquer lesão pode provocar o aparecimento do choque, embora algumas «agressões» só muito dificilmente o possam provocar. Alguns doentes por uma picada num dedo podem entrar em «hipotensão» que é uma manifestação de choque pois este não é mais que «a manifestação clínica duma insuficiência circulatória aguda», caracterizada pelo rápido desenvolvimento de obnubilação mental, debilidade física, pele húmida e fria, pulso rápido e pequeno, com queda da tensão arterial.

ASTA - WERK A.-G., BRACKWEDE (ALEMANHA)
AVACAN

ANTIESPASMÓDICO

20 DRAGEIAS * 6 AMPOLAS * 6 SUPOSITÓRIOS

CALCIDURAN

FÓSFORO, CÁLCIO, VITAMINAS C e D

COM FLÚOR: CALCIDURAN-F

100 DRAGEIAS

COLIFER

TERAPÉUTICA COLI-SUBSTITUTIVA

 60 CM³
HONVAN

CITOSTÁTICO. DIFOSFATO DE STILBOESTROL

10 AMPOLAS

MELIOMEN

ANTIDISMENORREICO

20 DRAGEIAS

MOVELLAN

DERIVADO ESTRICNÍNICO

30 COMP. (infantil) * 20 COMP. (adulto) * 10 AMPOLAS

QUADRONAL

ANALGÉSICO E ANTIPIRÉTICO

1 COMPRIMIDO * 10 COMPRIMIDOS * 20 COMPRIMIDOS

SCILLORAL

CARDIOTÓNICO

 10 AMPOLAS * 15 CM³


FERRAZ, LYNCE, LDA. * RUA ROSA ARAÚJO, 27-1.º * LISBOA

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



BÊCINATRA

(Vitamina B₁₂ + Vitamina B₁ + Iodeto de sódio)

Caixa de 3 × 5 c. c. + 3 × 1 c. c.

Caixa de 6 × 5 c. c. + 6 × 1 c. c.

ANTINEVRÍTICO
ANTI-REUMÁTICO
ANTI-ÁLGICO

LABORATÓRIO *Fidelis*

I — INSUFICIÊNCIA AGUDA DO RETORNO VENOSO

A — Volume deficiente de sangue por perda de sangue ou plasma.

- 1 — Hemorragia
- 2 — Traumatismo
- 3 — Intervenção cirúrgica ou pós-operatório
- 4 — Queimadura

B — Volume deficiente de sangue por desidratação.

- 1 — Vômito e diarreia (obstrução intestinal aguda, cólera, diarreias agudas da infância)
- 2 — Acidose diabética
- 3 — Doença de Addison
- 4 — Esgotamento por calor e síncope

C — Paragem do sangue nos pequenos vasos (neurogêneo? vasogêneo? tóxico? reflexo? infeccioso?)

- 1 — Traumatismos abdominais e testiculares
- 2 — Perfuração de viscera oca
- 3 — Anestesia raquideana
- 4 — Necrose pancreática aguda?
- 5 — Peritonite difusa aguda?
- 6 — Infecções febris agudas?
- 7 — Formas tóxicas do choque?

II — DEFICIÊNCIA AGUDA DO PREENCHIMENTO CARDÍACO

A — Por dificuldade mecânica

- 1 — Hemopericárdio súbito
- 2 — Derrame pericárdio agudo

B — Taquicardias graves com encurtamento de diástole

III — INSUFICIÊNCIA AGUDA DO ESVAZIAMENTO CARDÍACO

A — Lesão do miocárdio

- 1 — Infarto do miocárdio
- 2 — Rotura do vértice duma válvula, corda, músculo papilar ou tabique
- 3 — Miocardite diftérica ou reumática(?)

B — Dificuldade mecânica

- 1 — Embolia pulmonar maciça
- 2 — Trombo ou tumor na válvula da aurícula esquerda
- 3 — Estenose mitral extrema

FISIOLOGIA PATOLÓGICA

O choque é um processo dinâmico e as suas anomalias fisiológicas podem considerar-se em três fases: 1.º — Perturbações iniciais; 2.º — Mecanismos compensadores; 3.º — Fase de choque irreversível.

1.º — Perturbações iniciais — A insuficiência circulatória aguda começa com a incapacidade do coração de manter um débito adequado de sangue, quer por diminuição do volume sanguíneo quer por qualquer doença cardíaca ou extracardíaca.

O débito diminuído pode manifestar-se por debilidade física e mental, metabolismo baixo, queda de tensão; a taquicardia surge por mecanismo compensador.

2.º — Mecanismos compensadores — Surge uma vaso-constricção por um mecanismo nervoso a qual poupa o cérebro e coração, órgãos mais sensíveis à anoxia, provocando uma melhoria, relativa, da tensão. A vaso-constricção e a redistribuição do sangue (em favor do cérebro e coração) são os principais mecanismos compensadores. Assim a pele fica fria, húmida, especialmente nas partes distais da circulação (extremidades).

Os mecanismos da vaso-constricção são vários e o mais conhecido é o da medula suprarrenal e do sistema nervoso simpático, mas também o seio carotídeo, o centro vasomotor, hormonas corticossuprarrenais e substância, como a urina, libertadas no rim, têm influência considerável.

3.º — Fase de choque irreversível — O choque grave prolongado acaba por esgotar os mecanismos compensadores, com queda do débito cardíaco e da pressão arterial, anoxia tecidual intensa, que inclui o coração e cérebro, e morte. Nesta fase, o restabelecimento do volume de sangue e outras medidas terapêuticas, eficazes noutros períodos, já não alteram esta funesta série de acontecimentos.

Durante a fase irreversível a diminuição do débito sanguíneo e pressão arterial produzem-se mesmo quando já não diminui mais o volume de sangue. O tempo de circulação aumenta consideravelmente. Há estase circulatória e dela depende o débito cardíaco. O choque irreversível vai acompanhado de diminuição das resistências periféricas e de estase do sangue nos pequenos vasos.

QUADRO CLÍNICO

Aspecto geral e conduta do doente — Este pode estar inquieto ou, pelo contrário imóvel, apático e sem prestar atenção ao que o rodeia. De entrada está desassossegado. Frequentemente está debilitado e incapaz do menor movimento, com torpor mental, com correspondente depressão física.

Pele — Pálida e fria e no choque grave, marmórea (congestão de alguns vasos e constrição de outros), principalmente nos membros. A temperatura cutânea é baixa, mesmo quando o doente tem febre. Sudação intensa surge em breve.

Pulso — Rápido e débil. Na fase terminal pode haver

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.

SUPPOSITÓRIOS — Caixa de 12

LABORATÓRIO *Fidelis*

bradicardia. Em regra surge pulso rápido antes de diminuir a pressão arterial; este dado pode ter valor diagnóstico.

Pressão sanguínea — Hipotensão é a regra, mas, por fenómenos de vaso-constricção, pode manter-se num valor razoável. Em geral está abaixo de 90 mm de mercúrio.

Respiração — É variável segundo o factor etiológico.

Coração — Em caso de choque por retorno venoso deficiente não há qualquer sinal de perturbação cardíaca. No caso de choque experimental avançado podem surgir sinais de depressão miocárdica.

Veias — As superficiais estão colapsadas, sendo a pressão de 1 a 2 cm. O cateterismo cardíaco, demonstra que a pressão na aurícula direita também é baixa.

Urina — A eliminação urinária está diminuída podendo haver anúria no choque grave. Estão diminuídos o fluxo sanguíneo e a filtração glomerular.

Sangue — É frequente a leucocitose, especialmente no choque hemorrágico mas pode haver leucopenia no choque grave. Pode haver hemoconcentração no choque, ocasionado por traumatismo ou desidratação. Há hemodiluição no ocasionado por hemorragia e traumatismo esquelético. Na fase inicial há hiperglicemia provávelmente dependente da secreção compensadora de adrenalina. No choque desenvolvido é normal a acidose que depende de acumulação dos ácidos pirúvico, láctico e fosfórico. O aumento dos ácidos láctico e pirúvico depende da sua produção excessiva nos músculos esqueléticos, com diminuição da função hepática. O aumento dos fosfatos provém, principalmente, da má eliminação renal. A acumulação de ácidos fixos origina diminuição dos bicarbonatos, com produção de anidrido carbónico que se elimina pelo pulmão. A diminuição da reserva alcalina, comprovável por análise, provém da perda de sódio que se elimina combinado com os ácidos fixos. A ureia e o nitrogênio não pro-

teico estão aumentados. Está aumentada a diferença arterio-venosa do oxigênio, indicando um tempo de circulação aumentado. O potássio pode estar elevado por aumento da catabolia proteínica, menor excreção renal e insuficiência suprarrenal.

TRATAMENTO

Transfusão de sangue — Limitaremos esta ao momento em que a vaso-constricção periférica é permanente, correspondendo às quantidades perdidas por hemorragia, sem chegar a provocar uma sobrecarga do coração direito.

Se a vaso-constricção é irreversível, a anoxia periférica continua e progride a anoxemia. Então, algumas horas após a transfusão, assiste-se a uma queda secundária da pressão arterial (choque secundário).

No choque secundário recorremos ao bloqueio farmacodinâmico do sistema vasomotor.

Os diferentes agentes medicamentosos ganglioplégicos são: compostos de metônio, largactil, fenergan, petidina e diparcol.

Com estes compostos conseguiremos hibernar o indivíduo, o qual se apresenta, então, tranquilo, sem vômitos, tegumentos pouco corados mas sem palidez extrema, veias moderadamente dilatadas, a respiração é lenta, regular e profunda, a curva térmica é baixa e o pulso baixará para cerca de 80 puls./m. A diurese é baixa e não há expulsão de fezes.

Além destes meios de combater o choque podemos acrescentar o oxigênio, o calor periférico, narcóticos e sedativos, A.C.T.H., cortisona, vasoconstritores periféricos, etc.

(Condensado de «Gac. Med. Esp» — Janeiro de 1959)

Tratamento médico da doença de Parkinson

J. SIGWALD

Embora a cirurgia dos estados parkinsonianos tenha progredido muito, a terapêutica médica conserva ainda a sua importância máxima. Uma das suas particularidades é a de não se preocupar com a etiologia, pois esta noção nosológica não tem qualquer importância prática, embora os tratamentos possam variar de acordo com o terreno, a extensão do processo e a sua dominante sintomática. Três formas de tratamento devem utilizar-se conjuntamente, o sintomático, o geral e o kinesiterápico.

SINTOMÁTICO

Abrange duas situações diferentes: os síndromas parkinsonianos em geral e certas manifestações particulares.

1 — Drogas — São numerosos fármacos utilizáveis, quer vegetais, quer sintéticos.

a) De origem vegetal — Embora sejam as de uso mais antigo, ainda hoje se prescrevem correntemente.

O sulfato de atropina só é eficaz em doses fortes, em solução de $\frac{1}{200}$ (uma gota corresponde a $\frac{1}{4}$ mg); a posologia quotidiana óptima varia entre 5 e 10 mg.

A escopolamina ou hioscina, usada sob a forma de bromidrato, emprega-se «per os» em doses de 0,25 mg a 1 mg.

O amino-óxido de escopolamina, mais maneável que o antecedente, prescreve-se entre 2 e 5 mg por dia, e é de uso corrente.

b) De origem sintética — Últimamente, com o aparecimento da dietazina e caramifeno, a quimioterapia enrique-

NA ARTERIOSCLEROSE, HIPERTENSÃO ARTERIAL, REUMATISMO ARTICULAR, ETC.

IODO P₂

AMPOLAS - GOTAS

ASSOCIAÇÃO DE IODO ORGÂNICO COM SOLU P₂

LABORATÓRIOS "CELSUS"

LISBOA

ceu-se com um certo número de drogas antiparkinsonianas, que se agrupam em 5 famílias:

1 — Caramifeno (Parpanit) — Prescreve-se em comprimidos, doseados uns a 0,00625 g e outros a 0,05 g.

2 — Fenindamine (Théphorine) — Em comprimidos de 0,025 g.

3 — Fenotiazinas — Diparcol, em comprimidos a 50 mg ou 250 mg; Parsidol, em comprimidos doseados a 50 mg; Fenegan, com menor acção antiparkinsoniana.

4 — Benzidril — Benadril, o primeiro deste grupo e o mais conhecido, usa-se em cápsulas doseadas, a 25 e a 50 mg; Cogentin, prescreve-se em comprimidos de 2 mg, Disipal, usa-se em comprimidos de 50 mg; Rigidil; Keiton, doseado a 30 mg.

5 — Derivados da Piperadina — O Artane, administra-se em comprimidos de 2 e 5 mg; o Kémadrine, utiliza-se também em comprimidos de 5 mg; o Pagitane, prescreve-se em comprimidos doseados a 1,25 e a 2,5 mg; o Akinéton apresenta-se também em comprimidos de 2 mg; o Par KS 12, utiliza-se sob a mesma forma, em comprimidos de 5 mg, e o mesmo sucede com o Aturbane.

c) Adjuvantes sintéticos — Pertencem alguns aos grupos químicos acima referidos e não têm uma acção antiparkinsoniana dominante, sendo apenas aconselháveis como adjuvantes.

É o caso do Largactil, utilizado em comprimidos de 25 mg; o Nozinan, também sob a mesma fórmula e dose; o Teraléne, em comprimidos de 10 mg; o Atarax, usado em comprimidos de 25 e 100 mg; o Dramamine e o Nautamine, ambos sob a mesma forma, mas nas doses de 50 mg o primeiro e de 0,09 g o segundo.

Também o Mianesin, o Tolsérol e o Décontracil se usam, por vezes, como adjuvantes.

2 — Conduta do Tratamento.

Tanto a escolha do medicamento como a da respectiva dose, acarretam dificuldades que, às vezes, só se vencem à custa de correcções sucessivas. Primeiro, é necessário escolher o fármaco mais eficaz para cada caso e que seja bem tolerado pelo doente. Não é indispensável variar com frequência a droga, mas, pelo contrário, convém mantê-la enquanto for bem suportada e a actividade não diminua.

A posologia é proporcional à intensidade da doença, e a droga deve ser tomada em pequenas quantidades, repartida, portanto, a dose total em várias tomas.

Existe certa equivalência de actividade entre as drogas mencionadas, o que se deduz das respectivas percentagens. A duração do tratamento é função da tolerância e actividade

demonstradas. Não deve interromper-se nunca, bruscamente, nenhum destes medicamentos.

Dos incidentes observados correntemente, a sonolência e a lassitude podem apresentar-se com precocidade. Combatem-se pela anfetamina, a cafeína e a efedrina; a secura da boca e as perturbações de acomodação, tornam-se frequentes também. Mais excepcionais, a obstipação, a retenção urinária e os acidentes sanguíneos.

Não há inconveniente na associação de dois ou três medicamentos antiparkinsonianos, desde que a dose de cada um se reduza para metade.

TRATAMENTO SINTOMÁTICO

Certas manifestações impõem um tratamento complementar, como sejam a insónia (em que se emprega a prometazina, a 25 ou 50 mg), as parestesias, contraturas, a hiper-salivação, os acessos oculógiros, as disquinésias, as distonias, etc. Não é excepcional o aparecimento de alterações psíquicas, que impõem o uso da levomépromazina.

TRATAMENTO GERAL

É indispensável manter o parkinsoniano em boa forma física, prolongar-lhe a actividade social e profissional, melhorar o estado geral e lutar contra o envelhecimento.

A vitaminoterapia (B₆, B₁₂, B₁ e C) por vias intramuscular ou endovenosa, são um apoio precioso neste caso. Os corticóides (DOCA), os extractos placentários e a estricnina desempenham também um papel importante.

Não deve esquecer-se a vigilância das taxas de ureia e do colesterol, bem como da fórmula sanguínea.

TRATAMENTO KINESITERÁPICO

É indiscutível o benefício da reeducação do doente. O parkinsoniano limita progressivamente o jogo das articulações, os movimentos reduzem-se, as articulações imobilizam-se, os músculos retraem-se.

Por isso mesmo deve submeter-se a uma mobilização passiva, que permite restabelecer os movimentos. A massagem é de valor secundário, podendo, quando muito, melhorar a circulação.

Mais úteis, são ainda, se revelaram as aplicações de ondas curtas e raios infra-vermelhos.

(Artigo condens. por Taborda de Vasconcelos, de «Médecine et Hygiène», n.º 425, Março de 1959).

Livros aparecidos ultimamente

RAPPORTS PRÉSENTÉS AU III^e CONGRÈS INTERNACIONAL D'ALLERGOLOGIE — B. N. Halpern et A. Holtzer (Editions médicales Flammarion).

LEISTUNGEN UND ERGEBNISSE DER NEUZEITLICHEN CHIRURGIE — E. K. Frey (George Thieme).

LE MÉDIASTIN ET SA PATHOLOGIE — M. Bariéty et Ch. Couri (Masson).

LES MÉTHODES PSYCHOSOMATIQUES D'ACCOUCHEMENT SANS DOULEUR — L. Chertok (Expansion Scientifique Française).

OS MERCADORES DE ILUSÕES

JOAQUIM PACHECO NEVES

Tenho para mim que o homem, para além das inquietações, das angústias e dos receios que o atormentam e dominam, não pode viver sem um pedaço de sonho dentro da alma. Quando ele lhe falta e as portas da realidade se abrem aos duros desenganos da vida, o seu espírito estremece e há um ocaso no seu mundo de esperanças que o leva, por vezes, ao desespero ou, pelo menos, a aceitar certos princípios que normalmente repugnam à sua consciência por não estarem de acordo nem com a sua maneira de pensar, nem com a sua forma de agir. Alguns resistem às inquietações e aos receios e conseguem encontrar dentro de si as forças necessárias para manter em equilíbrio aquilo que a vida lhes dá e o que desejavam que ela lhes desse. Muitos, porém, deixam-se sucumbir e entregam-se passivamente nas mãos dos mercadores de ilusões que os envolvem de promessas, os exploram, os iludem, antes de lhes destruírem a fé e derrubarem por completo todas as suas esperanças. Quer dizer: o que poderia, de momento, ajudá-los a vencer a crise de desespero que os perturba, o que poderia ser o fácil encaminhar das consciências para as claras certezas da vida, o que poderia ser ainda a resolução dum problema alimentado por angústias e temores que precisam de ser removidos, não passa dum pobre e triste devorar de ilusões pela vontade ávida dum aventureiro que especula com as suas fraquezas e se aproveita das suas indecisões para alcançar benefícios que nunca dizem respeito a quem deles precisa.

A luta que o homem tem de travar dentro de si para sobreviver aos desesperos e aos fracassos, esse frouxo luzir de esperanças que ainda sente quando a desventura o atinge ou um mal o fere mais profundamente, a dúvida que sustém apesar de tudo num plano elevado a sua consciência perturbada por aflições e dores, necessita de ser amparada, e defendida, e posta em mãos que a saibam compreender, e nunca nas garras de quem a explore em proveito próprio, sem cuidar das consequências que daí poderão advir, nem das tragédias que poderão originar. Se o deixarmos entregue a um destino incerto, ou se permitirmos que ele seja dominado por um desses mercadores de ilusões, sem escrúpulos nem consciência, o perigo torna-se ameaçador, embora por um tempo possa ser iludido por uma expectativa que dê o engano dum cura ou, pelo menos, a aparência da resolução dum problema de natureza moral. Porque é, sobretudo, quando os males do corpo se mostram sem remédio e as ilusões se apresentam já sem esperanças, que o homem mais facilmente se entrega à primeira consciência que o explora, desde que ela lhe desperte uma sombra que revigore o seu desejo de viver. A ideia de que toda e qualquer promessa pode ser cumprida, ou que todo e qualquer medicamento tem uma acção curativa, ou ainda que toda e qualquer reza tem efeitos decisivos, tornam-no confiante, sobretudo se na promessa e no medicamento houver uma dessas mensagens misteriosas que lhe fale aos seus desejos e lhe diga aquilo em que ele quer acreditar. O que vem depois já é mais fácil: é sempre o que está na sua mente, venha ou não com rezas e defumadouros feitos por qualquer mulher de virtude à luz dum vela enfiada numa sinistra caveira, seja ou não proferida em frente dum cristal polido ou dumas cartas sebtentas onde se possam ler as mais suspicazes revelações do futuro ou desdobrar as páginas mais saudosas dum esquecido passado. Qualquer processo serve, desde que quem o pratique tenha possibilidades de transmitir a força de sua presença através dum comunicabilidade que domine e arraste, para o seu mundo, o mendigo de ilusões que a si recorre para resolver os seus problemas mais íntimos ou dar satisfação às suas dúvidas mais inquietantes. Se o conseguir, ainda que por processos pouco claros e sempre enganadores, terá durante algum tempo nas suas mãos uma consciência que mais tarde ou mais cedo será nova-

mente despenhada na angústia por desilusões mais duras e mais amargas. Mas se o não conseguir e a deixar envolta nos mesmos farrapos sangrentos da sua tragédia, em luta com os destroços dum fé que não pôde salvar, então nada mais resta, e na sua consciência poderá averbar o contributo que deu para destruir o que ainda restava de sonho e de esperança dentro daquele que procurou enganar.

I

Minhas Senhoras e meus Senhores:

Um dia, estava eu a folhear um álbum de velhas pinturas holandesas, quando me saltou aos olhos, com o seu colorido quente e comunicativo, um quadro de Gerard Dou intitulado «O charlatão».

No traçado do desenho, para além da urdidura plástica da composição e do movimento espectacular da tela, destacava-se a figura de um homem, de boca entreaberta e gesto convidativo, a discursar para uma dúzia de ouvintes espalhada à sua volta, entre atenta e divertida. Numa das mãos, segurava uma droga que punha em evidência apontando-a com o indicador da mão contrária e provocando a curiosidade da assistência com a enunciação das suas virtudes. Por detrás dele, numa atitude pícaro e sorridente, o pintor, de paleta na mão, debruçava-se numa janela e recolhia os motivos que poderiam dar à tela a expressão límpida e verdadeira da realidade. Na sua frente, sombreada por um pesado guarda-sol de finos gomos e coberta por uma dessas mantas de embrechados orientais, estava uma grande mesa sobre a qual havia um pequeno cofre aberto, uma escudela de metal brilhante e uma garrafa de largo bojo onde se encontrava a misteriosa droga que alimentava a fonte do seu rendoso negócio. Mais distante, num dos cantos mais recuados da mesa, um macaco estendia a mão gulosa para o público e lançava-lhe um olhar suplicante, na esperança dum dádiva que lhe pudesse calar a fome ou, pelo menos, entreter o seu desejo de fuga. No primeiro plano, movimentado pela presença dum cão a roer um osso, dum camponesa de aspecto hierático, e dum tronco de árvore despido de qualquer folhagem, uma mulher, sentada num escabelo, levantava as pernas dum criança de colo e, indiferente à pregação, mudava-lhe tranquilamente os cueiros encharcados.

Contudo, o que avultava na pintura depois do charlatão, era presença dum homem de busto erecto e aspecto arrogante, que o encarava, não como quem lança um desafio, mas como quem está dominado pela força das suas palavras e convencido pelo poder das suas razões. Um bigode, forte e rebelde, afeiçoava-lhe o rosto e nos olhos parados brilhava o afago dum esperança e a sombra devoradora dum surda inquietação, enquanto que no ombro esquerdo, presa na extremidade dum pau, pendia uma lebre já morta, com o olhar fixo e as orelhas caídas, numa postura silente e inerte...

Detive-me a apreciar a figura deste homem que, apesar da sua atitude, estava alheado do ambiente, como que integrado ou, pelo menos, arrastado para um mundo diferente do seu. E perguntei-me: que pensamentos o ocupariam para prender tão fortemente a sua atenção? Que força e que estranho poder o não teriam dominado para obrigar a parar e a ouvir um discreto enganoso a que poucos prestavam verdadeira atenção? A força das suas promessas? O poder de cura das suas drogas? Algum problema íntimo que o afligia e que ele julgava de possível remedeio com a beberagem apreendida pelo charlatão?

Não é possível julgar as determinantes que levaram o

homem a parar e a ouvir as promessas dum desconhecido que tudo fazia supor serem falsas e enganadoras. Houve, porém, uma atracção irresistível à mensagem misteriosa a que o homem da lebre aderiu, ou porque um sofrimento íntimo o devorava ou porque o mal se desenhara em alguém que ele estremecia e desejava ver curado. Qual seria essa mensagem?

O charlatão tem um arte própria de se insinuar, valorizando as suas afirmações e exemplos com uma sinceridade comunicativa que não deixa de impressionar quem o escuta. A forma como garante determinado acontecimento e os protestos que formula quando alguém se atreve a duvidar, são um recurso que dá resultado sem outro esforço que não seja o de manter as suas afirmações com entusiasmo e intransigência. Se ele se aplica com todo o seu interesse à profissão e põe toda a sua consciência e brio na exaltação duma droga, ou nas virtudes da sua vidência, ou na infalibilidade das suas rezas, a credulidade fácil de quem ouve não deixará de se impressionar e viver com fé as afirmações que lhe garantem resolver os seus problemas de saúde e dominar as suas situações de angústia. E acredita, porque confia nas palavras e porque quer resolver um mal ou uma inquietação das quais se não liberta pelos meios habituais. O que ouve traz-lhe uma doce esperança que ele não rejeita, antes acarinha, por lhe abrir as portas dum conforto moral e duma ilusão que o ajudam a resolver os seus problemas, ainda que tenha de violentar a consciência e fazer calar os seus mais sérios escrúpulos.

Ora, se não é fácil explicar este poder de atracção que conduz os homens até junto do charlatão, porque muitas razões o podem explicar sem que nenhuma delas seja a verdadeira, há, pelo menos, que reconhecer a existência de núcleos humanos que não evoluíram e se encontram como há trezentos anos, embasbacados perante as promessas e os sortilégios do charlatão, como se nada se tivesse modificado e as forças impregnadoras da sugestão e do ludíbrio se deslocassem através dos séculos para marcar com os mesmos estigmas as novas gerações e mostrar que, afinal, o tempo nada representa, quando as consciências não estão preparadas para reagir. São ainda os mesmos ouvidos atentos que escutam, os mes-

mos olhos ansiados que procuram, as mesmas vontades escravizadas que apenam, convencidos do poder milagroso das promessas e da arte suprema de quem as garante. Há uma perfeita identidade emocional entre as gerações passadas e a presente. E por quê, se, no entretanto, se passaram trezentos anos e as condições do homem se modificaram e o seu conhecimento se abriu? Será que três séculos nada representam na sua consciência nem no seu destino, nem bastam, tão pouco, para destruir os fundamentos duma credulidade mais supersticiosa do que inculta, mais aberta aos mistérios do que às claridades trazidas pela ciência?

Muitas vezes tenho parado ali, na Cancelha Velha e noutras lugares onde os apelos dos charlatões se fazem ouvir com o encantamento por vezes sugestivo da sua palavra fácil e objectiva, a escutá-los, mais atento, é bem verdade, às reacções das massas humanas que os rodeiam do que propriamente à exaltação da droga que anunciam, mas nunca consegui atingir a alma da resposta. Desorienta-me, por exemplo, ouvir certas frases desdenhosas e irreverentes para logo em seguida, aqueles que as proferem, serem arrastados por uma íntima dúvida, e estenderem o braço, e esportularem a importância necessária para adquirir a droga. E volto a perguntar: o que determinaria o inicial desprezo, a chacota irreverente dumas palavras atrevidas, para logo depois tomarem uma atitude oposta, sem que no entretanto nenhuma ocorrência tenha surgido a modificar a posição inicial? A dúvida de que não se conseguem libertar apesar dos seus primitivos juízos? A necessidade de tentar uma experiência levados pela ideia de que, pelo menos, não lhes faz mal? A força comunicativa de quem fala e actua pelo seu poder de sugestão? Poderia assim imaginá-lo, se o acontecimento se circunscrevesse apenas ao charlatão que apregoa um medicamento e faz promessas em que muitos acreditam. O mesmo não poderia fazê-lo em relação ao homem dos horóscopos ou ao vendedor de sinas escolhidas, ao acaso, duma caixa pelo bico inocente dum canário. As razões, portanto, são outras, longe de qualquer dúvida ou do interesse imediato duma cura que a Medicina não conseguiu alcançar. Será pela necessidade de manter uma ilusão ou viver o pedaço de sonho que existe dentro de cada um, ou ainda perscrutar um destino que está e estará sempre vedado aos olhos humanos?

Com explicação ou sem ela, a resposta fica para mim em suspenso, até porque a credulidade humana, e a sua ânsia de imortalidade, não se limita a ouvir as prédicas dos que se expõem em público e afrontam os doestos dos que não acreditam. Anda mais funda, porque procura no seu antro os que melhor a sabem iludir e se servem de escondidos ambientes para viver um mercantilismo a que dão um aspecto científico e desinteressado, muito a propósito para influenciar os espíritos tocados por qualquer desgraça.

Olhemos, por exemplo, as chamadas mulheres de virtude. Não pertencem elas a uma elite de mercadores que não se expõe em público, mas que se sabe despida de quaisquer escrúpulos e sentimentos, movida apenas pela avidez duns lucros que denunciam a sua ganância de dinheiro? Pois bem: o que elas dão em troca àqueles que as procuram envoltos num sudário de aflições, nem sempre se mostra com o aspecto inofensivo duma droga ou com a cor atraente duma palavra de ilusão. Constitui, por vezes, um perigo que, se não conduz a uma situação de crime, pode significar um grave dano orgânico ou para quem segue as suas prescrições ou para aqueles a quem elas são dirigidas. Os filtros, as mêninhas, as garrafadas, os bruxedos feitos para atender queixas de amor, despertar ciúmes ou reduzir as virtudes duma consciência que não se entrega facilmente, são julgados elementos necessários para atingir determinados objectivos que, normalmente, não se alcançam sem a intervenção actuante dessas mulheres. Os seus agentes, bem industriados e atentos, procuram angariar conhecimentos sem despertar suspeitas, para depois as informar e lhes possibilitar uma acção que lhes abra caminho e as transforme numa espécie de oráculos, capazes de dar solução aos mais inquietantes problemas e às mais perturbadoras interrogações.

De forma que, quando são procuradas, já possuem muitos elementos de informação para orientar a sua actividade. Os receios que lhes possam ser mostrados, ou os problemas que lhes possam ser postos, são facilmente vencidos por uma compreensão e um conhecimento que deixa os consulentes per-

EQUIPAMENTO HOSPITALAR



DUNLOPILLO está a ser usado nos mais modernos hospitais e clínicas, onde o bem estar dos doentes é de primordial importância.

DUNLOPILLO é usado para Colchões, Mesas de operações, Assentos em ferradura, redondos, etc.



Dunlopillo

ESPUMA DE LATEX — FABRICO INGLÊS

CASA GRAHAM • LISBOA • PORTO

feitamente tranquilos. Junto delas, todos os seus temores se fundem e todas as dificuldades se removem numa rasgada confissão que os leva a dizer o que os tortura, as inquietações que sentem, o mal que desejam aos outros ou o bem que esperam para si, seguindo à risca o seu conselho, ainda que tenham de ir buscar, à meia-noite, terra ao cemitério, ou sacrificar uma galinha preta numa encruzilhada de caminhos, com os lobos a uivar à sua volta ou o restolhar dos cães a despertar na sua consciência um fundo temor e a ideia de almas do outro mundo a percorrer longos fadários expiatórios.

De notar é a ascendência que as mulheres de virtude conseguem junto de quem as procura, apesar da sua quase boçalidade, dos modos secos e desabridos do seu feitio, das palavras rudes e agressivas dos seus conselhos. Parece que há nelas uma intuição psicológica que as leva a entrar profundamente na intimidade de cada um e a actuar como entes superiores de quem se espera uma palavra decisiva e uma promessa que possa abrir caminho à felicidade terrena, ou trazer quietações e silêncios às almas torturadas pela ideia do sofrimento e da dor. Logo no primeiro contacto se apossam da vontade de quem as procura, e se insinuam de tal modo no seu espírito que, para além da confiança que despertam, se tornam fulcro dos seus mais íntimos desejos e das suas ilusões mais recatadas, corrigindo, por vezes, a ansiedade que as domina. Fazem uma psicoterapia empírica, mas não destituída de alguns efeitos terapêuticos. Por isso raro se encontra quem as denuncie e não lhes entregue valores materiais avultados que lhes permite uma vida fácil, e já foi motivo de inspiração de alguns romancistas, e deu lugar a que alguns médicos, mais infortunados na clínica, se aproveitassem da sugestão para seguir caminhos cuja legitimidade não pode deixar de ser discutida e até condenada.

É ainda o mesmo desespero e angústia, e essa constante permanente de ignorância e credulidade que conduzem os homens junto daqueles que criaram fama de enviados de Deus e em seu nome falam, como se estivessem iluminados pelo fogo interior duma certeza que a Igreja não reconhece e condena.

Na sua maioria, recorre a aplicações terapêuticas vulgares, anódinas, já desprezadas pela Medicina moderna, mas ainda consideradas actuantes, não só pelo seu poder curativo, mas também por serem acompanhadas de mensagens que parecem trazer o calor penetrante duma bênção, quando os olhos repousam serenamente nas Alturas e a fé ilumina as consciências perturbadas pelo sofrimento. O que eles dão é bem pouco para o muito que deles se requer — é contudo suficiente para enfortalecer um espírito abatido, revigorar um corpo doente, encher de esperanças uma alma angustiada, ainda que não seja senão pelo tempo que dura um fogo-fátuo, entre o lampear rápido da fosforescência e o pesado negrume da escuridão. Não bastará, no entanto, para justificar a existência desses mercadores de ilusões que se dizem ao serviço de Deus, embora invadam terrenos que lhes são defesos e caiam num condenável exercício ilegal da Medicina, com todas as consequências más e os seus riscos graves? Eu creio que não, apesar de saber que há homens que sob a premência do desespero são capazes de abandonar os recursos claros e lícitos da Medicina, para se lançarem nas mãos daqueles que facilmente prometem o que a sua vontade e esperanças desejam. E creio que não, porque um mais fundo desespero não poderá deixar de surgir para atingir aqueles que na ilusão confiaram e em vão esperam a mensagem anunciadora do final do seu sofrimento. O desengano que pode ferir a sua sensibilidade, e, até, a resignada conformação que são obrigados a ter perante o inevitável, não deixa de dar origem a um sentimento de revolta, que, em vez de os conduzir à suprema vitória de encararem o receio do Além sem se perturbarem, os lança numa agonia que arrasa por completo as derradeiras ilusões que ainda têm na vida.

O que se vê, infelizmente, nesse largo estendal de promessas feitas à sombra da Cruz, excede o que é natural pedir-se a um guia espiritual para se situar no campo temporal, onde só os médicos têm lugar e a sua opinião conta. A petição que ultrapassa os limites da oração ou dum conforto moral, não deve sair do seu terreno próprio para ir de encon-

NOVO E ORIGINAL

Para a moderna terapêutica de:

- FLEBITES E TROMBOSES (tratamento complementar);
- HIPODERMITES DOLOROSAS OU NÃO;
- ECZEMAS EXSUDATIVOS;
- TROMBOSES SUPERFICIAIS / ESCLERODERMIA / HEMATOMAS / CONTUSÕES / ABCESSOS / PANARÍCIOS / FURÚNCULOS / INFILTRADOS INFLAMATÓRIOS CONSECUTIVOS A INJECCÕES E A PERFUSÕES

HEMODERMOSINA

pomada hidro-lavável de fenindiona a 5%.

ANTI-INFLAMATÓRIA / DESINFILTRANTE

ANTI-TROMBÓSICA / DESIDRATANTE

Laboratório

DAVI

L I S B O A

tro às tendências condenáveis de quem se entrega ilegalmente ao exercício da Medicina, e dentro dele pretende fazer um trilho seguro para a conquista das almas em transe de se perderem. O erro, embora justificado por solicitações que não se quiseram contrariar ou se aceitou pelo desejo de amparar um desespero quando ele se torna mais ameaçador, não pode deixar de ser denunciado por mais que se queira atribuir à fé os processos terapêuticos que aconselham e as indicações que dão. Eles são sempre armas ilegítimas nas mãos de quem as não conhece, nem tem competência para as usar, constituindo um perigo que deve ser removido, para que as suas consequências não sejam prejudiciais, nem para quem as sofre, nem para quem as provoca. Se se transige, e permite o recurso ao uso fácil de regras traçadas por quem não tem autoridade para as dar, onde é que nos pode conduzir essa comprometedor transigência, senão à credice e à superstição, embora defendidas pela presença daqueles que à Igreja estão vinculados e se dizem mensageiros de Deus? Isso não seria voltar aos primórdios da Medicina que na magia e nos templos encontrou as primeiras emanações da sua origem?

Apesar de não ser muito corrente encontrar-se fundida numa só consciência o que diz respeito à Medicina e o que é da responsabilidade da Religião, deparam-se-nos por vezes situações por esse Minho crenteiro que permitem as mais singulares especulações dos espíritos atreitos à credulidade e às promessas, e até naqueles que, predispostos pela doença, renunciam a um passado mais em harmonia com a sua formação cultural e se entregam como se fossem tocados pela chaga da dúvida. Os cheiros de santidade que facilmente se atribuem àqueles que pelas suas virtudes merecem a exaltação do seu límpido proceder têm servido de base à propagação de ideias que se alimentam com o anúncio de curas extraordinárias, transformados pela imaginação do povo em acenos clamorosos de Deus. E não está certo. Se a fé pode resolver muitas situações e dar aos homens o conforto moral duma esperança e duma promessa, não pode substituir-se à Medicina, nem ocupar o seu lugar no mundo do sofrimento. É ao médico que compete estar presente junto do homem que sofre, com os seus processos de diagnose e tratamento para entregá-lo, como um valor económico e social, ao meio a que pertence, antes que seja devorado pela dúvida e pelo desespero. Permitir que ele se entregue nas mãos de quem não sabe sentir o verdadeiro pulsar das suas ansiedades e do seu sofrimento, ou dele se serve para malbaratar um patrimônio que só a ele diz respeito, é não acautelar as suas esperanças e o seu desejo de viver. É, também, destruir a fé que nele existe e se sente traída por promessas que não se cumprem ou certezas que não se realizam. O desespero, de qualquer modo, avinagra-lhe o espírito e enche-lhe de negros pavores a alma, se o mistério do Além se aproxima ou a sua ansiedade de cura se perdeu. E, contudo, bem fácil seria chamá-lo à razão, mesmo que a Medicina falhe e não possa libertá-lo dos seus sofrimentos. A sua inteligência, ainda que primária, e a sua sensibilidade, ainda que grosseira, não deixariam de compreender os limites que definem as possibilidades humanas e reconhecer que o campo espiritual, onde se exerce o múnus religioso, nada tem que ver com aquele que pertence à Medicina. O que é preciso é que não haja conveniências pessoais, nem interesses materiais a manter a confusão. A influência que se pode conseguir num espírito abatido por uma doença ou por um choque moral é, por vezes, tão grande e tão profunda que modifica por completo a conduta de quem a sofre,

mesmo que corra o risco de desinteligências e perigos capazes de fazer oscilar as situações mais estáveis. E ninguém me diga que só os terrenos incultos é que são susceptíveis de sofrer influências e viver sob o domínio de alheias vontades. Não. Os exemplos que supuram nas águas quietas das vidas simples são igualados pelos daqueles que, pela sua cultura e posição social, se pensava imunes ao charlatanismo, revelando as profundas confusões que atingem a alma dos homens, quando a infelicidade a fere mais profundamente. Quem não se recorda do que se passou na Rússia, quando Rasputine, dotado dum estranho poder de domínio e movido por uma ambição sem limites, alcançou o seio da corte e um império de influências que soube manejar em benefício próprio? Sabe-se, é certo, qual foi o seu fim. Mas que prejuízos e profundas desinteligências não provocou, antes que a morte violenta terminasse com a sua vida dissoluta e imoral? E tudo, por quê? Apenas pela ascendência que conseguiu ao prometer à Tsarina a cura do filho hemofílico, e a convenceu de que a sua presença era necessária para lhe manter a vida.

Mais junto de nós, nesta mesma Europa perturbada por convulsões e desatinos cujas chagas nunca cicatrizam completamente, surgiu também o caso de Greta Hofman, uma aventureira que se soube insinuar no espírito da Rainha da Holanda com promessas de cura e o uso de credices que, em circunstâncias normais, não deixariam de ser repelidos e condenados.

Aqui, é ainda o amor de mãe, sempre propenso às boas e más influências, que abdica de tudo para tentar salvar os olhos duma filha condenada à cegueira. Ela já tinha ouvido as maiores sumidades da Europa, e sabia que nada mais poderia esperar. Ela sabia também que uma pesada condenação fechara a cortina das suas esperanças. Ela sabia, e por isso mesmo uma resignada conformação a envolveu e a obrigou a carinhosos desvelos por essa filha que não podia ter os descuidos e as alegrias das outras crianças, nem ter as brincadeiras próprias da sua idade. Bastou, porém, que aos seus ouvidos chegasse a notícia da existência duma mulher que operava prodigiosas curas, para que o seu coração se alegrasse e grandes esperanças viessem de novo animar o seu espírito abatido. Mandou-a chamar para a conhecer. Depois entregou-se-lhe confiadamente, e deixou-se influenciar pelos seus processos de cura que não passavam de simples rezas e dum lento afagar das mãos sobre os olhos perdidos da criança, dentro duma espécie de alheamento que ela queria fazer acreditar ser por vontade de Deus.

Com o rodar do tempo e a ausência de melhoras, as dúvidas surgiram e as más vontades desenharam-se. A sua influência, porém, não desapareceu, pois teve a habilidade de convencer a Rainha de que a cura da filha não surgia, porque a falta de piedade do Príncipe Bernardo se opunha ao seu aparecimento. Daqui sobrevieram graves desentendimentos no casal real que não deixaram de ter repercussão no povo holandês. Dois partidos se formaram. Mas a consciência da Nação, embora apiedada da Rainha e da sua ternura pela filha, não deixou de reconhecer que ela estava a ser vítima das promessas duma embusteira, e de dar razão ao Príncipe Bernardo, quando ele afastou Greta Hofman da corte holandesa.

(Continua no próximo número)



atarax

ASSEGURA A ESTABILIDADE EMOCIONAL

DRAGEIAS a 10 e 25 mg

XAROPE

COMPRESSOS a 100 mg

AMPOLAS a 100 e 200 mg

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 FARMACÊUTICA

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

ECOS E COMENTÁRIOS

ENCARGO DOS MÉDICOS?

HÁ muito que pensamos, e que temos escrito, que ao Corpo médico não devem caber, como classe social, mais vultuosos encargos do que às restantes classes do País.

Sucede, todavia, que por mil formas diversas se lhe exige, se lhe impõe, toda uma teoria de contributos que negam na prática aquilo que em tese não sofre contestação.

Desde o serviço gratuito, em Hospitais, Asilos ou Beneficências diversas; desde a simbólica remuneração em tantas outras obras de assistência; desde a minorização de vencimentos em instituições particulares ou para-estatais, em Companhias seguradoras ou indústrias, a propósito, ou antes a pretexto, da função social do trabalho médico; desde o esquecimento de actualização de honorários em Serviços municipalizados ou outros, ou o desfazamento pelo menos, em relação à época de actualização ou de simples elevação de vencimentos dos restantes servidores das mesmas entidades, tudo são formas de lançar sobre os médicos encargos, tributos, obrigações, que sobre nenhuma outra classe recaem.

Porque se trata de fazer o bem, porque se pretende manter uma obra de caridade, porque se deseja assegurar um serviço etiquetado de social, porque se quer transferir a outrem o encargo do seguro de desastres no trabalho, porque se aceita, no exercício de lucrativa actividade industrial a responsabilidade desse seguro, porque se entende firmar um equilíbrio orçamental, ou ainda por muitas e sempre boas razões, vá de negar-se ao Corpo médico a simples justiça da devida valorização do trabalho, a simples justiça de pagar a tempo o salário devido.

Parecem ignorar, estes singulares apóstolos do bem, estes activistas do social, estes financeiros das preocupações orçamentais, a apóstrofe de S. Tiago «...o salário dos trabalhadores..., o qual foi defraudado por vós, clama, e o clamor subiu até aos ouvidos do Senhor dos exércitos», tão aplicável ao trabalho do médico como ao dos jornaleros «que ceifaram os vossos campos» a que o Santo se referia, tão certo ser que «as considerações fundamentais sobre a justiça do salário dizem respeito a qualquer trabalho ou serviço» como afirma Brucculin.

Parecem ignorar, esses todos, animados de um pretenso espírito de fraternidade em que até cabe a exclusão dos médicos..., que a prática da caridade, o exercício das virtudes sociais, a dádiva do trabalho, a oferta dos ganhos, o prescindir da dívida paga, a dedicação a uma obra, se não impõem e são normalmente fruto da decisão espontânea de cada pessoa, o tributo do exercício da vontade de cada homem, nunca determinação compulsiva a afec-

tar a generalidade daqueles que constituem uma classe social. A menos de volver-se em tributo especificamente lançado, de forma discriminatória, sobre determinado grupo social. Como aliás se pretendia demonstrar em relação ao Corpo médico... e parece ter ficado provado... Tão provado, que não somos já apenas nós a escrevê-lo, nem os médicos, genéricamente a senti-lo.

Recentemente, no preâmbulo ou relatório do Decreto-Lei que reorganiza os serviços de perícias médico-legais no País, serviços que deram lugar no pas-

sado a tanta injustiça, escreve-se, com todo o peso da responsabilidade oficial:

«Não constituirá, por isso, motivo de grande surpresa o saber-se que, segundo a revelação do inquérito recentemente realizado, dos emolumentos liquidados em processo penal para os peritos médicos só cerca de 10 por cento são efectivamente pagos.

A situação não é justa e carece, evidentemente de revisão.

Não se ignora que a lei a todos impõe o dever de cooperação para a descoberta da verdade e a boa administração da justiça; mas não seria razoável que o cumprimento desse dever revertesse para uma classe, em especial, em sacrifício bastante mais oneroso do que para todas as restantes».

Palavras de sã compreensão dos deveres que, por serem de todos, por todos se hão-de distribuir. Não vá caber apenas a alguns o encargo que de todos é; não vá recair apenas sobre uma classe, o encargo que pertence a toda a Sociedade. Se é assim no âmbito da administração da Justiça, o mesmo se dirá quanto aos problemas da Saúde e da Assistência. Social ou não, o respectivo encargo se necessário o esforço se indispensável, o dever se justificado, hão-de repartir-se por todos os elementos da Sociedade. E o médico, para a respectiva satisfação concorrendo como cidadão, não tem de contribuir segunda vez através de gratuitidade de serviços, nem de minorização de honorários, nem de desvalorização do seu trabalho.

A menos que a suplência da debilidade económica e da insegurança social, deixe de ser obrigação da família, do Seguro-Doença, do próprio Estado e se decrete e promulgue que ao Corpo médico cabe assegurar, não só técnica mas financeiramente, as prestações sanitárias da Segurança Social... O que, por absurdo, pode ser forma sedutora de no papel resolver a situação...

M. M.

A MEDICINA DE 1900 —VISÃO RETROSPECTIVA

ENTREI para o corpo do pessoal do «London Hospital» nos princípios do ano de 1900 e estou, portanto, em boa posição, até onde vai a minha memória, para comparar o estado da prática médica — especialmente quanto a hospitais e consultas livres — que era há meio século com o que é hoje.

Confrontando a cena médica do ano de 1900 com a actual, e atendendo a que a distância transforma as coisas mais belas porque a idade faz enaltecer

ALGINEX

ANALGÉSICO
DE USO EXTERNO

apresentado na forma de stick

ACÇÃO RÁPIDA
COMODIDADE DE APLICAÇÃO
ODOR AGRADÁVEL

LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

o passado, e ainda por que vemos sempre o início da vida profissional através de um nevoeiro cor-de-rosa, eu penso que a medicina era mais curiosa e excitante nos primeiros anos deste século do que agora. E isto por várias razões.

Em primeiro lugar, o médico, qualquer que fosse a sua actividade, estava mais empenhado num combate individual à doença e menos na sua qualidade de membro de uma equipa, como actualmente. Ele entrava em acção armado apenas com os seus sentidos e o seu estetoscópio, com poucas análises urinárias, poucos exames de sangue e com o oftalmoscópio antiquado, como auxiliares. Os testes bioquímicos ainda não tinham sido inventados (felizes dias!), nem tão pouco o esfigmomanómetro, o electrocardiograma e outros auxiliares mecânicos para o diagnóstico. Mesmo os R. X. ainda estavam na infância. Ainda era mais excitante descobrir as coisas por si próprio e fazer tentativas para chegar à conclusão correcta com dados insuficientes do que coligir os relatórios — muitas vezes contraditórios — de numerosos peritos técnicos. Afinal, o diagnóstico não era, naquele tempo, tão mau. É verdade que o seu principal objectivo era tentar prever as conclusões na casa mortuária, mas este alvo limitado era atingido com surpreendente certeza pelos médicos daqueles dias, como resultado dum exame físico completo tomando cuidadosamente a história do doente e o exercício da sua «intuição clínica» — uma faculdade que eu penso que eles possuíam em melhor grau do que os seus modernos colegas. Os antigos médicos não aspiravam a interpretar certas perturbações porque os testes funcionais ainda mal se conheciam.

Em segundo lugar, quando olhamos para traz, a doença parece ter sido mais variada e, se nos é permitido usar a palavra, mais viva. O progresso da medicina preventiva tirou à clínica alguns dos seus exemplares. A febre tifóide — que outrora aparecia todos os anos nas enfermarias — é um desses exemplares. Onde estão, também, os «belos» casos de raquitismo e de escorbuto infantil ou os de reumatismo agudo com enormes nódulos que eu me lembro muito bem de observar no Great Ormond Street? A difteria também será em breve uma doença do passado. Qual é o médico novo que viu um caso de estenose pilórica que provocasse fermentações gástricas, de tal modo que, algumas vezes, quando acendia o cachimbo, os gases fétidos que arrotava se incendiavam e ele assemelhava-se a um dragão expelindo chamas? Eu próprio já presenciei, duas ou três vezes, esta interessante e excitante ocorrência antes de intervirem os cirurgiões. Também — quando vemos agora um daqueles antigos casos de pneumonia lobar que terminavam dramaticamente em crise ao fim de 7 ou 9 dias?

Naqueles tempos, falava-se muito em «auto-intoxicações» e «envenena-

mentos pelo ácido úrico», com o abuso resultante de antissépticos intestinais (haverá agora quem os receite?) e «dissolventes do ácido úrico». Actualmente, fala-se sempre em «alergia», «avitaminoses» e «alterações endócrinas», com o consequente uso indiscriminado de preparações anti-histamínicas, vitaminas e hormonas. A concepção de medicina psicossomática não existia em 1900 e o psiquiatra era nesse ano um zero fora do manicómio.

Se a prática da nossa profissão era mais interessante e aventurosa há 50 anos, ela era também mais árdua. Inclino-me sempre para o septicismo quando ouço falar de «tensão da vida moderna» para explicar o aumento de certas

doenças, como, por exemplo, a oclusão coronária. A verdade é que os clínicos de 1900 tinham, sob muitos aspectos, vida muito mais exaustiva do que os seus sucessores de hoje. Basta reparar nos meios de transporte...

... ..

Sir ROBERT HUTCHISON

(Do livro «Fifty years of medicine», editado em 1950 pela British Medical Association)

ECOS DA IMPRENSA LEIGA

CAMPANHA VITORIOSA

Com o título acima, publicou o «Diário da Manhã» o seguinte editorial:

Com optimista afoiteza, poderá afirmar-se que a magna questão da luta anti-tuberculosa em Portugal começa a ver subir o barómetro das realizações práticas, das soluções adequadas à gravidade e à magnitude social do terrível flagelo, mercê da política construtiva do Governo e da visão realista de um ministro que, logo no primeiro ano da vigência da sua pasta, debruçou a atenção sobre um dos mais importantes, senão o mais importante problema da saúde pública, que ceifa por ano milhares de vidas de portugueses — num prejuízo incalculável de natureza humana e económico-social.

O Prof. Pinto Barbosa, inscrevendo vultosas verbas para a luta contra a tuberculose, no primeiro orçamento como Ministro das Finanças, abriu novos e arejados horizontes à política da saúde, e colocou o País no caminho dos seguros resultados, que começam a dar seus frutos e em breve o aproximarão dos povos mais avançados no campo da mortífera enfermidade.

O Ministro (côncio de que a luta desencadeada só poderá atingir os seus objectivos pela perseverança dos métodos e dos meios postos ao serviço destes) não tem afrouxado na concessão de maciços subsídios, que, desde 1956 para cá, têm mantido o ritmo inicial, concedidos dentro das possibilidades orçamentais.

É a estatística moderna uma espécie de fotografia dos fenómenos económicos e sociais, aferidora matemática da sua marcha no quadro dos interesses nacionais e internacionais. Um simples número, uma simples curva, quantas vezes não reflectem, na aridez aparente do seu aspecto de ciência positiva, o bem ou o mal de milhares, de milhões de vidas, do resultado dos quais dependem o bem-estar ou o infortúnio de um povo — da humanidade em geral?

★

A taxa da mortalidade por tuberculose, referida a 100.000 habitantes, desde 1950 que tem vindo a descer gradualmente; mas a grande e significativa quebra operou-se nos anos de 1957 e 1958. Da taxa 143,6, em 1950, desceu-se verticalmente para 50,8,

**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

LBO

no ano findo (em todas as formas de tuberculose). Isto é, em números absolutos, as vidas poupadas foram, respectivamente e em relação ao biénio 1957-58, de 6.868 e de 7.500. É, na verdade, consolador, entregar ao património moral e material da Nação milhares de vidas, arrancadas à avidez do terrível flagelo, e vê-las investidas, como úteis forças produtivas, no corpo social do tratamento e do capital. As duas grandes armas do armamento antituberculoso (os modernos meios profilácticos e terapêuticos, apoiadas pela cobertura financeira, fizeram o milagre.

Mais vale, como se sabe, evitar do que curar; mas, quando tem de curar-se, a cura deverá ser integral, no tríplice aspecto da saúde física (ou da cura própria dita), da saúde económica e da saúde social.

É que, a maior parte das vezes, o doente a quem se dá alta de um sanatório, regressa apenas curado do corpo. Do ponto de vista económico e social, ele continua doente: não podendo, diminuído na capacidade produtora, voltar ao antigo mester, depara com as portas do trabalho fechadas, ou, encontrando-as abertas, corre o risco de uma recaída, perdendo-se assim, às vezes irremediavelmente, todo o esforço — em dinheiro e em tempo — que a sociedade com ele gastou. Surge então o problema, de enorme acuidade, da recuperação social do tuberculoso, complemento indispensável da cura física. Reeducado para outra profissão, de harmonia com as suas novas resistências orgânicas, o antigo tuberculoso regressa à vida activa como um homem útil, a si e à sociedade, com o moral restaurado — remoçado em confiança.

Este importante aspecto da luta contra a tuberculose (ainda, entre nós, na fase incipiente), encontra-se já equacionado em sérios planos de trabalho, que aguardam apenas os meios necessários à sua concretização.

Para inferir da relevância económica e social da terapêutica ocupacional adjuvante do tratamento específico de uma doença, basta referir que, em França, Vatiér, reputado administrador do Hospital de Garches, avaliou o custo investido na recuperação de uma criança de 3 anos atacada, neste caso, de poliomielite (impossibilitada de ser assistida em casa, não apenas pela gravidade do seu caso, mas ainda pelo grau de indigência da família) em 4 milhões de francos, incluindo dois anos de permanência num centro de recuperação, nove de frequência escolar num internato especializado, e três de formação profissional. Em contrapartida, a mesma criança, ficando a cargo do ambiente familiar, fatigado e prejudicado nas suas condições de vida pela presença incómoda do inválido, carecendo de uma assistência que em casa lhe não pode ser ministrada, acaba por ser internada aos 20 anos num asilo. Partindo do princípio de que ela morre aos 60, teremos 40 anos de asilagem, que, a mil francos por dia, cria o encargo de catorze milhões e quinhentos mil francos. A recusa, como se vê, a despender, oportunamente, 4 milhões de francos, leva a suportar um encargo incomparavelmente superior, com a agravante de a sociedade ficar no seu património humano activo com um peso morto. Em vez de uma dignificante

e útil reintegração, uma caritativa e anti-económica inutilização.

★

Cúpula, remate social da luta antituberculosa, ão problema da recuperação não faltam, no entanto, entre nós, garantias de êxito: um Ministro das Finanças responsável por uma judiciosa política de repartição de encargos pelos diferentes departamentos assistenciais; um Ministro da Saúde, activo e inteligente espirito coordenador de vontades e realizações; e, finalmente, uma organica de serviços (o I.A. N.T.) sempre prontos a executar, com a construtiva preocupação de bem servir o País, o pensamento e a orientação superiores do Governo.

Tanto basta para criar na Nação a confiança e a certeza numa política e no

êxito dos seus resultados, reforçando a ideia — fundamentada nas realidades palpáveis — de que mais uma campanha social em Portugal segue na sua marcha vitoriosa.

JOÃO PATRÍCIO

CONTRA A CRITICA

Por que também interessa aos nossos problemas profissionais que os médicos abordam a cada passo, transcreve-se, a seguir, da imprensa diária, parte do discurso que na Assembleia Nacional proferiu o Dr. Homem Ferreira:

«Últimamente, reacendeu-se a ideia de que é desaconselhável, ou impolítico, criticar ou divergir das medidas do Governo, por mais espessas que se apresentem. Por isso, há dias, numa roda de deputados, eu sustentei que, se os russos tinham lançado o «Sputnik» e os americanos viviam a emoção nova dos foguetões interplanetários, certo sector da nossa vida pública me dava, amiúde, a impressão de ter feito uma descoberta maior e mais sensacional: — a descoberta de um governo perfeito.

Daí, o mau humor oficial que, não raras vezes, desaba sobre as críticas que se levantam nesta Assembleia e a surdez obstinada de certas entidades, repartições e responsáveis, perante os problemas e anseios aqui expostos, aliás, num total clima de franqueza, colaboração e boa fé.

Para os espíritos fechados e empedernidos toda a discordância é uma desconsideração, toda a opinião divergente é uma hostilidade, toda a crítica é uma heresia.

E não reparam, sequer, que nenhum de nós tem regateado, ao Governo, aquela sinceridade que todos lhe devemos. Por mim, posso bem com o risco de ser classificado, talvez, de irreverente, porventura de separatista, com certeza de demagogo. Não importa.

Com energia:

— Há deveres que não estão, apenas, dentro de nós, porque estão, sobretudo, acima de nós. Tenho o dever de ser leal com o Governo, com as minhas ideias e com a minha consciência. E o espírito de lealdade não se compadece com o espírito de orfeão, nem com o culto dos preconceitos, nem com o veludo das conveniências.

O orador, continuando, disse crer que «continuamos amarrados a certos equívocos que tanto têm perturbado o desenvolvimento da nossa actividade política. Um deles é o vício das grandes palavras, das grandes etiquetas com que temos cercado, iludido e, até, corrompido o verdadeiro pensamento de Salazar. Começamos por estigmatizar e excomungar a politica, ignorando, assim, os aspectos mais elementares, o cimento básico dos fundamentos e alicerces de qualquer regime político. Perdemos anos preciosos, cantando hinos às obras e realizações materiais e alheios ao fluxo e refluxo do fenómeno político.

Esta redoma, em que encerrámos o regime, veio a traduzir-se em algumas surpresas injustificáveis e em incompreensões difíceis de cicatrizar».

Mais disse que, em nome do princípio da autoridade, «foi possível sustentar em cargos de responsabilidade homens cujo traço característico era acumular erros».

Bioluetil
SEIXAS-PALMA

PODEROSO ANTI LUÉTICO DE BASE BIOLÓGICA

Bioluetil
MONOMETÁLICO
Com Bi

Bioluetil
BIMETÁLICO
Com Bi + Hg

Bioluetil
TRIMETÁLICO
Com Bi + Hg + As

**GRANDE EFICÁCIA
AUSENCIA DE TOXICIDADE**

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

L B O

Coriza dos fenos
Urticária
Alergias alimentares
e medicamentosas



ANTISTINA[®]

anti-histamínico de grande
eficácia e bem tolerado

Comprimidos. Antistinettes. Ampolas. Creme. Pomada.

PIRIBENZAMINA[®]

anti-histamínico potente
e de efeito seguro

Comprimidos. Elixir. Pomada.

PLIMASINA[®]

anti-histamínico estimulante indicado para
as pessoas que trabalham

Drageias.

CIBA

ASSISTÊNCIA MÉDICA

III

Centros auxiliares de Diagnóstico. Transporte de doentes. Socorro urgente para acidentes e calamidades

Para nós, o «Centro auxiliar de diagnóstico», não é mais que um conjunto destinado à observação do doente, convenientemente apetrechado e equipado para poder realizar exames especiais, tais como, radiografias, análises clínicas de qualquer espécie, electrocardiogramas, metabolismo basal, etc.

Nestas condições, situaremos aquilo a que chamamos «Centro auxiliar de diagnóstico», em especial, nos Hospitais Regionais, podendo aproveitar-se um ou outro Hospital Sub-regional, quando possua material e pessoal próprio, se não para tudo, pelo menos, para o que venha a reconhecer-se ihe competência.

Ora, a maior parte, talvez todos os hospitais regionais do País, já hoje possuem as condições necessárias para os exames especializados do doente, com a aparelhagem capaz e os técnicos competentes.

Quando os hospitais regionais ainda não possuíssem as valências necessárias para observação dos doentes, seria muito mais fácil e económico instituir-lhas e articular-lhas, do que criar órgãos novos, para os quais até deveria existir dificuldade em obter pessoal tecnicamente bem preparado.

Assim, o primeiro passo, seria de alta economia e evitar-se-ia a duplicidade de meios, serviços e instituições, tão querida ao modo de ser nacional, pois que, tratando-se de uma nação pobre em recursos, se iria aproveitar muito do que já existe, e que custou milhares de contos, afinando e alargando-lhe a incidência. Admite-se, que seria preciso adquirir alguma aparelhagem, agora inexistente, e, possivelmente, aumentar uma ou outra unidade de pessoal, para que o funcionamento correspondesse à finalidade.

É possível que, a verificar-se a nossa sugestão, esta desagradasse e doesse a muita gente!...

Seria necessário rever o modo de funcionamento de tais serviços nos hospitais regionais, regulamentando-o, por forma que pudessem realizar os exames que lhe fossem requisitados pelos médicos partidistas, dentro de um critério de pagamento, em relação com o cadastro de cada área de partido.

Embora os «Centros auxiliares de diagnóstico» estivessem instalados e funcionassem nos hospitais, sujeitos à sua jurisdição, deveria a Direcção-Geral de Saúde fiscalizar-lhe a eficiência, na parte que diz respeito à cooperação com os médicos partidistas.

Estas sugestões, são filhas da reflexão sobre as imensas dificuldades que topámos e sentimos, quando, como médico de partido durante mais de 15

anos, quisemos resolver problemas de clínica diária; são feitas de alma aberta, tendo em mira, unicamente, melhorar a assistência médica a dispensar aos doentes pobres. Hoje, apesar de afastado da clínica rural, ainda se nos deparam, com frequência, dificuldades relacionadas com a capacidade económica dos doentes, quando precisam de exames especiais, e, por isso, nos atrevemos a expor uma maneira prática de as resolver, ou, pelo menos, atenuá-las. Outras formas melhores se poderão apontar, mas, as que sugerimos, têm o mérito de serem realizáveis imediatamente, com despesa relativamente pequena, o que, para as condições da vida assistencial no País, terá grande importância.

Devemos notar ainda, que a situação dos hospitais regionais é na sede dos distritos, havendo até alguns com mais de um, onde as vias de comunicação e os meios de transporte convergem, facilitando a ida de qualquer freguesia ou lugarejo e bem assim o regresso, com viagens a preço acessível.

Não esqueçamos, que as Delegações Distritais de Saúde possuem laboratórios próprios, com pessoal técnico, para efectuar análises sanitárias, onde actualmente, os médicos recorrem, quer sejam ou não partidistas. Estes serviços, continuariam a trabalhar em estreita cooperação com os clínicos, facultando-lhes as análises que, até agora, se têm revelado na prática, como da melhor valia.

TRANSPORTE DE DOENTES

Já em 1937, em trabalho então publicado ⁽¹⁾, se preconizava a criação, em cada concelho, do serviço de transporte de doentes, com vista à deslocação urgente, para os Hospitais ou para os «Centros Auxiliares de Diagnóstico».

22 anos decorridos, quase um quarto de século, mantemos a mesma opinião!

Em cada sede de concelho, pelo menos, deveria existir uma automaca, que poderia ser propriedade directa da Câmara Municipal ou de outro qualquer organismo, preferindo-se esta última modalidade, à qual se recorreria, quando houvesse indicação clínica, para deslocar o doente do seu domicilio de tal forma, quer aos centros auxiliares

de diagnóstico, quer aos hospitais sub-regionais ou regionais.

A responsabilidade pelo pagamento do transporte, caberia à Câmara Municipal, quer o serviço fosse feito em maca de sua propriedade, quer esta fosse pertença de outrém.

Na maior parte das vilas, até em muitas aldeias, existem, hoje, automacas, pertença de humanitárias corporações de bombeiros e outras entidades, e até dos hospitais sub-regionais, as quais, por acordo com as Câmaras, realizariam o transporte dos doentes, participando estes, em relação com a sua posição no cadastro. Quando, nas sedes dos concelhos não houvesse automacas, caberia à Câmara Municipal, obrigatoriamente, a instituição de tal serviço. Assim, colocar-se-iam os pobres que habitam dispersos pelas aldeias (no campo como actualmente se diz) em condições próximas dos que vivem nos centros populacionais melhor apetrechados. Não haveria filhos e enjeitados; haveria apenas portugueses, em condições de igualdade, perante os recursos que a ciência médica faculta.

SOCORRO MÉDICO-CIRÚRGICO URGENTE

Estando a assistência médica bem organizada e dispondo dos recursos indispensáveis à sua eficiência, os «casos» cirúrgicos urgentes poderão ser transportados aos hospitais, rapidamente, e ali sofrerem as intervenções sem demora, recuperando-se em alta percentagem.

No entanto, ainda é de admitir a hipótese de, em circunstâncias especiais, haver que deslocar a qualquer local uma ou mais *equipes* de socorros médicos cirúrgicos, com urgência, em face de acidentes, desastres, ou calamidade pública, que atinjam ao mesmo tempo vários indivíduos. Esta hipótese, está a ser encarada, como o Ministro da Saúde e Assistência há pouco informou, e até a possibilidade de a deslocação se efectuar em helicópteros. Necessário se torna, que venha a ter realidade prática e que a situação dos meios de transporte e das *equipes* se verifique, por forma a poder atingir, com rapidez, qualquer local do território nacional, fazendo uma cobertura que se poderia designar «Socorro médico-cirúrgico urgente».

Castelo Branco, Abril de 1959.

(1) O Problema da Assistência Médica em Portugal. — A. Proença.



Todas as indicações
da vitaminoterapia B₁:
nevrites, nevralgias, astenias,
convalescenças, etc.

- 4 vezes mais activa
- 4 vezes mais duradoura
- 6 vezes mais tolerada

são algumas das notáveis características
que distinguem a

extraneurina

da tiamina

ampolas

caixa de 3 ampolas de 50 mg
caixa de 3 ampolas de 100 mg

comprimidos

frasco de 20 comprimidos de 50 mg

calosi

Uma síntese original de
Farmochimica Cutolo-Calosi
Firenze - Napoli (Itália)

cloreto do éster monofosfórico da Vit. B₁

iodo orgânico + extraneurina

- Artrismo
- Uricémia
- Obesidade
- Arteriosclerose
- Hipertensão

iodextraneurina

ampolas

caixa de 10 ampolas de 1 cc (concentração I)

caixa de 6 ampolas de 2 cc (concentração II)

calosi

EM SANTIAGO DE COMPOSTELA

Conferências pelos Profs. Amândio Tavares e Alvaro Rodrigues

No Curso de Cancerologia que organizou recentemente a Faculdade de Medicina de Santiago de Compostela, realizaram conferências dois cate-dráticos do Porto, os Profs. Amândio Tavares e Alvaro Rodrigues.

No dia 10 de Abril, tendo presidido ao acto o vice-reitor da Universidade de Santiago, Prof. Peña, rodeado dos Profs. Amândio Tavares (reitor da Universidade do Porto), Prof. Echeverri (decano da Faculdade de Medicina de Santiago) e Novo (vice-decano), realizou-se a conferência do Prof. Álvaro Rodrigues, sobre «Considerações a respeito do cancro baixo do esôfago e do cardia».

Fez a apresentação do conferente o Prof. Jorge Echeverri, que destacou a importância das relações culturais com Portugal que oferecem um múltiplo significado porque múltiplas são as recordações que despertam. Assinalou os méritos do conferente, Prof. Álvaro Rodrigues, que vai expor uma lição da actualidade e fruto duma grande experiência, pois que formado nas escolas dos professores Leriche e Gentil é uma das figuras mais destacadas da cirurgia portuguesa. Saúda em nome da Faculdade de Medicina os professores que os honraram com a sua visita e que, com suas lições magistrais, tornarão mais profundas as raízes das relações entre as Universidades do Porto e Santiago.

O Prof. Álvaro Rodrigues inicia a sua conferência com uma saudação à Faculdade de Medicina de Santiago que, há mais de 25 anos, conhece através do intercâmbio universitário com ela sustido e agradece ao Prof. Echeverri as suas cordeais palavras.

Na sua interessante conferência, acompanhada de numerosas projecções, apresentou o resultado da sua experiência nos carcinomas baixos do esôfago e que tem como base os casos estudados na sua Clínica da Faculdade de Medicina do Porto e no seu serviço particular.

Depois de abordar vários problemas clínicos, em especial os de diagnóstico, complicações e sintomatologia clínica, refere-se a casos especiais e fala dos resultados das suas intervenções cirúrgicas no cancro do esôfago praticando amplas ressecções de estômago e de esôfago, fixando sobre estes as indicações da cirurgia radical e dos métodos para cada caso especial, assinalando as indicações da terapêutica paliativa, fundamentada em métodos cirúrgicos ou em radiações.

Finaliza a sua dissertação expondo os resultados da terapêutica cirúrgica radical no cancro do esôfago que são

ainda muito precários no que se refere a números de curabilidade definitiva, embora as estatísticas demonstrem que os resultados vão melhorando à medida que se aperfeiçoam as técnicas cirúrgicas com o tratamento por radiações pós-operatórias.

O conferente foi muito felicitado pelo numeroso público que assistiu a este curso de cancerologia que se realizou na Faculdade de Medicina.

No dia 11 realizou-se, também, na Faculdade de Medicina de Santiago de Compostela, a conferência de encerramento do Curso de Cancerologia, a cargo do Reitor da Universidade do Porto, Prof. Amândio Tavares.

A sessão foi presidida pelo Reitor Prof. Lagaz Lacambra, o vice-reitor Prof. Peña, rodeado pelo decano da Faculdade de Medicina Prof. Echeverri, Prof. Álvaro Rodrigues e o Leitor de Português da Universidade compostelana Dr. Sobral.

Fez a apresentação do conferente o Prof. Echeverri, destacando a sua ampla cultura que o fez viver e sentir todos os problemas do saber. O Prof. Amândio Tavares que é uma das figuras de maior relevo na Medicina portuguesa, vice-presidente do Instituto de Alta Cultura, presidente do Conselho de Investigação Científica, presidente da Associação Portuguesa para o Progresso das Ciências e Reitor da Universidade do Porto desde 1946, catedrático de Anatomia Patológica, tem publicados cerca de 200 trabalhos. O Prof. Echeverri fez um estudo da evolução da luta contra o cancro, recordando o trabalho, entre outros, dos professores Alsina, Martinez de la Riva, Villar Iglesias, Cadarso, Novo Campelo, Puente, Goyanes e Gil Casares.

Refere-se ao labor actual das clínicas e laboratórios para, com seu trabalho, fornecerem bases para uma informação mais completa.

O Prof. Amândio Tavares antes de entrar na parte científica, dedica algumas palavras a Santiago e sua Universidade à qual está unido por laços de ciência e amizade.

Em seguida desenvolveu a sua interessante conferência sobre Granuloblastomas que foi acompanhada de numerosas projecções em cores, obtidas com as mais apuradas técnicas.

Refere-se, em primeiro lugar, a certas neoformações do tubo gastro-intestinal cujo estudo tem suscitado grande interesse nos últimos anos, derivado não só das dúvidas acerca da sua natureza e histogénese (verdadeiros blastomas para uns, simples pseudo-tumo-

res inflamatórios para outros) mas também de importância clínica.

Estas neoformações, descritas com diferentes designações (granuloblastomas, pólipos fibrosos inflamatórios, fibroma, etc.), representam simples aspectos diferentes da mesma entidade, individualizados por suas características anatómo-patológicas, cuja diversidade está em relação, por um lado, com a fase evolutiva do processo lesional e, por ventura, com a natureza e intensidade do estímulo irritativo e sua sede. Este conceito unicista deve prevalecer, análogamente à que a escola portuense tem defendido para as apulidas mesenquimatosas benignas, os tumores das bainhas tendinosas e a série de modalidades evolutivas dos histiocitomas cutâneos. Em todas estas neoformações, o papel patogénico da inflamação define-se pela presença frequente de fenómenos reaccionários e, muitas vezes, acentuada tendência fibrosclerose.

Os diferentes aspectos histológicos são apenas formas modalidades ou formas diversas do mesmo processo reaccional, todos, afinal, provindo do mesmo tecido originário — o tecido reticulo-histiocitário.

Não se deve esquecer ainda que se esta hiperplasia exuberante está subordinada, na origem, ao processo irritativo que a provocou e como tal se mantém na maioria dos casos, podendo, noutros, em dado momento, adquirir a sua autonomia característica de verdadeiro tumor ou blastoma, benigno ou maligno. A possível transformação neoplásica e, em particular, a evolução cancerosa destas hiperplasias constitui um dos factores de maior relevo sob ponto de vista prático e obriga, naturalmente, a tratá-las, precoce e correctamente para evitar a recidiva e a metamorfose que pode surgir. E é isto precisamente — com a influência da natureza histiocitária na radio-sensibilidade de muitas delas — o que lhes confere grande interesse prático como também a sua importância morfológica e histogénica do seu estudo.

Encerrou a solene sessão o reitor da Universidade de Santiago, Dr. Lagaz Lacambra, o qual felicitou o Prof. Amândio Tavares pela sua lição, verdadeiro trabalho de investigação que põe brilhante final às que se desenvolveram sobre o problema tão debatido, do cancro.

Faz a história das correntes culturais que, num ou noutro sentido, atravessam as fronteiras hispano-lusitanas e considera como uma das facetas mais interessantes da Universidade de Santiago e que é dedicada a sustentar a união espiritual entre os povos irmãos.

O Prof. Edgard Santos doutor «Honoris Causa» pela Universidade de Lisboa

Numa cerimónia de grande relevo universitário, efectuada na Aula Máxima da Faculdade de Medicina, a Universidade de Lisboa conferiu o grau de doutor «Honoris Causa» ao Prof. Edgard Santos, reitor da Universidade da Baía.

Sala repleta. Na presidência o sr. Ministro da Educação Nacional e, a ladeá-lo, à direita, o embaixador do Brasil, e os Profs. Gustavo Cordeiro Ramos e Moses Amzalak; à esquerda, os Drs. João de Almeida e Júlio Dantas e o Prof. Vítor Hugo de Lemos. O doutorando ocupava um lugar especial, à direita da mesa, de frente para o director da Faculdade de Medicina de Lisboa, a quem coubera proferir o discurso de elogio do ilustre académico brasileiro.

Entre as muitas individualidades presentes, encontravam-se os Profs. Vitorino Nemésio, Galvão Teles, Gonçalves Rodrigues, Marcelo Caetano, Pereira Forjaz, Paulo Cunha, Hernâni Cidade, Costa Sacadura, Reinaldo dos Santos, Vítor Fontes, Délio Santos, José Gentil, Cid dos Santos, Ramos e Costa, o Dr. Medeiros de Gouveia e muitos outros vultos dos meios universitários, académicos e intelectuais de Lisboa.

Abriu a sessão o reitor da Universidade Clássica, em nome do sr. Ministro da Educação Nacional, e, após dirigir cumprimentos a cada uma das personalidades que o acompanhavam na mesa, disse dos propósitos daquele acto solene — «conceder a mais alta distinção académica a um professor eminente que não devemos considerar estrangeiro, mas sim figura do maior relevo na comunidade luso-brasileira». Acrescentou que, por voto unânime do Conselho Escolar da Faculdade de Medicina, o Senado Universitário resolveu, também por unanimidade, conceder esse justo galardão ao reitor magnífico da Universidade da Baía, Prof. Edgar dos Santos Rego».

Agradeceu, por fim, a comparência do embaixador do Brasil e dos directores dos Institutos de Cultura Estrangeira.

Seguiu-se, no uso da palavra, o Prof. Jorge da Silva Horta, para fazer o elogio do doutorando.

«O Prof. Edgard Santos — começou o orador —, magnífico reitor da Universidade da Baía, recebe hoje o «grau de doutor honoris causa» pela Universidade de Lisboa. Desta forma a nossa Universidade, que tão avara têm sido na concessão deste grau, abre

as suas portas para galardoar, e justamente, uma das mais eminentes figuras do país irmão. A Faculdade de Medicina de Lisboa sente-se profundamente honrada pelo facto da sua Aula Máxima ter sido escolhida como local para a realização deste acto académico.

O Prof. Edgard Santos foi aluno brilhante da Faculdade de Medicina da Baía. A sua vida após a formatura apresenta duas épocas distintas: o ano de 1946 marca o fim da primeira e o início da segunda. Na primeira destas épocas destaca-se o professor e o técnico, na segunda sobressai o reitor. Interno da clínica psiquiátrica de 1915 a 1917 e de clínica médica neste último ano, médico durante quatro anos dos serviços hospitalares do Dr. Luís do Rego, em São Paulo, frequenta, pela mesma altura, vários serviços hospitalares em Paris, Leão e Berlim. Em 1926 é nomeado professor catedrático interno de patologia cirúrgica da Baía, em 1927 catedrático efectivo da mesma cadeira, após concurso de títulos e provas públicas; rege esta cadeira até 1932. Em 1933 passa a reger propedêutica cirúrgica; no mesmo ano é transferido para clínica cirúrgica. Em 1936 é eleito pela congregação de professores da sua Faculdade para o lugar de director da mesma, lugar onde se conserva até 17 de Junho de 1946, data em que é nomeado reitor da Universidade. Em Julho de 1954 é nomeado Ministro da Educação e Cultura, reassumindo no mesmo ano o cargo de reitor».

O director da Faculdade de Medicina de Lisboa referiu-se depois a três importantes trabalhos do Prof. Edgard Santos e apreciou a sua acção como reitor, afirmando ser a obra «de tal envergadura que a Universidade da Baía adquiriu uma particular importância entre as Universidades latino-americanas». Acentuando, noutro passo do seu discurso, o interesse do homenageado pela cultura ocidental, declarou:

«Quem viveu em Salvador sabe bem que o Magnífico Reitor fez erguer, sobre os fortes alicerces da cultura europeia, já antes profundamente enraizada em terras da Baía, a sua Universidade, amplamente aberta à convivência e às manifestações do espírito. E apercebe-se ainda de que o Prof. Edgard Santos, retendo o que lhe era legado no campo da cultura, teve pressa em aumentar essa riqueza, não fosse tarde amanhã para cada, qual valorizá-la, ou até reconhecer a sua existência real».

A actividade do Prof. Edgard Santos, para além do trabalho docente, foi igualmente apreciada pelo director da

Faculdade de Medicina de Lisboa, que ao encerrar esse capítulo, disse:

«Desejo finalmente referir-me, de uma maneira particular, porque nos toca a nós, portugueses, bem de perto, a outra realização de Edgard Santos: a criação de organismos divulgadores de cultura estrangeira anexos à Universidade: a Casa da França, a Casa da Espanha e o Instituto de Estudos Portugueses. Apesar da Universidade da Baía ser, como já alguém lhe chamou, «uma Universidade aberta ao mundo», o Prof. Edgard Santos tem-se preocupado, muito particularmente, com a projecção da cultura portuguesa em terras do Brasil. O Instituto de Estudos Portugueses, a exclusivo encargo da Universidade da Baía, tem proporcionado a chamada de professores lusitanos a esta cidade, tais como Vitorino Nemésio, Hernâni Cidade, Costa Pimpão, Mário Chicó e nós próprios, para leccionarem na Universidade e — circunstância inédita — a algumas dessas lições dos mestres portugueses o reitor assistiu sentado entre os alunos».

Por último, o Prof. Jorge Horta focou a personalidade do Prof. Edgard Santos como professor e director da Faculdade de Medicina da Baía, citando, a propósito, um facto que liga o ensino médico da nossa capital ao da cidade de Salvador, e terminou assim:

«...Ide à cidade de Salvador, porque só então reconheceréis toda a profundidade da obra de Edgard Santos. As minhas palavras são mesquinhas para contar o que recentemente vi e aprendi».

★

Após demorados aplausos dirigidos, no final do elogio, ao Prof. Edgard Santos, o sr. Ministro da Educação Nacional entregou-lhe o diploma de doutor «honoris causa» da Universidade de Lisboa, dizendo ser duplo o prazer com que o fazia, pela justa distinção e pela presença do embaixador do Brasil, e manifestou-lhe, com palavras de viva simpatia, o apreço pela sua personalidade e pela sua obra.

★

O Prof. Edgard Santos proferiu, em seguida, um discurso de agradecimento, no qual começou por declarar: «Não sendo esta a primeira vez que

Nos estados
diarreicos



Tanalmicina

FRASCOS DE 90 GRAMAS

Tanal + Estreptomina em emulsão de sabor agradável

NOS ESTADOS DE FADIGA E ESGOTAMENTO NERVOSO

TRIFÓSFORO ÚNITAS

Assegura uma rápida recuperação
pela associação sinérgica de

- Fosfato de adenosina
- Demetilfosfinato de sódio
- Éster fosfórico da aneurina
- Cianocobalamina

INJECTÁVEL - COMPRIMIDOS - GRANULADO

TRIFÓSFORO ÚNITAS

Constitui também uma terapêutica
electiva dos estados de convalescença das
afecções debilitantes

LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.

C. Correio Velho, 8 - LISBOA

me deixo envolver pelos suaves eflúvios da vossa terra, também não é menor, por isso, a emoção que agora me domina, ao ponto de preferir, se isto me fosse permitido, o deslumbrado silêncio da contemplação, a mais sincera linguagem do grande amor que devotamos — nós os brasileiros — à gloriosa pátria portuguesa!

Eis, porém, que num gesto de extrema tolerância, e portanto da generosidade mais tocante, me trazeis, como aqui me tendes, ao cenáculo desta Universidade, para conferir-me o título sem par do doutorado «honoris causa».

A seguir, tendo agradecido a homenagem, continuou a sua bela peça oratória:

«Fiel a esta vocação comum das nossas gentes, e na certeza de que não se separam, no entendimento de um destino eterno, os traços mais vivos do passado e as visões mais nobres do porvir, aqui me tendes — mestres eminentes da Universidade de Lisboa e meus egrégios condiscípulos, luminares que sois da Medicina lusitana — aqui me tendes reverente ante os painéis da vossa grandeza, os monumentos e museus, túmulos de santos e de heróis e inapagáveis cenários de uma legenda que também nos pertence... Diante da grandiosa tradição comum, das lutas profundamente sofridas e tenazes pela edificação das nacionalidades, dos séculos remotos de heroicidade, praticada sobre os desconhecidos mares de outros mundos, do olhar agudo e vigilante que alçaste um dia, como um farol, sobre os quadrantes da Terra, na construção e na preservação do grande império, diante de tudo isto ergo a minha voz de brasileiro para dizer-vos que se um dia nos separámos de vós foi para que mais livres e contritos nos pudéssemos postar ante os altares do patriotismo e do relicário comum, aqui entronizado dos sentimentos luso-brasileiros».

Declarando trazer o seu coração e a sua alma e a voz da sua gente, o seu espírito comovido e deslumbrado, terminou saudando os seus «patrícios portugueses, irmãos mais velhos e vívidos na experiência de um destino que se ilustra pelos tempos, não só heróicamente nas horas amargas do passado, como ainda agora se afirma, serena e seguramente, na realização racional do seu futuro...».

O centenário do Dr. Alfredo da Costa

Completo-se no dia 28 de Fevereiro último um século sobre a data do nascimento, em Salsete (Índia Portuguesa), do Dr. Alfredo da Costa, que foi notável obstetricista e insigne professor da antiga Escola Médica de Lisboa. Presidente da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa e cirurgião de renome, o grande sonho da sua vida foi a criação da Maternidade de Lisboa. Conseguiu a sua instalação provisória no Hospital de S. José, onde, graças aos seus esforços, esses serviços chegaram a ter organização excelente. Não assistiu já, todavia, à realização completa do empreendimento a que tão dedicadamente se entregara, pois a Maternidade que, justamente, tem o seu nome só foi inaugurada em 1932, vinte e dois anos após o seu falecimento.

Para comemorar o centenário do nascimento do Dr. Alfredo da Costa, o Instituto Maternal resolveu conceder, este ano, bolsas de estudo às alunas dos cursos de enfermagem e auxiliar especializadas na sua escola de Lisboa. Também na Maternidade que tem o seu nome foi prestada homenagem à memória do Dr. Alfredo da Costa. No átrio, onde se encontra o busto do ilustre mestre, reuniu-se todo o pessoal clínico e dirigente, o de enfermagem e o serventuário, e o Prof. Bissaia Barreto colocou, na base do busto, uma palma de flores, o mesmo fazendo a aluna mais nova da escola de enfermagem que ali funciona.

Na basílica dos Mártires foi celebrada missa de sufrágio, a que assistiram, além do filho do Dr. Alfredo da Costa — Eng.º Alfredo Andresen da Costa —, o Prof. Costa Sacadura e todos os funcionários da Maternidade.

À noite, na Emissora Nacional, na «nota do dia», o Prof. Costa Sacadura evocou a memória do Dr. Alfredo da Costa, proferindo uma palestra subordinada ao título «À memória de Alfredo da Costa». Recordou que passa no dia 2 de Abril o cinquentenário da morte do mestre e que foi Augusto de Vasconcelos e o orador que, em 1910, na Sociedade das Ciências Médicas, apresentaram uma proposta para que se pedisse ao Governo a construção de uma maternidade em Lisboa, que só em 1932 se concluiu, graças ao auxílio de Róvisco Pais e à decisão do sr. Prof. Oliveira Salazar. Terminou por alvitrar à Câmara Municipal que dê o nome de Alfredo da Costa ao largo fronteiro ao edifício da maternidade.

Prevenção dos Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais

Sob a presidência do sr. Ministro das Corporações e Previdência Social, realizou-se no dia 23 do mês findo, no S. N. I., a conferência, integrada na Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, que foi proferida pelo Dr. Luís Leite Pinto, director do Centro de Prevenção do Grémio dos Seguradores, sobre o tema «Os Problemas da prevenção e a maneira de os resolver».

O ciclo de conferências, organizado pela Junta de Acção Social, é assim constituído:

«Aspectos Gerais da Prevenção de Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, pelo Dr. Guilherme de Barros e Vasconcelos, inspector-superior dos Tribunais de Trabalho»; «Aspectos Sociais da Prevenção dos Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais», pelo Dr. Fernando Moreira Ribeiro, vice-presidente da Federação de Caixas de Previdência — Serviços Médico-Sociais»; «Aspectos Económicos da Prevenção dos Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais», pelo Dr. João Raimundo, chefe da secção de Higiene e Segurança no Trabalho, da Direcção-Geral do Trabalho e Corporações; «Aspectos Técnico-Industriais de Prevenção nos Acidentes de Trabalho», pelo Eng.º Luciano de Faria, assistente do Instituto Superior Técnico; «Medicina no Trabalho», pelo Dr. Armindo Saraiva Rodrigues, médico-adjunto dos Serviços Técnicos de Higiene do Trabalho e das Indústrias, da Direcção-Geral de Saúde; «Doenças Profissionais», pelo Dr. Luís Guerreiro, médico e publicista de «Temas de Medicina no Trabalho»; «Doenças Profissionais Pulmonares de Origem Inalatória — Elementos para a sua prevenção», pelo Dr. José Galvão Lucas, assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa; «Razões, Expressão e Sentido da Valorização do Trabalho Humano», pelo Dr. Luís de Pina, professor da Faculdade de Medicina do Porto; «Aspectos Específicos da Prevenção de Acidentes do Trabalho Feminino», pela Dr.ª Maria Manuela Silva, assistente dos Serviços da Acção Social, do Ministério das Corporações e Previdência Social.

BELLABARBITAL-Papaverina

anti-espasmódico

Representante: TITO BATOREO
Rua da Conceição, 35-1.º E.—LISBOA

LABORATÓRIOS DR. C. JANSSEN

BÉLGICA

Eupharma

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA

Para inauguração do ciclo de conferências do presente ano, no Instituto Português de Oncologia, o Prof. Diogo Furtado apresentou ali um trabalho no qual versou o tema «Reanimação neuro-respiratória — um problema clínico e assistencial».

Escutado por numeroso auditório, o Prof. Diogo Furtado começou por salientar a importância e a gravidade das paralisias respiratórias agudas e por historiar as primeiras tentativas feitas entre nós para o seu tratamento, ocupando-se depois dos dados mais importantes da fisiopatologia respiratória necessários aos fundamentos desse tratamento.

Descreveu, depois, os centros respiratórios e a regulação hemática do seu funcionamento, bem como os estados patológicos nos quais uma hipoventilação aguda impõe o emprego de respiração controlada intra-traqueal, salientando, sobretudo, o papel da paralisia infantil, de outras doenças neurológicas, do tétano e das tentativas de suicídio por hipnóticos. Pôs ainda em relevo a importância da respiração controlada em cirurgia torácica, em cirurgia cardíaca e na neurocirurgia, particularmente em traumatologia craniana e nas intervenções da fossa posterior.

Descreveu, a seguir, os aparelhos usados em reanimação respiratória, salientando a necessidade de praticar constantemente a traqueotomia, e a pre-

ferência hoje dada aos respiradores intratraqueais de «contrôle» volumétrico, cujos modelos referiu.

O Prof. Diogo Furtado expôs, finalmente, os aspectos assistenciais do problema, descrevendo as unidades respiratórias destinadas a diversas finalidades, e fazendo uma mais pormenorizada descrição do serviço do hospital Claude Bernard, em Paris, que considera o mais em organizado que conhece.

★

No decorrer da segunda reunião efectuada no I. P. O., o Dr. António Catita falou acerca do «Tratamento das rectites radiógenas pela prednisolona» e, depois de chamar a atenção para a frequência das rectites radiógenas nos doentes tratados pelas radiações, analisou, sumariamente, a etiopatogenia, a sintomatologia, bem como a classificação e complicações daquela afecção, tanto precoces como tardias.

Fez depois a revisão da terapêutica clássica e a comparação dos resultados da mesma com os obtidos pela prednisolona, através de trabalho experimental, efectuado no I.P.O., com a colaboração do Serviço de Ginecologia do mesmo instituto, projectando dados estatísticos e reproduções coloridas de diferentes casos estudados.

Concluindo, disse parecer-lhe que a prednisolona constitui não só a melhor arma terapêutica, quando associada

aos antibióticos no tratamento das rectites radiógenas, como também constitui valoroso elemento profiláctico das mesmas.

★

O Dr. Merrill A. Bender, director do Departamento de Investigações com Radioisótopos do Roswell Park Memorial Institute, de Búfalo, que se deslocou a Lisboa, a convite do I.P.O., para apreciação, com os especialistas daquele Instituto, de alguns problemas relacionados com a aplicação dos radioisótopos à medicina, proferiu, no dia 2, na sala de aula do referido Instituto, uma conferência intitulada «Localização de tumores com o auxílio de radioisótopos».

O Dr. Merrill A. Bender fez o relato das suas investigações no sentido de desenvolver um sistema que permitisse estudar a distribuição da radioactividade, variando muito pouco de ponto para ponto, referindo que o método fotográfico permitiu atingir resultados notáveis, particularmente em tumores de fígado, do cérebro e da tiróide.

★

Mais duas reuniões se efectuaram depois daquela, no dia 5 e no dia 12. No decorrer da primeira, foram abordados os temas «Tumor quístico do pescoço», «Distrofia miotónica» e «Lipoma gástrico». Na segunda, os Drs. António Baptista, A. J. Ramalho e Ma-

Novos conceitos, Nova terapêutica das obesidades



Mybral

COMPRIMIDOS

INIBIDOR DO APETITE

PROTECTOR DA CELULA HEPÁTICA
CONTRA A INFILTRAÇÃO GORDA

Sem Tiroidina e Com Tiroidina
À MELHOR MERCÊ DO CRITÉRIO CLÍNICO

Embalagem de 20 comprimidos (tipo experimental) 30\$00
Embalagem de 50 comprimidos 72\$50

AMATUS LUSITANUS

Apartado (Central) 142

LISBOA

Telefone 3 5951

tos Fernandes apresentaram uma comunicação intitulada «Novo método de estudo de cromatogramas». O trabalho, relatado pelo primeiro, referia-se a investigações realizadas no Laboratório de Física Nuclear da Comissão de Estudos de Energia Nuclear, sobre fotomissão na descarga de detectores gasosos. A comunicação tratava, em especial, de uma aplicação do fenómeno no estudo de cromatogramas e electroforetogramas com substâncias radioactivas, que permitiu resolver problemas com o emprego de pequenas radioactividades de uma forma particularmente simples.

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

A Sociedade Portuguesa de Medicina Interna inaugurou as suas actividades do presente ano académico com uma sessão a que presidiu o Dr. Mário Carmona, enfermeiro-mor dos H.C.L., ladeado pelo Dr. Gomes de Oliveira e Profs. Carlos Salazar de Sousa e Mário de Alenquer.

A abrir a sessão, o Dr. Gomes de Oliveira, secretário-geral da Sociedade, saudou o enfermeiro-mor dos H.C.L. e agradeceu-lhe o ter aceite o convite para assistir à sessão.

Falou, a seguir, o Prof. Augusto Vaz Serra, presidente da referida Sociedade, para proferir a alocução intitulada «O Erro na Clínica». Depois de

saudar o enfermeiro-mor dos H.C.L. e de o felicitar e ao sr. Ministro da Saúde por uma nomeação com que todos se regozijam, o Prof. Vaz Serra abordou o tema da sua exposição, referindo-se pormenorizadamente, aos erros da clínica, que podem derivar do doente, da doença, do meio em que o exame é feito, do laboratório e do médico, tendo, a propósito de cada circunstância, apresentado exemplos demonstrativos.

O conferencista chamou, por fim, a atenção para a necessidade da cultura psiquiátrica nos médicos internistas, não para interferir no campo alheio, mas para saberem das suas limitações e melhor se integrarem na plena personalidade do seu doente.

★

A Sociedade Portuguesa de Medicina Interna organizou, dias depois, um colóquio sobre «Supurações pleuro-pulmonares», que se dividiu por duas sessões efectuadas nos dias 4 e 6 de Março.

O referido colóquio abriu com uma «Introdução» pelo Prof. Mário de Alenquer, trabalho que foi lido pelo Dr. Pena de Carvalho, por impedimento do autor. Seguiu-se o Dr. Mário Cordeiro, que se ocupou de «Supurações pleuro-pulmonares na primeira infância», e o Dr. Roza de Oliveira, que falou sobre o «Tratamento das supurações pleuro-pulmonares na primeira infância».

Na segunda sessão, a que presidiu, como na anterior, o Prof. Carlos Sala-

zar de Sousa, falou, em primeiro lugar, o Dr. Pena Carvalho, sobre «Resultados do tratamento médico do abcesso pulmonar primário», tema que ilustrou largamente com numerosas radiografias.

Falou, depois, acerca da «Exérese nas supurações bronco-pulmonares não tuberculosas», o Dr. Machado Macedo, que, após algumas considerações sobre as indicações de exérese nas supurações pulmonares, baseadas na experiência de 52 casos operados, apresentou extensa documentação radiológica, principalmente broncografias, sem as quais — disse — a indicação cirúrgica não pode ser correctamente posta.

Por último, o Prof. Belo Morais, tendo escolhido para assunto as supurações pleuropulmonares secundárias, referiu-se às determinadas pela hidatidose. Baseado em dados estatísticos, focou a sua frequência no nosso meio, onde é elevada a incidência desta parasitose humana.

Depois de aludir às diversas possibilidades evolutivas daquela lesão e de apresentar, através de documentação radiográfica, os seus múltiplos aspectos anátomo-clínicos, abordou o problema do diagnóstico, que frequentemente exige pormenorizados exames complementares.

Finalmente, o Prof. Belo Morais descreveu as diferentes técnicas cirúrgicas indicadas, terminando com a apresentação da sua casuística operatória e respectivos resultados em 107 casos.

BRONCO-VITAM

INJECTÁVEL

Quinina, cânfora, gomenol e vitaminas A e D₂

SUPOSITÓRIOS

Quinina, cânfora, sulfoguaiacolato de potássio, gomenol, eucaliptol, efedrina e vitaminas A e D₂

Anti-séptico das vias respiratórias

RINO-SEPTINA LÍQUIDA

Neomicina, p-aminometilbenzeno-sulfonamida, nafazolina e difenidramina

Descongestionante, anti-séptico, anti-histamínico
(em nebulizador de plástico)

LABORATÓRIOS ESTÁCIO
PORTO

FALECIMENTOS

Dr. Fernando Lacerda

Na capital, faleceu no dia 29 de Março último, o Dr. Fernando Lacerda, distinto oftalmologista.

Nascido em 17 de Maio de 1909, em Figueiró dos Vinhos, o Dr. Fernando Lacerda, depois de concluir a licenciatura na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, foi para Lisboa, onde se fixou e se especializou, isto há mais de 25 anos.

Foi assistente do Prof. Borges de Sousa, na Faculdade de Medicina de Lisboa, e trabalhou no Hospital Militar da Estrela e em diversas clínicas da capital. Presentemente, dirigia as consultas de oftalmologia no Dispensário Policlínico Central, na Junta de Província da Estremadura; na Policlínica das Avenidas e na Companhia de Seguros «A Mundial».

O Dr. Fernando Lacerda participou em várias reuniões médicas no estrangeiro, a última das quais o Congresso Internacional de Oftalmologia, organizado em Bruxelas, em Julho do ano passado.

Defendera a ideia da criação do Banco dos Olhos e escreveu grande número de trabalhos sobre assistência clínica e social aos invisuais. E foi também dos primeiros oftalmologistas portugueses a especializar-se nos Estados Unidos em lentes de contacto e a adoptar as modernas técnicas operatórias do estrabismo.

As portas do consultório do Dr. Fernando Lacerda estavam sempre abertas aos pobres, que encontravam no médico distinto um amigo devotado.

Fora da sua actividade profissional foi um apaixonado desportista. Ainda nos seus tempos de Coimbra, pertenceu aos corpos dirigentes da Associação Académica, e, em Lisboa, como fervoroso adepto do Sporting Clube de Portugal, desempenhou vários cargos directivos e, actualmente, fazia parte do seu conselho geral.

DIARIO DO GOVERNO

(De 24 a 30/IV/1959)

DECRETOS-LEIS

Rectificação ao Decreto-Lei n.º 41.498, que cria o Instituto Nacional do Sangue e define as suas atribuições.

23/IV/59

ACUMULAÇÕES

Dr. Jorge António Gonçalves Dias, estagiário na Delegação de Saúde de Lisboa — com o de interno do internato complementar de clínica cirúrgica dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

30-IV-59

CONCURSOS

Estão abertos concursos:

Para provimento do lugar de médico municipal do 3.º partido do concelho de Serpa, com sede em Pias, do referido concelho.

25-IV-59

Para o provimento do lugar de facultativo municipal do partido com sede na freguesia de Paranhos (Seja).

29-IV-59

INSTITUTO DE ALTA CULTURA

Dr. Jorge Manuel Neves Brás, primeiro-assistente da Maternidade Dr. Al-

ALGICINA
(Ácido acetilossalicílico)

ALGICINA CAFEINADA
(Algicina + Cafeína)

DORIDINA
(Antipirético e analgésico)

ALGIFEDRINA
(Algicina + Cloridrato de Efedrina)

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

fredo da Costa — concedida equiparação a bolseiro no País, com dispensa do serviço oficial de 31 de Março a 15 de Dezembro do corrente ano.

24-IV-59

Dr.ª Maria Adelaide de Carvalho Amado da Cunha e Vasconcelos Pinto Correia, médica da 1.ª área da Saúde escolar, foi concedida equiparação a bolseira fora do País de 11 de Dezembro de 1958 a 30 de Junho de 1959.

24-IV-59

Dr. Artur Pistachini Galvão, segundo-assistente do Hospital Júlio de Matos — considerado bolseiro fora do País, por mais três meses, a partir de Abril corrente.

28-IV-59

Dr. Ângelo Flecha Ançã, médico escolar do Distrito de Horta, foi prorrogada a equiparação a bolseiro fora do País de 1 de Julho do corrente ano a 30 de Junho de 1962.

30-IV-59

NOMEAÇÕES

Faculdades de Medicina

Dr. Luís António Martins Raposo e Luís Augusto Morais Zamith, respectivamente professores catedrático e extraordinário da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, e Dr. João Afonso Cid dos Santos, professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa — nomeados para fazerem parte do júri das provas de habilitação ao título de professor agregado de Urologia pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto requeridas pelo primeiro-assistente Dr. João Costa.

25-IV-59

Outros organismos

Dr. Serafim Moreira Ramos, médico municipal — nomeado para substituir o subdelegado de Saúde efectivo do concelho de Vila do Conde.

24-IV-59

Dr. Arménio Ferreira Pinto Carvalho — nomeado médico urologista do Hospital Militar Principal.

25-IV-59

Dr. José Rodrigues e Rodrigues, médico municipal, interino, do concelho de Almodovar — nomeado subdelegado de Saúde, interino, do referido concelho.

25-IV-59

Dr. Vicente Rocha — nomeado para desempenhar, provisoriamente, as funções de médico dos serviços dos portos, caminhos de ferro e transportes da Província de Angola.

27-IV-59

Dr.ª Adelina Lopes — nomeada interna do internato complementar da especialidade de obstetrícia e ginecologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

28-IV-59

Dr. João Carlos Prates Girbal — nomeado interno do internato complementar de clínica cirúrgica dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

28-IV-59

Crítica Literária

Nesta secção anuncia-se o aparecimento dos livros (fora de assuntos médicos) de que nos é enviado, pelo menos, um exemplar; quando recebermos dois exemplares, publicamos artigos críticos, da autoria de médicos, estudantes de medicina ou filhos de médicos.

JOÃO GASPAS SIMÕES — *Elói, ou Romance numa cabeça* — 3.^a edição. 181 págs.—Editora Arcádia, Lisboa.

Só pelo seu valor histórico, representativo duma época perturbada pelas correntes do romance psicológico, pode admitir-se a reedição de «Elói», romance de João Gaspar Simões, livro, aliás, com que o autor se estreia na ficção. Escritor revelado pela «Presença», de que foi um dos fundadores, e cujo movimento se mostrou parco de ficcionistas, Gaspar Simões não trouxe, a não ser na crítica, uma contribuição decisiva ao romance português. Tanto «Elói», como qualquer dos outros que publicou, «Pântano», «Internato», «O Marido Fiel» e «Uma História de Província», estão eivados duma preocupação literária, de coisa composta, sem elasticidade nem fôlego, onde a acção se demora ou está de todo ausente. Quando assim não sucede, como é o caso de «Elói», a história, banal e sem elevação, não justifica o livro. João Gaspar Simões virá a ficar como crítico responsável por uma das fases mais importantes das nossas letras. Como romancista, falta-lhe talento para ocupar idêntico lugar.

TABORDA DE VASCONCELOS

★

SARTRE — *A Náusea* — 310 págs. — Pub. Europa-América. Lisboa, 1958.

Uma das mais importantes aquisições da epistemologia é, talvez, a ideia da evolução estrutural da Razão humana, o que impõe a historicidade de todo o pensamento. As fases dessa evolução mental correspondem a progressivas esquematizações de coerência e à teorização de diversos tipos de verdades supostas evidentes. Mas, ao falar de historicidade do pensamento, é preciso não confundir nível actual de evolução racional com moda. Isto tem

importância, porque, a par de esforços verdadeiramente críticos e racionais para definir um pensamento moderno, vegetam indivíduos mais ou menos trapalhões e de estrutura mental e moral um tanto deformada que, ou por impossibilidade de compreensão de problemas racionais ou por snobismo ou por inconfessáveis ambições demagógicas, apregoam, como novas filosofias, criações psíquicas de mentalidade própria de charlatães. É claro que a velha história de Ramalho sobre o rei que ia nu tem aqui larga adequação e, além disso, há épocas propícias ao alastramento do irracionalismo. Uma dessas «filosofias» como pretensão de modernidade é o existencialismo, designação que, como é sabido, se aplica a doutrinas diferentes, o que aliás nada implica a respeito da sua validade ou inadequação.

Para expor os resultados das suas locubrações fenomenológicas, socorrem-se alguns pensadores existencialistas de obras de ficção e aí se pode, por exemplo, compreender a base metafísica de conteúdo pretensamente fenomenológico. Recentemente, foi traduzida para português, por António Coimbra Martins, uma das principais obras do máximo representante do existencialismo. Parece-me perfeitamente digna de louvor a iniciativa da tradução para o nosso idioma desse monumento de mentalidade irracional, subjectiva e trapalhona: tenho a impressão que a maior refutação que se pode fazer do existencialismo consiste em facilitar a leitura das suas principais obras-primas. E sem ironia o escrevo, embora haja quem suponha que esses livros se devem proibir...

Lendo *A Náusea*, perpassa-nos na consciência uma perspectiva intelectualmente sinistra: é o puro verbalismo, ainda mais perfeito que o de muitos «pensadores» da «escola portuguesa»... É «uma expressão acanhada, muito positiva e reconfortante» (p. 19); é um indivíduo que gera «na cabeça pensa-

mentos de caranguejo ou de lagosta» (p. 24); é uma estapafúrdia «espécie de náusea nas mãos» (p. 27); é o caso verdadeiramente hilariante de um indivíduo que se aproxima do espelho e que, ao abrir a boca, verifica que a sua língua se transformou em «enorme centopeia viva, que remexerá as patas e lhe raspará no céu da boca» (p. 269); etc. Note-se, contudo, que há páginas que poderiam ser escritas por um «normal»...

A Náusea é uma análise fenomenológica perfeitamente deturpada, timbrada por um subjectivismo primitivo que justifica a talvez mais absurda de todas as ontologias, façanha aliás cheia de mérito...

As *Publicações Europa - América*, com a tradução deste volume, tornam-se credoras do reconhecimento público dos anti-existencialistas. Com efeito, revelar uma trapalhice deste calibre é serviço prestado à causa do racionalismo. Aqui formulo os meus sinceros votos para que se empreendam mais traduções de livros de Sartre e de outros existencialistas.

MARIO SOTTOMAYOR CARDIA

★

TOLSTOI — *A morte de Ivan Ilitch, e Outros Contos* — 164 págs. — Biblioteca de Clusay. — Livraria Armand Colin, Paris, 1958.

Há duas coisas que devem completar-se no mesmo indivíduo para fazerem dele um escritor de primeiro plano: o talento e a experiência da vida. Por si só, nenhuma delas pode superar a outra, na medida em que a altitude da expressão se torna, realmente grande quando a matéria trabalhada se afigura válida, possível e verosímil, isto é, passou pela emoção criadora de quem a viveu de perto.

Eis porque um livro como este nunca poderia ter sido escrito na ju-

COMBISTREP*

(SULFATOS DE ESTREPTOMICINA E DIHIDROSTREPTOMICINA)

REDUZ A OTOTOXICIDADE

Pfizer

À VENDA EM TODAS AS FARMÁCIAS, EM FRASCOS DE 1 GRAMA

* Marca registada de Chas. Pfizer & C., Inc.

ventude de Tolstói, não obstante o seu incomparável talento. É que nestas páginas não se reconstitue um passado à custa da imaginação mesmo prodigiosa, de que ele dispunha, antes vêm impregnadas dum profundo, amargo e ao mesmo tempo luminoso conteúdo humano, pela forma singular como o artista dá, em simplicidade e verosimilhança, um clima, uma fisionomia, um ou mais acontecimentos cuja intensidade e vibração se projectam na nossa consciência com a mesma força de que vêm possuídas.

O primeiro dos contos, «A morte de Ivan Ilitch», que dá o nome ao livro, é o mais célebre dentre os que se reúnem aqui. Obra da mesma envergadura de «Ana Karenine», não obstante as suas dimensões, deixou-a Tolstói assinalado por um problema de consciência, cuja tragédia constitui toda a sua esplêndida problemática, a do homem em face da morte e do destino.

A tensão sob que o autor o escreveu parece não ter perdido em nada com o rolar do tempo. Hoje como em 1880 e tal, sentimos a violência do acontecimento da mesma forma definitiva e concreta. E essa é que, afinal, é a nota da sua singular perenidade. Só as obras que têm o condão de se tornar lembradas, se tornam imperecíveis e permanentes.

TABORDA DE VASCONCELOS

★

JOSÉ RODRIGUES MIGUÉIS — *Um homem sorri à morte com meia cara* — Narrativa — Estúdios «Cor», Lisboa, 1959.

Muitos problemas me foram sugeridos pela leitura deste último livro de Rodrigues Miguéis. Em centena e meia de páginas, narra-nos o autor o que foi a sua reacção perante uma grave doença que o forçou a longo internamento num hospital de Nova Iorque. O que contado por um existencialista ortodoxo originaria uma história mais ou menos caótica e irracional, ou comunicado pela pena de um homem de mentalidade transcendente redundaria em declamação metafísica — assume, em «Um ho-

mem sorri à morte», aspecto superiormente racional e apolíneo.

Racional na medida em que um homem, atingido por enfermidade de que até aí se não conheciam casos de cura, após profunda depressão espiritual, se decide «a lutar com as armas da ciência, da resistência e da vontade. E da cooperação humana» (p. 64). Racional ainda a atitude perante o ambiente de um modesto hospital em tempo de guerra, a compreensão das limitações humanas, a simpatia pelos médicos que, com maior ou menor eficiência, se ocuparam com o ajudar a vencer a perspectiva da morte. Apolínea ainda a análise da sua própria personalidade e das reacções que ela suscitou nos que o cercavam, a preocupação social e activista que o levou a escrever que é só «na sociedade, na consciência e na acção, que somos e nos sentimos reais» (p. 154) e a encerrar a narrativa com esta reflexão: «Sob o signo da esperança, a própria dor se torna um mito».

Esta narrativa auto-biográfica de um dos maiores escritores portugueses da actualidade ensina-nos, entre muitas outras coisas, que o bem e o mal são fundamentalmente reacções nossas perante as circunstâncias, que nada é em si bom ou mau, que a vida tem sentido na medida em que é actividade, que a liberdade consiste na superação das inclinações irracionais, das paixões e dos instintos, que em nível inerte é possível a felicidade e a serenidade, que um homem, mesmo doente, tem sempre em si a possibilidade de criação de centros de interesse e elevação espiritual. De salientar, ainda, a fina ironia que Rodrigues Miguéis não deixa de imprimir aos seus livros, mesmo quando eles sejam da natureza deste.

O problema da felicidade é questão de procurar profunda e denodadamente no próprio espírito e de ter noção da coerência funcional das ideias: «Na morte como na vida, o que dói sobretudo é a rebelião inútil. A aceitação do inelutável é, ao contrário, pacificadora» (p. 153). É claro que na determinação para casos concretos dos valores de *inutilidade e inelutabilidade* é que reside a chave do problema da sua apli-

cação prática. É uma das noções mais fortemente implícitas em «Um homem sorri à morte» é a da vastidão desses limites. Uma das ideias fundamentais de «Uma Aventura Inquietante» — a de que, mesmo condenado e preso no segredo, um homem se pode libertar por um esforço de mera esquematização intelectual de hipóteses coerentes — prolonga-se na reflexão ética de «Um homem sorri à morte», com a diferença de o caso deste último ser auto-biográfico e extensivo a toda a humanidade.

E isto tem tanto mais valor quanto se reconhece, na parte publicada da obra de Rodrigues Miguéis, a importância decisiva da dimensão social dos problemas éticos e artísticos. Parece lícito esperar que essa linha de pensamento receba posterior desenvolvimento e caracterização.

MÁRIO SOTTOMAYOR CARDIA

★

LIVROS RECEBIDOS:

Liv. Tavares Martins (Porto):

JEAN YVES CALVEZ — *O pensamento de Karl Marx* (1.º vol.) — Coleção «Filosofia e Religião» — 480 pág. — 1959.

LUÍS DE CAMÕES — *Sonetos* — Edição ilustrada, 228 pág. — 1959.

Edições Cosmos (Lisboa):

DUARTE LEITE — *História dos Descobrimientos* (Colectânea de esparsos — Organização, notas e estudo final de V. Magalhães Godinho) — Fasc. VII

Livraria Atlântida (Coimbra):

MÁRIO SACRAMENTO — *Teatro Anatómico* — Col. Centauro, 146 pág. — 1959.

VERCORS — *O Silêncio do Mar* — Col. Centauro, 146 pág. — 1959.

VASCO BRANCO — *Os vagabundos ilustrados* — Col. Centauro, 172 pág. — 1959.

Estúdios Cor (Lisboa):

JOSÉ RODRIGUES MIGUÉIS — *Um homem sorri à morte com meia cara* — 154 pág. — 1959.

Edições Atica (Lisboa):

SOPHIA MELLO BREYNER ANDRESEN — *Poesia* — 88 pág. — 1959.

ACETILCOLINA-PAPAVERINA BARRAL

CLORIDRATO DE ACETILCOLINA NAS DOSES DE 0,10 GR. (DOSE MÉDIA) E 0,20 GR. (DOSE FORTE) ASSOCIADO A UM SOLUTO DE CLORIDRATO DE PAPAVERINA A 5%.

AS MESMAS PROPRIEDADES DA ACETILCOLINA BARRAL REFORÇADAS PELA ACÇÃO HIPOTENSORA, ESPASMOLÍTICA E SEDATIVA DO CLORIDRATO DE PAPAVERINA.

CAIXAS DE 12 AMPOLAS (6 DOSES)

ACETILCOLINA BARRAL

SOLUÇÃO EXTEMPORÂNEA DE CLORIDRATO DE ACETILCOLINA.

VASO-DILATADOR ARTERIOLAR — ANTI-ESPASMÓDICO VASCULAR — ESTIMULANTE DO PARA-SIMPÁTICO.

3 DOSAGENS:

0,05 GR. / 0,10 GR. / 0,20 GR.

CAIXAS DE 12 AMPOLAS (6 DOSES)

ACETILCOLINA-MICRIL B BARRAL

CLORIDRATO DE ACETILCOLINA NAS DOSES DE 0,10 GR. (DOSE MÉDIA) E 0,20 GR. (DOSE FORTE) ASSOCIADO A UM SOLUTO DE ANEURINA RESPECTIVAMENTE A 0,75% E A 3,75%.

AS MESMAS PROPRIEDADES DA ACETILCOLINA BARRAL ASSOCIADAS À ACÇÃO ANTINEVRÍTICA E NEUROTÓNICA DO MICRIL B₁ (VITAMINA B₁ BARRAL).

CAIXAS DE 12 AMPOLAS (6 DOSES)

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

O MÉDICO

CONSELHO CIENTIFICO

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, Elisio de Moura, F. de Almeida Ribeiro, Henrique de Oliveira, Hermínio 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 Larróudé, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, J. Oliveira Machado, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Morais, Juvenal Esteves, L. eonardo 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 Sarmiento (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 Minerais 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 Morais (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. da Fac. de Ciências e de Farm.), A. Rocha Pereira, António de Almeida Garrett, J. Afonso Guimarães, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Emídio 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 Disp. de Higiene Social), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), M. J. Bragança Tender (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

Portugal: Celestino Maia (Funchal); Espanha: Castillo de Lucas, Enrique Nogueira e Fernandez (Madrid); França: Jean Huet (Paris); Alemanha: Gerhard Kock (Munster)

SEMANA A SEMANA

A VIDA MÉDICA NACIONAL

Efemérides

(De 23 de Abril a 2 de Maio)

Dia 23 — O Pequeno Curso de Ortopedia que decorre no Hospital de Crianças D. Maria Pia, do Porto, recebe a lição do Dr. Pacheco Viana sobre «Afecções piogénicas osteo-articulares».

24 — O Ministro da Saúde concede ao Hospital de Oliveira de Azeméis o subsídio de 108 mil e tal escudos para as obras de ampliação e remodelação levadas a efeito.

26 — As dádivas já dadas por várias entidades para o Fundo do Socorro Social orçam para mais de três mil contos.

27 — No Porto, pelas 22 horas, no Hospital de Crianças Maria Pia, realiza-se mais uma lição teórica, proferida pelos Prof. Fonseca e Castro, Drs. Rocha e Melo e Prata de Lima, subordinada ao tema: «Seminário sobre Poliomielite», integrada no Pequeno Curso de Ortopedia.

— Em Lisboa, no Instituto de Medicina Tropical, o Ministro do Ultramar preside a uma sessão de homenagem ao Prof. Aldo Castellani, que é nomeado professor honorário daquele estabelecimento. Discursam no acto os Profs. Fraga de Azevedo, Reimão Pinto e Girolami, seu sucessor na cátedra da Universidade de Roma.

28 — No Porto, na Sala de Química da Faculdade de Ciências, realiza uma lição integrada no Curso de «Psicologia Geral e Especial», a Dr.ª Maria Luísa Guimarães, assistente voluntária da Faculdade de Medicina do Porto, que prelecciona sobre: «Noções fundamentais acerca da psicologia animal».

— Reune-se à noite, sob a presidência do Prof. Aires de Sousa, a Sociedade das Ciências Médicas, em sessão dedicada à apresentação de trabalhos do Sanatório D. Carlos I (Lumiar).

O Dr. Fernando Rodrigues apresenta uma comunicação intitulada: «Dois casos de oclusão completa do brônquio principal por tuberculose», e os Dr. Iglésias de Oliveira e Dr.ª Maria Clara Mosca definem o seu trabalho: «Sarampo e primoinfecção tuberculosa (a propósito de um pequeno surto epidémico no Sanatório D. Carlos I)».

Por último, o Dr. Décio Ferreira fala de «Análise da nossa experiência de cirurgia cardíaca (apreciação, resultados e conclusões de quinhentos e cinco casos operados por cardiopatias congénitas e adquiridas)».

— No Porto, na Faculdade de Farmácia, o Prof. Cerqueira Gomes apresenta o seu trabalho intitulado «O Problema do Ensino Universitário», que se integra no Curso de Deontologia promovido pela Juventude Universitária Católica.

— No Porto, à noite, realiza-se na sede da Secção Regional da Ordem dos Médicos, uma sessão da Sociedade Portuguesa de Pediatria, com a seguinte ordem de trabalhos: Dr. Américo Rola e Dr. Manuel Pinheiro Hargreaves — «Um caso de puberdade precoce»; Dr. Armando Henrique Tavares — «A doença de Letterer-Siwe»; Dr. Lopes dos Santos — «A propó-

sito de uma observação de gamaglobulinemia».

— De Lisboa, a convite da Sociedade Italiana de Neurologia de que é membro honorário, parte para Itália, o Prof. Diogo Furtado, que, em missão oficial do Instituto de Alta Cultura, assistirá ao Congresso Italiano de Neurologia que se realiza em Messina e onde fará, também, uma conferência sobre «Polimiosites».

29 — A secção de ORL, Audiologia e Fonologia reúne à noite na sede da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, com a seguinte ordem de trabalhos: Dr. Francisco da Silva Alves — «Um caso de osteotomia frontal»; Dr. Campos Henriques — «Rinite da reserpina»; Dr. Barros Simão — «Dois casos clínicos»; Dr. Borges de Sena — «História de uma dispneia laríngea».

30 — Na Faculdade de Medicina do Porto realiza-se a 8.ª reunião científica do seu corpo docente, com as seguintes comunicações: Dr. João Gil da Costa — «Sobre o método de Swahn para a determinação dos lípidos totais do soro sanguíneo»; Dr. Levi Guerra — «Sobre as apófises clivoides»; Dr. António Coimbra — «Laqueação experimental da artéria cerebral média»; Dr. A. da Costa Maia — «Padrões teóricos da distribuição da poliomielite».

— No Porto, realiza-se no Hospital de Crianças Maria Pia, mais uma lição teórica, proferida pelo Dr. Jorge Mineiro, de Lisboa, subordinada ao tema: «Tratamento das paralisias cerebrais infantis».

— Em Lisboa, na sede do Sindicato Nacional dos Farmacêuticos efectua-se, à noite, a última lição da série do ciclo cultural deste ano.

É palestrante o Dr. Aloísio Marques Leal, director dos Serviços Farmacêuticos do Hospital de Santa Maria, que fala da «Preparação de injectáveis de grande volume».

— Reune-se, à noite, sob a presidência do Prof. Jacinto Bettencourt, a Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa, que funciona no Hospital de Santo António dos Capuchos.

A ordem de trabalhos é a seguinte: os Drs. Filipe da Costa e Gomes de Oliveira apresentam a comunicação «Hérnia do liatus de Morgagni (descrição de um caso clínico)»; e os Drs. Hasse Ferreira e Teles Sarmiento definem o seu estudo «Metastases cardíacas de tumores malignos».

Dia 1 — Começa a funcionar, no Hospital Psiquiátrico Sobral Cid, em Coimbra, um laboratório de electroencefalografia. A notícia diz que é o primeiro a funcionar no País fora de Lisboa, o que não é verdade pois, no Porto, além de um particular, funcionam dois outros, no Hospital Militar e no Hospital de Santo António, Serviço de Neurologia.

2 — No Pequeno Curso de Ortopedia, que decorre no Hospital de Crianças Maria Pia, realiza a sua lição o Prof. Álvaro Rodrigues, sobre «Tumores ósseos».



RÓMULO

NOVA FÓRMULA:

SUPOSITÓRIOS DE 500 mg.

PANTOFENICOL

Complexo molecular de D (-)-treo-cloranfenicol
e de D (+)-pantotenato de cálcio.

CÁPSULAS
de 344 mg (<>250 mg
de cloranfenicol)

SUPOSITÓRIOS
de 250 mg

O ANTIBIÓTICO DE LARGO ESPECTRO DE MENOR TOXICIDADE

O Pantofenicol está indicado na grande maioria das infecções provocadas por bactérias Gram-positivas e Gram-negativas, em quase todas as rickettsioses e espiroquetoses e em algumas viroses, parecendo particularmente indicado nas infecções causadas por estirpes resistentes à penicilina

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

VIRGÍNIO LEITÃO VIEIRA DOS SANTOS & FILHOS, S. A. R. L.

INVESTIGAÇÃO E PREPARAÇÃO DE MEDICAMENTOS DESDE 1895

Nas astenias pós-gripais



E, DUM MODO GERAL,
EM TODOS OS CASOS
EM QUE SEJA NECESSÁRIO,
UM TÓNICO E RECONSTITUINTE GERAL,
DE SEGURA EFICIÊNCIA

COLASTENIL

Extracto de Colaço de C. 0,25 g
Fosfoglicerato de Sódio 0,125 g
Vitamina A 8.000 U. I.
Vitamina D 1.200 U. I.
Por colher das de chá = 4,6 g

Bial

GRANULADO