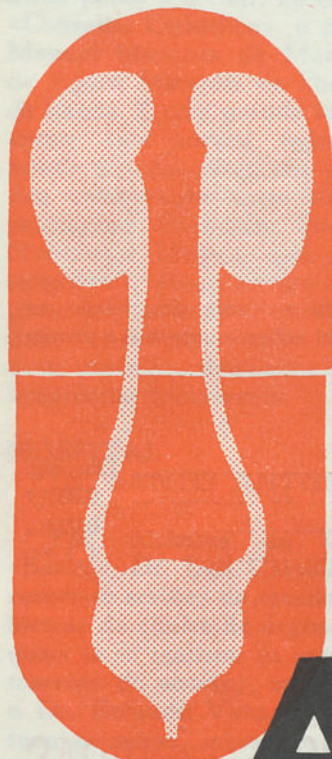


X ANO - N.º 397
9 de Abril de 1959

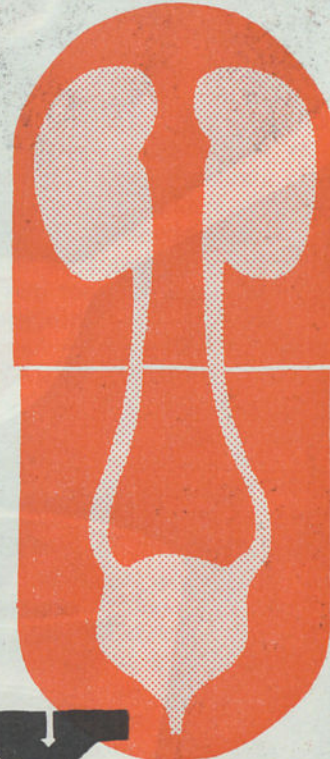
DIRECTOR E EDITOR
MÁRIO CARDIA

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

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



DOMÍNIO COMPLETO
das infecções do aparelho urinário



Acção antibacterica
GERAL e LOCAL

Azotrex



Associação de
Complexo fosfatado de tetraciclina (TETREX)
Sulfametizol
e
Cloridrato de fenilazo-diamino-piridinal



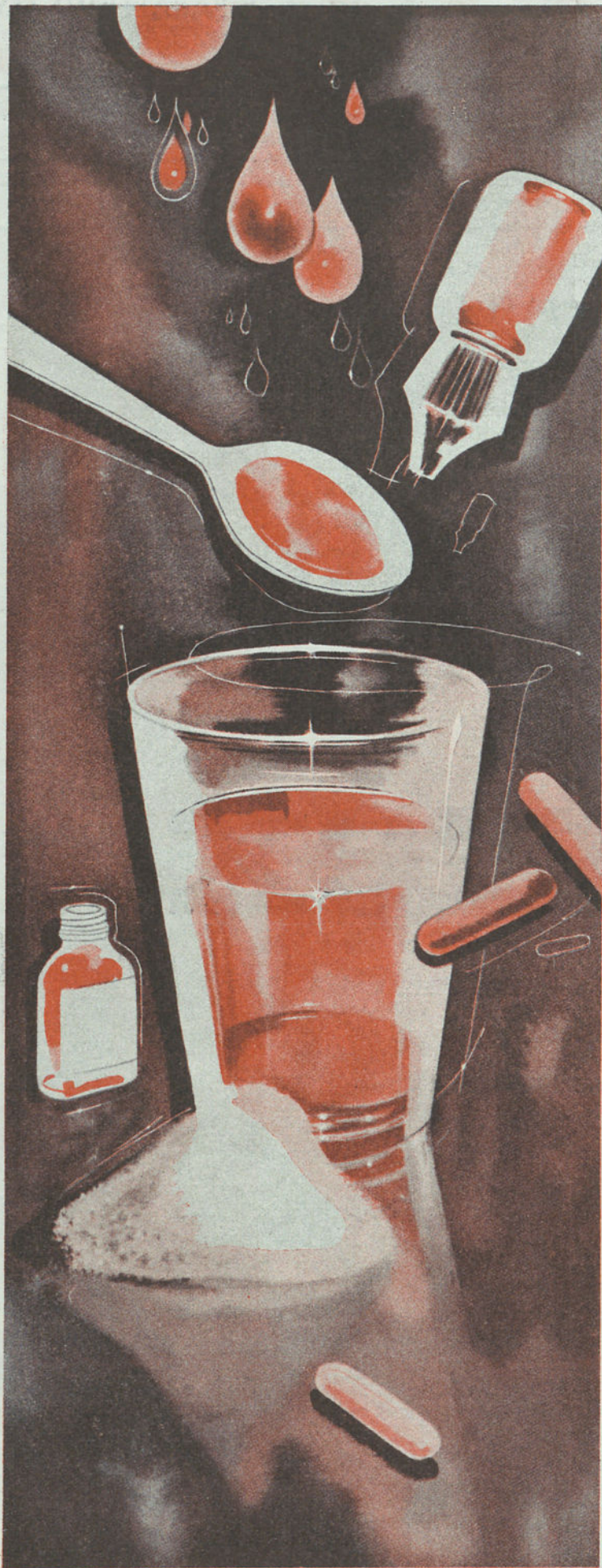
CÁPSULAS

Um produto preparado pelo
INSTITUTO LUSO-FARMACO • LISBOA
Sob Licença da
Bristol Laboratories Inc. - Siracusa - New-York

SUMÁRIO

SEMANA A SEMANA	55
CIÊNCIAS MÉDICAS - CLÍNICA	
ARTIGOS ORIGINAIS	
SALAZAR LEITE e CRUZ SOBRAL - <i>Notas ao VII Congresso Internacional de Leprologia</i>	58
ESTELLA MASSANO DE AMORIM - <i>A enfermeira e a Higiene Mental</i>	67
MOVIMENTO MÉDICO	
Ultra-sons em ginecologia	76
Crítérios de actividade da vacina B. C. G.	80
O problema do tratamento preventivo da sífilis pela penicilina ...	81

ASSUNTOS GERAIS E PROFISSIONAIS	
<i>A Reforma da Medicina Escolar</i> - A. CARNEIRO	82
<i>ECOS E COMENTÁRIOS</i> - JOSÉ ANDRESEN LEITÃO	84
<i>Centro de Cardiologia Médico-Social de Coimbra</i>	90
<i>IV Congresso das Misericórdias e V Centenário da Rainha D. Leonor</i>	92
<i>Noticiário diverso</i>	
<i>FORA DA MEDICINA</i> - Cinema - GUEDES GUIMARÃES	97



EFICÁCIA ANTIBIÓTICA
EM CADA SITUAÇÃO CLÍNICA

ACROMICINA*

Cloridrato de Tetraciclina

XAROPE



A rápida absorção torna esta a forma de eleição na clínica pediátrica. De agradável sabor a cereja - e pronta a usar.

Cada colher (5 cc) contém:

Tetraciclina equivalente a	
Cloridrato de Tetraciclina	125 mg.
Metilparabeno	0,08 %
Propilparabeno	0,02 %
Álcool	1,1 %

ACROMICINA

Cloridrato de Tetraciclina Cristalina

GOTAS PEDIÁTRICAS LÍQUIDAS



Em suspensão aquosa para uso imediato - sem óleos que prejudicam a absorção. Frasco conta-gotas, de plástico, o que torna a dosagem mais fácil e higiênica. Uma preparação com sabor de cereja facilmente miscível na água, leite ou no biberão, ou gota-a-gota directamente sobre a língua.

Apresentação: Frascos conta-gotas de plástico, de 10 cc.
100 mg./cc. (aprox. 5 mg. por gota)

Outras formas: Cápsulas de 250, 100, 50 mg; Suspensão oral, frs. de 30 cc; Spersoids, pó dispersível, 50 mg./gm.; Faringetas, 15 mg; Intramuscular, frasco-ampola de 100 mg.

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



* Marca Registrada



Representantes exclusivos para Portugal e Ultramar:

ABECASSIS (IRMÃOS) & CIA.

Rua Conde Redondo, 64-3.º - LISBOA

Rua de Santo António, 15-2.º - PORTO

DR. MARQUES DA MATA

Desde o número de hoje, «O Médico» passa a incluir, no elenco do seu «Conselho Científico», o nome do Dr. Manuel Marques da Mata, Inspector de Águas Minerais da Direcção-Geral de Saúde. É com grande satisfação que damos esta notícia, tanto mais que aquele distinto colega nos promete assídua colaboração como Presidente da prestigiosa Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica, que, por ter sido suspensa a antiga revista «Clínica, Higiene e Hidrologia», escolheu «O Médico» como seu órgão. Os números deste periódico dedicados à Hidrologia aparecerão brevemente.

HOSPITAL
DE SANTO ANTÓNIO

Por iniciativa do Director do «Banco», Dr. Luís Carvalhais, organizaram-se sessões de estudos sobre problemas da clínica de urgência, a 1.^a das quais já se realizou (a respeito do tratamento do aborto), sendo palestrante o Dr. Rolando Vanzeler e a 2.^a efectuou-se ontem, sobre o tratamento dos queimados (Dr. Gualdino Ruivo). Estão marcadas novas sessões: para os dias 16 do corrente — Traqueotomia (Dr. Alvarenga Andrade); 24 — Anatomia (Dr. Ruy de Oliveira); para Maio — dias: 18 — Reanimação (a designar pelo serviço de Anatomia); 26 — Urologia (a designar pelo respectivo serviço); Junho — dias: 3 — o mesmo da anterior; 11 e 19 — Traumatismos do crânio (palestrante a designar pelo serviço de Neurologia). A estas sessões, que despertaram grande interesse e têm estado muito animadas, podem assistir todos os médicos e estudantes de medicina.

A GRIPE

Das últimas notícias que temos sobre a gripe na Europa salientamos: na Alemanha Federal grande aumento do número de casos das afecções agudas das vias respiratórias, o que obrigou a fechar escolas; alguns exames são positivos para a gripe B. Em França — muitos casos de laringo-traqueites, em crianças muito pequenas, provocaram a morte por asfixia. Na Suíça, entre 8 e 14 de Fevereiro último, grande número de escolas teve de fechar, em Berna e em Zurique, devido à gripe; em toda a Suíça — 6.000 casos.

O ALCOOLISMO
EM FRANÇA

Dos resultados dum inquérito levado a efeito em França sobre o alcoolismo nos meios rurais, chegou-se a resultados curiosos. Assim, por exem-

plo, 53 % dos médicos consultados afirmaram que as pessoas novas (entre 18 e 25 anos) bebem menos do que os seus pais. Forte maioria observou hereditariedade alcoólica nas crianças que tratam; e consideram que estas crianças são vítimas de um meio familiar perturbado pelo álcool. As conclusões do inquérito são que o problema do alcoolismo em França é grave, causando forte mortalidade e morbidade. A hospitalização dos cirróticos é longa e cara. A proporção de litros de bebidas alcoólicas é muito elevada em relação à dos outros países. Expressas em litros de álcool puro por habitante e por ano, temos: França — 30; Itália — 14,2; Bélgica — 8,8; Estados Unidos — 8,8.

VACINAÇÕES
PARA OS VIAJANTES

A OMS publicou uma brochura intitulada «Certificados de vacinação exigidos nas viagens internacionais», que apresenta a lista das vacinas exigidas nas fronteiras de 180 países ou territórios. As viagens terrestres, aéreas ou marítimas através do Mundo são submetidas ao regulamento sanitário internacional promulgado pela OMS em 1952. Esse regulamento tem como objectivo dar a máxima segurança contra a difusão internacional das doenças epidémicas procurando ao mesmo tempo evitar entraves ao tráfico mundial; mas, segundo ele, a vacinação só pode ser obrigatória em relação a três doenças: cólera, varíola e febre amarela.

SUBSTANCIAS VITAIS

Reuniu-se nos dias 8 a 12 de Outubro último em Essen (Alemanha), o IV Congresso promovido pela Sociedade Internacional para a Investigação sobre a Alimentação e as Substâncias Vitais. O programa do Congresso referia-se aos perigos atómicos e biológicos, inconvenientes causados à saúde do homem pelo ar impuro das cidades, as doenças de carência e profissionais, a biologia do cancro, a terapêutica pelos alimentos ricos em substâncias vitais, as cáries dentárias, etc.

SEDE DA OMS

Por que, em Genebra, as instalações actuais da Organização Mundial da Saúde — no Palácio das Nações — são acanhadas (a Organização teve já necessidade de alugar, fora daquele Palácio, 80 escritórios) — foi sugerido, na última reunião do Conselho Executivo da OMS, que esta instituição estabelecesse a sua sede fora da Suíça — a não ser que, em Genebra, seja possível construir outros edifícios, maiores, que substituíssem o Palácio das Nações.

FARMACOPEIA
INTERNACIONAL

Vai publicar-se um suplemento à última edição da Farmacopeia Internacional, que conterá uma descrição de produtos farmacêuticos novos. Entretanto, vai também aparecer uma segunda edição aumentada da referida Farmacopeia, baseada numa revisão dos métodos de análise. Tratou-se deste assunto na sessão que o Comité de Peritos de Farmacopeia, da OMS, que se realizou nos dias 10 a 15 de Novembro último, em Genebra.

A BILHARZIOSE

O schistosoma, parasita responsável da Bilharziose, pode ser atacado em diversas fases do seu ciclo evolutivo. Contudo, para obter resultados imediatos, tem-se procurado sobretudo atacar os moluscos aquáticos ou anfíbios que desempenham o papel de hospedeiros intermediários. A este propósito, a «Chronique OMS» publica, no seu n.º de Janeiro último, um artigo que se refere a um inquérito levado a efeito nas Filipinas. Neste país a Bilharziose constitui um problema duplo de medicina e agricultura. Desenvolvendo-se os meios de ataque contra os moluscos nos arrozais, consegue-se aumentar a produção.

CLASSIFICAÇÃO DOS
TUMORES MALIGNOS

Foi criado um centro internacional do cancro do pulmão no Instituto de Patologia Geral e Experimental da Universidade de Oslo, sob a direcção do Prof. Kreyberg. A OMS fez reunir neste centro, nos dias 17 a 22 de Novembro último, um comité de peritos de histopatologia para examinar a classificação e a nomenclatura dos tumores do pulmão e propor um programa de trabalho para o centro e os grupos associados. Trata-se de conseguir, sob o ponto de vista particular dos tumores malignos do pulmão, estabelecer uma classificação internacional e uma nomenclatura uniforme — que, até agora, variam dum país para outro e até dentro do mesmo país.

A TUBERCULINA

Um dos últimos números do Boletim da Organização Mundial da Saúde trata, em cerca de 200 páginas, da Tuberculina — as suas variações de actividade, produção, diluição, estabilização e conservação. Estes artigos foram preparados pelo «Bureau de Recherches de la Tuberculose», da OMS, e pelo «Statens Seruminstitut», de Copenhague.

(Continua na página seguinte)

Semanário de assuntos médicos e paramédicos

X ANO — N.º 397
Vol. XI (Nova série)

9 de Abril de 1959

Director e Editor:
MARIO CARDIA

CONSELHO DE REDACÇÃO: Luís A. Duarte Santos — Prof. da Fac. de Med. (Coimbra); Fernando Nogueira — Prof. da Fac. de Med. e médico dos H. C. L. e José Andresen Leitão — Dir. do Inst. Nac. de Educação Física — 1.º Assistente da Fac. de Med. (Lisboa); Alvaro 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 SOPIE — 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

REVISTA DAS REVISTAS

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.

«La Sem. Med. Arg.»:

Tratamento da diabetes sacarina com ácido acetilsalicílico — G. Lister e col. 45-35, 1958).

Amenorreias—J. Serebinsky (45-35, 1958).

«Min. Chir.»:

Pesquisa da taxa de cloro e das proteínas da mucosa gástrica dos doentes com úlcera — U. Parisoli (14-2, 1959).

A anastomose bilio-digestiva nos tumores da cabeça do pâncreas e da ampola de Vater — F. Lojaccono (14-2, 1959).

«Brit. Med. Jour.»:

Resposta à terceira dose de vacina anti-poliomiélica dada 10 a 12 meses após a primeira — F. Perkins e col. (5123, Março de 1959).

Granuloma por monília — K. Nityananda (5123, Março de 1959).

«Min. Med.»:

Efeito da vitamina B₁₂ sobre as cefaleias médicas — F. Sicutari e U. Becattini (50-8, 1959).

Terapêutica interna da psoríase — F. Ormea (50-8, 1959).

«La Sem. Med. Arg.»:

Uma revisão crítica dos resultados da ressecção pulmonar na tuberculose pulmonar — B. J. Bickford e col. (114-3, 1959).

Prolapso do útero e gravidez — N. L. Sala (114-3, 1959).

«Medicina»:

A higiene mental na era da técnica — G. Meineche (27-1, 1959).

Traqueotomia — J. Viaggio e col. (27-1, 1959).

«An. de la Casa de Sal. de Valdecilla»:

Litíase em rim anómalo — J. Picatoste y Patiño (19-4, 1958).

Icterícia por largactil — M. M. Vélez (19-4, 1958).

«Rev. Clín. Esp.»:

Sarcoidoses — Lopez García e R. Guedes (71-5, 1958).

A participação do rim na regulação hidro-electrolítica do plasma depois de sobrecargas — Castro Mendonça e col. (71-5, 1958).

«La Rev. du Prat.»:

As doenças médicas dos rins — G. Lagrue e P. Milliez (9-6, 1958).

As nefrocalcínoses — G. Lagrue e col. (9-6, 1958).

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

Anunciam neste número:

A. G. Alvan	94	Instituto Pasteur de Lisboa	96
R. da Madalena, 66-2.º, D.to		61, 84	
— Lisboa		Rua Nova do Almada, 67	
Abecassis	2.ª capa	— Lisboa	
Rua Conde Redondo, 64-3.º-Dt.º		J. J. Fernandes	92
— Lisboa		R. Filipe da Mata, 3.º—Lisboa	
Asclépius	3.ª capa	L. Lepori	74
Avenida Miguel Bombarda, 42		Rua Imprensa Nacional, 86-88	
— Lisboa		— Lisboa	
Baptista d'Almeida	61	Leacock	87
R. Actor Taborda, 13 — Lisboa		Av.ª 24 de Julho, 16 — Lisboa	
Bial	4.ª capa	Luso-Fármaco	57 e 1.ª capa
R. João Oliveira Ramos—Porto		R. do Quelhas, 14-2.º—Lisboa	
Celsus	79	Neo-Farmacêutica	82
R. dos Anjos, 67-1.º — Lisboa		Av.ª 5 de Outubro, 21—Lisboa	
Delta	62	Química Hoechst	73 e 91
Av.ª Duque de Loulé, 108-1.º		Avenida Duque d'Ávila, 169-1.º	
— Lisboa		— Lisboa	
Dunlopilo	78	Saúde	69
Largo do Andaruz, 16-2.º-D.to		R. S.to António à Estrela, 44	
— Lisboa		— Lisboa	
Estácio	88	Unitas	95
R. Sá da Bandeira, 118—Porto		Calçada do Correio Velho, 8	
Farmoquímica-Baldacci	83	— Lisboa	
R. Duarte Galvão, 44 — Lisboa		Vicente Ribeiro	85 e 86
Ferraz Lynce	66 e 90	R. da Prata, 237-1.º—Lisboa	
R. Rosa Araújo, 27-1.º—Lisboa		Vitória	70
Fidelis	77, 80 e 81	R. Elias Garcia, 26—Venda Nova — Amadora	
Terras de Santana, 1 — Lisboa		Wander	89
		Av.ª Sidónio Pais, 24 r/c-D.to	
		— Lisboa	



ANALPIRINA

aminopirina
maleato de cloroprofenopiridamina
vitamina A
vitamina D₃
gluconato de cálcio

SUPOSITÓRIOS
ADULTOS
E
INFANTIS



GRIPE — FEBRE — REUMATISMO — NEURALGIAS

Notas ao VII Congresso Internacional de Leprologia (*)

(Tóquio 12 a 19/XI/58)

SALAZAR LEITE e CRUZ SOBRAL

Quando do Congresso de Madrid, em 1953, ficara decidido que a reunião seguinte se realizaria na União Indiana em 1958.

Motivos de ordem vária, entre os quais avultou a falta de inscrição de numerosos países com marcada autoridade na matéria, levou à transferência da sede do VII Congresso Internacional de Leprologia que passou a ser Tóquio (Japão) onde esta importante reunião teve lugar de 12 a 19 de Novembro de 1958 sob a presidência do Prof. Kitamura.

De resto desde há muito que o nome do Japão para sede de um Congresso da Lepra se impunha pois a Escola Médica Japonesa dera ao estudo da doença notável contributo, para o que basta recordar os nomes de Mitsuda, Hayashi, Kitamura, etc. e os seus trabalhos principalmente nos capítulos da imunologia e da epidemiologia, e mesmo sem entrarmos em linha de conta com o facto de existirem no Japão aproximadamente 15.000 leproso cuja assistência está a cargo de um modelar Serviço que merecia ser observado de perto pelos técnicos de outras Nações.

O VII Congresso Internacional de Leprologia foi realizado sob o patrocínio da «Tofu Kyokai» (Fundação Japonesa da Lepra), fundada com um donativo da falecida Imperatriz Teimei e que desde então tem merecido da Família Imperial uma especial protecção, sendo actualmente o seu impulsionador o Príncipe Takamatsu, que se dignou presidir às cerimónias oficiais de inauguração e encerramento do Congresso, acompanhado da Princesa sua Esposa.

Escusado é acentuar como foram recebidos os 350 Delegados a este Congresso, bem como o cuidado e eficiência evidenciados na organização das Sessões de Trabalho, pois isso era de esperar da característica cortesia, educação e delicadeza que são apanágio do Japão e dos seus súbditos.

Por isso todos os congressistas vieram encantados com a oportunidade que se lhes ofereceu de visitar essa próspera Nação e lastimando ser tão curto o período do Congresso.

Sob o ponto de vista científico o Congresso constituiu um verdadeiro êxito, como era de esperar, pois nele se encontraram reunidos os maiores nomes da Leprologia e a ele foram apresentados os mais recentes trabalhos sobre os mais importantes problemas que esta afecção levanta.

Ao longo das suas oito Sessões foram discutidos os mais variados aspectos que podem interessar para o conhecimento e combate a esta infecção e que se encontravam agrupados em seis capítulos

- I — Revisão da Classificação
- II — Tratamento da Lepra
- III — Imunologia na Lepra
- IV — Bacteriologia Patológica e Anatomia patológica
- V — Epidemiologia da Lepra
- VI — Acção social na Lepra

os quais eram de resto iguais aos que foram discutidos em Madrid apenas com maior realce para o problema social da afecção.

Vejamos muito sucintamente, tal como fizemos em 1954, os vários assuntos discutidos:

I — CLASSIFICAÇÃO DA LEPRAS

Comissão técnica — K. Kitamura, R. Cochrane, Dharmendra, F. Rabello, N. Fraser, Gay Prieto e R. Rollier.

Mais uma vez a classificação das formas de lepra constituiu

uma das grandes dificuldades de um Congresso da Especialidade pois continua a não haver uma base suficientemente forte e indiscutível em que se possa basear um critério de ordenação dos vários aspectos da doença. Os critérios clínico e histopatológico são contudo aqueles que dominam neste capítulo e neles se baseiam os vários grupos de investigadores.

Após larga discussão que versou principalmente as lesões maculo-anestésicas e nevíticas, em que os leprologistas indianos e latino-americanos defendiam critérios bastante opostos, chegou-se a acordo sobre umas resoluções que a Comissão apresentou na Sessão plenária, onde foram aprovadas.

Na realidade não houve quaisquer modificações importantes nas decisões de 1953, em Madrid, pois a Comissão admitiu não lhe ser possível apresentar uma outra classificação muito principalmente devido às dificuldades de se efectuar um estudo detalhado da evolução da doença em relação com a histopatologia. A Comissão aceitou pois como base para a classificação o aspecto clínico (tal como em Madrid) aconselhando um plano de trabalho conjunto para os próximos anos de forma a que no Congresso de 1963 seja possível rever com melhores bases este tão importante problema.

Neste programa procura-se não só relacionar a lepra com as suas imagens histológicas como verificar a influência da alimentação, idade, raça, etc.

Mantém-se pois por agora a divisão em dois tipos polares (lepromatoso e tuberculóide) e dois grupos (indeterminado e dimorfo) cujas definições e características são as mesmas anteriores:

Tipo — é um conjunto de casos com caracteres clínicos e biológicos bem definidos, com nítida estabilidade e incompatibilidade mútua.

Grupo — casos em que os caracteres comuns são menos definidos, com menor estabilidade e evolução incerta.

Em qualquer dos tipos ou grupos podem ainda existir *variedades*, isto é, dominância de certos aspectos secundários como localização, morfologia, evolução, etc.

O *tipo lepromatoso* — segundo a definição de Madrid é a forma maligna, estável, com baciloscopia fortemente positiva cujas lesões cutâneas têm um aspecto infiltrado, em que a leprominorreacção é negativa, há uma invasão mais ou menos simétrica dos troncos nervosos e histologicamente uma imagem típica e com abundantes bacilos.

O *tipo tuberculóide* — oposto a este é a forma habitualmente benigna também relativamente estável, com baciloscopia excepcionalmente positiva, leprominorreacção positiva e cujas manifestações cutâneas são em geral elementos eritematosos, total ou marginalmente elevados, sendo também frequente a invasão dos troncos nervosos periféricos.

O *grupo indeterminado* — inclui os casos benignos, relativamente instáveis e que podem evolucionar no sentido lepromatoso ou tuberculóide, com baciloscopia raramente positiva, em que a leprominorreacção pode ser negativa ou positiva e cujas

(*) Na Delegação Portuguesa chefiada pelo Prof. A. Salazar Leite do Instituto de Medicina Tropical estavam incluídos os Drs. Rui Morgado do S. S. de Moçambique, Reimão Pinto da Missão de Combate às Endemias da Guiné e Eduardo Ricou do S. S. de Angola.

manifestações cutâneas são lesões planas eritematosas ou hipocrômicas. Nos casos antigos é frequente a existência de nevrites.

O grupo *dimorfo* — (borderline) compreende casos malignos, muito instáveis, com baciloscopia positiva e leprominoreacção geralmente negativa; se a baciloscopia nasal é negativa os exames histológicos revelam abundante presença de bacilos; morfologicamente as lesões cutâneas (placas, faixas, nódulos, etc.) distinguem-se das lepromatosas pela assimetria e aspecto suculento e das tuberculóides pela margem em declive e consistência mais mole; a superfície é lisa, brilhante e de cor violácea ainda que por vezes acastanhada nos indivíduos de pele mais branca.

Mantêm-se as variedades já estabelecidas em Madrid, isto é, para a Lepra lepromatosa (L) as variedades macular, difusa, infiltrada, nodular e nevítica pura.

Para a Lepra tuberculóide (T) as variedades macular, micropapulóide, tuberculóide maior e nevítica pura.

Para o grupo indeterminado (I) as variedades macular e nevítica pura.

E para o Grupo dimorfo (B ou D) a variedade infiltrada.

Também não há qualquer modificação nas definições dos episódios reaccionais que estas formas podem apresentar no decurso da sua evolução e dos quais os três mais importantes continuam sendo:

1 — *reacção leprosa* — em que a par de um agravamento das lesões lepromatosas preexistentes e aparecimento de outras novas existe um surto febril e agravamento do estado geral.

2 — *eritema nodoso leprótico*, relativamente mais benigno que o anterior e consistindo no aparecimento de nodosidades subcutâneas, eritematosas e dolorosas, com marcada alteração febril. O «fenómeno de Lúcio» é uma reacção deste tipo com tendência necrótica que parece predominar no México e América Central.

3 — *Lepra tuberculóide reaccional* — sem que o estado geral seja muito atingido e sem nítida elevação de temperatura o que se observa é uma maior infiltração das lesões já existentes que revestem o aspecto suculento ou então uma súbita aparição de novos elementos iguais ou nódulos subcutâneos de origem hematogénea. Durante esta crise há em regra uma viragem transitória da leprominoreacção.

Nos casos Dimorfos pode também surgir uma reacção leprosa que se caracteriza por um intenso edema e descamação das lesões que podem tender para a ulceração e em que aumenta o número de bacilos.

O critério continua pois a ser o clínico e o estudo imunológico e histológico apenas serve para completar o exame do doente e, em certos casos mais evidentes, levar à rectificação da orientação inicial e a uma reclassificação quando a discordância seja patente.

Mantiveram-se também alguns aspectos muito discutíveis da classificação como seja a presença de variedades maculosas em todas as formas de lepra, clinicamente impossíveis de distinguir, assim como as nevíticas puras.

É curioso que reapareceu neste Congresso o termo *maculo-anestésico* que muitos autores viram abandonar há anos com desgosto e que nós já ao comentarmos em 1954 o Congresso de Madrid (O Médico n.º 128 — 1954) também considerávamos preferível pela sua objectividade e limitação evidente. A discussão foi levantada a este respeito pelos leprologistas indianos que referindo o predomínio dos aspectos maculo-anestésicos nos seus doentes pretendiam constituir um «grupo maculo-anestésico» que se relacionaria com o tipo tuberculóide do qual derivaria (?). Os congressistas latino-americanos opuseram-se a esta divisão pois consideraram que histologicamente não havia razão para essa separação, pois as imagens microscópicas eram bastante elucídativas e diferentes.

Também apresentado pelos leprologistas indianos se discutiu a separação de um grupo *nevítico* mas os latino-americanos objectaram com razão que um estudo cuidado destes doentes evidencia sempre a existência de lesões que levam à sua inclusão num dos tipos ou grupos clássicos não havendo mesmo motivo para uma forma nevítica completamente pura.

Parece-nos que o assunto da lepra maculo-anestésica voltará seguramente ao primeiro plano no Congresso de 1963 pois é inegável a existência de um aspecto clinicamente típico e até mesmo estável, com uma representação histológica inflamatória

banal (incharacterística) e que portanto deverá ser separada do tipo tuberculóide e da forma macular simples predominantemente evolutiva ou residual. Voltando mais uma vez às nossas observações de 1953 julgamos que no grupo indeterminado se virá a fazer uma cisão constituindo-se um grupo maculo anestésico relativamente estável e como que formando um terceiro tipo polar e mantendo-se um grupo indeterminado propriamente dito com aspectos que talvez representem uma forma evolutiva ou inicial da afecção.

Mas continuemos a recordar o que foi o VII Congresso Internacional de Lepra passando ao capítulo da:

II — TERAPÊUTICA

Comissão técnica — J. Rodriguez, P. Brand, T. Davey, W. Jopling, Takashima, M. Lechat e N. Buu-Hoi.

O período de 5 anos que decorreu entre o anterior e o actual Congresso serviu para confirmar o benefício do emprego das sulfonas na terapêutica da Lepra e, devido à sua expansão, permitiu um melhor conhecimento também dos perigos. Durante estes anos muitas outras substâncias, principalmente antituberculosas, surgiram com actividade sobre o B. de Hansen mas nenhuma delas contudo revelou qualquer superioridade marcante sobre as já clássicas sulfonas.

Como resultado dos conhecimentos adquiridos por vários investigadores e clínicos a Comissão estabeleceu um esquema de estudo para a terapêutica da Lepra, o qual resumidamente é o seguinte:

Sulfonoterápia

Mantêm-se as recomendações do VI Congresso e ainda que alguns autores previram certos derivados sulfónicos a substância mais empregada é a D. D. S. em doses que consoante as raças, as idades e os sexos dos doentes variam entre 300 e 1.200 mgs por semana (sendo a média habitual de 600 mgs semanais) administrados em doses parciais variáveis consoante os leprologistas. É aconselhável tatear a susceptibilidade do doente iniciando o tratamento com doses pequenas, da ordem por exemplo dos 50 mgs diários ou três ou duas vezes por semana, e subir lentamente a dose, a intervalos de 8 a 10 dias, até se atingir a dose terapêutica desejada para o caso a tratar.

A administração de sulfonas em injeção é principalmente adoptada nos tratamentos em massa e a preferência tem sido dada à D. D. S. em veículo oleoso ou não mas sempre de forma a obter-se uma lenta absorção.

Não foi ainda possível estabelecer com segurança a vantagem de qualquer produto assim como também não se estabeleceu ainda o prazo mínimo para se efectuar o tratamento de forma a que a sua suspensão seja possível sem perigo de recaídas.

Desde que não haja exagero na dose medicamentosa as complicações da sulfonoterápia são pouco frequentes, particularmente as tóxicas (anemia, dermatite, hepatite, etc.) que obrigam a abandonar o uso destas drogas. As reacções medicamentosas em especial o eritema nodoso, são mais comuns mas cedem quase sempre à suspensão temporária da droga ou à corticoterápia.

Nos surtos reaccionais e nas complicações mais frequentes a maioria dos autores acorda na seguinte terapêutica:

no eritema nodoso — a diminuição da dose ou suspensão da droga administração de antimonias ACTH e/ou corticoesteroides, pequenas transfusões, plasma, vitaminas K e B 12, cloroquina, clorpromazina, etc.

na reacção leprosa tuberculóide — os corticoesteroides são os preferidos e mais eficazes

na nevrite aguda — a infiltração do nervo com procaína, hialuronidase ou cortisona tem-se revelado o método mais eficaz mas por vezes é preciso recorrer à secção cirúrgica do nervo em causa

na orquite lepromatosa — os corticoesteróides conseguem em geral resultados favoráveis

nas lesões oculares — também actualmente se recorre com êxito à cortisona e similares quer em colírio quer em pomadas ou mesmo em administração geral; é possível desta forma dominar as iridociclites lepromatosas, as ulcerações córneas da lepra tuberculóide, etc. Os midriáticos

na iridociclite e os lubrificantes e anestésicos nas úlceras são indispensáveis. Por vezes nas lesões oculo-palpebrais a cirurgia (blefaroplastia, por exp.) é um auxiliar precioso.

Outras medicações

O óleo de chaulmoogra está praticamente limitado ao emprego como veículo das sulfonas injectáveis. Também ainda se utiliza intradèrmicamente para a repigmentação de máculas residuais.

A tiosemicarbazona (TB 1), na dose de 100 a 200 mgs diários é ainda aconselhada nos casos de intolerância às sulfonas, muito principalmente nas formas tuberculóides. De resto tal já ficara decidido no Congresso de Madrid.

A acção da hidrazida do ácido isonicotínico é motivo de discussão mas os resultados apresentados são duvidosos e a maioria dos autores desaconselha o seu emprego.

A estreptomina mantém as indicações anteriores sendo o seu emprego limitado às formas tuberculóides que se mostram intolerantes às sulfonas, apesar de alguns autores as empregarem mais largamente.

Das drogas que surgiram após 1953 merecem especial referência as seguintes:

D D S O — diamino difenil sulfóxido — parecendo ser menos tóxico que o D D S emprega-se em doses e ritmo idênticos mas é por enquanto de preço mais elevado e por isso pouco utilizada

derivados da tioureia — em especial o 4 — butoxy — 4' dietilaminodifenil — tioureia (Ciba 1906) e o 4,4' dietoxidifenil-tioureia cuja experimentação ainda está em curso mas que se têm revelado bons substitutos da D D S visto a par de uma actividade idêntica se mostrarem menos tóxicos. As doses empregadas são de 25 a 40 mgs por quilo de peso do doente e por dia. Infelizmente o seu elevado custo obsta a uma mais larga utilização

derivados do etilmercaptano — mostram também actividade semelhante às anteriores nas experiências a que têm sido submetidos e que ainda estão em curso.

Cicloserina, kanamicina e oxdiazolona (Vadrine) — foram também experimentadas com bons resultados sobre o M. leprae mas tendo maior acção tóxica que algumas das anteriores.

Ao terminar a revisão da terapêutica antileprosa a Comissão aconselha apenas a experimentação de novas drogas por leprologistas com larga prática e que além disso disponham dos recursos laboratoriais indispensáveis para controlarem a evolução clínica e as reacções orgânicas e assim avaliarem correctamente a acção terapêutica.

No que respeita ao antigéneo Mariano, apresentado no Congresso de Madrid, revelam que todos os ensaios com ele efectuados levaram a admitir a sua ineficácia pelo que é de desaconselhar o seu emprego.

Acerca da *fisioterapia e cirurgia reparadora* a Comissão reconhece o importante papel destes métodos quer na prevenção quer no tratamento das sequelas da infecção leprosa, em especial das paralisias e deformações várias. Nas suas recomendações podemos destacar:

a — educação do doente — deve ser particularmente cuidada pois muitos traumatismos, queimaduras e outras lesões por falta de sensibilidade podem ser evitadas se o doente prestar a devida atenção aos seus actos e além disso o tratamento precoce dessas lesões impedirá consequências mais graves.

b — fisioterapia — as massagens, banhos quentes, infravermelhos, choques eléctricos, etc. quando convenientemente e criteriosamente empregados por especialistas devidamente treinados constituem métodos auxiliares valiosos para o tratamento e recuperação dos hansenianos. É bom ainda recordar que os exercícios passivos e activos, especialmente quando executados em classe, mostraram resultados favoráveis em todas as estatísticas, sobre tudo quando se relacionavam com actividades profissionais.

c — a cirurgia plástica e ortopédica é cada vez mais necessária pois a eficácia da terapêutica química obriga à correcção de defeitos residuais que antigamente eram desprezados por o doente não ser recuperável sob o ponto de vista social. As inter-

venções mais frequentemente mencionadas e cujos resultados são evidentes são as seguintes:

correcção de deformações nasais e palpebrais
reconstrução da oponência do polegar, da acção dos lumbricoides e compensação da paralisia radial
artrodeses e amputações parciais
plastias nas lesões ulcerosas
reseção de nervos por nevralgias
transplantação de nervos para prevenção de paralisias.

III — IMUNOLOGIA

Comissão técnica — F. Fernandez, L. Bechelli, H. Wade, K. Yaganisawa, S. Kuper, A. Salazar Leite e J. Aleixo

O estudo imunológico da Lepra mantém-se intimamente relacionado com a lepromino-reacção visto a impossibilidade de outros métodos experimentais ou clínicos.

Os esforços da maioria dos investigadores têm sido realizados no sentido de obterem leprominas em que se aproveite ao máximo o poder reaccional do bacilo ao mesmo tempo que se simplifique o seu método de preparação; por outro lado procura-se também uniformizar a sua composição e actividade de forma a serem comparáveis os resultados dos vários investigadores.

De entre as várias técnicas de preparação parece ser preferível a de Mitsuda-Hayashi modificada por Wade pois é relativamente simples e leva à obtenção de um produto com certa uniformidade e de eficácia prática suficiente para os trabalhos de rotina.

Estão ainda sujeitos a mais pormenorizada investigação os métodos de preparação de antigéneo a partir de bacilos extraídos das lesões e que a Comissão acha preferível chamarem-se *leprominas* (por analogia com as tuberculinas) e em oposição às *leprominas* que são obtidas directamente dos lepromas.

Numa tentativa de uniformização mundial dos antigéneos a Comissão propõe que seja considerado um padrão-lepromina de um determinado laboratório o qual seria enviado, a pedido, a qualquer investigador ou outro laboratório para servir de termo de comparação para outra preparação. Esta lepromina-padrão será fornecida congelada e em suspensão salina (sem adição de fenol) de forma a evitar-se qualquer alteração por variação térmica ou acção química; o fenol seria depois adicionado na dose habitual de 0,5 % antes do emprego clínico.

Acerca da leitura da leprominorreacção a Comissão específica:

A injecção intradérmica de lepromina provoca em geral nas pessoas sensíveis uma dupla resposta (a reacção precoce de Fernandez e a tardia de Mitsuda-Hayashi) mas podendo contudo não haver coincidência nessas duas reacções.

A reacção precoce que deve ser interpretada como uma hipersensibilidade para os constituintes bacilares consiste numa lesão eritemato-papulosa que surge em regra às 24-48 horas (por vezes já às 12 horas) e começando em geral a atenuar-se a partir das 72 horas; nos casos mais intensos é ainda visível durante semanas sob a forma de um halo eritematoso que rodeia o nódulo tardio; o aspecto amiboide dos contornos do eritema é também característico das reacções positivas intensas.

Segundo o critério mais recomendável as reacções precoces devem ser lidas às 48 horas e classificadas em:

negativa (—) = ausência de reacção ou apenas eritema ou eritema-edema não excedendo 5 mm de diâmetro
duvidosa (±) = edema-eritema entre 5 e 10 mm de diâmetro
fracamente positiva (+) = edema-eritema entre 10 e 15 mm de ϕ
positiva média (+++) = edema-eritema entre 15 e 20 mm de ϕ
positiva forte (++++) quando o diâmetro da reacção excede 20 mm

A reacção tardia consiste no aparecimento de um nódulo no ponto da injecção, depois de uma semana e em geral entre

**Quando a circulação
necessita de suporte**



Effortil [®]

Cloridrato de 1-(3-oxifenil)-1-oxi-2-etilaminoetano

Regula harmoniosamente o trabalho do coração

e dos vasos periféricos

Indicações:

Colapso circulatório
Hipotonia e perturbações hipotensivas da regulação
Desregulação ortostática

Apresentação:

Effortil gotas a 0,75%
Frasco com 15 g
Embalagem hospitalar com 100 g

Effortil comprimidos a 0,005 g
Tubo com 20
Embalagem hospitalar com 500

Effortil ampolas a 0,01 g
Caixa com 6
Embalagem hospitalar com 30



C.H. Boehringer Sohn · Ingelheim am Rhein · Alemanha

Representantes para Portugal e Ultramar:

JABA · J.A. BAPTISTA D'ALMEIDA, LDA. · Rua Actor Taborda, 13 · LISBOA

SISTOBIOL

CARDIOTÓNICO

COMPOSIÇÃO

Convalamarina	0,005 Grs.
Niquetamida	5
Glicerofosfato de estricnina.	0,002 »
Água bidestilada q. b. para	20 c. c.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Nas formas asténicas da hipotonia cardiocirculatória e neurovegetativa.

APRESENTAÇÃO

Frasco conta-gotas de 20 c. c.



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

a terceira e a quarta semana; quando não surge até ao 60.º dia pode-se considerar a reacção negativa. A terminologia adoptada para esta reacção é a seguinte:

negativa (—) ausência de reacção
 duvidosa (±) infiltrado com menos de 3 mm de diâmetro
 fracamente positiva (+) infiltrado nodular com 3 a 5 mm ϕ
 positiva média (++) nódulo já típico com mais de 5 mm ϕ
 positiva forte (+++) quando o nódulo se ulcera

É de aconselhar a menção rigorosa da dimensão das reacções, em milímetros, quer de um só diâmetro se a reacção é circular quer de dois se ela é oval, assim como a comprovação histológica dos limites reais e aparentes da reacção para se conseguirem elementos para um melhor estudo comparativo no próximo Congresso.

O resultado positivo da leprominorreacção é interpretado como um certo grau de resistência ao *M. leprae* e proporcional à intensidade da reacção.

A reacção negativa nos contactantes ou nos doentes é aceite como uma deficiência de resistência mas não tem significado clínico em indivíduos não sujeitos ao contágio, a não ser quando persista em provas sucessivas.

Discutindo a relação entre o B C G e a leprominorreacção a Comissão declara não ter conseguido um número suficiente de elementos que lhe permita uma segura apreciação desse fenómeno. Mantêm-se as dúvidas sobre a acção protectora da calmetização na infecção leprosa e muitos resultados de viragem da leprominorreacção com B C G são contraditórios ou pelo menos os métodos empregados não têm suficiente uniformidade para permitir a sua comparação ou o controle efectuado não é suficiente para se admitir sem discussão os resultados.

Parece pois conveniente a continuação dos estudos sobre este tão importante capítulo sendo de recomendar que se use o B C G seco e estandardizado e não se realize sistematicamente um prévio ensaio com a lepromina pois esta só por si é capaz de provocar uma viragem que falsearia os resultados; de resto a reacção à tuberculina é elemento suficiente para condicionar o uso do B C G, e a frequência de positividade da leprominorreacção pode ser avaliada em grupos padrões.

IV — BACTERIOLOGIA, PATOLOGIA E ANATOMIA PATOLÓGICA

Comissão técnica — J. Hanks, K. Chatterjee, R. Rees, D. Ridley, C. Binford, J. Mac Fadzean, Y. Hayashi e R. Azulay

A Comissão nomeada começa por reconhecer as dificuldades inerentes ao estudo da bacteriologia e patologia da Lepra visto se continuar a desconhecer um animal sensível à doença e não ser possível cultivar o bacilo.

Fazendo o ponto dos actuais conhecimentos assim como de algumas técnicas em uso a Comissão acentua:

— os métodos de contagem de bacilos em material colhido das lesões em especial por escarificação, parecendo ter um real valor para o diagnóstico e avaliação da marcha da doença, necessitam de ser aperfeiçoados e particularmente uniformizados.

— a falta de desenvolvimento do *M. leprae* em cultura de tecidos sugere um metabolismo dependente de sistemas enzimáticos ou hormonais específicos das células vivas não separadas do organismo ou que sejam diferentes das células que é possível manter em cultura.

— estão em franco progresso os estudos citoquímicos e enzimáticos relacionados com a microscopia electrónica, sendo possível que deles advenha um melhor conhecimento da fisiopatologia do *M. leprae* e do *M. lepraemurium* o qual continua apresentando numerosas analogias com o *M. leprae* sob o ponto de vista bacteriológico e patológico.

— o condicionamento de inoculações a animais por meio de modificações hormonais, físicas e biológicas (sensibilização, abaixamento de temperatura, corticoesteróides, etc.) tem aberto novas possibilidades experimentais cujos resultados ainda se não

podem prever mas que talvez levem à solução de alguns problemas fundamentais.

— no estudo anatomopatológico tem havido nítido progresso no que respeita às técnicas histológicas pois o aperfeiçoamento da desparafinização associado a uma melhor formalização, coloração e diferenciação permite observar mais facilmente os bacilos os quais por outro lado são mais facilmente conservados nos blocos e nos cortes do que anteriormente.

— sob o ponto de vista histológico a maioria dos leprologistas admite actualmente as seguintes características para os vários tipos de lepra:

Lepra tuberculóide — infiltração focal de células epitelioides e linfocíticas que nalguns pontos quase contacta com a epiderme; frequentes infiltrados dos nervos que podem mesmo ser destruídos.

Lepra lepromatosa — infiltrado granulomatoso em que abundam os histiocitos, as células de Virchow e os «globi» mas nunca atingindo a camada epidérmica.

Entre estes dois tipos polares escalonam-se uma série de aspectos que são actualmente caracterizados pela contagem de bacilos, preponderância de infiltrados linfo-epitelioides ou de células de Virchow, lesões dos nervos e ainda pela infiltração atingir com maior ou menor intensidade a zona superficial da derme papilar (sub-epidérmica).

— a infecção leprosa mostra uma tendência muito característica para atingir os nervos periféricos (superficiais) cujas lesões histológicas são do mesmo tipo das cutâneas que as rodeiam. Nos tipos de lepra em que a resposta imunitária é mais marcada (excepto portanto na lepromatosa) as lesões dos nervos cutâneos sensoriais são mais intensas que as de outros elementos.

— o estudo dos casos tuberculoides evolucionando para dimorfos tem revelado ao exame dos nervos atingidos uma situação dos bacilos tanto mais externa quanto maior é o seu número o que, para alguns autores, seria um argumento a favor das lesões nervosas serem as primitivas da lepra e que é dentro dos nervos que os bacilos se localizam e multiplicam no início da doença. Este assunto requer contudo um estudo mais aturado para se obterem resultados concretos mas cujo interesse para o esclarecimento dos aspectos fundamentais da Lepra é escusado exaltar.

— a reacção leprosa em qualquer dos seus aspectos deve ser considerada como uma modificação da situação imuno-alérgica individual e não como uma exacerbação da actividade bacteriana.

V — EPIDEMIOLOGIA, VIGILÂNCIA E PROFILAXIA

Comissão técnica — J. Doull, O. Diniz, R. Guinto, J. Inesse, E. Montestruc, C. Ross, R. Wardekar e J. Convit

Ao começar o seu relatório a Comissão põe em destaque o facto de não ter surgido nestes últimos anos qualquer novo meio de combater ou controlar a afecção pelo que as modificações das técnicas adoptadas no último Congresso são apenas de pormenor e baseadas na experiência adquirida com os métodos já conhecidos.

As recomendações que a Comissão apresentou e que foram aprovadas na Sessão dedicada a este assunto podem resumir-se da seguinte forma:

— para um eficaz combate à endemia leprosa é fundamental o estudo epidemiológico da afecção, isto é, da incidência e distribuição das várias formas de Lepra, das suas relações com o clima, regimen alimentar, condições de trabalho e habitação, etc.

No estudo da incidência tem especial interesse o exame de grupos variados mais provavelmente representativos e não somente de determinados sectores populacionais (militares, estudantes, pessoal hospitalar, etc.) pois isso pode dar uma noção errada da endemia; contudo os números obtidos por qualquer processo devem em geral apenas ser tomados como indicativos de medidas a adoptar e muito principalmente servirem de termo de comparação para inquéritos ulteriores realizados em idênticas condições visto estar demonstrada a enorme dificuldade de se efectuar um exame populacional rigoroso (impossibilidade de comunicações, relutância individual para se sujeitar aos exames, limitações de ordem religiosa, etc.).

— os exames epidemiológicos devem particularmente ter

em linha de conta a prevalência dos tipos de Lepra bem como as suas mutações, para se procurar averiguar da infeciosidade relativa de cada um deles e em especial da lepra tuberculóide.

— tendo sido um dos factos mais importantes nestes últimos anos a tendência cada vez mais espalhada do tratamento ambulatorio dos doentes isso obriga consequentemente a uma mais rigorosa vigilância dos contactantes e familiares.

— também pela mesma razão é indispensável instalar os Dispensários de forma a que a eles possa acorrer o maior número possível de doentes e além disso utilizar essas instalações como um centro de educação sanitária antileprosa tanto para os doentes e familiares como para o público em geral.

— tendo as Leprosarias deixado de ser centros de isolamento compulsivo para se tornarem em instalações especializadas para tratamento de casos graves e contagiantes deve procurar-se facilitar ao máximo o internamento voluntário dos doentes nestas condições marcando bem que os doentes mantêm a sua liberdade de acção.

— devem envidar-se os maiores esforços para separar as crianças de doentes contagiosos para o que se pode prever o seu internamento em preventórios ou asilos mas de preferência em casa de outros familiares, e, em qualquer dos casos, mantendo sobre essas crianças uma permanente observação preventiva.

— apesar de se manter a discussão acerca do valor profilático do B C G na Lepra é de aconselhar a sua realização nas crianças em perigo de contágio.

— uma larga assistência social constitui auxílio valioso e indispensável de uma campanha profilática devendo incidir particularmente, como já se faz em muitos países, no auxílio financeiro quer ao doente quer aos seus dependentes, na obtenção de trabalho adequado para o agregado familiar, na colocação das crianças (quando necessário) em asilos, preventórios ou outras casas de pessoas de família a quem se preste a devida assistência médica e financeira, na reeducação profissional dos doentes, etc.

— para um eficiente controle da epidemia deve-se insistir na participação aos Serviços de Saúde oficiais de todos os casos de doença verificados na clínica privada.

— o isolamento obrigatório de todos os casos de Lepra deve ser abolido mas deve manter-se a possibilidade legal dos Serviços de Saúde poderem mandar internar um doente ou isolar a sua habitação quando ele seja altamente contagiante.

— torna-se necessário um estudo mais profundo das relações entre a positividade da leprominorreacção e a resistência à infecção para se poder avaliar da eficácia de certos métodos de prevenção. A este respeito é de especial interesse verificar nos inquéritos epidemiológicos os resultados do emprego do B. C. G. e de outras medidas profiláticas, assim como das possibilidades infectantes dos vários tipos de Lepra e da eficácia das várias terapêuticas. Para este efeito é aconselhável:

a — procurar a fonte de contágio dos novos casos, principalmente nas zonas em que predomina a lepra tuberculóide.

b — efectuar estudos comparativos entre grupos de crianças nas mesmas condições epidemiológicas dos quais uns tenham sido sujeitos à calmetização e outros não.

c — estabelecer a relação entre a incidência de novos casos nas zonas em que o B. C. G. é usado em massa e naquelas em que não o é, notando-se em especial os casos de L e T, por grupos etários e por sexos.

d — para uniformidade de registo dos resultados terapêuticos é aconselhável o emprego nos Dispensários dos seguintes índices:

$$\begin{aligned} \text{Índice de remissão} & \\ \text{clínica} &= \frac{\text{casos cuja evolução foi suspensa}}{\text{total dos casos tratados}} \times 100 \\ \text{Índice de remissão} & \\ \text{bacteriológica} &= \frac{\text{número de casos cuja baciloscopia ficou negativa}}{\text{número total de casos com baciloscopia positiva}} \times 100 \\ \text{Índice de casos} & \\ \text{iniciais} &= \frac{\text{novos casos}}{\text{população da área}} \times 1.000 \end{aligned}$$

Todos estes índices devem ser referidos a um ano e além disso divididos por sexos e por grupos etários.

VI — ACÇÃO SOCIAL NA LEPROSA

Comissão técnica — T. Jagadisan, F. Contreras, F. Hemmerijckx, R. Follereau, A. Miller, R. Ozawa e E. Weaver

Quando em 1954 acentuamos no nosso artigo publicado em «O Médico» (n.º 128-1954) que «os avanços da eficácia terapêutica antileprosa tinham como consequência um acréscimo dos problemas relacionados com a reintegração e adaptação do leproso curado ou em tratamento ambulatorio no meio social que lhe é ancestralmente hostil» não fizemos mais que sintetizar tudo quanto se passou nestes últimos anos e quão premente é ainda o problema da acção social na Lepra.

Com efeito no seu relatório a Comissão incumbida do estudo deste tão importante capítulo da Lepra frisa que «o progresso crescente da terapêutica medicamentosa necessita de ser acompanhado de uma paralela evolução da acção social na Lepra».

De entre os aspectos mais prementes desta actividade tão profundamente humana e cristã em que mais uma vez o homem no seu todo se mostra o centro do interesse colectivo, são de destacar os seguintes pormenores:

— a Lepra deve ser considerada apenas como uma doença infectocontagiosa incluída no grupo de todas as outras conhecidas.

— o doente deve ser tratado tão precocemente e completamente quanto seja possível.

— é necessário abolir os regulamentos ou quaisquer determinações oficiais que considerem a Lepra como uma doença de excepção, particularmente o isolamento geral compulsivo, quando realmente se trata de uma moléstia idêntica a tantas outras para as quais não se aplicam medidas tão drásticas.

Felizmente o aspecto social da Lepra tem merecido particular atenção de vários sectores oficiais e extra-oficiais, médicos e paramédicos, encontrando-se muitos dos seus problemas convenientemente equacionados e mesmo parcialmente ou totalmente resolvidos.

Neste capítulo deve destacar-se o papel assumido ultimamente pela Soberana Ordem de Malta que promoveu em Roma, em 1956, um Congresso Internacional Para a Reabilitação do Leproso no qual estiveram representadas todas as Nações interessadas no problema e em que foram tomadas importantes decisões práticas.

Em resumo podemos considerar como fundamentais (tanto no Congresso de Roma como no de Tóquio) as seguintes orientações:

— a Lepra é actualmente uma doença infecto-contagiosa cuja prevenção e cura têm as mesmas possibilidades de outras doenças do mesmo tipo pelo que não são necessários Serviços especializados diferentes dos já existentes nas Organizações oficiais sanitárias.

— o diagnóstico e tratamento precoces dos doentes são fundamentais para o controle e erradicação da afecção.

— é indispensável manter o paciente tanto quanto possível activo socialmente, quer tratando-o ambulatoriamente sem o afastar das suas actividades normais, quer procurando adaptá-lo a um novo modo de vida compactível com as suas possibilidades físicas ou após um conveniente treino procurar a sua reintegração na Sociedade se dela fora afastado.

— apesar de ser fundamental a protecção epidemiológica das crianças ela deve coadunar-se com as realidades sociais evitando os prejuizos que podem advir do afastamento do lar tradicional e da influência familiar pelo que o seu internamento em asilos ou preventórios só se deve admitir em última análise e quando o contágio seja inevitável e a profilaxia por outro método falível.

— deve-se procurar um apoio governamental eficiente e real no sentido de se obter uma legislação protectora dos doentes, assegurando-lhes não só o tratamento como a manutenção económica do agregado familiar e, sempre que necessário, melhorando as suas condições de vida pois é bem evidente a maior incidência na epidemia leprosa nos países que têm um baixo nível social.

— é indispensável obter a abolição das leis que obrigam ao isolamento dos doentes em leprosarias e tornar voluntário o internamento dos doentes; isto deve contudo ser acompanhado de uma vasta campanha sanitária mostrando a vantagem de um tratamento precoce e rigoroso dos leprosos muito principalmente daqueles que estão em fases agudas ou contagiantes. Para esta

PARA UTILIZAR TODOS OS RECURSOS TERAPÉUTICOS

da HORMONA MASCULINA:

*Androgénea — anti-estrogénea — dinamogénea
anabólica*

Sterandryl

propionato de Testosterona
sal óleo-solúvel de **acção rápida**
3 dosagens:

- Caixa de 5 ampolas de 1 cm³ doseadas a 10 mg.
- Caixa de 2 ampolas de 1 cm³ doseadas a 25 mg.
- Caixa de 2 ampolas de 1 cm³ doseadas a 50 gm.

Sterandryl Retard

Hexahidrobenczoato de testosterona
sal óleo-solúvel de **acção retardada** sendo neces-
sário apenas uma injeção mensal

- Caixa de 2 ampolas de 2 cm³ doseadas a 100 mg.



LABORATÓRIOS ROUSSEL, LDA.

AVENIDA ANTÓNIO AUGUSTO DE AGUIAR, 126, 3.º

LISBOA

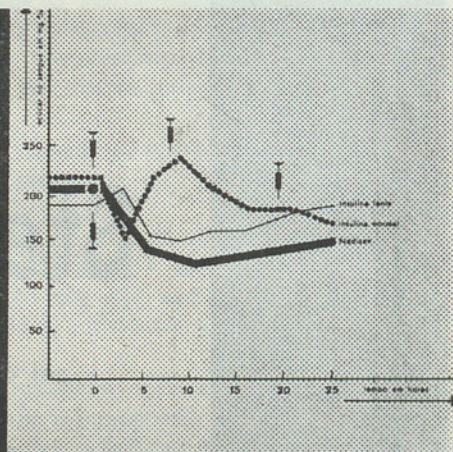
P2 . CJ1 . 358

Milhões de doentes

5 anos de tratamento oral da diabetes comprovam a segurança que oferece o emprego de

Nadisan®

100 anos boehringer



Acção exercida com uma dose única de Nadisan sobre o teor de açúcar no sangue em comparação com três injeções de insulina normal e uma injeção de insulina lenta

Efeito de longa duração
confiança absoluta
tolerância excelente

Nadisan, o primeiro antidiabético activo por via oral, uma descoberta que abriu novos caminhos terapêuticos, da Casa

C. F. Boehringer & Soehne GmbH
Mannheim

Ferraz, Lynce, Lda. - Lisboa

campanha deve obter-se o concurso não só das entidades oficiais como de instituições particulares e particularmente dos estabelecimentos de ensino, religiosos, etc.

— conseguir o aperfeiçoamento ou a criação de estabelecimentos de recuperação social dos doentes, quer sob o ponto de vista médico (ortopedia, fisioterapia, etc.) quer profissional (escolas e oficinas) será o complemento indispensável desta acção social e a base de toda a acção de reintegração do doente ou do seu não afastamento da sociedade.

★

Examinados assim os vários aspectos do VII Congresso Internacional de Leprologia efectuado em 1958 em Tóquio, podemos concluir que no fundo não houve alteração substancial das directivas estabelecidas no Congresso anterior de Madrid e apenas

melhor concretização dos meios destinados à cura e prevenção da doença, podendo por outro lado estabelecer-se em face dos resultados já obtidos que é de admitir a possibilidade de uma redução substancial do número de doentes o que pressupõe a extinção da endemia ou pelo menos a sua abolição como perigo social.

O nosso optimismo do final do artigo que publicamos em 1954 está pois plenamente confirmado pelos resultados já apresentados neste Congresso e podemos terminar, tal como então: «tudo se conjuga para admitir que o flagelo está em grande parte dominado e que além da sua franca regressão nalguns Países seja possível no próximo Congresso mencionar a sua extinção em outros».

E, mais uma vez, esperamos que Portugal seja uma das Nações que nestes aspectos apresente resultados mais favoráveis.

Lisboa, Janeiro de 1959.

A enfermeira e a Higiene Mental

ESTELLA MASSANO DE AMORIM

Em primeiro lugar cumpre-me agradecer ao Senhor Professor Barahona Fernandes, o ter chamado a participar, neste Curso, uma enfermeira, o que confirma, mais uma vez, apreciar V. Ex.^a a Enfermagem em todo seu valor.

E porque a função essencial da Enfermeira é ajudar todo o indivíduo, a manter a saúde, e a Higiene Mental, visa conseguir conservar, nas melhores condições, a saúde do espírito, a enfermeira da especialidade, ou não, tem um papel de grande responsabilidade, neste campo.

O progresso, permitindo a compreensão da inter-ligação do psíquico e do somático, deu à enfermagem, um papel de grande relevo na Higiene Mental.

Como a finalidade que se pretende atingir é ajudar a manter intacto, o terreno psíquico, numa acção preventiva, por meio duma grande compreensão humana, auxiliando todos, a colaboração que cabe neste trabalho à enfermeira, supõe uma capacidade e preparação convenientes.

Também o progresso, modificou a maneira de viver dos povos e por isso, tornou-se necessário, ao indivíduo, ser acompanhado, de modo a conseguir manter uma linha de equilíbrio. Neste sentido, cabe à enfermeira, uma actuação, numa equipe, constituída por vários elementos, que exige uma especialização, dentro do campo da Higiene Mental.

E porque «a caridade bem ordenada, por nós é comecada», a enfermeira deverá poder dispor de condições que lhe permitam cuidar da própria Higiene Mental. É aqueles, que possuem a responsabilidade na orientação das suas actividades, que compete a grave obrigação de contribuir nesse aspecto.

Esses cuidados têm de existir, desde o início da sua formação como enfermeira.

Logo na admissão para a Escola de Enfermagem, terá que se atender a uma rigorosa selecção dos candidatos, que deverão possuir as qualidades indispensáveis, para o desempenho das suas funções futuras, duma maneira absolutamente satisfatória, no que terá uma influência preponderante, a personalidade.

As razões apresentadas na escolha da profissão e a idade mental, de harmonia com as exigências da mesma, deverão ser consideradas, assim como as condições em que o aluno de enfermagem é preparado: leccionamento de todas as teorias, necessariamente aplicáveis, no futuro exercício da sua profissão; estágios realizados de maneira a corresponder às exigências das técnicas mais modernas, não deixando lacunas, que poderão ajudar a fazer surgir problemas, que criem o estado de inquietação ou insegurança, no exercício de funções ou que acabem por provocar um endurecimento, alheio às falhas que essa insuficiência de preparação provoque.

Leccionamento diferenciado, entre definições e maneiras de actuar, na solução de todas as situações.

Importantíssimo é preparar o aluno de enfermagem, a saber descansar durante o curso e, mais tarde, quando surjam momentos de sobrecarga de trabalho.

Criar condições, que permitam uma completa satisfação, na realização do trabalho quotidiano e, como de primeira necessidade, surgem: a satisfação pelo lugar ocupado; consciência de competência, para o exercício das funções a que é chamado; e o acompanhamento, com interesse, da parte de todos os colaboradores, principalmente, daqueles de quem dependa, a orientação a dar ao trabalho.

Condições de vida que satisfaçam, de maneira a que cada um aceite voluntariamente, a disciplina estabelecida e que essa disciplina seja equilibrada e sensata nas suas exigências.

Criação de ambiente, de maneira a que a enfermeira, no trabalho e fora do serviço, seja compensada do desgaste provocado pela assistência competente, dada aos doentes, que na especialidade de Psiquiatria, fatigam mais do que quaisquer outros, contribuindo assim para que ela consiga dominar sempre, a sua situação profissional, sem se deixar dominar por ela, em que ponha o coração na sua actuação, mas não se subordine a ele, o que acontece por vezes, já num excesso de fadiga.

Facilitar convivências e interesses, de modo a não permitir a descida de nível das possibilidades de cada um, não esquecendo o valor de cursos de actualização.

E cabe, agora, a vez a um problema, a maior importância, que tem prejudicado profundamente.

Seria ideal, que a enfermagem pudesse ser considerada e servida como vocação. Mas, na prática, verificou-se a existência dum número restrito de servidores, nestas condições, o que obrigou a encarar a enfermagem, como profissão, o que nem mesmo assim permitiu obter um número suficiente e satisfatoriamente competente.

Em relação à vocação, teríamos de encarar a enfermagem, como sub-vocação da vocação de solteira e certamente que haveria uma doação mais completa, por um celibato aceite sem coação.

Mas, como assim não é, aqueles que determinaram considerar a enfermagem, como profissão, deverão aceitar que as enfermeiras, como profissionais, têm os mesmos direitos humanos que as outras mulheres, integradas em profissões diferentes, principalmente um deles, que é vedado à enfermeira que serve o Estado e que é, o de constituir família. Como resultado desta proibição, surgem problemas gravíssimos, sob todos os aspectos.

Fala a Higiene Mental, na necessidade de compreender o indivíduo, no que diz respeito às carências do meio.

A Enfermeira tem uma vida absorvente, em que cumprindo, durante horas de trabalho, se esquece de si própria,

para se entregar ao cuidado dos que necessitam da sua assistência.

É uma vida, vivida em grande intensidade, intensidade essa que deve ser compensada. E a compensação por excelência, só a pode encontrar, num ambiente extra-hospitalar e que melhor não pode ser, que o da família. A família não só no aspecto dos pais e demais parentes que acompanham e necessitam do seu amparo; da família que adocece e vem sobrecarregar as horas de descanso, com mais trabalho, mas, na constituição de um lar, que embora exija que ela continue a trabalhar, a compense com affecto e presenças, que são essenciais.

Obrigiar a Enfermeira a não casar, é atentar contra um dos direitos mais sagrados do indivíduo e penetrar, negativamente, no campo da Higiene Mental. Que a Enfermeira não queira casar, essa resolução pertence-lhe, mas essas são excepções e as regras só podem ser criadas, em função da generalidade.

As consequências desta determinação, são gravíssimas, dentro do campo da Higiene Mental e porque não é possível alongar-me, referirei apenas: frustrações, sentimentos de culpa, diminuição de rendimento no trabalho e abandono duma carreira preferida, o que pode levar à situação de insatisfação, por incompleta realização de si própria.

Tem-se procurado perfurar esta barreira intransponível ainda, e digo ainda, porque a situação tem de ser resolvida para todas, como um direito de todas.

Acontece que os lugares criados ou adaptados, para serem ocupados por algumas enfermeiras, casadas, ficam em prejuízo, pois que as enfermeiras aí colocadas, o são, pela sua situação de casadas. Embora a enfermeira completa, deva saber servir, segundo todas as exigências da sua profissão, acontece sempre, haver lugares que são desempenhados em melhores condições por umas, o que permite escolhê-las. Desta maneira, vemos colocar enfermeiras em lugares, cujo desempenho não é o melhor, porque a escolha não é em função dos seus méritos profissionais, mas devido à sua situação pessoal de casadas. É assim, a posição particular da Enfermeira vem prejudicar o Serviço, o que não aconteceria, se a autorização para o casamento fosse geral.

Criam-se, quanto à Higiene Mental, neste particular, dois estados:

As enfermeiras casadas, escolhidas e colocadas, sentem-se intimamente descontentes, por se verem obrigadas a ocupar um lugar que menos as satisfaz, o que influe no rendimento de trabalho. Por outro lado, as enfermeiras solteiras, olham aquelas, como privilegiadas e sentem um descontentamento, porque não lhes são atribuídos os mesmos direitos e até porque se pretenderem casar, falta-lhes a garantia de segurança na situação ocupada e a certeza de idêntica solução.

Estes surtos solucionários, provocam um mal estar que toma características endêmicas no campo da Higiene Mental.

Outra dificuldade que pode prejudicar, é a não satisfação do desejo da justa remuneração, de harmonia com a de outras profissões, que não exigem um tão grande dispêndio de energias e que por razões de ordem económica, influencia o abandono da profissão, por outra, o que poderá provocar uma situação de descontentamento por se ser obrigado a verificar a verdade da afirmação de que «se nem só de pão vive o homem, sem ele não pode viver».

Quanto à residência obrigatória, há necessidade de favorecer a instalação fora dos estabelecimentos, pois que se como alunas de enfermagem, é essencial viver dentro do ambiente profissional, para uma melhor integração, à enfermeira diplomada é indispensável sair do ambiente, depois das horas de trabalho, para não cair na deformação profissional, de só conviver, com profissionais e ser dominada pelo ambiente, onde é obrigada a viver.

A residência obrigatória, poderá parecer, à primeira impressão, mais económica, para os estabelecimentos, mas o rendimento de trabalho será bem maior, se, aumentada a remuneração, que por encargos de família impossibilita, por vezes, a Enfermeira, de usufruir o mínimo de distrações necessárias, se permita uma instalação no exterior ou, se crie casas, com ambiente de lar, pondo assim, termo à obrigação de residência em quartos que por vezes se identificam com os dos próprios doentes, ou de dormir, junto às enfermarias,

em que o repouso e as horas livres, são perturbados, pela presença dos doentes.

Este é, um grave atentado, contra a integridade psíquica da Enfermeira, no campo da Higiene Mental.

PAPEL DA ENFERMEIRA, NO CAMPO DA HIGIENE MENTAL

Toda a Enfermeira tem um papel no campo da Higiene Mental. Mas para que o possa realizar, a sua preparação requere uma atenção especial.

No ensino da Enfermagem Geral, devem ser englobados os princípios orientadores da Psiquiatria e da Higiene Mental, numa maior amplitude, para facilitar à Enfermeira a possibilidade de se orientar e orientar aqueles que necessitem do seu conselho e até, porque será um meio de despertar o interesse de servir na Psiquiatria.

A actuação da Enfermeira, com o diploma de Enfermagem Geral, dentro do campo da Higiene Mental, pode realizar-se, mesmo, no seu trabalho mais elementar, até à contribuição, na solução de problemas neste campo. Desde a maneira compreensiva como convence o doente a aceitar a administração dum medicamento, à explicação da necessidade de internamento e até mesmo, à acção sobre a família do doente e sobre todos aqueles, para os quais a sua atenção seja chamada.

A possibilidade que lhe é dada, de penetrar nas famílias, tratando doentes em casa, permite-lhe, por vezes, encontrar problemas de ordem familiar, localizar dificuldades emocionais e anormalidades, em estados incipientes, que poderá ajudar a resolver directa ou indirectamente, recorrendo ou aconselhando a recorrer aos serviços competentes.

A acção no campo da Higiene Mental cabe essencialmente ao Estado, embora possa ser ajudada indirectamente, por particulares, numa compreensão valiosa dos problemas. Como prova disso, temos a criação do Centro de Acção Social do Hospital Júlio de Matos, que reuniu senhoras de boa vontade, que tentam angariar meios, para ajudar os doentes e que já tem o projecto da fundação de uma Casa para Convalescentes, para onde sairão, com curta estadia, os doentes do referido Hospital, com alta, que não tenham família ou cujo ambiente familiar não ofereça condições que favoreçam a readaptação do doente à comunidade. Deixam-se estas senhoras orientar por um Conselho Técnico constituído por um psiquiatra, uma enfermeira, uma assistente social e uma ergoterapeuta.

No entanto, a obrigação de actuação pertence aos organismos oficiais, visto serem os que melhor podem actuar e conseguir a compreensão do público, pois que sem esta, a acção preventiva é mais difícil de obter. Só a sua acção pode conseguir resultados satisfatórios.

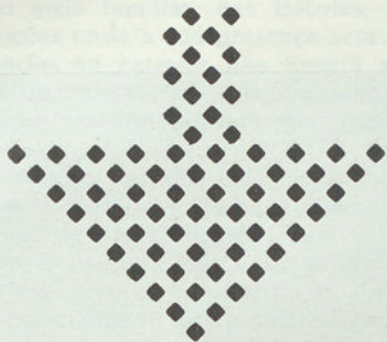
Além dos organismos já existentes, é necessário criar mais, congêneres, para que aqueles não vivam tão sobrecarregados, completando-os com a acção de outros, cuja criação urge, pelo movimento causado, por novas orientações, no campo da Psiquiatria, que obrigaram a uma maior atenção a cada ramo da própria especialidade e que impuseram uma diferenciação para uma melhor actuação.

Há que ter em vista a criação de estabelecimentos especiais, para onde sejam enviados doentes de cura mais demorada, facilitando assim, um maior movimento de admissões, o que quanto à Higiene Mental corresponde à necessidade de internamento precoce.

Uma das condições, para que todos estes organismos realizem o trabalho que lhes é atribuído, consiste em poderem dispor de pessoal de enfermagem, com completa preparação e em número suficiente, o que poupará tempo, aumentando consequentemente o seu rendimento preventivo.

Aqueles que têm a responsabilidade dos serviços existentes, sentem certamente a ausência da Enfermeira, com a devida preparação, para actuar no exterior, satisfazendo assim as exigências mais modernas da Higiene Mental.

Há que prepará-la, para actuar, por intermédio dos Dispensários, como elemento de ligação com os Hospitais Psiquiátricos, no que diz respeito à necessidade de internamento, a altas, ao Hospital de Dia e ao Hospital de Noite,



IMUNADOL

ANTI-INFECCIOSO

ACTIVADOR DAS DEFESAS ORGÂNICAS

LISADO BACTÉRICO

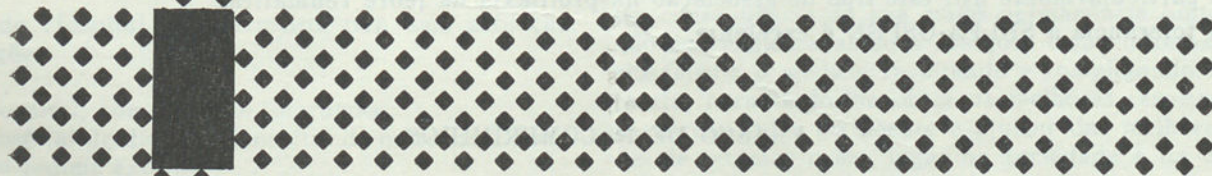
OBTIDO A PARTIR DE ESTIRPES LISAS SELECIONADAS DE PNEUMOCOCOS, MICROCOCCOS CATARRAIS, ESTAFILOCOCCOS, ESTREPTOCOCCOS, ENTEROCOCCOS, B. DE PFEIFFER E B. DE FRIEDLANDER.

COM ACÇÃO IMUNIZANTE

COMPROVADOS EFEITOS NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS ESTADOS GRIPAIS

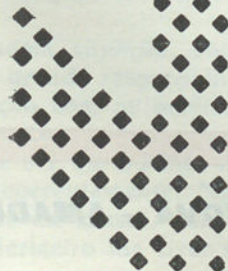
Caixas de 3, 6 e 12 ampolas de 2 c. c.

VERIFICADO OFICIALMENTE NO
INSTITUTO CÂMARA PESTANA



LABORATÓRIO SAÚDE, L.^{DA}

R. de Santo António à Estrêla, 44—LISBOA





SULFA-OSPEN

Trata-se de uma associação de Penicilina V e três sulfamidas, destinada à quimioterapia por via oral.

A penicilina V ou fenoximetilpenicilina é, como se sabe, activa por via oral por ser estável em meio ácido, além de que sofre reabsorção total ao nível do intestino. Esta nova penicilina administrada por via oral tem uma eficiência e um grau de segurança iguais ao da Penicilina G por via parentérica.

Como sulfamidoterapia elegeu-se uma mistura já clássica: *sulfamerazina*, *sulfadiazina* e *sulfametazina* pois estes três derivados da pirimidina são das sulfas menos tóxicas, e a sua mistura está praticamente desprovida do perigo da cristalúria, desde que a solubilidade urinária é um problema individual para cada molécula, cujo teor é muito menor que o habitual. Pelo contrário, no que respeita à acção antibacteriana, o poder das três sulfas é aditivo.



O emprego de SULFA-OSPEN está indicado em todas as doenças produzidas por germes sensíveis à penicilina, entre as quais, segundo a experiência, se contam principalmente: pneumonias e broncopneumonias, angina estreptocócica, angina de Vincent, escarlatina, blenorragia, otite, osteomielite, supurações das partes moles, como abscessos, fleimões, furúnculos e erisipela; tratamento profilático em operações cirúrgicas e ginecológicas, extirpação de focos, como, por exemplo, a amigdalectomia, extração de dentes, etc.

A maioria destas bactérias é também sensível às sulfas pirimidínicas, donde resulta um evidente reforço da acção da Penicilina V.

É particularmente útil este tipo de associação na profilaxia da febre reumática.

A tolerância a SULFA-OSPEN é excelente.

FRASCO DE 10 COMPRIMIDOS



LABORATÓRIOS VITÓRIA S. A. R. L.

VENDA NOVA — AMADORA

assim como no meio familiar, nas Escolas, nas Fábricas e noutras Instituições onde a sua presença seja requerida.

Na actuação no exterior não haverá sobreposição de tarefas com as de outros, pois que lhe deve ser ensinado o limite como será traçado adiante no trabalho que lhe é atribuído.

Para a actuação fora dos estabelecimentos hospitalares, é necessário dar à Enfermeira uma preparação, segundo um curso, curso esse de especialização, dentro da própria Psiquiatria, quanto à Saúde Pública, ou então para um maior alcance, iniciar um curso de especialização, em Saúde Pública, que abranja a especialidade de Psiquiatria e em que as enfermeiras psiquiátricas sejam recebidas, com preferência, para a actuação na Higiene Mental.

Desta maneira, a enfermeira, possuidora duma completa preparação, poderá actuar em todos os campos que lhe são compatíveis, incluindo o da Higiene Mental.

Em todas as situações, ela terá um papel de suporte, muito útil na Higiene Mental. É a ouvinte compreensiva, que não domina, que deixa falar e ouve atenta, aproveitando os elementos úteis de observação nunca especulando nem explorando os problemas. É a grande ajuda de que o ajudado precisa.

A Enfermeira não deve agir independentemente, mas sempre orientada pelo médico, principal responsável.

ACTUAÇÃO DO ENFERMEIRO DENTRO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO, EM RELAÇÃO À HIGIENE MENTAL

Dentro do Hospital Psiquiátrico, o pessoal de Enfermagem tem um papel de profunda colaboração na Psicoterapia.

Neste aspecto, não se pretende dizer que o enfermeiro realiza a Psicoterapia, da competência do médico, mas sim a psicoterapia essencial, de saber acompanhar o doente, no seu dia a dia de hospitalização, e mesmo, num aspecto mais diferenciado, como iremos ver.

A sua função em relação à Higiene Mental, será ajudar o doente, para que a doença não progrida e colaborar em todas as possibilidades de readaptação do doente, quer à comunidade, fora do Hospital, quer quando o seu estado exija um internamento mais demorado, dentro da comunidade, constituída pelo Hospital.

A actual preparação do enfermeiro psiquiátrico, segundo os últimos programas estabelecidos, permite-lhe actuar dentro do Hospital Psiquiátrico, em colaboração com a Higiene Mental, mas há que aumentar os seus conhecimentos, de modo a que saiba ser um elemento de ligação, com a enfermeira que trabalha no exterior, no campo da Higiene Mental.

Toda a enfermagem exige a servi-la elementos de elevado nível e em Psiquiatria essa exigência é ainda maior, como é de compreender, pelas suas atribuições, em que se lhe pede a colaboração, numa das mais elevadas missões, que é ajudar o indivíduo doente, a restabelecer o seu equilíbrio psíquico.

Assim compreendida, a enfermagem psiquiátrica, atrairá certamente um maior número de pessoas, da melhor qualidade.

★

Dentro do Hospital, o enfermeiro, terá uma actuação, em duas situações:

- no Hospital, com doentes internados;
- no Hospital de dia e no Hospital de noite, com doentes em regime externo.

Tanto numa situação, como noutra, ao enfermeiro é atribuída uma grande responsabilidade, num trabalho de perfeita colaboração com os médicos e os outros elementos da equipe psiquiátrica.

Terá que ser um ouvinte observador, mesmo quando o doente fala incoerentemente. Nunca o magoar, por falta de atenção ao que ele disser, pois que se expandirá, cada vez mais, se o enfermeiro lhe fizer sentir com habilidade, que o respeita, que o quer ouvir, para o compreender e ajudar.

E assim, ele colaborará na readaptação dos doentes, crianças e adultos, nas várias situações, contribuindo para que eles retomem o seu lugar na sociedade, acompanhando as novas concepções de que cada doente, se for ajudado, se torna útil à sociedade e a si próprio, segundo as suas possibilidades, afastando-o da situação, em que era deixado anteriormente.

Pretende-se restabelecer, em cada doente, o seu nível de normalidade, mas neste aspecto, muito há a fazer ainda, não porque não se tenha a noção do que deve ser feito, mas porque os casos são em número demasiado, para as possibilidades de que se dispõe.

Para um mais perfeito desempenho das funções que cabem ao enfermeiro, será conveniente, rever as suas atribuições, de modo a poder dispor de tempo, para uma acção mais directa sobre o doente, ficando o pessoal auxiliar encarregado de só realizar aquilo que de início se pretendeu, com a criação dessa categoria.

A acumulação destas tarefas, mantida ainda, em alguns lugares, provoca um estado de descontentamento e faz com que se tenha uma noção errada da verdadeira missão atribuída à enfermagem psiquiátrica, diminuindo o seu poder de atracção, sobre aqueles que possam interessar-se.

Além do desinteresse pela especialidade, isto acarreta outros inconvenientes, tais como: desistências a meio do curso, assistência deficiente aos doentes, que não tem a assistir-lhe enfermeiros em número suficiente, de modo a serem-lhe ministrados cuidados, mais diferenciados.

A actuação deve ser orientada, tendo em vista, conseguir que o doente aceite o maior número de responsabilidades, que lhe seja possível assumir, nos momentos de crise, como uma preparação para o futuro.

Dever-se-á colher o maior número de elementos, para apreciação das futuras possibilidades do doente e encorajá-lo para situações que o ajudarão a ser menos dependente dos outros e a cultivar, gradualmente, as suas relações com o ambiente.

Ainda dentro do Hospital, no contacto que tem com as famílias e sob orientação médica, tem o enfermeiro a oportunidade de as informar, no sentido de as esclarecer e fazer desaparecer ideias erradas, sobre a função do Hospital.

É de grande importância, cultivar esses contactos, pois os receios e a ansiedade da parte do doente e da família, poderão desaparecer, por esta acção e adquirir-se, melhor conhecimento de problemas, cuja solução terá a maior importância, para o futuro trabalho de readaptação do doente, ao meio, após a alta, assim como para a aceitação da enfermeira que trabalha no exterior, facilitando-lhe a tarefa de actuação junto da família do doente, para a preparação mais pormenorizada de um ambiente conveniente.

Será, também, função do enfermeiro encorajar o doente a realizar a sua vida fora do hospital, logo que esteja em condições para isso.

Mas, porque apesar do progresso da Psiquiatria, doentes há, cujo estado obriga a que permaneçam internados, o enfermeiro colaborará também, na sua selecção, para que sejam enviados para estabelecimentos, com características especiais, que ajudam o doente a realizar a sua vida, o mais próximo possível, da normalidade.

Para actuar, um programa é essencial. Dá a orientação para a melhor maneira de lidar com os doentes e o enfermeiro, em consequência da sua maior permanência junto do doente, não só verificará as suas reacções como informará conscienciosamente o médico, facilitando e completando, assim, a sua tarefa, permitindo-lhe obter os melhores resultados segundo as necessidades do doente e ajuizar das melhores condições, de ele retomar o seu lugar na sociedade e da maneira mais conveniente de se manter nela.

Ligado à Higiene Mental, é também essencial que os enfermeiros sejam no número exigido, para que não aconteça que, sobrecarregados, cheguem ao estado de esgotamento pelo trabalho, que muitas vezes, pode atingir aquela situação de se manterem o melhor possível, mas mal, criando um estado de insatisfação e angústia de se ver deixar perder a última oportunidade do doente; assim como, a qualidade dos enfermeiros, seja de maneira a manter sempre um nível conveniente de enfermagem e nunca a carência de pessoal possa permitir

a admissão de elementos cuja capacidade favoreça uma acção deficiente.

Compete sempre ao médico, dar ao enfermeiro, uma orientação em linhas gerais.

No dia a dia de trabalho, nessa convivência com o doente, o enfermeiro será um elemento essencial de ajuda e da sua competência dependerá, desde o início, logo numa boa recepção ao doente e pelo seguimento da sua actuação, que ele aceite estabelecer-se na situação de ajudado.

No campo da Higiene Mental, é esta ajuda que terá importância, pois que com ela se pretende a recuperação do doente, pelo restabelecimento duma linha de equilíbrio de saúde mental, tanto quanto as suas possibilidades lho permitam, ou nos estados mais avançados, que a doença não progrida.

Neste aspecto, é muito importante um ramo da Psicoterapia, no qual o enfermeiro tem um papel muito importante, de grande interesse e de maior alcance. Refiro-me à Ergoterapia, ou mais adequadamente à Terapêutica Ocupacional.

Esta terapêutica necessita, porém, de enfermeiros especialmente preparados, pois que é uma especialização, dentro da própria especialidade.

Pela Higiene Mental, está demonstrado que todo o indivíduo para se manter são, necessita duma vida preenchida com uma actividade física e psiquicamente higiénica, coadjuvada por descanso e por alimentação convenientes, de acordo com as energias dispendidas e a dispendir, vida essa, realizada, dentro duma disciplina voluntária ou aceite, sem recalcos, num ambiente que satisfaça, actividade que se traduz por trabalho e distrações.

Assim, haverá que se estabelecer, no Hospital Psiquiátrico, um programa de vida, para o doente, com actividades em que o trabalho terá uma importância capital.

A acção do enfermeiro, junto do doente, no Hospital, deve ter em vista, conseguir despertar nele, todas as possibilidades que de início poderão até não se manifestar, mas que por uma boa actuação, o enfermeiro irá obtendo, conforme o doente vá melhorando, para o que terá grande influência o bom contacto estabelecido inicialmente e a verdadeira noção que ele tiver do valor e da importância fundamental da Terapêutica Ocupacional, pois que esta é, sem dúvida, o coadjuvante mais importante na cura do doente.

Dentro da regra de vida já estabelecida no Hospital, o enfermeiro agirá de modo a aproximar o doente pela forma mais conveniente da vida normal. Assim colaborará numa norma de trabalho em que se faz sentir ao doente que este trabalho é terapêutico e não interessa em primeiro plano o rendimento material que, por vezes, terá mesmo de ser prejudicado para um melhor benefício terapêutico, se bem que, por outro lado, seja também terapêutico que o doente sinta que o seu trabalho dá um rendimento material e que dentro das suas possibilidades, é tão útil como um indivíduo normal.

Verdadeiramente é este o rendimento benéfico e curativo da ocupação.

São energias que se canalizam num sentido positivo; são atenções que se prendem construtivamente; são treinos de hábitos que se readquirem.

★

Ainda dentro deste campo, o enfermeiro colabora também num trabalho de grande interesse, que é a observação do doente, no sentido da melhor escolha de distrações de acordo com o seu nível intelectual e social, assim como na vigilância de protecção, de repouso bem orientado e ainda duma alimentação adequada.

Mas será necessário que possa dispor de todos os meios, sem entraves, para satisfazer as exigências duma recuperação total, em relação à situação de cada doente, de acordo com o que ficou dito e que corresponde ao seu papel nas obrigações para com a Higiene Mental em relação aos doentes hospitalizados.

★

Há, por vezes, doentes cujo estado não exige internamento, mas aos quais é indispensável, o apoio hospitalar.

Porque compete à Higiene Mental não deixar progredir as doenças e atacar qualquer manifestação, o mais cedo possi-

vel, esses doentes podem recorrer, ao Hospital de dia e ao Hospital de noite, a primeira modalidade, já existente no Hospital Júlio de Matos e a segunda, a estabelecer dentro em breve.

No Hospital de dia, o doente vem sujeitar-se a terapêuticas diárias, para serem completadas pela acção familiar, da qual não convém desligá-lo.

Nesta situação, o doente deve ser ocupado da mesma maneira, segundo um programa adequado, numa regra mais próxima da sua vida normal, por uma acção mais directa, no sentido de o encorajar a uma actuação fora do Hospital, já sem suporte.

Esta ocupação, conforme os casos, poderá aproximá-lo da sua profissão ou afastá-lo se isso for aconselhável. Casos há que requerem até a frequência duma Escola de Treino que prepare o doente para uma nova profissão, pois que se assim não se proceder, perder-se-á dentro do campo da Higiene Mental, a oportunidade de restabelecer o indivíduo na vida normal e sem problemas.

O Hospital de dia pode receber também, doentes que se ocupem fora do Hospital para uma acção de suporte.

Os doentes manifestam por vezes uma certa tendência para se fixarem naqueles que lhes dão ajuda; quando isso acontece, a orientação deve ser dada de maneira que a enfermeira liberte o médico dessa situação e outras enfermeiras, a enfermeira o que corresponderá a uma atitude dentro da Higiene Mental, pois toda a terapêutica que não afaste tendências doentias, é uma terapêutica negativa.

Onde quer que o enfermeiro trabalhe, dentro do Hospital ou fora dele, não deve cultivar fixações, pois que a melhor compensação do enfermeiro psiquiátrico, é a mais dura: quando o doente melhora afasta-se, e mau sinal é, quando ele depois duma alta o procura. É natural que o faça, de início, mas não depois.

No Hospital de Noite, são recebidos doentes que tendo lar, este não lhes pode dar apoio; os que têm uma família incompreensiva; aqueles, cuja situação nocturna, exige cuidados, que só o Hospital pode dar e ainda, os que por razões de ordem profissional, recebem a assistência de que necessitam e à qual não podem recorrer de dia.

Estes doentes têm da parte da Enfermeira a vigilância e amparo que ela melhor do que ninguém pode dar, e que o ajudará a restabelecer-se, numa situação normal, quer nocturna quer diurna.

ACÇÃO DA ENFERMEIRA NO EXTERIOR, LIGADA A UM DISPENSÁRIO

Na Psiquiatria, não são só aqueles que adoecem, ou que podem vir a adoecer, que necessitam de cuidados.

Há também os indivíduos que depois de obterem uma situação de alta dum Hospital Psiquiátrico, em convalescença, ou mesmo depois necessitam duma continuação de cuidados.

Neste trabalho, é indispensável a presença da Enfermeira, devidamente especializada, com experiência prática e possuidora de conhecimentos teóricos, no domínio da Psiquiatria, para que possa participar, numa acção preventiva, na despistagem precoce de doenças e na post-cura, como prevenção do internamento, assim como, na acção especial, pelo seu contacto directo com a família, no aspecto educativo e de suporte, actuação esta, sempre orientada pelo médico e em colaboração com o Serviço Social.

Nesta acção de suporte, a Enfermeira é a pessoa que a família ouvirá melhor, quando se encontrar em dificuldades e será a ela que mais facilmente desejará confiar-se, nas suas preocupações, o indivíduo com carências, pois que se abre quando sente confiança na competência da pessoa que desempenha o papel de ajuda. A Enfermeira, será por isso, a canalizadora de informações para o médico.

Os serviços psiquiátricos, foram obrigados a diferenciarem-se e a aumentarem, dentro do próprio campo, com uma parte dos Serviços de Saúde Pública e demonstraram a necessidade de atribuir responsabilidades especiais, neste sentido, à Enfermeira, o que criou a exigência da sua preparação, para a actuação no exterior, no campo da Psiquiatria.

O desenvolvimento do trabalho psiquiátrico, na comunidade, levantou novos problemas e um deles foi a necessidade de estabelecer os caminhos em que a Enfermeira pode

Um progresso na
terapêutica peroral
da diabetes mellitus



RASTINON®

N-(4-metil-benzeno-sulfonil)-N'-butil-ureia

»HOECHST«

Sem acção quimioterapêutica

Ótima tolerância

APRESENTAÇÃO

20 comprimidos de 0,5 g

40 comprimidos de 0,5 g

Embalagens hospitalares



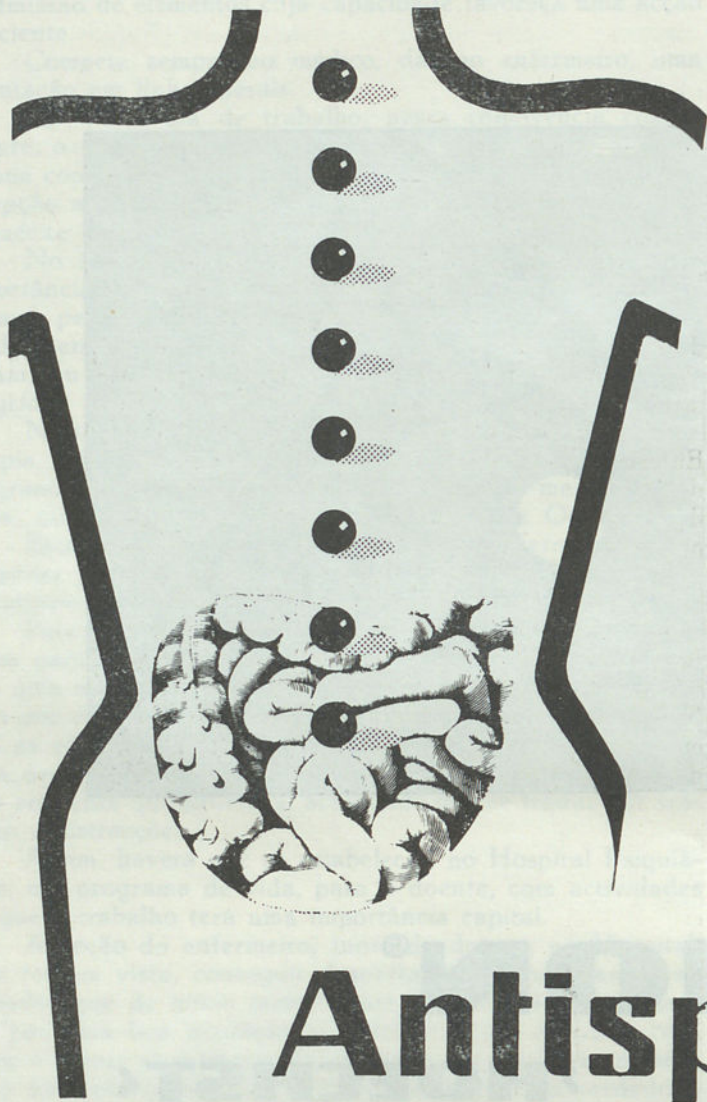
FARBWERKE

HOECHST AG

normalis Meister Lucius & Brüning FRANKFURT (M)-HOECHST · Alemanha

Representantes para Portugal:

QUIMICA »HOECHST« LDA. · Avenida Duque d'Avila, 169-1º E · LISBOA



actua no ponto
justo

Antispasmina

COLICA

(Papaverina, Beladona e Valeriana em pilulas queratinizadas)

Vagolítico e relaxador directo das fibras musculares lisas, concentra ao máximo a sua acção no próprio local dos espasmos intestinais, onde o seu invólucro queratinizado se dissolve no próprio meio intestinal.

COLITES — PRISÃO DE VENTRE ESPASMÓDICA
ESPASMOS INTESTINAIS REFLEXOS DE LESÕES DISTANTES
OU RESULTANTES DE DISTONIAS NEURO-VEGETATIVAS



TIPO NORMAL:

1-6 pilulas por dia (frascos de 40 pilulas queratinizadas).

TIPO FORTE:

1-3 pilulas por dia (tubos de 6 e frascos de 25 pilulas queratinizadas).

RECORDATI — LABORATORIO FARMACOLOGICO, S. p. A. — MILANO — CORREGGIO (REGGIO E.)

Único concessionário para Portugal, Ilhas e Ultramar:

L. LEPORI, LDA.

R. Imprensa Nacional, 86-88
LISBOA - 2

Rua do Bonjardim, 1140
PORTO

ajudar o doente e a sua família, acção principal que lhe é atribuída.

Assim, será chamada a resolver situações de indivíduos de todas as idades, de um indivíduo ou de um grupo de indivíduos, nos lares, em Clínicas ou Hospitais, em Dispensários, Escolas, Fábricas e outros lugares de trabalho.

Para agir no campo da Higiene Mental, ela deverá conhecer os aspectos positivos de uma maneira de viver sadia, sem carências, hábitos e atitudes que deve encorajar e favorecer e dar a sua assistência quando a saúde do indivíduo estiver ameaçada, indo ao ponto, se a situação o exigir, de conseguir que a assistência médica conveniente seja procurada.

Com o progresso da Psiquiatria, aprofundou-se a noção de personalidade, de comportamento e necessidades do homem e do seu desenvolvimento.

Em consequência destas novas noções as fronteiras de normalidade e saúde foram notavelmente amplificadas.

Todo o trabalho dirigido no sentido de preservar o que é normal e sã, pode ser encarado como trabalho preventivo no campo da Psiquiatria.

O papel da Enfermeira neste campo é muito vasto:

- Ela pode ajudar: por meio de conselhos, pais e mães, individualmente ou em grupo, nos lares e em associações, em colaboração com os médicos.
- Pela percepção das alterações do comportamento de crianças causadas pelo crescimento e desenvolvimento.
- Pela observação em como a criança se sente nas diferentes situações e que importância tem para a sua saúde a satisfação das suas necessidades emocionais.
- Pelo reconhecimento do que significa para a criança as suas relações com a mãe e as boas relações entre todos os membros da família.

Assim poderá avaliar e ajudar a aliviar os estados de tensão e de ansiedade, frequentemente ligados com os cuidados de educação e formação da criança e por problemas de carácter emocional das famílias.

Nas Escolas, Fábricas e outros lugares, a Enfermeira poderá dar apoio a pessoas que lidam directamente com crianças, jovens e adultos. Ajudá-los-á a resolver problemas que se tornam difíceis de compreender sem o conhecimento das condições em que vivem os indivíduos, aos quais dizem respeito esses problemas, condições que ela verificará e compreenderá nos primeiros contactos, ao entrar nos seus lares.

Nunca trabalhará independentemente, mas como colaboradora do médico, cujo conselho deve sempre ouvir.

Junto das famílias de crianças que estejam a ser assistidas por Dispensários e Clínicas Infantis, terá uma acção de ajuda em problemas de educação, de contacto e formação dos filhos, ajudando-as a seguir os princípios orientadores do Dispensário, o que aliviará o médico no seu trabalho. Quando a Enfermeira estiver ligada ao próprio Dispensário ou Clínica Infantil, tem condições para melhor corresponder às necessidades das famílias neste sentido.

Os cuidados de post-cura constituem a última fase do tratamento do indivíduo que adocece.

Quanto a estes doentes, a Enfermeira que trabalha no exterior, pode desempenhar um papel, na terapêutica estabelecida pelo Hospital.

Actuará junto das famílias, fazendo-lhes compreender o estado de doença, procurando a sua adaptação às mudanças que a doença possa provocar no meio familiar e também conseguir que elas realizem quanto podem contribuir para o tratamento eficaz e para a cura do doente.

Tudo isto consiste num trabalho de educação e de elucidação.

O trabalho de post-cura exige um serviço especial. Dele poderá depender que o doente com alta verifique, ao regressar, que o seu ambiente mudou num sentido positivo e que lhe pode dar força e coragem para viver num mundo, que anteriormente à doença, o experimentou demasiadamente.

Sem estes cuidados de post-cura, o efeito do interna-

mento pode resultar nulo e surgirá sempre o perigo duma recaída.

Ao preparar o ambiente para onde o doente virá no regresso do internamento e ao ajudar a família a colaborar nesta post-cura, é também da responsabilidade da Enfermeira dar apoio à família e ao doente. Ela não actuará como uma terapeuta, mas a sua acção pode e deve ter um efeito terapêutico.

Os cuidados de post-cura realizados pela Enfermeira nas suas atribuições, como última etapa de todo o tratamento pode ser encarado como um tratamento preventivo, envolvendo o doente, a família e a comunidade.

Quanto aos empregos, a Enfermeira pode ter um papel de orientação, nas condições em que é recebido o doente, com alta, dum hospital psiquiátrico e para a compreensão das suas dificuldades de adaptação.

Lidando com indivíduos ou grupos de indivíduos, a Enfermeira está em posição de muito poder fazer, no sentido de ajudar a eliminar preconceitos na comunidade, contra a doença mental e vencer a resistência na utilização das possibilidades da comunidade, em relação à assistência psiquiátrica.

Quando o doente tem alta pode regressar à família ou ser colocado em famílias, especialmente escolhidas. Neste caso a Enfermeira terá como função, visitar esses lares, verificando as exigências de carácter geral como: condições satisfatórias das instalações e condições sanitárias convenientes. Na conversa com as referidas famílias explicará ilucidativamente, o papel que lhes é atribuído, adquirindo a certeza de que é compreendida. Deverá observar o meio ambiente, certificando-se de que ele fornece as melhores condições, para a adaptação e benefício do doente, durante a sua estadia ali.

Depois do doente instalado a Enfermeira deve continuar a fazer visitas frequentes, não só para verificar se ele se encontra no lugar que lhe convém, como, falando durante a sua ausência, possa dar conselhos à família para solução de problemas que surjam, depois da instalação do doente.

Outra modalidade da sua actividade é a comparticipação no tratamento de doentes em casa, o que evitará a ocupação de camas no Hospital.

A Enfermeira deve, ainda, participar nas actividades da responsabilidade dos Dispensários de Higiene Mental que tenham a finalidade da educação do público na mesma.

Este género de actividades só pode ser bem sucedido se houver serviços de saúde pública que correspondam a todas as exigências da Psiquiatria, segundo as concepções mais modernas e aos quais devem estar intimamente ligados, pois ao contrário de lhes alterar a função, dá-lhes maior profundidade e compreensão.

A exigência primacial que a Higiene Mental faz à Enfermeira é a de criar uma maior aproximação para com todo o seu trabalho, isto é, procurar ter uma maior compreensão do indivíduo e suas relações, compreensão essa baseada no conhecimento das ciências das relações humanas. Isto significa, da parte da Enfermeira, saber como ajudar um indivíduo a usar as suas possibilidades; ajudar indivíduos ou grupos de indivíduos a aproximarem-se e a viverem em conjunto uma vida construtiva e sadia.

Ao contribuir para a solução dos problemas que surgem neste campo, é indispensável a todos que sigam os mesmos princípios para que não se dê o caso do indivíduo se sentir numa situação de conflito e confusão, em vez de encontrar a força positiva e a segurança que lhe deve dar essa intervenção e nunca esquecer que este trabalho é um trabalho de conjunto, em colaboração com todos aqueles de cuja assistência o indivíduo necessita.

A preparação da Enfermeira para actuar neste campo, depende essencialmente das funções que lhe forem atribuídas em completa correspondência com as necessidades do indivíduo.

Resta-me, portanto, ao terminar, fazer o voto de que em breve, num próximo curso desta Liga, se possam completar as lições com visitas a Instituições que forem referidas, por todos os participantes.

(Lição feita no I Curso de Higiene Mental, da iniciativa da Liga Portuguesa de Higiene Mental).

Seara alheia

(dos livros e das revistas)

Ultra-sons em ginecologia

MÁRIO CARDIA

Desde 1951, o Dr. Mário Cardia e seus colaboradores do Dispensário Central de Higiene Social do Porto (Serviço de Ginecologia) têm-se interessado pela aplicação dos ultra-sons em ginecologia, tendo apresentado várias comunicações a diversos congressos e publicado trabalhos em revistas nacionais e estrangeiras; entre as conferências realizadas pelo Dr. Mário Cardia sobre este assunto, referimos as que proferiu na Suíça em Junho último, vulgarizando assim trabalhos que, em muitos meios especializados do estrangeiro, são conhecidos como representando a «escola portuguesa de ultra-sons». Ultimamente, a revista francesa «Gynécologie Pratique» — que conta o Dr. Mário Cardia entre os membros do seu Conselho de Redacção — no seu 1.º n.º do ano corrente, publicou um artigo daquele autor sobre «Os ultra-sons em ginecologia», que adiante reproduzimos em tradução portuguesa.

Não pretendo considerar os aspectos teóricos da terapêutica pelos ultra-sons quanto à sua acção sobre o aparelho genital da mulher. Nem desejo também fazer uma revisão bibliográfica. Os meus propósitos limitam-se a apresentar os resultados da experiência que eu e os meus colaboradores do Dispensário Central de Higiene Social do Porto colhemos durante 7 anos; e, por outro lado, abordar apenas o aspecto prático: as aplicações clínicas da ultra-sono-terapia em ginecologia. As boas impressões que obtivemos quando começamos, em 1951, a utilizar a terapêutica pelos ultra-sons em certas afecções pélvicas persistem; no entanto, a minha opinião quanto às indicações e à patologia das doenças pélvicas que a ela dizem respeito têm-se modificado, de ano para ano; mas devo afirmar, desde já, que a ideia primitiva, que manifestei desde o início, sobre a inocuidade da aplicação dos ultra-sons na esfera do aparelho genital da mulher se mantém; e continuo a lamentar que esta terapêutica, que apresenta utilidade incontestável, não tenha tido ainda, em todos os centros ginecológicos mais evoluídos, aquela aceitação que merece. Por isso, julgo ter algum interesse vir tratar, como eu faço agora, deste problema — que, repito, não o vou apresentar com referências bibliográficas, nem comparar as minhas opiniões sobre o assunto com outras, nem discutir aspectos teórico-doutrinários. Farei, apenas, uma exposição que pretende ter alcance prático e representar o depoimento dum clínico que procura estudar tudo que possa interessar à ginecologia.

Há cerca de duas semanas, convidado a fazer uma conferência na Faculdade de Medicina de Genebra, escolhi, como tema, precisamente os ultra-sons em ginecologia. No fim, vários colegas comentaram o que eu disse e muitos pediram esclarecimentos. Verifiquei que, na Suíça, se utiliza pouco os ultra-sons em ginecologia, ao contrário do que sucede, por exemplo, em vários centros da Alemanha. Diversos colegas suíços manifestaram os seus receios em relação ao emprego duma terapêutica que eles julgam perigosa para os ovários. Suponho que, em Lisboa, também se utiliza pouco os ultra-sons em ginecologia; por isso, pareceu-me oportuno abordar aqui este assunto; muito estimarei, porém, que, quando terminar esta palestra, alguns dos colegas aqui presentes forneçam os seus depoimentos sobre as aplicações ultra-sónicas em doenças do aparelho genital da mulher.

AS ALGIAS PÉLVICAS

Os clínicos — sobretudo os ginecologistas — são abordados, com frequência, por doentes que se queixam de dores pélvicas, mais ou menos constantes e persistentes, de intensidade variável e que, frequentemente, aumentam durante o período menstrual; tais algias, que as doentes referem no baixo ventre ou na região lombo-sagrada — e muitas vezes, também, em ambas as localizações — são, frequentemente, acompanhadas de nervosismo, alterações dos ciclos menstruais, insónias, perturbações digestivas e dispareunia. Ao fazermos

o exame ginecológico, verificamos que essas mulheres nada apresentam de anormal, excepto a queixa de dores que, ao toque-palpação, as doentes localizam no fundo do útero e nas regiões justa-uterinas; por vezes, há também vaginismo e desvios uterinos; outro sinal — quase constante — é a presença de dores provocadas pela mobilização do útero com um dedo na vagina — dores que as doentes referem localizar-se na cavidade pélvica. Quanto às regiões lombo-sagradas, nem o exame clínico nem o radiológico mostram alterações anatómicas. Também a história do passado de tais doentes e os exames microscópicos que se faça aos exsudatos vaginais, como outras análises complementares, não levam a supor tratar-se de afecções inflamatórias, ou haver desvios endócrinos. No entanto, tais doentes sofrem, às vezes intensamente, e é necessário actuar porque elas apresentam problemas dignos de atenção, como desavenças conjugais provocadas pela dispareunia, ou dificuldades em trabalharem ou de se ocuparem convenientemente dos deveres domésticos.

Quando, há alguns anos, comecei a usar a terapêutica pelos ultra-sons, pensei, sobretudo, em aproveitá-la nestes casos, para as quais se utilizavam, então, variados tratamentos, que muitas vezes fracassavam, incluindo os recursos cirúrgicos que consistiam, sobretudo, em extirpações parciais ou totais dos ovários, ressecções do nervo pré-sagrado, apendicectomias e mesmo em operações largamente mutilantes — tudo isso, afinal, de tão pouco valor que, com frequência, as doentes continuavam a sofrer como antes das operações. Quando se laparatomiza uma dessas doentes, verifica-se que nada apresentam de patológico que possa, com certeza, considerar-se como causa das algias pélvicas — a não ser esses ovários poli-quísticos, esses tecidos escleróticos, esses desvios uterinos — que, afinal, nada prova que sejam, de facto, o que provoca as dores. Todos os cirurgiões que operam estes casos verificam que as doentes não aproveitam, frequentemente, com operações mais ou menos mutilantes, mesmo que elas apresentem ovários esclero-quísticos. Por outro lado, muitas laparatomias se fazem com a ideia de combater tais algias pélvicas; e não se encontra, afinal, nada de patológico — nem mesmo ovários esclero-quísticos!

Que se passa, então, sob o ponto de vista patológico? Como devemos actuar em face de tais doentes?

Em 1951 celebrou-se em Paris, com grande êxito, o 25.º aniversário da prestigiosa e dinâmica Sociedade Francesa de Ginecologia. Realizou-se então um Congresso Jubilar, com a participação de notáveis figuras da ginecologia internacional, que realizaram conferências sobre os vários problemas que a nossa especialidade apresenta. Tive eu a honra de ser escolhido como o prelector português. Nessa época, preocupava-me de modo especial um assunto, é, por isso, foi ele o objectivo do meu trabalho: a patogenia e a terapêutica da chamada doença micro-quística do ovário. Pensava eu então que uma grande parte das algias pélvicas da mulher — sobretudo quando se queixava de dores, que se prolongavam durante largos períodos, no baixo ventre — tinham como origem a chamada ovarite esclero-quística. Estudar, pois,

NO TRATAMENTO DE:

GASTRO-ENTERITES E OUTRAS DOENÇAS INTESTINAIS



LACTANO

(Vitaminas B₁, B₂ e PP + *Lactobacillus bulgaricus* e *acidophilus* + *Streptococcus lactis*)

ADJUVANTE DOS
ANTIBIÓTICOS E DAS
SULFAMIDAS NA TERA-
PÊUTICA INTESTINAL

Frasco de 150 c. c. de caldo
Tubo de 20 comprimidos
Caixa de 3 tubos

LABORATÓRIO

fidelis

este problema, aprofundá-lo nos seus aspectos anatómicos, fisiológicos e clínicos, considerava eu que era contribuir para a satisfatória resolução de muitos dos numerosos casos de doentes que se apresentam com queixas várias, mas sobretudo referindo dores crónicas e persistentes que elas localizam principalmente no aparelho genital.

OS OVÁRIOS ESCLERO-QUÍSTICOS

É certo que, já então, alguns ginecologistas não admitiam que a presença de ovários, mais ou menos aumentados e apresentando toda ou parte da sua superfície coberta de quistos e de tecido escleroso, fosse a causa dessas dores, tão frequentes nas mulheres, de que se queixam sobretudo no baixo ventre, e que, ao toque-palpação, dão ao clínico a impressão de que, de facto, se localizam, principalmente, nas regiões anexiais. Mas também a opinião contrária era defendida por distintos ginecologistas, como, por exemplo, Netter, que, no seu livro «Gynécologie» (publicado em 1949), dizia que «o ovário esclero-quístico é caracterizado por 4 sintomas: dores, sintomas gerais, perturbações menstruais e modificações de volume do ovário...».

Em 1953, realizaram-se em Bordeus as «Assises Françaises de Gynécologie»; o tema desse congresso foi, precisamente, a denominada «ovarite esclero-quística». Apresentando diversos aspectos do que se considerava «ovarite esclero-quística», vários autores acentuavam que o sintoma predominante era a dor pélvica. Já não estávamos na época — correspondente a cerca de 30 anos antes — em que Faure e Siredey declaravam: «Le diagnostic d'ovarite scléro-kystique est généralement facile: les crises de dysmenorrhée, les douleurs qui persistent dans l'intervalle des règles, les irrégularités menstruelles ne laissent guère de doute sur la nature de l'affection»; mas, se a dúvida se apresentava para alguns ginecologistas, outros, pelo contrário, afirmavam categoricamente que as dores pélvicas crónicas — enquadradas no síndrome que atrás descrevi — correspondiam à «ovarite esclero-quística». Foi esta a opinião geral manifestada nas «Assises».

Naquela época, eu também pensava assim. Hoje, porém, já não emprego a expressão «ovarite esclero-quística», nem «doença micro-quística do ovário». Quando quero referir-me ao síndrome — chamemos-lhe assim — em que predominam as dores pélvicas sem que se encontrem lesões ginecológicas que as expliquem cabalmente denomino-o apenas «dores pélvicas» ou, melhor, «algias pélvicas de causa indeterminada».

Não considero, pois, a «ovarite esclero-quística» entidade nosológica. Cheguei a esta conclusão porque:

1.º — Confirmada a existência de ovários esclero-quísticos por laparotomia, a extirpação parcial (só referente à parte esclero-quística) ou total dum ou dos dois ovários, acompanhada ou não de ressecção do nervo pré-sagrado, não evita sempre que as dores pélvicas de que a doente se queixa persistam; às vezes, apresentam-se mesmo com maior intensidade.

2.º — Após certas operações mutiladoras (em mulheres com ovários esclero-quísticos), as doentes continuam a sofrer, mas melhoram muito — ou curam definitivamente — quando se emprega a terapêutica ultra-sónica.

3.º — Em muitas doentes que sofrem de dores pélvicas verifica-se, por laparotomia ou por celioscopia, que não apresentam ovários esclero-quísticos, nem outras alterações anatómicas do aparelho genital; algumas dessas doentes, sujeitas depois ao tratamento pelos ultra-sons — ou, melhor, associado também, quando há indicações para isso, a uma terapêutica psicossomática — melhoram ou consideram-se mesmo definitivamente curadas.

Não tenho ainda ideias definitivas sobre a patologia correspondente a essas algias de causa não satisfatoriamente explicada. Nem considero esta a ocasião própria para discutir um problema tão complexo, que está em plena evolução, e que eu e os meus colaboradores continuamos a estudar com o maior interesse. Também não posso, conseqüentemente, desenvolver explicações sobre a acção, que eu considero indiscutivelmente benéfica, dos ultra-sons sobre essas algias pélvicas de causa indeterminada. O âmbito desta comunicação limita-se a noções práticas sobre a ultra-sono-terapia em ginecologia.

TERAPÊUTICA ULTRA-SÓNICA

Até 1951 — data do Congresso Jubilar de Paris — várias terapêuticas aconselhadas pela maior parte dos ginecologistas — como diversas medicações analgésicas ou endócrinas, agentes físicos, terapêutica termal, operações cirúrgicas — mostravam-se, em geral, pouco eficazes e de acção inconstante; os fracassos eram frequentes; as doentes continuavam a sofrer.

Ora, por essa época, começava a falar-se em ultra-sons — terapêutica indicada para várias doenças onde predominam as dores. Quando acabei de redigir o trabalho que enviei para o Congresso Jubilar da Sociedade Francesa de Ginecologia, alguns meses antes de ele se realizar (com o fim de ser previamente publicado), ainda eu não tinha experiência pessoal sobre a aplicação de ultra-sons em ginecologia — terapêutica que começaria a fazer-se pouco depois no Dispensário Central de Higiene Social do Porto, sob a minha direcção, em casos que diagnosticávamos como «doença micro-quística do ovário». No entanto, atrevia-me a fazer, no final da minha conferência, as seguintes afirmações: «Penso, pelo que conheço a respeito da aplicação dos ultra-sons nas diversas doenças, que há muito a esperar da sua acção. Julgo que encontramos nesta terapêutica possibilidades para combater os sofrimentos ocasionados pela doença micro-quística do ovário...». Depois, eu e alguns dos meus colaboradores apresentámos, em vários congressos e em outras reuniões, os resultados dos nossos ensaios sobre a terapêutica ultra-sónica em ginecologia; e mesmo já nesse congresso de Paris de 1951 (que se rea-

lizou alguns meses depois de eu ter redigido a minha conferência) foi apresentada a primeira comunicação, que relata os resultados que obtivemos nas primeiras 22 doentes tratadas, nos quais se fez o diagnóstico de doença micro-quística do ovário e nelas se aplicou, com resultados que consideramos muito favoráveis, o tratamento pelos ultra-sons.

Continuamos, até hoje, a empregar, largamente, a terapêutica ultra-sónica; e podemos afirmar que os entusiasmos que acompanharam as primeiras experiências não esfriaram.

Eu e os meus colaboradores temos apresentado várias comunicações sobre o assunto; e não só referindo a terapêutica pelos ultra-sons em algias pélvicas de causa indeterminada, como noutros casos, incluindo afecções inflamatórias do aparelho genital feminino. Em 1955, numa comunicação à Sociedade Médica dos Hospitais de Paris, fiz referência a 329 doentes do foro ginecológico nas quais se aplicou a terapêutica ultra-sónica; convocadas, para observação, as doentes que foram submetidas a U. S. desde 1 de Janeiro de 1952 até 5 de Outubro de 1954, compareceram 155. Globalmente, pude concluir que, em relação ao resultado do inquérito a que procedi, verificámos que 125 doentes melhoraram ou mesmo consideraram-se curadas (isto é, nunca mais tiveram dores); 19 declararam que não tinham obtido melhoras com os ultra-sons; restavam 11, que, embora se lhes tivesse aconselhado a terapêutica ultra-sónica, não a empregaram segundo as normas indicadas.

AGENTES FÍSICOS E PSICOSSOMÁTICA

Utilizo muito, em terapêutica ginecológica, os agentes físicos — desde há mais de 30 anos. No princípio da minha carreira utilizava a massagem ginecológica e a quinesiterapia; depois, a velha diatermia de ondas médias mais tarde — até hoje — as ondas curtas para as afecções inflamatórias — embora também julgue indicados os ultra-sons para as metro-anexites; e mesmo nas algias pélvicas de causa indeterminada

aconselho, frequentemente, as ondas curtas, porque esta terapêutica não exige uma enfermeira que faça o tratamento a cada doente, como sucede com os ultra-sons. Nestes últimos casos, as ondas curtas falham muitas vezes; e empregamos então os ultra-sons, cujo sucesso é quase constante — quando, de facto, não estamos em presença de qualquer afecção, como endometriose, tuberculose genital, pio ou hematosalpingio e outras lesões mais ou menos facilmente diagnosticáveis.

Nas algias pélvicas de causa indeterminada, como, de resto, em muitos outros quadros de patologia ginecológica, os factores psíquicos intervêm com frequência. Temos de os tomar em consideração. As doentes que se queixam de dores pélvicas — acompanhadas das outras perturbações que assinala atrás — pertencem, muitas vezes, ao domínio da psicossomática. Se acrescentarmos, pois, à terapêutica pelos ultra-sons, a adequada psicoterapia, os necessários medicamentos analgésicos e tranquilizantes, se podermos actuar para a resolução satisfatória de problemas morais — conseguimos, sem dúvida, hoje, resolver satisfatoriamente, na grande maioria dos casos, o problema da dor em ginecologia (refiro-me, especialmente, às algias pélvicas de causa indeterminada); e libertaremos as doentes dos seus sofrimentos físicos, das suas inquietações, das consequências — tantas vezes desastrosas, sob o ponto de vista conjugal e familiar — de doenças polimorfos, indefinidas até no seu aspecto sintomático, que surgem com frequência aos ginecologistas.

ÚLTIMOS RESULTADOS

Para completar esta comunicação, resolvi chamar, durante a primeira semana de Maio de 1958, as doentes que em 1957 foram tratadas com ultra-sons. Convoquei, para as interrogar, apenas as que não apresentavam quaisquer afecções ginecológicas diagnosticáveis; pertenciam, pois, ao grupo das algias pélvicas de causa indeterminada. Todas as doentes tinham feito, antes, ondas curtas, sem obterem resultados favoráveis quanto às dores — dores no baixo ventre ou na região lombo-sagrada. Nenhuma delas tinha sido sujeita a quaisquer outros tratamentos. Nem se lhes fez psicoterapia, nem nelas foram encarados problemas morais, nem sujeitas sequer a medicações tranquilizantes. Tratava-se, pois, de casos favoráveis para se apreciarem os resultados da terapêutica por meio dos ultra-sons.

Eis o que averiguamos:

Dividimos as 36 doentes que compareceram à chamada e completaram os tratamentos que lhes foram indicados em 3 grupos. Aquelas que apresentavam antes:

- 1.º grupo — Apenas dores lombo-sagradas: 4;
- 2.º grupo — Só dores do baixo ventre: 22;
- 3.º grupo — Ao mesmo tempo dores no baixo ventre e na região lombo-sagrada: 10.

Devemos dizer que, na maior parte dos casos de algias lombo-sagradas, não utilizámos a terapêutica ultra-sónica; por razões diversas, em atenção às condições em que trabalhamos quanto a pessoal e a aparelhagem, preferimos, em geral, utilizar as infiltrações de novocaína, seguindo, em parte, o método de Theobald. Por outro lado, também pelas mesmas razões, experimentamos mais vezes as ondas curtas antes de utilizar os ultra-sons. Eis a razão porque apresentamos poucos casos referentes a 1957 — número limitado, aliás, também por desejarmos excluir os casos em que se empregaram outras medicações associadas.

Mas voltemos aos nossos 36 casos.

Cada um dos três grupos, dividimo-lo em 4 sub-grupos:

- a) Casos em que as dores desapareceram definitivamente (alguns meses e até um ano e mais) após a terapêutica ultra-sónica;
- b) Desaparecimento das dores após o tratamento, mas tendo voltado, embora atenuadas, alguns meses depois;
- c) Casos em que se observaram apenas ligeiras melhoras;
- d) Doentes que não obtiveram resultados favoráveis com a terapêutica pelos ultra-sons.

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

NA ARTERIOSCLEROSE, HIPERTENSÃO ARTERIAL, REUMATISMO ARTICULAR, ETC.

IODO P₂

AMPOLAS - GOTAS

ASSOCIAÇÃO DE IODO ORGÂNICO COM SOLU P₂

LABORATÓRIOS "CELSUS"

LISBOA

Os números, que constam do seguinte quadro, traduzem as conclusões a que chegamos:

	Ausência duradoura de dores (cura ?)	Desaparecimento transitório das dores	Resultados pouco satisfatórios	Maus resultados
Apenas dores lombo-sagradas (total: 4 casos)	2	2	0	0
Só dores no baixo ventre (total: 22 casos)	10	5	6	1
Ao mesmo tempo dores lombo-sagradas e no baixo ventre (total: 10 casos)	3	3	3	1

Estes resultados favoráveis representam mais uma prova — a juntar a várias outras conseguidas durante cerca de 7 anos em muitas centenas de doentes — da utilidade dos ultra-sons. Só com esta terapêutica já conseguimos bons resultados. Se acrescentarmos também, em certos casos, outras medicações adequadas — considerando os aspectos psicossomáticos — temos, sem dúvida, ainda melhores resultados. A grande maioria das algias pélvicas de causa indeterminada poderá ser resolvida — as doentes curadas ou muito melhoradas — sem termos de recorrer, como última esperança — quantas vezes aleatória! — à laparotomia.

CONCLUSÕES

A terapêutica ultra-sónica não é útil, apenas, nos casos que eu denomino algias pélvicas de causa indeterminada. Também nas afecções inflamatórias útero-anexiais, eu e os meus colaboradores temos empregado, como bons resultados, os ultra-sons. No Congresso Luso-Espanhol de Obstetrícia e Ginecologia, que se realizou no Porto em 1952, apresentamos uma comunicação na qual concluíamos que «a terapêutica ultra-sónica é de aconselhar nas afecções inflamatórias do aparelho genital feminino; tem, pelo menos, nítida acção sobre as dores». Esta opinião mantêmo-la hoje, embora, geralmente quando se trata de anexites crónicas, empreguemos as ondas curtas, apesar de considerarmos a acção analgésica dos ultra-sons muitas vezes superior à que exercem as ondas curtas; mas, como disse atrás, este tratamento é mais fácil; os ultra-sons reservámo-los para os casos em que a terapêutica pelas ondas curtas se mostra pouco eficaz.

Para terminar esta comunicação, direi algumas palavras mais, sobre a técnica que empregamos e as contra-indicações dos U. S.

Prefiro empregar a terapêutica pelos U. S. em sessões diárias, de 10 minutos cada uma; algumas das nossas doentes, porém, fazem o tratamento em dias alternados. O tempo tem sido, também, de 5 ou 15 minutos cada sessão. As regiões tratadas são as fossas ilíacas, de preferência as zonas onde se projectam os pontos dolorosos dos anexos. Empregamos sempre entre 1,5 e 2 W/cm².

Ao contrário do que ainda hoje afirmam alguns autores, considero a terapêutica ultra-sónica como inofensiva, nas condições em que a usamos. Com o emprego dos U. S., nunca vi alterações sensíveis dos ciclos menstruais, nem que surgissem quaisquer perturbações funcionais ou orgânicas, nem que se registasse acção nociva sobre as funções ováricas, incluindo o que se refere à fertilidade. Como contra indicações ao emprego dos U. S., além dos casos agudos infecciosos, apenas considero os períodos de hemorragias (incluindo a menstruação) e a gravidez; durante estes períodos, não aconselho a terapêutica pelos U. S.

EM CONCLUSÃO:

Temos, para combater essas algias pélvicas a que me referi, uma terapêutica eficaz e inofensiva: os ultra-sons. Posso afirmar, devido à experiência em cerca de 1.000 casos, que a acção da terapêutica ultra-sónica é incontestável e, em muitos casos, de tal maneira duradoura, que nos é lícito considerar verdadeiras curas clínicas. Não me é possível, porém, afirmar qual é a etiologia e a patogenia dessas algias pélvicas, que não correspondem a quadros anatómicos que se evidenciem por aspectos morfológicos. É possível que se trate de doenças que poderemos chamar funcionais, comparando-as a outras a que se dá a mesma denominação, como às chamadas hemorrágicas funcionais (hemorragias que não correspondem a patologia determinada). Posso, porém, concluir que há algias pélvicas cuja causa não é conhecida, e que a terapêutica pelos ultra-sons melhora ou faz mesmo desaparecer as dores em muitas dessas doentes, como também verifico que a mesma terapêutica tem efeitos favoráveis sobre as algias que correspondem a outros processos patológicos pélvicos.

RESUMO

Apresenta-se o quadro clínico de certas algias pélvicas na mulher (dores no baixo ventre ou na região lombo-sagrada), que alguns autores consideram como dependentes das chamadas ovarites esclero-quísticas. O próprio A. também foi desta opinião, que, ultimamente, pôs completamente de parte. Refere-se à terapêutica pelos ultra-sons, que emprega desde 1951, referindo várias conferências e comunicações que tem apresentado sobre o assunto. Fala do tratamento pelos ultra-sons em várias afecções ginecológicas, mas, sobretudo, nas algias pélvicas de causa indeterminada, onde a terapêutica ultra-sónica constitui o mais eficaz e o mais inofensivo de entré os tratamentos aconselhados.

NO TRATAMENTO DE: COLITES • DISENTERIAS • ENTERO-COLITES



GUANIBIOL

(Neomicina + Bacitracina + Sulfaguanidina + Vitaminas B₁, B₂, B₆ e PP)

ANTIBIÓTICO-
-SULFAMÍDICO
VITAMINADO

Não origina avitaminoses B.

Tubo de 10 comprimidos

LABORATÓRIO *fidelis*

Critérios de actividade da vacina B.C.G.

ROBERT DEBRÉ

A principal noção a reter acerca do B.C.G. (subcultura da estirpe de Calmette e Guèrin, empregada, por eles, como vacina) é que ele se comporta como uma estirpe de virulência atenuada, quer pelas reacções citoquímicas, quer pela experiência no animal e os dados da observação clínica. Por estes, sobretudo, e no que diz respeito ao homem, em quem a administração intradérmica dá lugar às manifestações mais facilmente controláveis, observa-se, 3 semanas após a inoculação, uma lesão local, indurada, com 10 a 20 mm de diâmetro, seguida de adenite satélite na área do território linfático correspondente. Se é certo que a percentagem das adenites varia com a própria origem da vacina, é verdade também que a intradermo-reacção se mostra, em alguns casos, negativa mesmo após injeção de vacina activa, o que sucede, por exemplo, nas crianças com sarcoidose. Isto não impede, porém, a «viragem» após a infecção natural, talvez porque nesses organismos só uma dose *suficiente* de bacilos, *suficientemente* virulentos, consiga desencadeá-la.

VIRULÊNCIA E PODER PROTECTOR

Deve precisar-se ainda que a protecção do B.C.G. depende da própria virulência, e que a inoculação no animal de experiência ou no homem, lhes leva um antigénio eficaz, diferente, em todo o caso, da tuberculina. Contudo, algo imprevisível se passa depois: a multiplicação limitada mas activa do B.C.G. no interior do organismo, não aumenta só a quantidade do antigénio presente no inóculo, mas dá também, segundo parece, origem a novos antigénios só possíveis em face do organismo, o que talvez venha a contribuir para a compreensão exacta, tanto quanto possível, da imunidade na tuberculose.

Assim, pois, o B.C.G. ocupa um lugar à parte entre as microbactérias e, em especial, os bacilos de origem bovina.

Demonstrada a fraca virulência do produto, sabe-se, todavia, que circunstâncias há capazes de lha alterar, de tal modo que a virulência residual que o B.C.G. conserva está longe de ser a mesma em todos os laboratórios que o estudam e utilizam. Toda a cultura de B.C.G. contém um conjunto de bacilos muito diferentes entre si, embora o meio de cultura propicie um certo equilíbrio entre os diversos tipos presentes. A idade da cultura e a liofilização do produto contribuem ainda para manter essa diferença, que é sobretudo de carácter qualitativo.

As propriedades da vacina não são independentes da técnica de vacinação: se se destina a escarificação, apresenta-se mais concentrada que a usada como intradérmica, devendo talvez corresponder a isso a divergência entre os resultados clínicos dos dois métodos, bem como a negativa-

ção rápida observada nas crianças em que se empregou o primeiro daqueles métodos.

NECESSIDADE DUM CRITÉRIO

Por tudo isto, torna-se urgente a determinação, tão precisa quanto possível, da actividade do B.C.G. usado na clínica. Na falta dum meio seguro para determinação do seu poder protector, é forçoso empregar métodos de apreciação indirecta da actividade e regularidade da vacina, uns de natureza clínica, outros laboratorial, executados de modo a permitirem conclusões estatísticas dos resultados.

O teste pratica-se com várias ampolas tiradas ao acaso de lotes diferentes, com as quais se vacina empregando os dois processos em voga. O mesmo se diz para as experiências de laboratório, de modo a operar-se em condições tais que permitam diminuir ao mínimo as causas de erro, contando com os factores inerentes à experiência em vista, «factor-manipulação», «factor-lote», «factor-ampola», e sobretudo «factor-qualitativo», visto que, como já se disse, a actividade do B.C.G. também varia, para o mesmo número de unidades vivas, quer com a estirpe utilizada, quer com a técnica de preparação.

Por sua vez, a observação das crianças vacinadas faz parte integrante do método proposto para contróle da vacina. Em geral, não se conseguem observações repetidas, mas a das dez semanas quase sempre se efectua, medindo-se então, cuidadosamente, a reacção local e anotando-se os seus caracteres ao mesmo tempo que se pratica uma intradermo-reacção a 10 U de P.P.D.

A leitura faz-se três dias depois e o tipo de reacção assinala-se pela terminologia de Copenhague: tipo 1, 2, 3 e 4, por ordem decrescente da importância da induração.

Deste modo é possível comparar a proporção de reacções fortes (tipos 1 e 2) motivadas por vacinas de actividade diferente. Mas é sobretudo graças a uma série de contróles sucessivos, efectuados no decurso de 6 meses, um ano, eventualmente mais, 2, 3 e 5 anos, que se podem obter resultados clínicos tão precisos como os laboratoriais, ainda que, decorrido esse tempo, deva já contar-se com uma apreciável percentagem de sobreinfecções, o que diminui em parte o valor dos contróles tardios da alergia.

CORRELAÇÕES

De todo este conjunto de elementos, testes bacteriológicos, experimentais e clínicos, se deduzem conclusões que visam caracterizar o produto empregado. É preciso, primeiro,

NO TRATAMENTO DE: NERVOSISMO • INSÓNIA • ANSIEDADE • ERETISMO CARDÍACO



NERSAN

(Extracto (líquido de Passiflora, de Boldo e de Anemona
pulsatilla + Tinturas de Beladona e de Crataegus + Fenobarbital)

CALMANTE
SEDATIVO
ANTI-ESPASMÓDICO

Frasco de 150 c. c. de elixir

LABORATÓRIO *fidelis*

determinar em que medida os diversos caracteres medidos na mesma criança se ligam entre si. Ora os cálculos mostram que as crianças cuja alergia era mais intensa no primeiro controle, manter-se-iam alérgicas por um espaço de tempo superior ao daquelas cuja alergia fora menos viva.

Por sua vez, demonstrou-se também que a persistência duma boa alergia para além dum ano, depende menos da criança que dos caracteres da vacina. Mas deve notar-se, em particular, que não são as ampolas com maior número de unidades vivas, as que conferem uma alergia mais forte.

Observou-se ainda não haver correlação alguma entre a reacção local e a intensidade da alergia conferida, ainda que tal facto permaneça sem explicação. Já o mesmo se não diz quanto ao número de unidades vivas por mg e as dimensões da pápula de alergia na verificação anual, entre que existe relação estreita, tal como entre as dimensões da pápula no

primeiro controle (10 semanas) e as da mesma ao fim de um ano.

Dito o que, resta perguntar como se põe hoje o problema dos critérios de actividade do B.C.G. Deve exigir-se que a vacina confira a alergia numa proporção vizinha dos 100 % e com duração tão longa quanto possível; que o produto contenha sempre um número mínimo de unidades vivas; que se empregue aquele produto cujo poder protector se tenha demonstrado experimentalmente nítido e, por fim, se adapte a técnica de cada médico vacinador à actividade da vacina que lhe for facultada em cada caso.

(Art. condens. por Taborda de Vasconcelos,
de «Bruxelles-Médical», n.º 50, Dezembro
de 1958).

O problema do tratamento preventivo da sífilis pela penicilina

GEORGES GARNIER e J. SERRES

Desde longa data preocupou os venereologistas o tratamento profilático da sífilis pelos preventivos medicamentosos, dados os riscos e inconvenientes de um tal processo, o mínimo dos quais seria o da sua inutilidade. Hoje, porém, a penicilina permitiu rever em boas bases o problema, pelo que se torna oportuno referi-lo nos seus diversos elementos e examinar-lhe os inconvenientes e os perigos.

Não deve, de certo, preconizar-se um tratamento preventivo, na hipótese quase certa de contaminação, conquanto, estatisticamente, sejam muito discordantes as probabilidades averiguadas. Como, por sua vez, as estatísticas só podem atingir uma parte de certos grupos populacionais, é claro que um tratamento preventivo sistemático há-de abranger sem proveito, um determinado número de indivíduos, mas tal número pode considerar-se desprezível.

A maioria dos sifilígrafos considera bastante a quantidade de penicilina a injectar, por série, para um tratamento, curativo, cerca de 6 a 9 milhões de unidades, mas este valor também varia muito com o critério de cada um, e curioso é notar serem precisamente os que aconselham as menores doses (alguns há que aconselham apenas 1.200.000 U, assim como, para outros, deve ir-se até aos 2.400.000 U) os que partilham da idéia do tratamento preventivo.

Ora, a verdade é que, quer na prevenção, quer na cura, o tratamento da sífilis deve ter a mesma intensidade e a mesma duração, pois uma única dose intempestiva, por maior ou menor que seja, arrisca-se a mascarar uma sífilis que até aí podia ser desconhecida.

Qual podeseer então o benefício da profilaxia? O de

promover a cura possível no mais breve praso, uma vez estabelecido o diagnóstico.

Todavia, no que se refere às gonococias, é muito mais prudente, mais simples e mais económico tratá-las por um antibiótico sem acção trepanomicida, como a dihidroestreptomocina.

Além de tudo, é ainda considerável o problema moral do doente, sujeito ao tratamento profilático da sífilis, que se interroga, decerto, sobre se tem ou não a necessidade de fazê-lo.

Ao lado, também, do tratamento preventivo individual, põe-se, em muitos casos, o do preventivo colectivo, pois não é isenta de perigos a repetição sistemática das injeções de bismuto (com insuficientes garantias quanto aos resultados) e mesmo das de benzatina-penicilina, cuja incidência de acidentes aumenta com o número de aplicações e a duração do tratamento.

Trata-se, em muitos casos, apenas de acidentes de sensibilização, sem grave perigo, mas noutros sucedem acidentes graves e mesmo mortais, pelo que se tornam menos desprezíveis do que é hábito considerar.

Em conclusão: se o tratamento profilático individual acarreta as mais extremas reservas, o colectivo torna-se ainda muito menos defensável.

(Art. condens. por Taborda de Vasconcelos,
de «Gazette Médicale de France»
— Novembro de 1958)

A REFORMA DA MEDICINA ESCOLAR

Criada em Portugal, salvo erro, em 1911 (1), teve a Medicina Escolar notável desenvolvimento, em 1934, sob o impulso do Prof. Dr. Serras e Silva, seu primeiro Director-Geral. Tendo este atingido, em 15-1-38, o limite de idade, passou aquela, algum tempo depois, em 1942, a submergir-se na maresia dos desportos, onde ainda persiste, em nítida secundariedade (2).

Em 1956, foi encarregada uma Comissão do estudo da reorganização dos Serviços da Saúde Escolar, reorganização que, segundo declarou, em fins de Fevereiro p. p., Sua Excelência o Subsecretário de Estado da Educação Nacional, irá efectivar-se num futuro próximo, para o que haverá os necessários recursos financeiros.

Bom é que tal suceda, com a possível brevidade, aproveitando mais eficazmente a valiosa colaboração da Medicina, na formação física e moral da mocidade, como muito bem antevia o saudoso Prof. Serras e Silva e, já muito antes, o sábio Descartes, quando, no Discurso do Método, formulou as seguintes considerações: «...se fosse possível encontrar um meio de tornar os homens mais sensatos e hábeis do que têm sido até hoje, creio que era na Medicina que o deveriam procurar».

Este insuspeito parecer, emitido por um matemático e filósofo, e que a quase totalidade dos médicos ignora, deverá

ser devidamente considerado, de modo a colocar a Medicina e, portanto, os seus profissionais, nas melhores condições de agir.

A saída dos dois representantes da Saúde Escolar na Comissão nomeada em 1956, sem a substituição por novos representantes, torna necessária a exposição pelos interessados das modificações mais necessárias.

Equiparados aos Professores liceais, pelo Decreto-lei n.º 27.084 (§ 9.º do art.º 21), de 14-10-36, não viram até hoje efectuada essa equiparação, em vencimentos e diuturnidades, situação que, não tendo sido reparada por ocasião do reajustamento dos vencimentos, necessita de sê-lo, na Reforma a publicar, dando assim satisfação a diversas exposições que têm sido feitas em tal sentido e à devida nivelção com a colega do Instituto de Odivelas, onde existe essa equiparação (Dec.-lei n.º 42.134, de 3-2-59). Exigindo-se aos médicos escolares, além da sua licenciatura, a aprovação nas Ciências Pedagógicas e um concurso por provas, mais se impõe a pedida equiparação, evitando confrontos que, como se sabe, são em geral odiosos.

Calculando-se, nos termos do preâmbulo do Decreto-lei n.º 25.676, de 25-7-35 — quando ainda não pesava sobre a Medicina Escolar o encargo da Acção Antituberculosa, que ocupa mais de metade do tempo de serviço — ser de 500 o número aproximado de alunos a distribuir por cada médico escolar, não é razoável que haja alguns com mais de 2.300 alunos, em mais duma escola e sem pessoal auxiliar.

No Ensino Primário, com cerca de 130 escolas aqui no Porto, com mais de 18.000 crianças e onde maior é a neces-

sidade da assistência médico-escolar, maior é a disparidade apontada.

Há necessidade, pois, de alargar consideravelmente os quadros dos médicos e visitadoras, não sacrificando o moral ao económico, e, dada a multiplicidade de serviços, realizar, pelo menos nas cidades universitárias, uma certa divisão de trabalho, como já sucede em Lisboa, com os Serviços Antituberculosos e outros.

Os médicos escolares necessitam, entre outras coisas, de tempo e recursos materiais para estudo e leitura de revistas e outras publicações, o que, nas condições actuais, não sucede para um grande número, que não assina sequer as revistas nacionais. A qualidade e quantidade do serviço depende, em grande parte, deste pormenor e outros que importa considerar, para haver autoridade moral para as exigir, não esquecendo que o trabalho devidamente remunerado dignifica, enquanto o que o não é, degrada e avilta, bradando ao Céu.

Para maior colaboração com o médico escolar, será conveniente voltar a recordar, em disposição legal extensiva a todos os estabelecimentos de Ensino, o disposto no Decreto n.º 6.167, de 15-10-919 (art.ºs 4.º, 46.º e 47.º), que embora não tenha sido revogado, parece, talvez por desuso e desvio da atenção, ter caído no esquecimento.

Tudo isto e muito mais, que outros poderão apontar e o bom senso sugerir, deverá ser considerado na Reforma a fazer, para não ficar defeituosa à nascerça e, neste caso, ser, como se costuma dizer, «pior a emenda do que o soneto».

A. CARNEIRO

COMBIÓTICO*

COMBINAÇÃO DE PENICILINA - DIHIDROESTREPTOMICINA



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

PRODUTOS
Baldacci

BALPIRAL

EMPOLAS • DRAGEIAS • SUPPOSITÓRIOS

A rápida resposta antipirética produzida pelo "Balpiral" traduz-se por uma *defervescência isenta daquela intensa diaforese e sensação de prostração*, tão comuns com o emprego de outros derivados pirazolónicos.

Sob o ponto de vista clínico, BALPIRAL pelas suas notáveis características, tem correspondido da melhor forma em todos os casos em que tem sido utilizado.

BALPIRAL merece, desde já, a aceitação da maioria da Ex.^{ma} Classe Médica.

Contrariamente aos restantes antipiréticos de derivados pirazolónicos ou anti-flogísticos hormonicos, o "Balpiral" *incrementa a diurese e promove a eliminação de cloreto de sódio*. Esta característica do "Balpiral" permite uma terapêutica antipirética, anti-inflamatória e antireumática nas cardio, nefro e hepatopatias.

● Antireumático

● Antipirético

● Antigripal

Caixas de 5 emp. 2 c. c.
• de 5 supositórios
Frascos de 25 drageias
Tubos de 10 drageias

O "Balpiral" *não exerce qualquer, acção depressora sobre a série branca sanguínea e não interfere nos processos biológicos normais.*

FARMOQUÍMICA BALDACCI S. A. R. L.

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

ECOS E COMENTÁRIOS

SOCIEDADE DE CIRURGIA

É aparentemente estranho que em Portugal, e com o desenvolvimento da nossa medicina, não existisse uma Sociedade de Cirurgia.

Várias tentativas foram feitas nesse sentido e há mais de 20 anos sob o impulso do Prof. Francisco Gentil foi criada a Sociedade Portuguesa de Cirurgia. Apesar da boa vontade dos seus fundadores e de terem sido escolhidos os primeiros corpos gerentes, a Sociedade não chegou a entrar em actividade. Desde esses tempos que se encontram em depósito os bens resultantes da entrada para a Sociedade das jóias dos Sócios Fundadores.

Há poucos anos o Presidente, Prof. Gentil oficiou à Sociedade das Ciências Médicas propondo que a S. C. M. admitisse a Soc. de Cirurgia como Secção, dando-lhe a vida que nunca tivera.

Não permitiam os estatutos solução desta forma, mas previu-se a possibilidade de criação de uma Secção de Cirurgia que fosse a base para a fusão com a Sociedade já existente.

Sob a direcção do Prof. Xavier Morato arrastaram-se as negociações, que com a saída daquele presidente passaram para a nova Direcção sob a orientação do Presidente Prof. Ayres de Sousa e do Presidente Adjunto Dr. Jorge da Silva Araújo.

Resultaram bem os passos dados e no dia 17 deste mês de Março foi criada a Secção de Cirurgia da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa.

Estão de parabéns os cirurgiões portugueses, pois foi dado um grande passo para o seu prestígio ainda maior.

J. A. L.

PROGRESSOS NA ARTE DE ASSASSINAR

O assassinato grosseiro por armas brancas ou armas de fogo sempre foi obra de indivíduos de pouca imaginação.

Os mais curiosos, mais instruídos e mais ponderados, desde tempos imemoriais que procuraram o veneno para vencer os seus inimigos.

Seria curiosa uma história da arte de matar com veneno, com as suas épocas gloriosas como no tempo dos Borgias.

Simplesmente nos últimos tempos os tóxicos clássicos como o arsénico, o ácido oxálico ou os alcalóides já são do conhecimento de qualquer polícia que rapidamente descobre o tóxico e impede o resultado frutuoso de uma combinação pouco actualizada.

Decerto que alguns processos novos vão aparecendo em romances policiais, mas a imaginação dos escritores de terror nem sempre atinge o espírito inventivo dos criminosos-artistas.

Torna-se necessária uma habilidade grande da polícia, baseada em cientistas e não em meios de rotina para que não fiquem impunes atentados deste género.

Últimamente dois casos curiosos vêm dar realce a este apontamento. O primeiro vem referido como «Fait-divers» da Alemanha:

GOETTINGEN, 17 — O tribunal desta cidade terá agora que julgar um caso inédito nos anais da justiça alemã: o envenenamento por bactérias.

A pessoa em causa é um médico

bacteriológico, Dr. Hermann Woratz, de 36 anos, cuja esposa morreu de tétano em 20 de Junho de 1957 sem apresentar qualquer ferimento. O primeiro inquérito, aberto nessa época, foi mandado arquivar por nada se ter provado.

Acontece, porém, ter sido descoberta uma carta da defunta em que alude a várias questões com o marido e na qual declara que se morrer «a sua morte não será natural». — (F. P.).

O segundo sucedeu há pouco em Inglaterra.

Apareceu morta na banheira uma senhora, mulher de um enfermeiro. A polícia estranhou que o pijama da senhora estivesse encharcado de suor e que houvesse vestígios de vômito na banheira.

Num exame autópsico cuidado, viram sinal de injeção intramuscular recente numa nádega e tiveram o cuidado de extrair em bloco toda a massa glútea para análise.

Depois verificaram uma dose enorme de insulina não absorvida e diagnosticaram morte por injeção criminosa de insulina em dose tóxica.

Não seria previsível que fosse possível diagnosticar um assassinato por um produto de secreção natural. Foi necessária uma perspicácia e conhecimentos dignos de um Sherlock Holmes.

É certamente pelo conhecimento destes progressos que os senhores da Rússia, de consciência pouco tranquila, se defendem de possíveis intoxicações. Assim ainda recentemente e durante a viagem de Mikoyan aos Estados Unidos houve o cuidado de fazer passar os alimentos que ingeria na frente de contadores Geiger e sob os olhos vigilantes da sua polícia secreta. Por experiência ou por antecipação, sabem que nos terríveis isótopos radioactivos pode estar uma poderosa arma de destruição.

Não contentes, fizeram provar a um funcionário os alimentos que o Sr. Mikoyan ia comer, renovando assim o costume dos grandes senhores medievais de terem um escravo-cobaia para os proteger dos inimigos.

Tudo isto mostra que é bem necessário dar às polícias meios de investigação que permitam manter-se a par das modernas possibilidades de matar e que para isso é indispensável a colaboração de cientistas das mais diversas ciências.

As autópsias feitas por não especialistas, por vezes verdadeiros amadores, arriscam-se a mascarar ou destruir os vestígios de um crime que para sempre ficará impune.

O progresso na arte de assassinar tem que ser acompanhado com o progresso na arte de detectar o crime.

J. A. L.



ALGICINA
(Ácido acetilossalicílico)

ALGICINA CAFEINADA
(Algicina + Cafeína)

DORIDINA
(Antipirético e analgésico)

ALGIFEDRINA
(Algicina + Cloridrato de Efedrina)

LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

A SITUAÇÃO DA IMPRENSA MÉDICA

«**JORNAL DO MÉDICO**» voltou a ocupar-se, no seu número de 28 de Março último, da precária situação da imprensa médica portuguesa. Se tivéssemos espaço disponível, transcreveríamos todo o artigo, de real interesse e oportunidade. Temos de nos limitar a alguns trechos. Antes, porém, não podemos deixar de fazer referência a um lapso, certamente involuntário. O referido semanário, desejando enumerar todos os actuais periódicos que aparecem no nosso País, não menciona um deles que, apesar de não ser o que se chama uma revista geral, tem mantido, durante bastantes anos (e devido a circunstâncias muito especiais) uma grande expansão, bem maior do que a de vários periódicos gerais, e é a única revista internacional que se edita em Portugal. Por sinal que tem publicado mais anúncios espanhóis do que portugueses, embora o número de assinantes (a grande maioria dos quais não é constituída por ginecologistas ou obstetristas) seja muito mais elevado no nosso País. Referimo-nos à «Acta Gynecologica et Obstetrica Hispano-Lusitana», que não é sustentada ou subsidiada por qualquer sociedade médica.

Começamos por transcrever a primeira parte do artigo:

«Poucos meses depois de ter acabado a revista «Clínica Contemporânea», que se fundara há 10 anos e era dirigida pelos Profs. Francisco Gentil, Toscano Rico e Fernando Fonseca, suspendeu igualmente a sua publicação a conhecida revista «Clínica, Higiene e Hidrologia», mensário que contava duas décadas de existência e teve como director, durante um longo período, o Dr. Armando Narciso, e era dirigido nos últimos tempos pelo Dr. Henrique Jorge Niny. Já anteriormente deixara de publicar-se, após seis anos de vida difícil, a «Revista Portuguesa de Obstetrícia, Ginecologia e Cirurgia», não falando noutros periódicos que, pela sua fragilidade inicial e pela sua carreira efémera, nem vale a pena mencionar.

Deixou também de aparecer o mensário «Revista Portuguesa de Medicina», que ultimamente estava sendo dirigido pelo Dr. António Lopes Teixeira. E há mais de um ano que não se publica a «Revista Portuguesa de Medicina Militar», presumindo-se que foi definitivamente extinta.

Recorde-se, a propósito, a extinção de outras revistas que pareciam ter condições para singrar, mas que não conseguiram vencer os inúmeros obstáculos e as dificuldades crescentes com que esbarra a imprensa especializada: «Lisboa Médica», «Amatus Lusitanus», etc. — contam-se também entre as que desapareceram».

O panorama, assim expresso, da imprensa médica nacional — que sempre teve a dirigi-la e a nela colaborar o escol da nossa medicina, como sucede nos outros países — devia fazer meditar vários sectores interessados: e não só os laboratórios de especialidades far-

macêuticas, nem os vários médicos que não cuidam de nos auxiliar, ao menos, pagando, pontualmente, os importes, aliás modestos, referentes às assinaturas das nossas revistas — mas também aqueles que criticam as que temos, têm veleidades de poderem fazer melhor — mas nada realizaram até agora — ocupando posições de responsabilidade, não só nada têm feito, mas, pior ainda, muito mal procuram fazer à imprensa médica, cerceando-lhe as já limitadas possibilidades que se proporcionam. A este respeito, não devemos passar sem reparo o total desinteresse pela imprensa médica que tem caracterizado a acção de alguns dos Conselhos que a Ordem dos Médicos tem tido desde a sua fundação — entidades a quem devia importar muito que a nossa medicina pudesse dispor de uma boa e próspera imprensa profissional.

Outra passagem do artigo do «*Jornal do Médico*»:

«Dentro da chamada imprensa livre, cuja distribuição é feita essencialmente por assinaturas — e por isso mesmo de significado mais válido, de valor cultural mais expressivo e de existência mais justificada e independente, visto ser livremente desajada por milhares de médicos e voluntariamente paga para ser lida, o que é importantíssimo e a distingue sem confusões das folhas de distribuição gratuita —, apenas se publicam agora com regularidade e com uma periodicidade aceitável (não mencionando, portanto, uma ou outra revista de publicação muito irregular ou demasiadamente espaçada) os seguintes semanários e mensários de medicina: «*Jornal do Médico*», «*O Médico*», «*Coimbra Médica*», «*Portugal Médico*», «*Medicina Contemporânea*» e «*Imprensa Médica*».

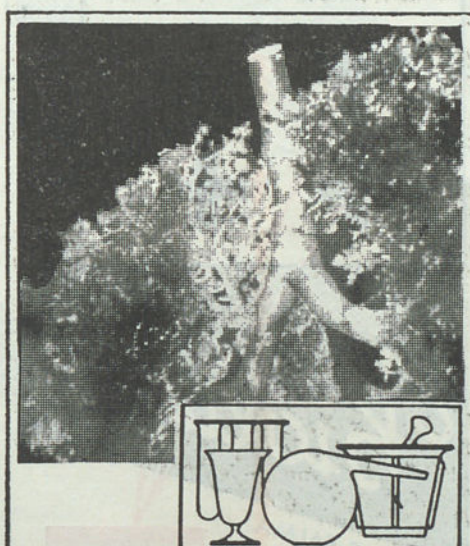
Nesta passagem queremos salientar uma justa referência a um facto a que muitos interessados não ligam importância: Não é a tiragem de uma publicação o que deve interessar mais ao anunciante, mas a sua leitura — o âmbito da sua expansão de leitura. Uma publicação que é mandada a todos os médicos gratuitamente pode ter apenas uma dúzia de leitores. Pelo contrário, uma revista que é paga pelos seus assinantes ou por aqueles que a compram avulso é natural que tenha, em quase todos eles, leitores assíduos e interessados.

Transcrevemos agora o final do artigo:

«No entanto, parece indubitável que todos os periódicos portugueses de medicina, mesmo os de encargos mais modestos e os de publicação muito espaçada, vão ser atingidos pelas perturbantes consequências deste súbito e volumoso encarecimento tipográfico. E o exame preliminar das novas dificuldades que para a imprensa médica se levantam com esta subida de preços, leva-nos a concluir que só o apoio franco, generoso e ampliado dos Laboratórios de especialidades farmacêuticas, através de uma mais intensa distribuição de publicidade, sobretudo por parte daqueles que, até aqui, pouco ou nada tem ajudado os jornais de medicina — pode salvar da asfixia económica ou da mediocridade editorial a maior parte das nossas revistas médicas.

Não se esqueça que quanto mais baixo for o nível técnico e científico destas revistas e quanto maiores forem as suas limitações forçadas, mais pobre será o panorama cultural da classe médica no seu conjunto, com todas as consequências perniciosas que daí podem advir, pois em nenhuma parte do mundo existe uma medicina de alto nível e uma indústria farmacêutica próspera — sem que uma imprensa médica marcante tenha contribuído decisivamente para esse nível e para essa prosperidade.»

Alguns laboratórios teimosamente renitentes a servirem-se da imprensa médica portuguesa para a propáganda



Periodo

SEIXAS-PALMA

UMA ASSOCIAÇÃO SINÉRGICA PARA O TRATAMENTO DAS AFECÇÕES BRONCO- PULMONARES

- Antibióticos
- Balsâmicos
- Vitaminas
- Anti-histamínicos

Nas Modalidades
ADULTO e INFANTIL

LABORATÓRIO DE BIOLOGIA
E QUIMIOTERÁPIA
RUA DE S. TIAGO, 9, LISBOA



dos seus produtos abrirão os olhos — permita-se-nos a expressão — (sendo, enfim, melhor informados do que realmente se passa) e passarão a considerar a publicidade nas nossas revistas como a mais eficiente e a mais económica? E todos os laboratórios, reconhecendo que, em várias revistas nacionais (como «O Médico»), os actuais preços de publicidade são muito baixos — estarão dispostos a concordar com aumentos razoáveis?

Os argumentos contra nós — e quando dizemos «nós» referimo-nos à imprensa médica em geral — baseiam-se em que quase todas as nossas revistas têm pequenas tiragens. Mas, guardadas as devidas proporções, essas tiragens não são maiores noutros países em que muitos dos laboratórios estrangeiros que pouco anunciam entre nós fazem uma larga publicidade — e paga relativamente muito mais cara. Qual é a causa destas anomalias? Não somos nós que vamos ter, agora, a ingenuidade de desenvolvermos tão intrincado assunto...

Afinal, os laboratórios, dando aos periódicos médicos, mais publicidade e pagando-a melhor, não lucrariam apenas, indirectamente, contribuindo para que tivéssemos uma imprensa médica de alto nível (mais favorável para os progressos da medicina e, portanto, da indústria farmacêutica), mas, também, directamente, porque, dêem-lhe as voltas que derem, mesmo atendendo às pequenas tiragens de algumas revistas, os laboratórios não encontram meios de propaganda mais eficazes e mais baratos do que os que proporciona a publicidade nas revistas médicas. Se é isto que os laboratórios consideram incontestável nos outros países em que existe uma medicina livre (querer dizer, com liberdade de prescrição médica) — porque é que, alguns deles, se mostram tão renitentes em Portugal?

ECOS DA IMPRENSA LEIGA

APELO DO MINISTRO DA SAÚDE

A imprensa diária deu relevo ao discurso que o Sr. Ministro da Saúde e Assistência proferiu na reunião, realizada no dia 30 de Março último, da Comissão Central do Socorro Social. Registamos algumas passagens do discurso — que mostra, mais uma vez, a boa vontade do Sr. Ministro em resolver alguns dos múltiplos problemas que assoberbam o seu Ministério dentro do condicionamento financeiro que nos rege — condicionamento com o qual, aliás, não estamos de acordo. Dizemos, agora, apenas, que nos apetecia fazer alguns comentários inconformistas, mas que os reservamos para outra oportunidade.

A falta de espaço com que lutamos só nos permite arquivar nestas colunas as seguintes passagens do discurso do Sr. Dr. Martins de Carvalho:

«Ao dar início aos trabalhos do Conselho Coordenador do Ministério, na sua primeira sessão de Janeiro passado, referi-me ao ano de 1959 como um período que

desejaria fosse largamente aproveitado para «preparar programas» e «planificar trabalhos». Penso não haver errado ao traçar esses objectivos, desde que neles se distingam duas fases com relativa autonomia: os programas «a longo prazo», a realizar em vários anos, para se alcançarem os actuais objectivos últimos em cada sector, e os programas «para já», conjuntos de medidas, por vezes de emergência, indispensáveis para se poder aguardar o desenvolvimento dos programas fundamentais.

Desta forma temos procurado trabalhar. E começam já a surgir os primeiros frutos do esforço despendido. Tal é, por exemplo, o programa da luta contra as doenças mentais, ao qual estão dando dedicadamente a sua colaboração muitos dos mais ilustres médicos portugueses da especialidade e cuja preparação decorre ao mesmo tempo que o Instituto de Assistên-

cia Psiquiátrica elabora e vai executando o programa de medidas para já. E tais são também por exemplo, os estudos em curso nos Hospitais Civis, em seguimento a despacho de 26 de Dezembro último, proferido pouco depois a haver-se ultimado o preenchimento da hierarquia hospitalar».

Observou que, neste como em outros aspectos, aceitava e agradecia as críticas e passou a outro capítulo da sua comunicação.

«Tal como me é dado vê-la, a realidade assistencial pode resumir-se assim: grandes necessidades, das quais todos aliás temos conhecimento, com maior ou menor nitidez, grande esforço do Estado para lhes ocorrer; completa impossibilidade de este as satisfazer por forma a eliminar as disfunções existentes (com isso nos não distinguimos, porém, do resto ou de quase todo o resto da humanidade); necessidade de chamar cada vez mais os particulares ao desempenho da parte que lhes compete, e não só moralmente, na tarefa comum a realizar para melhoria da situação dos portugueses mais desprotegidos. De certo as situações de carência se não localizam apenas no campo da actividade do Ministério da Saúde e Assistência; mas creio manter-me nos limites da objectividade dizendo que os casos mais graves a ele acabam por ser confiados e que, ele, por si só, os não pode resolver.

A benemerência particular é entre nós uma realidade admirável: basta pensar nas Misericórdias para logo o reconhecer. Assiste-se actualmente a toda uma série de grandes actos de generosidade, que bastante vieram reforçar as nossas possibilidades para ocorrer a problemas assistenciais de importância ou de larga extensão. Sei, por exemplo, que em breves dias duas novas fundações devem ser instituídas: e que, seguindo o exemplo da «Tabaqueira» (esta empresa dotou com o material que faltava o serviço de pediatria do Hospital de Santa Maria), uma outra grande empresa vai fazer o mesmo ao serviço de Ginecologia do citado hospital. Porém tudo isso ainda é pouco, comparado ao muito que importa fazer.

Por isso dirijo um apelo às instituições de benemerência, às empresas comerciais, industriais e agrícolas, a todos os portugueses — para que colaborem com o Ministério da Saúde e o auxiliem, por intermédio do Fundo do Socorro Social, a resolver alguns dos problemas que o assoberbam e a que, pelo orçamento do Estado ou do Fundo, neste momento não é possível ocorrer.

Em muitos países, as dádivas mantêm, em regra, indicação da sua origem, da data em que foram feitas e não raro, até, da intenção por que o foram: nas instituições de assistência estrangeiras, vêem-se, muitas vezes, salas, laboratórios, enfermarias, aparelhagem onde se lê que a sua oferta foi feita em recordação de um parente, em agradecimento de um benefício ou por amor do próximo e de Deus. Entre nós, nem sempre se procede assim e, até agora, o Fundo do Socorro Social como que despersonalizava as ofertas, às vezes avultadas, feitas através dele. A partir de hoje, porém, deixará de ser assim: a dádiva poderá ser feita para certa finalidade, livremente escolhida pelo autor dela, e, a partir de de-

Bioluétil
SEIXAS-PALMA

**PODEROSO ANTLUÉTICO
DE BASE BIOLÓGICA**

Bioluétil
MONOMETÁLICO
Com Bi

Bioluétil
BIMETÁLICO
Com Bi + Hg

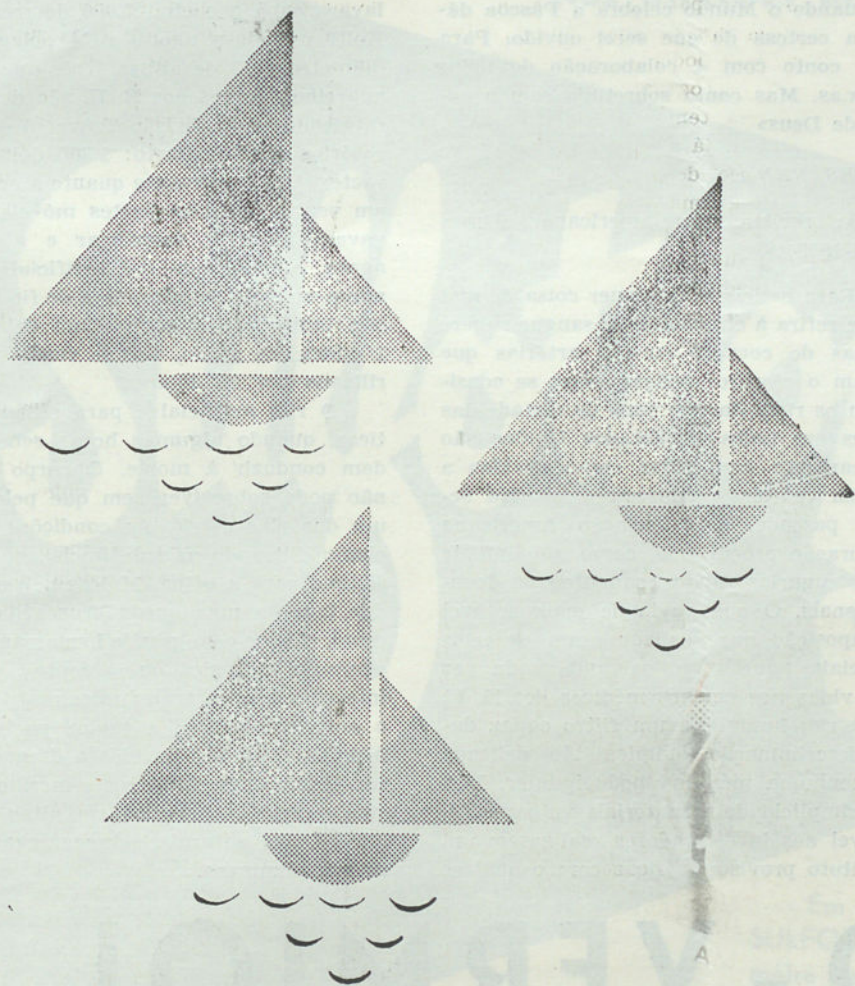
Bioluétil
TRIMETÁLICO
Com Bi + Hg + As

**GRANDE EFICÁCIA
AUSENCIA DE TOXICIDADE**

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

LBO

A TRANQUILIDADE



Neuro-Ferlecit

O sedativo-nervino contendo FERRO e o alimento das funções do sistema nervoso e factores do complexo de Vitamina B

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

DRAGEIAS Frascos de 30, 100 e 750 drageias



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

terminado valor, dará origem a que se registre, para servir de exemplo e de estímulo quem a fez, em que data e até, se o donatário quiser, com que intenção».

Mais adiante:

«Dirijo este apelo, aos beneméritos de Lisboa e, em geral, aos do Centro e do Sul do País (espero ter ensejo de oportunamente o repetir no Porto, para o Norte de Portugal): se for correspondido, o Fundo do Socorro Social poderá atribuir, às instituições da província, subsídios muito mais substanciais. E tanto a Direcção-Geral da Assistência como o meu gabinete estão habilitados a fornecer listas de necessidades assistenciais para que não existam, neste momento, disponibilidades suficientes, ou só existiriam sacrificando outras, ainda de maior importância assistencial.

O sr. Dr. Henrique Martins de Carvalho terminou assim as suas considerações:

—Examinadas uma a uma, são, ou parecem, fáceis de resolver (os seus quantitativos oscilam, habitualmente entre 100 e 500 contos). Mas são muitas, por nosso mal, e muitas outras não é preciso referir porque, graças à compreensão generosamente demonstrada pelo Ministério das Finanças e ao rendimento do Fundo, será possível ocorrer a elas pelas verbas oficiais.

Em resumo: não cabem nas actuais disponibilidades do Socorro Social certas necessidades que poderão ser supridas pela benemerência particular, se esta o quiser fazer. Estamos no mês em que as empresas encerram o exercício do ano findo e em regra realizam actos de generosidade, com frequência de quantitativo avultado. -Se

quiserem auxiliar o Ministério da Saúde, poderão escolher — directamente ou com a colaboração do Socorro Social — uma obra que ficará completa com uma dádiva só. E o mesmo poderão fazer as instituições de benemerência ou os simples particulares.

O facto de haver demorado este apelo até quando o Mundo celebra a Páscoa dá-me a certeza de que serei ouvido. Para tanto conto com a colaboração de todos V. Ex.as. Mas conto sobretudo com o auxílio de Deus»

CRISES RENAIIS

Da revista norte-americana «Time» (2-III-1959):

«Para os leigos, qualquer coisa de mal que se refira à circulação do sangue sugere doenças do coração ou das artérias que irrigam o cérebro; poucas vezes se consideram os rins. Porém, mais de metade das mortes em todos os Estados Unidos são tènicamente designadas como devidas a doenças «cardiovasculares-renais». Na semana passada, a Associação Americana do Coração procurando, como anualmente o faz, angariar fundos, salientou as doenças renais. O que havia de mais notável na exposição que realizou eram os «rins artificiais», que estão salvando cada vez mais vidas nos centros médicos dos E. U.

O rim humano é um filtro capaz duma discriminação química tão delicada que nenhuma máquina pode igualar. Mas com simplicidade e materiais vulgares foi possível aos investigadores realizarem um substituto provisório eficaz com o qual se

consegue importante trabalho. Entre todos os fabricantes de «rins artificiais», destaca-se Willem Johan Kolff, de 48 anos, da Clínica de Cleveland. O fisico Kolff fabricou o aparelho na sua terra natal — Holanda — durante a ocupação nazi.

O primeiro modelo feito nos E. U. era quase tão grande como uma máquina de lavar roupa e custou 7.000 dólares. O Dr. Kolff reduziu-a agora a 24 polegadas de diâmetro e 17 de altura. Três quartos dos aparelhos usados nos E. U. são deste tipo, fabricados pela divisão Travenal dos laboratórios Baxter. Custo: 1.300 dólares. Característica importante quanto a economia: em vez de grandes partes móveis que levavam horas a esterilizar e a montar, agora, o núcleo do rim artificial consiste numa unidade de celofane e de fio plástico, não muito maior do que um depósito de 1 quarto de galão, que se vende pré-esterilizado por 59 dólares.

O rim artificial é para situações críticas, quando algumas horas sem ele podem conduzir à morte. O corpo humano não pode sobreviver sem que pelo menos um dos rins esteja em condições de funcionar filtrando as substâncias nocivas do sangue para a urina. Muitas coisas podem dar lugar a uma queda brusca da função renal, choque com grande hemorragia (após operação cirúrgica ou acidente), algumas infecções graves, transfusões mal toleradas e envenenamentos; a maior parte destes últimos casos são devidos a drogas vulgares (como os barbitúricos e mesmo a aspirina) que são tomados em altas doses e que os rins naturais, sobrecarregados, não podem eliminar».

NEO-VERMIOL

Citrato de piperazina em veículo açucarado e aromatizado

Anti-helmintico inócuo e de sabor agradável

CERI-NUTRINA

Extracto concentrado de cereais, leguminosas e suco de cenouras, rico em glúcidos, prótidos, vitaminas, fósforo e cálcio.

Alimento de sabor agradável, fácil digestão e excelente tolerância. Valioso complemento dietético.

LABORATÓRIOS ESTÁCIO
PORTO

Nas afecções do aparelho uro-genital
e das vias biliares

Sulfotropina

WANDER

SULFANILAMIDA
+ HEXAMETILENATETRAMINA

Em virtude dos resultados obtidos, a SULFOTROPINA pode colocar-se na primeira fila dos desinfectantes urinários actualmente em uso.

A SULFOTROPINA permite combater a maior parte das infecções urinárias e biliares, quer se trate de formas agudas ou crónicas.

A SULFOTROPINA está particularmente recomendada nas pielites, cistites, pielocistites, colecistites e angiolites.

Como as vias urinárias infectadas dão, na maior parte das vezes, uma urina alcalina, a sulfanilamida, que é justamente activa em tal meio, pode imediatamente produzir os seus efeitos.

A pouco e pouco, e sob a acção da sulfanilamida, o pH urinário desce; é nessa altura que se produz a desintegração da hexametenatetramina e a libertação do formaldeído que ataca as bactérias acidófilas



Tubos de 24 comprimidos

Centro de Cardiologia Médico-Social de Coimbra

Recebemos mais um número do Boletim do Centro de Cardiologia Médico-Social de Coimbra referente às suas actividades durante o ano de 1958. Reproduzimos a seguir a primeira parte do artigo «Importância social das doenças do coração», da autoria do Prof. João Porto, director do referido Centro:

De todas as afecções, as cardio-vasculares são as que mais legitimamente merecem o título de doenças sociais, quer por sua frequência, quer por sua própria natureza.

Por sua própria natureza, repetimos. O indivíduo, por exemplo com pneumonia ou febre tifóide, não pode, enquanto doente, produzir trabalho. Por outro lado a duração da doença é apenas de uma ou algumas semanas. Extinta ela, segue-se a convalescença que também é curta e o indivíduo retoma a antiga profissão com a energia de dantes ou quase.

Para resolução do caso põe-se aqui apenas um problema médico.

Outro exemplo: Um indivíduo sofreu acidente de que resultou a necessidade de se sujeitar a amputação do membro superior. Cicatrizada a lesão, pode prover-se de um aparelho ortopédico e reabilitar-se para nova profissão que lhe permita ganhar a vida. Põe-se aqui, de começo, um problema médico e depois um problema de trabalho.

Ora, quanto ao cardíaco a coisa é diversa, pois desde que diagnosticada a cardiopatia, põe-se logo um problema que é simultaneamente médico e de trabalho e ambos devem ser tratados convenientemente.

A cardiopatia orgânica é irreversível, inalienável. Por isso, apenas começa, o indivíduo continua a ser doente do coração e até ao termo da vida.

Há que manter tonificado o coração e há que procurar atribuir ao doente profissão compatível com as suas possibilidades físicas e psicotécnicas.

Nos congressos e reuniões médicas de carácter científico, tem-se em atenção sobretudo o estudo de limitadas técnicas de aplicação ao diagnóstico e ao tratamento. Por outro lado, na clínica diária o médico preocupa-se habitualmente com o tratamento individual, no aspecto biológico, como se o doente vivesse desintegrado da família, da sociedade e da profissão.

As últimas guerras mutilaram em muitos países do mundo, indivíduos na idade mais produtiva. Por outro lado, por virtude das vitórias alcançadas pela medicina e a higiene e ainda da elevação da cultura e do nível da vida, cresceu a percentagem de pessoas idosas; e isso não foi

indiferente para a economia de cada país. Passaram muitos países a ter em atenção a necessidade de recuperação e integração dos mutilados em novas profissões e de incutir aos doentes crónicos a utilização de suas forças residuais, atribuindo-se-lhes trabalho. Até mesmo em alguns Estados se pensa em prorrogar o limite de idade imposto para a reforma no exercício de funções públicas.

E tudo isto decorre de harmonia com a evolução das sociedades. Nos períodos do liberalismo político-económico a doença dizia respeito apenas ao indivíduo que a sofria. Ele que a tratasse com os recursos próprios e da melhor maneira por que o pudesse. A sociedade aí nada tinha que intervir. Tal conceito foi ultrapassado e a medicina contemporânea teve que se adaptar ao conjunto dos diversos planos da sociedade: trabalho, educação, instrução, cultura, recreio, etc., enfim, a tudo que exprima civilização e prosperidade.

A doença passou a ser aceita segundo o conceito mais compreensivo de *saúde-doença*, ambos os termos devendo ser considerados simultaneamente.

Passa-se isto com todas as doenças crónicas, mas particularmente com as afecções cardio-vasculares.

★

Quando se fala da importância social das cardiopatias, há que considerar o assunto sob dois aspectos:

1.º — Qual o peso ou desgaste económico que tais doenças acarretam para a sociedade? Grande ou pequeno?

2.º — Dado que o peso seja grande, quais os meios de que a medicina e a sociedade dispõem para o atenuar, já que não é possível suprimi-lo?

Não quero com isto dizer que a cardiopatia social inclua somente aspectos médico-económicos. Todo o doente do coração, com forças residuais ainda suficientes para realizar trabalho que o ajude a sustentar a si e aos seus, na medida em que o realiza, resolve ou ajuda a resolver um problema económico.

Na medida, porém, em que o trabalho se realiza com aprazimento para o espírito e lhe dá o sentimento vivo de continuar a ser um valor útil de produção, além de resolver um problema económico, resolve ainda um problema propriamente humano, afectivo.

Até mesmo o cardíaco do último grau para quem é penoso o mínimo esforço, quer físico, quer intelectual, ele será, em si mesmo, economicamente improdutivo.

Todavia por ser o centro de aglutinação da família que o estima, esta esforçar-se-á por lhe prolongar a vida e no melhor ambiente possível, pois isso será condição de alegria e proficuidade no trabalho.

Porém, o aspecto económico é o mais relevante e aquele que sobretudo se integra no conceito de cardiologia social.

★

Vamos tentar responder a estas duas perguntas.

Quanto à primeira, é difícil se não impossível exprimir em termos exactos os danos económicos causados pelas doenças do coração. Seria necessário saber-se quais os dias de trabalho perdidos, a natureza das funções habitualmente exercidas pelas pessoas que sofrem do coração e ainda o conhecimento de outros factores. Mas se isso é impossível, já é possível saber-se se é grande ou pequena a importância pois disso nos dão medida a mortalidade e a morbilidade, aquela podendo ler-se nos anuários demográficos publicados em cada país.

Ora, como decorre a mortalidade por doenças do coração?

Tentemos responder à primeira pergunta.

Em Portugal, em 1956 a mortalidade por doenças cardio-vasculares foi de 29.521. A mortalidade geral, foi de 106.916 o que dá a percentagem de 27,61 % correspondente a doenças cardio-vasculares.

No mesmo ano a mortalidade por tuberculose, em todas as suas formas e localizações, foi de 5.587 o que dá a percentagem de 5,22 %. A mortalidade por tumores malignos, foi de 7.425 o que dá a percentagem de 6,94 %.

Vê-se pois, a desproporção daquela para estas afecções.

E não é em Portugal que a taxa de mortalidade é mais elevada. Assim, na Inglaterra, na Holanda, na Dinamarca, em 1955 as percentagens são respectivamente de 48; 39 e 44.

Quando se pretenda interpretar as estatísticas relativas à mortalidade por cardiopatia nos diversos países, convém que se tome o devido cuidado pois são diferentes os processos de catalogação, como é diverso o rigor com que cada um procede.

E além da falta de rigor na catalogação dos doentes pelas várias rubricas, há ainda o factor racial (talvez seja a razão porque no Japão a taxa é muito baixa), os graus diversos de poder económico-sanitário, e outras causas ainda.

Nas
tosses

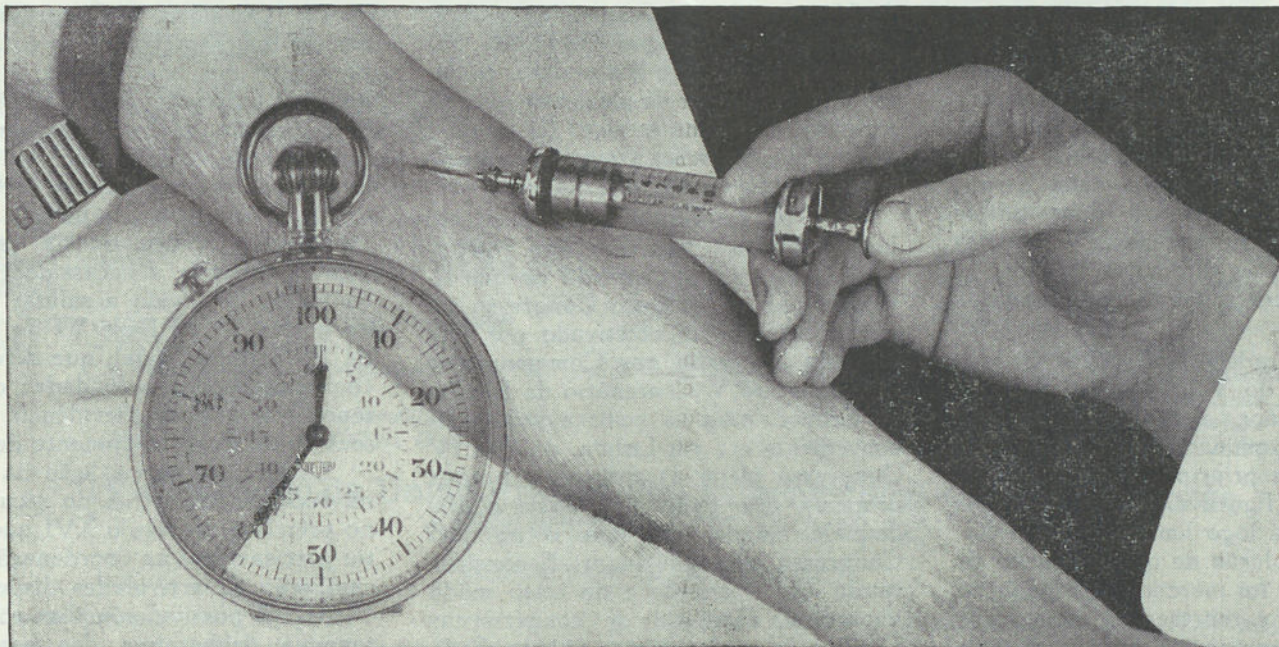


Penibron

Frasco de 150 g.

Dipenicilina G
Antitússico
Anti-histamínico
Balsâmicos

Uma nova realização da série das tetracíclicas 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, 169-1.º · LISBOA

IV CONGRESSO DAS MISERICÓRDIAS E V CENTENÁRIO DA RAINHA D. LEONOR

(Continuação do número anterior)

CONCLUSÕES DO CONGRESSO

A comissão executiva do Congresso, dado o elevado número de comunicações, que superou as mais optimistas expectativas, não tornando possível apreciar convenientemente nem sequer expor muitas delas, e no intuito de tentar abranger as opiniões mais salientes, julgou mais prudente limitar-se a elaborar apenas conclusões muito gerais, que se subdividem em duas partes — conclusões preambulares e conclusões relativas às diferentes secções.

São do teor seguinte as da primeira parte:

A) Integrado o Congresso nas Comemorações do V Centenário da Rainha D. Leonor, a profundidade com que foram examinadas as motivações e o alcance da principal obra desta extraordinária figura da era das Descobertas, impõe logo liminar e poderosamente a conclusão de que o *espírito de Misericórdia* foi inerente à propagação da fé cristã e representou ideia força basilar na expansão portuguesa no mundo.

Tornam-se exuberantes os fundamentos desta conclusão quando se contemplam os benefícios derramados pelas Misericórdias e por outras instituições, de inspiração paralela, de assistência e de educação nos territórios bafejados pela influência portuguesa do Extremo-Oriente à América do Sul.

A lição extraída da proliferação das Santas Casas na pátria fraterna que é o Brasil, fenómeno que, iniciado na primeira metade do século XVI não deixou mais de processar-se até hoje, converge para a mesma conclusão. Contam-se actualmente no Brasil 320 Misericórdias e pode dizer-se, com igual verdade em relação a ambas as nações lusitadas, que as Misericórdias não só representam a máxima parte de armamento de protecção social como aquele que mantém maior fecundidade.

Todas estas são razões que conduzem a atribuir, ainda hoje, à instituição das Misericórdias poderosas virtualidades na causa da promoção dos povos em via de desenvolvimento. Quer pela irradiação da caridade cristã, que é a própria seiva de que vivem, quer pela fisionomia institucional em que se fixaram — a um tempo tradicional e democrática, estável e progressiva — é a que melhor garante o respeito pela escala do humano no cumprimento dos programas de justiça social.

Em harmonia com este pensamento, e com legítimo júbilo que no Congresso eloquentemente se afirmou, cumprem-se dois votos:

1) O de agradecer as numerosas saudações enviadas pelas Santas Casas de Misericórdia do Brasil, e a vinda dos seus delegados ao Congresso, formulando com calor de estima fraternal

o desejo de que, em sua acção benemerente, elas conheçam todo o progresso e prosperidade.

2) O de saudar, na Santa Casa da Misericórdia de Goa, todas as Santas Casas do Ultramar Português, sugerindo aos povos e aos poderes públicos das províncias de além-mar que, na expansão dos seus serviços de saúde e assistência, recorram sempre que possível à criação de Misericórdias.

B) Na consideração de que o voto formulado no Congresso das Misericórdias de 1932 no sentido de que tivesse lugar em Braga o Congresso seguinte, só não foi efectivado por este ter sido integrado nas Comemorações Nacionais do V Centenário da Rainha D. Leonor, para as quais a sede mais conveniente era em Lisboa, dá este IV Congresso pleno assentimento à nova proposta ora feita pela Misericórdia daquela cidade para que o próximo Congresso ali tenha lugar. E considerando que a grande e de certo modo imprevisível afluência de congressistas (426) e de comunicações (111), aliada à impossibilidade de manter a maioria dos congressistas por muitos dias em Lisboa, e ainda à distracção de tempo resultante da realização de outros importantes actos comemorativos, não permitiram que todos os temas tivessem sido examinados com tão vagarosa atenção quando a sua importância requeria, emite também o voto de que não seja muito dilatada a realização do V Congresso das Misericórdias.

Na segunda parte, quanto à 1.^a e à 2.^a secções — «Inspiração Espiritual e Estrutura Institucional das Misericórdias» e «Historiografia das Misericórdias» —, o Congresso, reconhece não estar desvanecido na legislação o respeito pelas tradições da caridade cristã, mas considera necessárias ao revigoração que convém imprimir às Santas Casas, providências legislativas que possam adequá-las, como irmandades, ao direito canónico, sem prejuízo, todavia, da sua subordinação à actividade coordenadora e fiscalizadora do Estado, num ordenamento geral da Saúde, Assistência e Previdência.

Quanto à 5.^a e à 6.^a secções (Coordenação económica da protecção social, coordenação administrativa das actividades de Saúde e Assistência — Problemas de Administração das Misericórdias):

1) O Congresso não esquece que há realizações notórias nas actividades gerais de protecção social do povo português, principalmente a partir da publicação da legislação sobre a previdência social, em 1933, e do Estatuto da Assistência Social, em 1944. Em particular, reconhece o esforço desenvolvido quanto a edificações e equipamento de hospitais. Reputa, porém, inadiável uma ampla expansão dos benefícios efectivos

de protecção às classes mais desfavorecidas, cuja condição geral, em nível de vida assim como em nível educacional e sanitário tarda a chegar à suficiência.

2) Considera o Congresso que, a par do fomento económico e da melhor repartição dos rendimentos, é requisito daquela expansão da protecção social e da eficácia dos órgãos que a servem, quer no sector público quer no privado, a racional coordenação de actividades e, em certos casos, a própria concentração de serviços ou de estabelecimentos. Lembra a necessidade de não continuar no olvido a salutar doutrina da norma 2.^a da Base VI do Estatuto da Assistência Social, que determina a coordenação das actividades de assistência com as de previdência e o desenvolvimento predominante destas.

Lembra também a lição da reforma da Assistência no fim do século XV e no princípio do século XVI que consistiu precisamente na coordenação e concentração de actividades dispersas.

3) É possível conciliar com a autonomia deliberativa das assembleias de irmãos e das mesas das Misericórdias a boa estrutura administrativa e técnica dos seus serviços, iniludivelmente exigida pelas grandes responsabilidades de protecção sanitária que já têm, e pelo aumento que se preconiza, desde que:

a) — em relação, pelo menos, a prestações sanitárias essenciais, como são as do tratamento hospitalar geral, seja efectivamente assegurado o respectivo pagamento compensador pela Previdência Social pelas Companhias de Seguros e pelos Municípios.

b) — lhes proporcione o Ministério da Saúde e Assistência o pessoal técnico, especialmente médicos e enfermeiras, recrutado segundo critérios de ordem técnica e integrado em carreiras profissionais de âmbito nacional. Lembra o precedente, de benéficos resultados, de o pessoal administrativo dos Municípios ser recrutado pelo Estado.

No que diz respeito à 3.^a, à 4.^a e à 7.^a secções (Coordenação técnica da Administração sanitária; os problemas específicos da promoção de meios rurais — Problemas da organização hospitalar — Carreiras técnicas dos médicos, do pessoal administrativo, de serviço social e de enfermagem):

1) Acentua o Congresso a vantagem de ser completada a esfera de competência do Ministério da Saúde e Assistência pela assimilação, porventura sob forma contratual, quando não seja oportuna a integração nele de toda a Previdência Social, dos Serviços Médico-Sociais desta dependentes e dos demais da mesma natureza, que não tenham finalidades de ordem militar ou ultramarina.

2) Considera também o Congresso que, uma vez atingidas as condições da

Jornadas Ginecológicas e Obstétricas de Lisboa

(19 a 22 de Setembro de 1959)

Reunião internacional organizada pela Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e de Ginecologia

(Lisboa, 19 e 20 de Setembro de 1959)

PROGRAMA PROVISÓRIO

Dia 19

Às 9 horas — (No Instituto Português de Oncologia)
Assunto — *Problemas de diagnóstico, actualmente em discussão, em relação com o cancro uterino (colo e endométrio):*

Introdução — Dr. Albert NETTER (França)
Sobre a citologia — Prof. BOURG (Bélgica)
Sobre a histologia — Prof. DE WATTEWILLE (Suíça)
Sobre a colposcopia — Dr. R. PALMER (França)
Sobre a colpomicroscopia — Dr. GRUNEBERGER (Áustria)

Depois das exposições feitas pelos relatores, haverá uma «Mesa Redonda» sobre os assuntos mencionados, sendo o Dr. Albert NETTER o moderador, que concluirá por uma síntese geral.

Às 15 horas — (Na Maternidade Alfredo da Costa)
Assunto — Profilaxia do aborto:
Causas do aborto espontâneo — Prof. M. USANDIZAGA (Espanha)
Tratamento médico e profilático do aborto — Prof. D. Pedro da CUNHA (Portugal)

Tratamento cirúrgico e profilático do aborto
— Prof. Green ARMYTAGE (Inglaterra), que será seguido da projecção dum filme.

Discussão geral sob a direcção do Prof. USANDIZAGA, que terminará por uma Síntese geral.

Às 21,30 horas — Jantar num restaurante típico.

Dia 20

Às 10 horas — (No Hospital de Santa Maria)
Conferência pelo Dr. R. PALMER (França) sobre: «*O que podemos esperar da celioscopia em ginecologia*», que será seguida da projecção de um filme.
Desde as 11 horas — Distribuição de emblemas, convites, etc., para o Congresso da U. P. I. G. O.
Às 21,30 horas — Partida, do Hospital Universitário de Santa Maria, para a excursão a Seteais (almoço), Sintra (Castelo), Guincho (praia), Cascais e Estoril (Casino).

IV Congresso da União Profissional Internacional de Ginecologistas e Obstetristas (U. P. I. G. O.)

(Lisboa, 21 e 22 de Setembro)

Comité Nacional:

Presidente — Prof. de FREITAS SIMÕES (Lisboa)
Vice-Presidente — Prof. GONÇALVES DE AZEVEDO (Porto)
Secretário Geral — Dr. Mário CARDIA (Porto)
Secretários-adjuntos — Drs. MELO REGO (Lisboa) e Albino AROSO (Porto)
Tesoureiro — Prof. CASTRO CALDAS (Lisboa)
Vogais — Profs. Ibérico NOGUEIRA (Coimbra), Albertino BARROS (Coimbra) e D. Pedro da CUNHA (Lisboa)
Drs. Maria VANZELER e Kírio GOMES (Lisboa) e Francisco de ALMEIDA (Porto).

O Presidente, o Secretário Geral, os Secretários Adjuntos e o Tesoureiro constituem a Comissão Executiva.

PROGRAMA PROVISÓRIO

Dia 21

Às 9 horas — Sessão inaugural no Salão Nobre do Hospital de Santa Maria

Às 10 horas — 1.ª Tese: — «*Rastreio dos cancros genitais da mulher, examinado sob o ponto de vista económico e social*»

Relator geral: — Dr. Mário CARDIA (Portugal)
Relatores: — Dr. Maurice FABRE, Prof. DENOIX e Dr. WOLFF (França)
Dr. Michel THIERY (Bélgica)
Dr. César FERNANDES RUIZ (Espanha)
Prof. G. TESAURO (Itália)
Dr. GRUNEBERGER (Áustria)
Dr. Tj. L. A. de BRUINE (Holanda)
Dr. REILBS (Luxemburgo)

Durante esta sessão os relatores exporão os diferentes assuntos em relação com a tese. A discussão far-se-á à tarde.

Às 15 horas — Discussão sobre a 1.ª tese: — «*Rastreio dos cancros genitais da mulher, examinado sob o ponto de vista económico e social*».

Às 17 horas — Visita à cidade de Lisboa e recepção pela Municipalidade (na Estufa Fria).

Às 19,30 horas — Recepção pelo Presidente do Congresso.

Dia 22

Às 9,30 horas — Reunião do Conselho Administrativo da U. P. I. G. O.

Às 10,30 horas — 2.ª tese: — «*Critérios e processos de especialização em ginecologia e obstetrícia*».

Relator geral: — Prof. RAVINA (França)
Relatores: — Prof. Ibérico NOGUEIRA (Portugal)
Dr. Léon LOPEZ DE LA OSA GARCÉS (Espanha) e outros a indicar posteriormente.

Discussão — Síntese pelo relator geral.

Às 15 horas — 3.ª tese: — «*Classificação económica ou tarifária dos actos obstétricos e ginecológicos segundo a hierarquia dos valores*».

Relator geral: — Dr. RADELET (Bélgica)
Relatores: — Prof. CASTRO CALDAS (Portugal) e outros a indicar posteriormente.

Discussão — Síntese pelo relator geral.

Às 17 horas — Assembleia geral da U. P. I. G. O. Encerramento do Congresso.

Às 20,30 horas — Banquete.

Durante os dias em que se realizarem as jornadas haverá um programa para as senhoras.

Excursão organizada pela Agência de Viagens EUROPEIA

(Inscrição facultativa)

Dias 23 e 24

23 — Escursão a Coimbra (almoço), Penacova, Luso, Bussaco, Porto (jantar e alojamento).

24 — Excursão a Leixões, Póvoa do Varzim, Viana do Castelo (almoço), Ponte do Lima, Braga, Guimarães e Porto (jantar e alojamento).

A correspondência para o Presidente deve ser dirigida ao Hospital de Santa Maria (Serviço de Ginecologia e Obstetrícia) — Lisboa. A que é destinada ao Secretário Geral (informações, inscrições) deve ser dirigida ao Dispensário Central de Higiene Social do Porto (Serviço de Ginecologia) — Rua Aníbal Cunha, 98 — Porto.

As inscrições no Congresso e as reservas de hotéis devem ser feitas até 15 de Julho. Todas as pessoas que se

inscreverem no Congresso da U. P. I. G. O. consideram-se convidadas a tomar parte nas sessões e manifestações da Reunião Internacional organizada pela Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e de Ginecologia (19-20 de Setembro).

Para viagens, excursões e alojamentos — EUROPEIA — Avenida da Liberdade, 231 — Lisboa (ou nos seus representantes no estrangeiro — WATA) ou (para as viagens e alojamentos em Lisboa) nas agências da Companhia Wagons lits-Cook.

indispensável coordenação, é oportuno rever os princípios da nossa administração sanitária, com vista a procurar a polivalência não só dos esquemas gerais como, sem desprezo pela autonomia indiscutível de certas modalidades especializadas, a dos próprios órgãos de prestação directa de protecção sanitária.

3) O Congresso frisa a necessidade de, na revisão atrás preconizada, serem dadas amplas atribuições às Misericórdias, com base principalmente no prestígio de que ainda desfrutam, na conveniência de se prevenir o excessivo intervencionismo estadual e ainda na circunstância de já lhes pertencer a maior parte do armamento hospitalar do País.

4) Deseja o Congresso vincar que a chave da eficácia dum novo esquema nacional de protecção sanitária de que o País venha a ser dotado e até a condição do rendimento que seria de esperar dos novos edifícios hospitalares construídos ou remodelados é a boa preparação e a reforma do condicionamento do exercício profissional dos médicos e das enfermeiras. Aponta, assim, como indispensável que sejam estabelecidas carreiras profissionais para os médicos, devidamente hierarquizadas, com garantias seguras de acesso, de estabilidade económica e de previdência, que os coloque ao abrigo das incertezas da clínica livre cada vez mais minguada devido ao progresso da medicina organizada. Deve haver duas carreiras paralelas, compreendendo todo o País: a carreira hospitalar e a carreira de Saúde Pública. Carreiras equivalentes devem ser estabelecidas para a enfermagem.

5) O Congresso reconhece que deve evoluir o conceito de hospital para o de centro polivalente de acção social, abrangendo nesta fórmula a defesa e promoção da saúde, a satisfação das carências sociais e, nos escalões elevados, as facilidades de ensino e de investigação. Reconhece que, como centro de saúde, lhe competirá uma acção preventiva intensa, a par das funções curativas e recuperadoras. Aceita que se impõe uma revisão profunda da gestão hospitalar, a fim de extrair dos serviços o máximo rendimento social.

6) Insiste-se também na necessidade de inadiáveis esforços para a elevação educacional e sanitária dos meios rurais.

Finalmente, a 8.ª secção:

Nesta secção, devido à profusão dos trabalhos apresentados e das intervenções dos congressistas nas sessões de estudo, que dificultaram o exame de

muitos daqueles, o Congresso apenas formula o desejo de que as Misericórdias, nas suas características de polivalência, se não confinem à assistência hospitalar mas abranjam outras actividades, não esquecendo as de profilaxia e educação sanitária. Vinca a grande vantagem de prosseguir a colaboração das Santas Casas na defesa contra a mortalidade infantil e contra a tuberculose.

★

Falámos do Congresso das Misericórdias. Resta-nos falar do 5.º Centenário da Rainha D. Leonor, cuja passagem foi assinalada com diversas manifestações. Um facto anda ligado ao outro.

Como se sabe, a instituição das Misericórdias foi obra da rainha D. Leonor, tendo a primeira confraria sido instalada na capela de Nossa Senhora da Piedade, vulgarmente conhecida por «da Terra Solta», no claustro ogival da Sé, em 15 de Agosto de 1498. Prosperou rapidamente a Misericórdia de Lisboa e depressa se reconheceu a necessidade de nova sede para a instituição, pelo que D. Manuel, irmão da rainha fundadora, projectou erguer, no sítio onde hoje se eleva o quarteirão situado entre as ruas dos Bacalhoeiros e da Alfândega e que era ocupado por vários edifícios públicos, um majestoso templo e casa para a Misericórdia. A obra — notável e de precioso recheio — só se concluiu em 1534, no tempo de D. João III, e aluiu e incendiou-se com o terramoto de 1755, apenas escapando um pórtico, a capela do Espírito Santo e uma ou outra imagem. D. José ordenou que se reedificasse a igreja, mas a Misericórdia, só depois de ter estado instalada em diversos sítios, ocupou a Casa dos Jesuítas, de S. Roque, onde ainda se encontra.

★

Por portaria publicada no «Diário do Governo» foi nomeada uma comissão incumbida de promover as comemorações do V Centenário do Nascimento da Rainha D. Leonor. Era essa comissão assim constituída:

Presidente, Dr. José Guilherme de Melo e Castro, provedor da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa; secretário-geral, Dr. José Hermano Saraiva, representante da Direcção-Geral da Assistência; vogais: Dr. José de Sousa Machado Fontes, provedor da Santa Casa da Misericórdia do Porto; Dr. José António Silva, presidente da Câ-

mara Municipal de Beja; Dr. Alcino de Sousa Coelho, director do Hospital Rainha D. Leonor, das Caldas da Rainha; representante da Fundação Calouste Gulbenkian, a designar pelo respectivo Conselho Administrativo (foi designado, posteriormente, o Dr. Azevedo Perdigão); e Dr. Artur Nobre de Gusmão, professor da Escola Superior de Belas-Artes do Porto.

A Fundação Calouste Gulbenkian, que, desde o início dos respectivos trabalhos preparatórios dedicou o mais vivo interesse e decidido apoio às celebrações, organizou, no mosteiro da Madre de Deus, uma exposição evocativa daquela grande figura da história nacional. Integrada no programa dos actos comemorativos do centenário, a exposição evidenciava, nas suas duas secções — «A Rainha D. Leonor e os Artistas» e «A Rainha D. Leonor e as Misericórdias» — a influência extraordinária exercida pela «Princesa Perfeitíssima», através da sua alta e nobre missão, que tão profundo sulco abriu nos destinos do País. Nenhum outro local estava mais perfeitamente indicado para a realização deste acontecimento cultural de grande relevo evocativo e consagrador. A Madre de Deus, intimamente ligada à vida da Rainha que fundou o convento e ali tem o seu túmulo, é, por si só, «um dos mais notáveis repositórios de arte que se conservam em Lisboa».

Entre as peças fundamentais que apresentava a exposição, contavam-se obras de arte da época da Rainha e que pertenceram àquele mosteiro, como o retábulo de Metsys, o retábulo de Santa Anta, o relicário da Rainha D. Leonor e ainda outras que foram do seu uso pessoal, como o «Livro de Horas». Na secção referente à protecção dispensada às artes por aquela extraordinária figura da Renascença portuguesa, expunham-se, também, os quadros do mestre do Sardoal, que ostentam a sua insígnia, incunábulo impresso por sua ordem, um exemplar da primeira compilação das obras de Gil Vicente, além da documentação fotográfica relativa a obras de arquitectura mandadas construir pela Rainha. Na secção sobre as Misericórdias podiam ver-se alguns aspectos da organização histórica dessa instituição, especialmente das que foram fundadas no seu tempo. Este sector, que era precedido por um núcleo de peças relacionadas com os principais tipos de estabelecimentos de assistência em Portugal, antes da criação das Misericórdias, era valorizado pela apresentação de algumas obras de arte, como o «Fons Vitae»

**O CATGUT
MAIS ANTIGO
QUALIDADE SUPERIOR**

Lukens
Surgical Sutures

CERA HEMOSTÁTICA
LINHO E SEDA OYLOIDIN
E WAXOID. ATRAUMÁTICA
SEDAS ESTERILIZADAS

DISTRIBUIDOR GERAL: **A. G. ALVAN** — R. da Madalena, 66-2.º-D.to - Lisboa - Telefone, 25722

da Misericórdia do Porto, o painel da Misericórdia de Sesimbra, um baixo-relevo de pedra, procedente do museu Machado de Castro, retábulos de talha policromada e outras peças de escultura e de ourivesaria. Incluíam-se também nesta secção representações de bandeiras das Misericórdias, com exemplares dos séculos XVI e seguintes, vasta documentação de arquivo, desde aquele século e fotografias de conjuntos arquitectónicos das Misericórdias e do seu património artístico.

★

O Chefe do Estado inaugurou, no dia 6, a exposição. Além do sr. almirante Américo Tomás, estiveram presentes à inauguração os srs. Cardeal-Patriarca de Lisboa, Ministros da Presidência, da Defesa Nacional, da Marinha, da Educação Nacional, dos Negócios Estrangeiros, das Obras Públicas, da Economia, das Corporações, da Saúde e Assistência e do Ultramar, Subsecretários de Estado do Fomento Ultramarino e das Obras Públicas, Núncio Apostólico, embaixadores do Brasil, Inglaterra, França, Itália, União da África do Sul e da Turquia, Ministros do Egipto e da Holanda e muitos outros membros do Corpo Diplomático.

O Dr. Azeredo Perdigão, que, a seu lado, tinha os administradores da Fundação Calouste Gulbenkian, srs. K. L. Essayan e C. R. L. Whilshaw, depois de saudar o Chefe do Estado, proferiu algumas palavras sobre os motivos que determinaram a intervenção da Fundação nas celebrações do V Centenário da Rainha D. Leonor. Referiu-se à vida e à obra desta nobre figura da nossa História, aos trabalhos de restauro e conservação realizados no mosteiro e às características da exposição, indicando os nomes das personalidades que lhe prestaram valiosa colaboração naquela iniciativa.

Em seguida o sr. Presidente da República e os outros convidados visitaram demoradamente a exposição.

★

Várias outras solenidades se verificaram, por diversas terras do País, como na Figueira da Foz, em Sintra, em Beja, etc. Nesta última cidade, onde, a 2 de Maio de 1458, nasceu a Rainha D. Leonor, foi inaugurada, no dia 8, uma estátua sua, obra do escultor Álvaro de Brée.

Para assistirem às comemorações ali realizadas, deslocaram-se àquela cidade os srs. Ministros do Interior, das Obras Públicas e da Saúde e Assistência, e o provedor da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e presidente da comissão nacional das comemorações, Dr. Guilherme de Melo e Castro.

O Eng.º Arantes e Oliveira chegou a Beja às 11 horas e assistiu, assim como o Dr. Melo e Castro, à missa de pontifical na Sé. Almoçou no paço episcopal; mais tarde visitou alguns trabalhos em curso na cidade. De tarde chegaram ao largo da Conceição, onde existiu o Palácio dos Infantes, moradia

de D. Leonor, os três Ministros e foram ali recebidos pelas autoridades locais, civis, militares, eclesiásticas, judiciais, deputados deste ciclo e entidades do distrito. Encontravam-se ali formados a milícia da M. P., legionários e bombeiros. Não faltavam as crianças das escolas e muito povo. À chegada o sr. Ministro do Interior passou revista à Legião e à M. P., seguindo-se o decerramento da estátua da rainha D. Leonor, que se encontrava coberta com a bandeira da cidade. Seguidamente o Dr. José António da Silva, presidente da Câmara Municipal, apresentou cumprimentos aos membros do Governo e às autoridades, em nome da cidade, onde há 500 anos nasceu a rainha. Teve palavras de elogio para o sr. Ministro das Obras Públicas, o qual

tem conquistado as simpatias de todo o Portugal, e para os outros dois membros do Governo. Falou dos melhoramentos promovidos nesta cidade durante o ano de 1958 e dos projectados para 1959, tudo se devendo ao Ministro das Obras Públicas. Terminou agradecendo o auxílio prestado para a inauguração da estátua. Saudou nos Ministros o Governo de Salazar, que tudo tem feito para engrandecer Portugal.

Seguiu-se no uso da palavra o Dr. José Saraiva, membro da comissão nacional das comemorações que teve palavras de louvor para a cidade e para o escultor Álvaro Brée, pela tão bela estátua que fica a engrandecer Beja. «Ela ficará aqui pelos séculos fora — disse — a falar de si e de quem a esculpiu». Fez, depois, a descrição da



Ácido adenosino 5-monofosfórico
sob a forma de sal sódico . . . 25 mgr.
em 1 c. c.
Vitamina B₁₂ 60 micgr
em 1 c. c.

INDICAÇÕES

PERTURBAÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS
PRURIDO, de etiologias várias
ARTROPATIAS CRÓNICAS
NEVRITES PERIFÉRICAS
REUMATISMOS NÃO ARTICULARES
CIRROSES COM ASCITE
EDEMAS DE ORIGEM CARDÍACA
ESCLEROSE EM PLACAS

POSOLOGIA

Variável conforme os casos
Injecção por via intramuscular

Caixa com 10 ampolas de 1 c.c. de Ácido Adenilico
e mais 10 ampolas de 1 c.c. de Vitamina B₁₂

Laboratório Farmacológico



J. J. Fernandes, Limitada

LISBOA — PORTO — COIMBRA — FUNCHAL

estátua e da rainha, afirmando que os seus olhos, que se adivinham marejados de lágrimas, parecem querer recolher as dores dos que sofrem. «Ela não riu mas quis que os outros rissem. Ela que chorou nos braços do único filho morto, quis diminuir a dor das outras mães, fundando as Misericórdias e aliviando as dores dos outros. A alma da rainha representava bem a alma de Portugal». Afirmou que a rainha viverá sempre em nossos corações porque ela matava a fome e a sede a quem a tinha, vestia os que necessitavam. Nunca poderá morrer quem teve tão excelsas virtudes.

Discursou depois o representante do Governo brasileiro, Prof. Ivolino de Vasconcelos. Disse ser grande a emoção que sentia naquele momento. Como representante da terra brasileira na cidade de Beja, sentia-se transportado ao tempo de Pedro Álvares Cabral. Lembrou os nossos conquistadores; tal como o que mandou dizer ao rei que não tinha conquistado mais terras porque as não havia, assim ele afirmava que D. Leonor não tinha conquistado mais corações brasileiros porque os não há. Saudou os srs. Presidentes da República e do Conselho, por quem manifestou, em nome do Brasil, a maior admiração, terminando por beijar os pés da rainha D. Leonor.

Finalmente, falou o sr. Ministro das Obras Públicas, afirmando que o Governo tinha uma palavra a dizer e que fora escolhido para o fazer certamente por ser o mais velho. O significado do acto já estava exposto pelos oradores antecedentes, mas não podia deixar de dizer que a cidade de Beja soube estar à altura devida e que a Câmara Municipal marcara o seu lugar nas comemorações, pois fora muito feliz pela data da celebração da padroeira de Portugal e que a sua contribuição para as comemorações do centenário da rainha a achava bastante valiosa. A comissão nacional foi felicíssima em encerrar aqui o primeiro ciclo das comemorações.

O Eng. Arantes e Oliveira terminou por agradecer as palavras do representante do Governo brasileiro, que calaram fundo no seu coração.


Às 22 horas realizou-se, no salão nobre dos Paços do Concelho, uma conferência pelo escritor bejense Joaquim Lança. Presidiu o sr. Governador Civil, ladeado pelo presidente da Câmara, juiz corregedor e comandante do Regimento de Infantaria 3, estando em lugar especial o sr. D. António Cardoso Cunha, bispo auxiliar da diocese. Fez a apresentação do conferencista o arqueólogo Abel Viana. Depois a filiada da M. P. Palmira Rosa Guerreiro recitou uma poesia da sua autoria, dedicada a D. Leonor. O conferencista apresentou, então, um notável trabalho de investigação histórica e de exortação patriótica.

★

A missão das Misericórdias da Metrópole, composta pelos Drs. Melo e Castro e Azeredo Perdigão, que foi

fazer entrega, à Misericórdia de Goa, de dois painéis artísticos, obra do pintor Eduardo Malta, que, em conjunto, constituirão uma nova «Bandeira de Misericórdia», partiu para aquela cidade no dia 14 de Janeiro. Em Karachi integrou-se na missão o Dr. José Nabuco, conhecido advogado do Rio de Janeiro, como representante da Misericórdia da capital do Brasil.

Em 16 de Fevereiro, a missão das Misericórdias Portuguesas deslocar-se-á ao Brasil, para tomar parte em diversas cerimónias do V centenário do nascimento da rainha D. Leonor, a realizar em Santos, S. Paulo, Rio e Baía. Dela fará parte, também, o Dr. Domingos Braga da Cruz.



**ANALGÉSICO
DE USO EXTERNO**

apresentado na forma de stick

★

**ACÇÃO RAPIDA
COMODIDADE DE APLICAÇÃO
ODOR AGRADÁVEL**

★

**LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

DIARIO DO GOVERNO

(De 27/III a 2/IV/59)

ACUMULAÇÕES

Foram autorizados a acumular os seguintes lugares:

Dr. António Joaquim Arruda — de médico civil, contratado, de otorrinolaringologia do Hospital Militar Regional n.º 2 e de médico de otorrinolaringologia do Hospital-Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil, em Coimbra.

30-III-59

Dr. Francisco José Pissara de Matos — de segundo-assistente do Sanatório Sousa Martins, da Guarda, e de médico do Dispensário Antituberculoso Dr. Lopo de Carvalho (Pal), da mesma cidade, ambos dependentes do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

30-III-59

Dr. Francisco Manuel Lopes Vieira de Oliveira Dias — de segundo-assistente do Centro de Cirurgia Cardiovascular da Zona Sul, dependente do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, de médico assistente da Casa Pia de Lisboa e de secretário-geral do Instituto de Cardiologia Social de Lisboa.

30-III-59

Dr. Joaquim José Trigo Cabral de Sampaio — de médico transfusionista-reanimador da delegação da zona norte do Instituto Maternal e de delegado do Instituto Nacional de Sangue no Porto.

30-III-59

CONCURSOS

Estão abertos concursos:

Para o provimento de uma vaga de médico tisiologista do quadro complementar de cirurgiões e especialistas de Macau.

27-III-59

NOMEAÇÕES

Dr. Domingos Janeirinho, médico—nomeado para substituir o subdelegado de Saúde efectivo do concelho de Moura.

28-III-59

CINEMA

Os cow-boys na minha vida

Chove com bocados de sol nestes dias antes da Páscoa e as glicínias estão a florir. É um bom tempo para falar de cinema de que gosto: por exemplo, de fitas de cow-boys.

Não é estranho que as memórias dos que cresceram a ver cinema de tiros e cavalos se encontrem. Há tempos, Alves Costa (que já vai além dos 40) lembrou numa palestra como chamávamos a esses amigos e inimigos da infância: era o artista, que montava um cavalo branco quando todos os outros eram pretos e um cavalo preto quando todos os outros eram brancos, os bandidos e a gaja. Às vezes o pai da gaja, o que tinha o rancho ameaçado pelo chefe dos bandidos. No fim o artista e a gaja ficavam razoavelmente comprometidos, embora na fita seguinte com o mesmo artista a gaja já fosse outra. Aventuras a que agora, nos meus 30, me posso dar o prazer amargo de chamar estereotipadas; nesse tempo em cada matiné os mesmos episódios eram novos — a cena de soco no bar, um ou outro incêndio no estábulo com os cavalos aos pinotes e por fim o artista atrás do bandido pela pradaria adiante. E se não era assim a fita não prestava.

Quando na América começaram a fabricar espectáculos filmados a chamada Epopeia do Oeste ofereceu ao cinema uma das fazendas mais cortadas à sua medida: a planície e o céu aberto, acção intensa e uma mitologia clássica: o herói e as suas atribuições, o cavaleiro pela justiça e pela sua dama, o bem contra o mal. Ao longo de toda a produção americana directores competentes e grandes directores fizeram uma vez ou outra, em número maior ou menor na totalidade das suas obras, fitas de cow-boys, memoráveis ou excepcionais: *The Plainsman* de Cecil B. de Mille, em 1937, *Stagecoach* e *My Darling Clementine*, em 1939 e 1946, de John Ford, *The Ox-Bow Incident*, em 1943, de W. Wellman e — para não esgotar o espaço com nomes e datas — as últimas parcelas sofisticadas a acrescentar a uma longa soma: *Shane*, *O Comboio Apitou Três Vezes*, *A Flecha Quebrada*, *Johnny Guitar*.

Ora, ao lado desta produção «nobre» tem havido uma série bastante fértil para fornecimento de programas de segunda e inferiores classes, e também agora para a televisão, fitas baratas com actores em correspondência. Foram os cow-boys destas fitas que eu primeiro conheci, nas matinés de domingo dum cinema de província que continuou a dar cinema mudo quase até aparecer o som estereofónico, fenô-

meno aliás sem importância, que só incomodava quando o cow-boy era também cantor e passava de vez em quando uns minutos a abrir e a fechar a boca. A banda sonora estava situada naquela zona da plateia a que eu pertencia, nas três ou quatro primeiras filas — todos nós fazíamos PAM quando saía pólvora da pistola, PUM quando as cabeças iam batendo nos vários móveis do bar ao sabor da pancadaria, TRÁS quando uma porta se fechava com violência ou um deles enfiava por uma janela levando à roda e à frente os caixilhos e os vidros, ZÁS quando um punho encontrava uma cara.

Mas bom-bom! era a cena em que o artista está no meio da rua com oito armas apontadas de várias esquinas e janelas e telhados e ele só com sete balas no revólver. É preciso eliminar um. A gaja (ou o cómico, outro adereço indispensável de que me esqueci de falar) põe exactamente um fora de acção. O tiroteio fica então de igual para igual.

O que me lembrou os cow-boys não foram, de facto, as glicíneas, mas um filme recente. *O Forasteiro Irresistível* (*The Sheepman*) — director: George Marshall; actores: Glenn Ford e Shirley MacLaine — é a história dum cow-boy que é um sheep-boy porque em vez de vacas tem ovelhas (por um acidente ao jogo). Logo que chega à cidade — a velha cidade do Oeste com o saloon que de vez em quando cospe para fora um homem — usa o forasteiro todos os métodos que nas circunstâncias são clássicos para afirmar aos outros o seu direito de criar carneiros naquelas pastagens: desafia o valentão da cidade (a cena do bar!), é mais esperto que o negociante esperto, estabelece precariamente os seus direitos, perde-os e ganha-os de novo, face a face com a iminência parda do sítio. De caminho, deixa-se conquistar pela moça, tem várias ocasiões de demonstrar que atira melhor do que ninguém e consuma uma vingança que já iniciara muito tempo antes de chegar a esta cidade. Eu suponho que estes acontecimentos não são estranhos a ninguém que tenha visto três vezes na vida três fitas de cow-boys. Mas esta, desenrolada com rapidez e leveza, deliberadamente um somatório de lugares-comuns, com uma interpretação da parte dos dois actores que referi que lhe acentua a duplicidade, *O Forasteiro Irresistível* é uma fita de cow-boys legítima para o moço que eu fui há vinte anos, além de piscar um olho ao moço

que eu agora sou aos 30: hê amigo! vamos brincar outra vez aos cow-boys?

Páscoa de 1959.

GUEDES GUIMARÃES

★

OPINIÕES DOS OUTROS

Cow-boy

...cow-boy, palavra prestigiosa que faz sonhar todos os rapazes, significa guardador de vacas. Isto esqueçemo-lo nós para só considerar a sua acepção mais nobre. Nesta lenda interior (nada mais íntimo do que este face a face solitário com o écran donde ela nasceu), os rebanhos continuam a existir, mas sublimados, reduzidos a um desenho esquemático, envolvendo com arabescos decorativos alguns heróis cuja única função é guardar a sua honra e segurança ameaçadas. Cavalgadas, tiroteio, perseguições, os maus castigados e os bons sempre recompensados, formam as peripécias e o final inevitáveis deste espectáculo verdadeiramente permanente, deste último filme em episódios, o mais longo de todos e de que ainda ninguém se cansou, o *western*.

CLAUDE MAURIAO
L'Amour du Cinéma.

O fim do Oeste

.....
E depois, dizem alguns, o Oeste acabou [dissolvido na vasta acolhida azul do Pacífico. Uns acreditam-no. Mas outros não.

Outros sabem que o Oeste não morreu, que [não houve fim na sua grande história de machados a'ia- [dos e mãos sem canseira, de camaradagem de cavalos e céu, de ousa- [dia na noite, e de olhos ansiosos nos horizontes da [manhã.

Sabem que o Oeste viverá nos homens e [mulheres fugidios como as sombras nas encostas das [montanhas e a luz das estrelas nos seus vales, mas [eterno como o vento nas pradarias e a luz do sol nos areais.

WILLIAM PAUL SCHENK
in This is the West.

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, Elísio de Moura, F. de Almeida Ribeiro, Henrique de Oliveira, Herménio Cardoso, Ibérico Nogueira, J. Correia de Oliveira, J. Gouveia Monteiro, J. Lobato Guimarães, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Renato Trincão (Profs. da Fac. de Med.), Fernando Serra de Oliveira e M. Ramos Lopes (Enc. de Regências na Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (Chefe do Lab. de Radiol. da Fac.), Carlos Gonçalves (Dir. do San. de Celas), Domingos Vaz Pais (Delegado do Instituto de Assistência Psiquiátrica), José dos Santos Bessa (Del. do Inst. Mat.), Luciano dos Reis (Assistente da Fac. de Med.), Manuel Montezuma de Carvalho (Cir.) e Mário Tavares de Sousa (Ped.) — COIMBRA

Jorge Horta (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aires de Sousa, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroué, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, J. Oliveira Machado, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Moraes, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos, Costa Sacadura, Toscano Rico e Xavier Morato (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical) Almerindo Lessa (Dir. do Serv. de Sangue dos H. C. L.), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro, Alexandre Sarmento (Dir. do Lab. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Eurico Paes (Endocrinologista), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal, Fernando Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), Jorge da Silva Araújo (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Manuel Marques da Mata (Insp. de Águas MINEIRAIS da Dir. Geral de Saúde), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

Ernesto Moraes (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), A. Rocha Pereira, António de Almeida Garrett, J. Afonso Guimarães, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, 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. to António), José Aroso (Director de Serv. do Hosp. de S. to António), J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S. to 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 (I.º Leg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Lisboa), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matosinhos), J. Pimenta Presado (Portalegre), Joaquim Pacheco Neves (Vila do Conde), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Setúbal)

DELEGADOS

Madeira: Celestino Mala (Funchal); Espanha: A. Castillo de Lucas, Enrique Nogueira e Fernan Perez (Madrid); França: Jean Huet (Paris); Alemanha: Gerhard Kock (Munster)

SEMANA A SEMANA A VIDA MÉDICA NACIONAL

Efemérides

(De 29 de Março a 3 de Abril)

Dia 29 — São nomeados presidente e vice-presidente da Comissão Municipal de Assistência de Almeida, os Drs. José Casimiro Matias e Abel Pires da Fonseca.

30 — Em Santa Maria de Lamas, Vila da Feira, o Ministro das Corporações inaugura um posto clínico dos Serviços Médico-Sociais da Federação de Caixas.

O Ministro discursa afirmando que «a previdência não será entre nós socializada».

— Iniciam-se, no Instituto Superior de Educação Física os colóquios sobre problemas fundamentais da doutrina e da organização da ginástica e dos desportos em Portugal e sobre os aspectos de ordem geral e técnica das instalações respectivas.

As três secções em que funcionam os colóquios com a participação de 100 colaboradores são as seguintes: Escolar — não escolar e instalações desportivas, dirigidas respectivamente pelos Profs. Celestino Marques Pereira e José Esteves, sub-director e eng. Pereira da Cunha, representante do Ministério das Obras Públicas, e tendo como relatores os Profs. Tavares Júnior, Serradas Duarte e Teotónio Lima.

— O Ministério da Saúde e Assistência publica, no «Diário do Governo», um Decreto-lei que reorganiza o Centro Nacional da Gripe, organismo especial de sanidade, instalado no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge.

Ao Centro Nacional da Gripe compete a investigação sobre a biologia dos vírus da gripe, a fim de procurar esclarecer a epidemiologia e a profilaxia respectiva, o diagnóstico laboratorial da doença, o estado das doenças das vias aéreas superiores de etiologia mal definido que se possam confundir com a gripe e, bem assim, o estudo da incidência e prevalência da gripe em Portugal, a educação da população portuguesa no que respeita à gripe, e, ainda, manter relações com o Centro Mundial da Gripe, os centros nacionais dos outros países e a Organização Mundial da Saúde, a fim de informar as suas actividades e ser informado dos trabalhos dos organismos estrangeiros congêneres.

No preâmbulo do novo decreto, acentua-se que, como, de resto, é do conhecimento geral, a gripe constitui um problema ainda sem solução satisfatória, apesar dos processos científicos verificados nos últimos anos, e que, embora sendo, em regra, uma doença benigna é, nos países civilizados, a doença infecciosa que causa maior número de mortes. E, na sua forma epidémica, ao aumento do número de óbitos acrescem os prejuízos económicos causados pela desorganização no trabalho.

31 — O Ministro da Saúde preside à reunião anual da Comissão Central do Socorro Social e apela para a benemerência nacional, apelo, que diz, já está a ser ouvido.

— O Ministro das Corporações inaugura dois postos de assistência dos Serviços Médico-Sociais, no concelho de Santo Tirso. Entre os vários oradores que discursam nas sessões inaugurais destaca-se a afirmação do operário João Pimenta que apela «no sentido de ser revisto o sistema de subsídio na doença, que, pelo regulamento actual, diminui, quando é mais preciso pelos imperativos da saúde».

— No Porto, o Ministro das Corporações reúne-se com os Drs. Mendonça e Moura e Corte-Real, na presença de vários médicos dos Serviços Médico-Sociais. Estes dois colegas são representantes da classe na Comissão recentemente nomeada pela Presidência do Conselho para o estudo dos problemas da profissão médica.

— Em Coimbra, pelo Governador Civil do distrito, coronel Nogueira Pestana, que representa o Ministro da Saúde e Assistência é dada posse à direcção administra-

tiva da Fundação «Hospital D. Ana Laborioso d'Eça», de Condeixa-a-Nova, cujos estatutos foram recentemente aprovados.

Dia 1 — Sabe-se que vai ser aberto concurso para o provimento de uma vaga de professor catedrático do 7.º Grupo da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

— Em Coimbra, em seguimento à recente decisão do Conselho de Ministros sobre o assunto, foi constituída no Ministério da Saúde e Assistência uma comissão de simplificação administrativa de que fazem parte os Drs. Carvalho da Fonseca, director adjunto do Instituto Maternal, Eduardo Abranches de Soveral, provedor adjunto da Casa Pia, e Fernando Pimenta, adjunto do administrador dos Hospitais Civis.

— Confirma-se mais uma vez que não foi em vão que, há dias, o Ministro da Saúde, ao prestar contas sobre a forma como foram aplicados os fundos do Socorro Social, fez um apelo às empresas, no sentido de chamar os grandes capitais à colaboração de obras de assistência.

Respondendo a essa chamada, a «Socor» resolve conceder 525.000\$00 para criação ou reforço de duas modalidades assistenciais.

Deste modo, vinte contos dessa verba serão para a Obra das Raparigas Cegas do Largo de Nossa Senhora dos Anjos, e os restantes 325.000\$00 para compra de aparelhagem necessária à montagem de um centro de tratamento das formas agudas de poliomielite paralytica.

Entretanto, consta que outras empresas estão empenhadas em conhecer a forma de melhor aplicar donativos importantes em outras obras de assistência.

2 — Em Lisboa, na Assembleia Nacional, usa da palavra o deputado Santos Bessa, que mais uma vez aborda o problema da Saúde pública, para o qual volta a chamar a atenção das entidades oficiais, lembrando o que dissera na Assembleia, em Dezembro de 1953, acrescentando que, durante seis anos esperara pacientemente o aparecimento de qualquer medida que demonstrasse que o sector responsável pela Saúde Pública, se preocupava com os assuntos então ventilados e que tão grande importância têm para a saúde e a vida do povo português.

— No Estado da Índia, na importante e populosa aldeia de Aldonã, é criado um Asilo para os Pobres, com 24 camas, dirigidos pelas Irmãs de Caridade do Orfanato de Santo Aleixo, e uma capela anexa, e uma Casa de Saúde com todo o conforto moderno, com acomodações para 40 camas, sala de operações e mais dependências.

3 — No Instituto Português de Oncologia, o Prof. Diogo Furtado profere perante numeroso auditório uma conferência sobre «Tromboses cerebrais» em que se ocupa principalmente, dos aspectos patogénicos do amolecimento cerebral, expondo, com larga documentação a fisiologia normal e patológica da circulação cerebral. O papel das lesões parietais, das alterações hemáticas e da insuficiência circulatória geral é também estudado em pormenor. A parte final da lição incide sobre a anatomia patológica dos vários tipos de amolecimento total e parcial, branco e vermelho.

— O Prof. Maximino José de Moraes Correia, completa 16 anos de reitor da Universidade, pois tomou posse do cargo no dia 3 de Abril de 1943, depois de exercer as funções de vice-reitor desde 19 de Junho de 1939. Entre os 75 reitores que governaram a Universidade, desde a sua transferência para Coimbra, em 1307 os mais longos reitorados foram os de D. Francisco de Lemos Pereira Coutinho, com 9 anos pela primeira vez (1770-1779) e 22 anos pela segunda vez (1722-1744) e Manuel Saldanha, com 20 anos (1639-1659) e agora o do Prof. Maximino Correia.

NOVIDADE

na terapêutica das disfunções gastrintestinais
dos espasmos do esófago
da colite espástica
dos estados emocionais e de ansiedade

ELCOMATO

COMPRIMIDOS

1 — Tranquilizante —

— Ester dicarbamico do 2-metil-2-n-propil-1,3-propanadiol

— Meprobamato — 400 mg.

1 — Anticolinérgico —

— Metilbrometo de tropato de epoxitropina — 5 mg.

Ação Central — *controlando os factores psicogénicos.*

Ação Periférica — *regulando a motilidade e secreções gástricas.*

POSOLOGIA

1 comprimido no início das 3 principais
refeições e se necessário 1 comprimido
ao deitar.



LABORATÓRIOS ASCLÉPIUS — Avenida Miguel Bombarda, 42-44 — Tel. 777135 — LISBOA

Delegação de Propaganda no Norte: Rua Firmeza, 575 (Palácio do Comércio) — Tel. 31567



Propulmil

INJECTÁVEL

Bial

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

SUPOSITÓRIOS

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

Propulmil

Bial

INFANTIL

INJECTÁVEL

PENICILINA G PROCAÍNICA 300.000 U.I. VITAMINA A 25.000 U.I.
VITAMINA D₂ 5.000 U.I. QUININA BÁSICA 0,03 g ESSÊNCIA DE NIAULI 0,025 g
EUCALIPTOL 0,025 g CÂNFORA 0,05 g Por ampola.

SUPOSITÓRIOS

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