

O MÉDICO

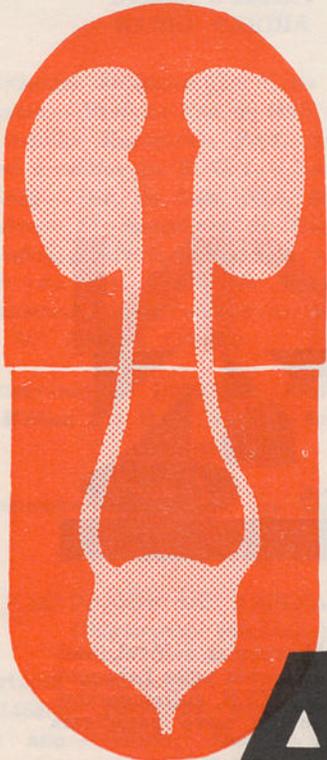
SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

IX ANO — N.º 371
9 de Outubro de 1958

DIRECTOR E EDITOR
MÁRIO CARDIA

VOL. IX (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

Accção antibacterica
GERAL e LOCAL

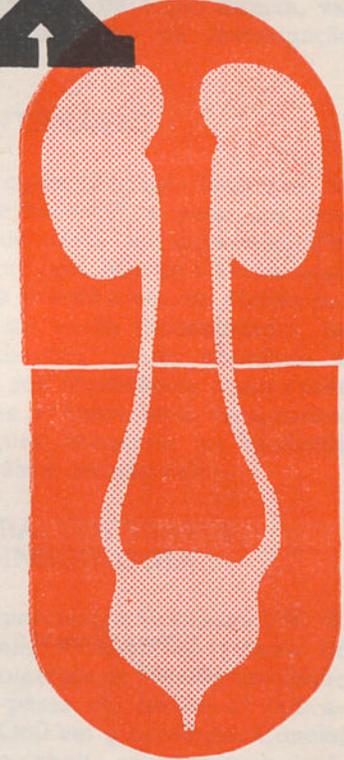
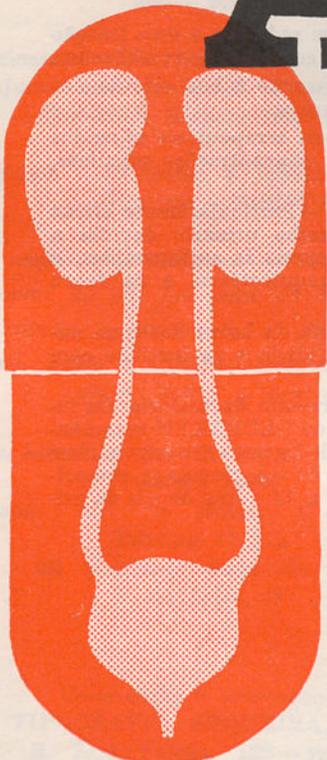
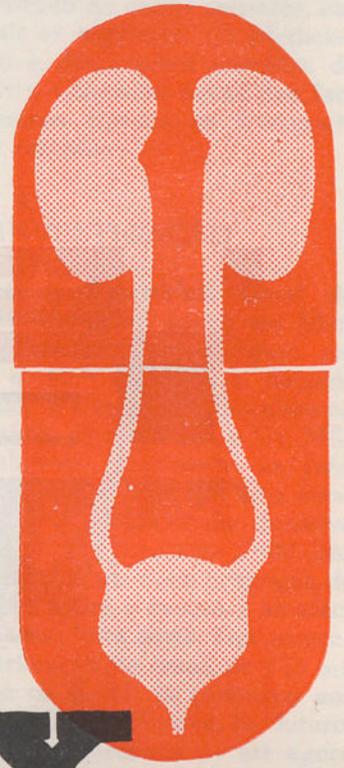
Azotrex

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

CÁPSULAS

Um produto preparado pelo
INSTITUTO LUSO-FARMACO • LISBOA

Sob Licença da
Bristol Laboratories Inc. - Siracusa - New-York



SUMÁRIO

SEMANA A SEMANA	149
CIÊNCIAS MÉDICAS — CLÍNICA	
ARTIGOS ORIGINAIS	
GALVÃO LUCAS — A tuberculose — doença social (possibilidades de profilaxia e tratamento)	152
FERREIRA DE ABREU — Carcinoma da vulva — incidência, diagnóstico, terapêutica e prognóstico	162
MOVIMENTO MÉDICO	
O ferido na estrada	168
Incontinência fecal	170
A esclerose em placas	171

ASSUNTOS GERAIS E PROFISSIONAIS	
Relatório da viagem de estudo aos Estados Unidos da América — BARAHONA FERNANDES	174
ECOS E COMENTÁRIOS	179
Comissão de Coordenação Científica	180
Noticiário diverso	
FORA DA MEDICINA — Cinema — GUEDES GUIMARÃES	183

Preço, avulso: 5\$00

a sulfamida de *amanhã*
apresentada *hoje!*

LEDERKYN

LEDERKYN

SULFAMETHOXYPYRIDAZINE



Uma sulfonamida simples, solúvel, inteiramente *nova*, desenvolvida pelos Laboratórios Lederle—LEDERKYN, sulfametoxipiridazina—estabelece um novo paradigma na sulfamidoterapia.

Baixa dosagem—dosagem reduzida a uma fração das outras sulfonamidas correntemente utilizadas.

Solubilidade—rápida absorção e boa difusão nos líquidos e tecidos orgânicos.

Ação prolongada—Níveis terapêuticos atingidos ao fim de uma hora; concentrações máximas, dentro de duas horas.

Ampla escala de eficácia—Particularmente eficaz nas infecções do aparelho urinário devidas a microrganismos susceptíveis às sulfonamidas, e na profilaxia das bronquiectásias e da febre reumática.

Inocuidade—Consequência da baixa dosagem necessária, da sua solubilidade e da lentidão com que é excretada.

Posologia—Para o tratamento da maioria das infecções, a dose média de LEADERKYN recomendada para os adultos é de 1 grama (2 comprimidos) inicialmente seguidos de 0,5 gramas (1 comprimido) diariamente, 12 a 24 horas depois da primeira dose.

Apresentação:

Frascos
de
12 comprimidos
a 0,5 gramas.

* Marca Comercial

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



Representantes exclusivos para Portugal e Ultramar:

N. 71

ABECASSIS (IRMÃOS) & CIA.

Rua Conde Redondo, 64-3.º — LISBOA

Rua de Santo António, 15-2.º — PORTO

CONSELHO DE REDACÇÃO: Luís A. Duarte Santos — Prof. da Fac. de Med. (Coimbra); Fernando Nogueira — Prof. da Fac. de Med. e médico dos H. C. L. e José Andresen Leitão — Dir. do Inst. Nac. de Educação Física — 1.º Assistente da Fac. de Med. (Lisboa); Álvaro Mendonça e Moura — Dir. da Cir. Sanit. da Zona Norte e Waldemar Pacheco — Sub-director do Hosp. de St.º António (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 — 140\$00; Ultramar, Brasil e Espanha: um ano — 190\$00; Outros países: um ano — 240\$00

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

Portugal Continental e Insular — 180\$00
Ultramar — 240\$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, 100\$00, 80\$00 e 50\$00).

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

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

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

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

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

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

SEMANA A SEMANA

(Informações rápidas)

REUNIÕES NO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Causou a melhor impressão — mesmo fora dos meios médicos — a notícia, publicada na imprensa diária, sobre as reuniões, no Ministério da Saúde e Assistência, de directores-gerais e outros chefes de serviços daquele Ministério, às quais, desde a que se realizou no dia 30 de Setembro, assiste sempre, a convite do Ministro, em representante da Ordem dos Médicos, que é o membro do Conselho Geral Prof. Mendes Ferreira.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE E OS FARMACÊUTICOS

Alguns dos comentários no último número da «Revista Portuguesa de Farmácia» sobre a criação do Ministério da Saúde e Assistência: «A nossa satisfação é portanto plenamente justificada não só por esse facto particular como por se tornar possível, de agora em diante, a resolução dos inúmeros e complexos problemas da Saúde e da Assistência em condições que deixaram de ter um aspecto de subalternidade para se poderem passar a tratar mais directa e eficientemente.

Como os assuntos que inquietam os farmacêuticos são todos, pode dizer-se, de carácter jurídico, e se baseiam no não cumprimento das leis pelas razões a que fizemos referência, justo será esperar que o maior desses cuidados venham a não ter razão de existir e o prestígio e a dignidade da profissão — porque são estes os aspectos que mais preocupam — se readquiram como convém ao prestígio e à dignidade da própria Nação».

A GRIPE ASIÁTICA

Peritos da O.M.S. reuniram-se durante o mês de Agosto último em Estocolmo para estudarem as doenças provocadas por vírus nas vias respiratórias, tendo admitido a hipótese da existência dum reservatório animal do vírus gripal e consideraram que o vírus A/Ásia/57 continuava, sem dúvida, a ser o vírus mais espalhado no decorrer dos anos próximos. Pensa-se que aquelas pessoas que foram infectadas durante a pandemia gripal de 1957 adquiriram uma certa imunidade para este vírus e que não serão vítimas de novas recaídas em próximas epidemias. Em Estocolmo os peritos consideraram que o vírus que causou a epidemia de 1957 é diferente de todos os vírus que causaram epidemias desde a descoberta do agente da gripe em 1933.

CONGRESSO DE AERONÁUTICA

Em Setembro último realizou-se em Louvain um Congresso Internacional de Aeronáutica, sob o alto patrocínio do Rei da Bélgica. O programa comportou o estudo de vários assuntos, entre os quais os seguintes: «A Medicina do espaço e das regiões elevadas da atmosfera» e «Aspectos novos dos factores humanos ligados ao transporte aéreo por reacção».

A O. M. S. E A INVESTIGAÇÃO

Durante a Assembleia Geral da O.M.S., celebrada há pouco em Mineapolis (Estados Unidos), para comemorar o 10.º aniversário daquela organização, o Presidente Eisenhower, por intermédio de seu irmão o Dr. Milton Eisenhower (presidente da *John Hopkins University*), dirigiu uma mensagem, na qual prometeu um donativo de 300.000 dólares (cerca de 8.400 contos) destinados a um novo programa de investigações sobre o cancro e as afecções cardíacas; esta soma vem aumentar a contribuição de cerca de 128 mil contos que os E. U. já atribuíam aos trabalhos da O. M. S., que, de futuro, além dos seus objetivos — até agora desenvolvidos — de acção directa, vai entrar nos domínios da investigação científica.

UM CENTENÁRIO

«Le Progrès Médical» lembrava, há pouco, que em 1958 se passa um centenário, que devia ser celebrado. Foi em 1858 que Jean Martin Charcot assinou, pela primeira vez, os efeitos patogênicos, até então desconhecidos, de certas radiações, tendo abordado o estudo da sua importância como causa de doenças e como meio terapêutico. Estas noções atingiram na medicina contemporânea grande valor.

TELECOBALTOTERAPIA EM GINECOLOGIA

Na «Gynecologie Pratique» (N.º 3, 1958), Emile Wallon, do Centro de Telecobaltoterapia de Neuilly-sur-Seine (França), passa em revista as indicações do CO60 em ginecologia. Conclui que o rádio-cobalto constitui uma aquisição preciosa para a radioterapia. Mais poderosa do que a radioterapia a 200 KV, a telecobaltoterapia é indicada no tratamento dos tumores profundos e ocupa cada vez mais um lugar de destaque no tratamento dos cancros ginecológicos. Não se pode afirmar ainda se a sua superioridade é devida à melhor distribuição da sua radiação, à melhor tolerância que permite fazer sessões quotidianas e atingir doses mais elevadas ou se, a esta acção quantitativa,

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, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão, Ibérico Nogueira, J. Correia de Oliveira, J. Espírito Santo, J. Gouveia Monteiro, J. Lobato Guimarães, Profs. da Fac. Med.), Fernando Serra de Oliveira, Herménio Cardoso, M. Ramos Lopes e Renato Trincão (Enc. de Regências na Fac.), A. Fernandes Ramalho (Chefe do Lab. de Radiol. da Fac.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), José dos Santos Lessa (Del. do Inst. Mat.), Manuel Moniz de Carvalho (C.R.) e Mário Tavares de Sousa (Ped.) — COIMBRA

Jorge Horta (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padua, Aires de Sousa, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroude, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, J. Oliveira Machado, Jaime Celestino da Costa, João Beio de Moraes, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos, Costa Sacadura, Toscano Rito e Xavier Morais (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 (D.R. Geral de Saúde), Emílio Faro, Alexandre Sarmiento (Dir. do Lab. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Eurico Paes (Endocrinologista), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), Jorge da Silva Araújo (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L. — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

Ernesto Moraes (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), A. Rocha Pereira, António de Almeida Garrett, J. Afonso Guimarães, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Emílio Ribeiro, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitracomatosa do 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 Sto António), José Aroso (Director de Serv. do Hosp. de St.º António), J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de St.º António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe de Serv. de Anestes. do Hospital de Santo António) — PORTO

Pacheco de Figueiredo (Director da Esc. Médica de Nova Goa)

Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Lisboa), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matosinhos), J. Pimenta Presado (Portalegre), Joaquim Pacheco Neves (Vila do Conde), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Setúbal)

DELEGADOS

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

se acrescenta uma acção qualitativa que se relaciona com o seu curto comprimento de onda.

A TUBERCULOSE EM FRANÇA

Enquanto que em França a curva de mortalidade por tuberculose parecia estabilizada entre 1954 e 1955, verificou-se uma regressão em 1956 — segundo o «Bulletin de l'Institut National d'Hygiene». A diminuição da mortalidade, que se observa em todas as formas de tuberculose, tem sido sobretudo acentuada nos jovens.

RADIOSCOPIA E CALÇADO

Continuam a ser tomadas, nalguns países, medidas destinadas a evitar os perigos das radiações. Assim, por exemplo, o Governo inglês acaba de estabelecer condições a respeito do uso de radioscopia nas lojas de calçado, estabelecendo medidas sobre a fabricação dos aparelhos, as doses autorizadas para homens, mulheres e crianças e a necessidade de instruir os empregados sobre as medidas de segurança.

CALENDÁRIO DAS VACINAÇÕES DAS CRIANÇAS

Jean Zoubas, de Paris, discutiu, durante um Colóquio realizado em Dreux, um calendário de vacinações da criança. Eis algumas das suas conclusões: Na prática, devemos atender a que o recém-nascido é protegido contra a maior parte das doenças infecciosas (salvo a coqueluche) pela imunidade de origem materna, imunidade que pode ser reforçada pela vacinação das mulheres grávidas. Há, porém, uma excepção: se existe risco de infecção tuberculosa, a vacinação pelo B. C. G. deve ser praticada desde o nascimento e o recém-nascido isolado da fonte de contágio.

Na idade dos 6 meses, é possível associar a vacinação anti-difétrica e anti-tetânica, graças aos recentes progressos no que respeita às vacinas purificadas. Alguns outros conselhos de Zoubas: a partir de 1 ano, praticar a vacina contra a poliomielite; entre 2 e 6, a criança vai tomar mais contacto com o mundo exterior e os riscos de contaminação tuberculosa aumentam, sendo por isso de aconselhar nesta ocasião o B. C. G.; 6 a 12 meses: vacina anti-variólica; 6 a 10 anos: anti-tifóidica.

MONUMENTO A OSVALDO CRUZ

Na Câmara Federal do Brasil, a respectiva comissão de finanças aprovou um projecto de lei que autoriza o Governo a abrir um crédito especial de 10 milhões de cruzeiros para erigir um monumento a Osvaldo Cruz.

ECOS DA IMPRENSA LEIGA

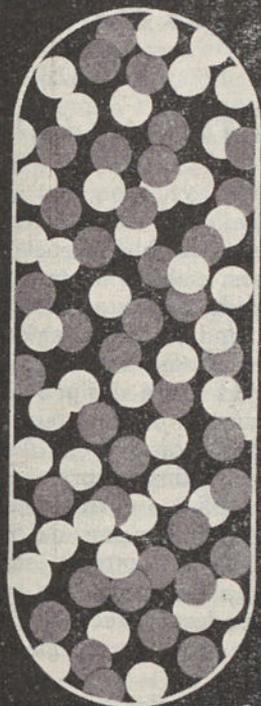
Remédios para a obesidade

WASHINGTON — Vários membros do Congresso declaram que a única maneira de reduzir o peso é comer menos e recomendam que se acabe «com remédios que se afirmam reduzirem o peso». Os consumidores americanos gastam, em cada ano, cerca de 100 milhões de dólares (2 milhões e 850 mil contos) em drogas inúteis que se aconselham como remédios da obesidade. A comissão nomeada pelo Congresso dos E. U. que apresentou um relatório sobre este assunto afirma ainda que «negociantes pouco escrupulosos recorrem a todos os meios para cultivar o culto da perda de peso e, assim, obterem grandes lucros com a venda dos seus produtos».

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

Anunciam neste número:

<i>Abecassis</i>	2.ª capa	<i>Fidelis</i>	168, 170 e 171
Rua Conde Redondo, 64-3.º-Dt.º		Terras de Santana 1 — Lisboa	
— Lisboa		<i>Instituto Pasteur de Lisboa</i>	
<i>Asclépius</i>	3.ª capa	169, 179	e 180
Avenida Miguel Bombarda, 42		Rua Nova do Almada, 67	
— Lisboa		— Lisboa	
<i>Bial</i>	4.ª capa	<i>J. A. Baptista d'Almeida</i>	151
R. João Oliveira Ramos—Porto		R. Actor Taborda, 13 — Lisboa	
<i>Celsus</i>	172	<i>La Roche</i>	156
R. dos Anjos, 67-1.º — Lisboa		Rua do Loreto, 10 — Lisboa	
<i>Ciça</i>	181	<i>Leacock</i>	159
Rua Gonçalves Crespo, 10		Av.ª 24 de Julho, 16 — Lisboa	
— Lisboa		<i>Luso-Fármaco</i>	155 e 1.ª capa
<i>Coll Taylor</i>	178	R. do Quelhas, 14-2.º—Lisboa	
Rua dos Douradores, 29-1.º		<i>Neo-Farmacêutica</i>	175
— Lisboa		Av.ª 5 de Outubro, 21—Lisboa	
<i>Delta</i>	160	<i>Pestana & Fernandes</i>	167
Av.ª Duque de Loulé, 108-1.º		R. da Prata, 153-2.º — Lisboa	
— Lisboa		<i>Química Hoechst</i>	173
<i>Estácio</i>	182	Avenida Duque d'Ávila, 169-1.º	
R. Sá da Bandeira, 118—Porto		— Lisboa	
<i>Farmoquímica Baldacci</i>	177	<i>Vitória</i>	163
R. Duarte Galvão, 44 — Lisboa		R. Elias Garcia, 26 — Venda Nova — Amadora	
<i>Ferraz Lynce</i>	176	<i>Wander</i>	164
R. Rosa Araújo, 27-1.º—Lisboa		Av.ª Sidónio Pais, 24 r/c-D.to	
		— Lisboa	



Doscalun[®]

uma perlongueta[®]

Equilíbrio e calma para um dia inteiro de trabalho

As perlonguetas constituem um moderno princípio de medicação oral:

"A forma-depósito peroral"

Cada perlongueta é composta de numerosas micrograjeias, com tempos de desintegração diferentes e onde estão incorporados os princípios activos, contidas em cápsulas de gelatina.

Consegue-se, assim, simultaneamente, efeito contínuo e prolongado.

Doscalun

contém por perlongueta:

0,1 g de Brometo de N-n-octil-atropina e 0,075 g de ácido fenil-etil-barbitúrico

Apresentação: Perlonguetas

Caixa com 6



C. H. BOEHRINGER SOHN INGELHEIM AM RHEIN ALEMANHA

Representantes para Portugal e Ultramar:

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

A tuberculose — doença social (possibilidades de profilaxia e tratamento)

GALVÃO LUCAS

(Tisiologista do Dispensário Universitário Antituberculoso de Lisboa)

A tuberculose pulmonar constitui um problema em via de solução no nosso País; no entanto, ainda nos encontramos longe da meta final a atingir — a erradicação da doença — se bem que, em certos países, entre os quais se encontram os Escandinavicos, não constitua já, um problema social, pois a mortalidade pela tísica é neles quase nula, menos de 2 % da mortalidade geral.

A eliminação da tuberculose, como flagelo social não é uma utopia e dependerá da conjugação de vários factores, que contribuirão para aquela finalidade:

— Possibilidades reais de profilaxia da doença por intermédio de armas relativamente eficientes, como são o radorastreio e a vacinação em massa pelo B. C. G., como se verá mais adiante.

— Melhores condições de vida, tanto do ponto de vista económico, como social.

— Possibilidades de tratamento da doença com armas potentes, como são os antibióticos específicos contra o B. K., as técnicas cirúrgicas, as possibilidades acrescidas de internamento dos casos graves e contagiantes, em Sanatórios, Hospitais, Enfermarias-Abrigos, etc.

— Melhoria do nível sanitário das populações por intermédio duma educação sanitária dirigida no sentido de ensinar e propagar as noções elementares de higiene e profilaxia individual e geral.

A aplicação criteriosa num plano geral, digamos, mesmo, nacional, de todos os elementos que acabamos de citar, poderá

levar a doença para uma regressão franca e mesmo à sua eliminação, como problema social de vulto.

Entre nós, embora acompanhando o declínio da mortalidade constatada nas estatísticas dos outros países, a tuberculose ocupa, ainda, o 8.º lugar dos óbitos por outras doenças (quadro n.º 1). Como se pode ver no quadro n.º 2, a tuberculose, incluindo nesta designação a tuberculose pulmonar e as outras formas da doença, tem sofrido uma diminuição progressiva na sua mortalidade. Assim, em 1947, o índice da mortalidade, por todas as formas da doença, por 100.000 habitantes era de 155,4 e correspondia a 9,7 % da mortalidade geral. Em 1957, foi apenas de 50,1, ou seja 5,1 % da mortalidade geral. No entanto, e isto como elemento importante de elucidação, a diminuição da sua taxa de mortalidade não indica, como poderá parecer à primeira vista, que a doença decline, se bem que o problema seja idêntico para as outras Nações.

Para compreender a importância social e económica da tuberculose, é necessário considerar a morbilidade e a endemia. É o que vamos fazer em seguida, se bem que resumidamente.

O PROBLEMA SOCIAL DA TUBERCULOSE

O principal factor que influiu, de maneira decisiva, sobre a mortalidade por tuberculose, foi, sem dúvida, o advento dos antibióticos, em particular da hidrazida. Mas se o prognóstico vital da tísica pulmonar se modificou totalmente, em relação ao que era ainda há uma década, não é menos certo que ela continua a ser a «primeira doença social».

Não podemos ter uma ideia exacta da morbilidade, isto é, do número de casos novos que aparecem em cada ano; para isso seria necessário que a doença fosse de «declaração obrigatória», o que não se passa entre nós. No entanto, pode presumir-se, que aquela deve ter diminuído. Os factores principais responsáveis por este facto, embora sem possibilidade de comprovação estatística rigorosa, são certamente:

— A melhoria das condições de vida; é sabido que a taxa de morbilidade por tuberculose, traduz um «índice social», com importância idêntica aos factores económicos.

— A diminuição das possibilidades de contágio, em virtude da existência duma profilaxia mais vasta, dum rastreio precoce, de maiores possibilidades de internamento, de tratamento precoce pelos antibióticos e de vigilância dos são em perigo de contágio.

No entanto, o único dado válido que podemos fornecer é o de não existir paralelismo entre a evolução da mortalidade por tuberculose, que diminuiu bastante como se viu, em virtude da terapêutica antibiótica, e a curva de morbilidade que se presume ter diminuído levemente, em relação, em particular, com as condições de vida, a que se juntam outros factores, entre os quais a vacinação específica pelo B. C. G. É no entanto, necessário, ainda, esperar alguns anos para a vacinação em massa, no nosso País, influenciar a taxa de morbilidade de maneira evidente.

É do conhecimento geral que o número de tuberculosos em vida não diminuiu de forma sensível. A endemia, ou seja o número de casos existentes numa altura dada, depende de vários factores: da mortalidade, da letalidade, da morbilidade e das curas. De todos estes, apenas, a mortalidade pode ser conhecida com rigor, o que nos impede de avaliar a endemia, com segurança, em Portugal. No entanto, pode-se afirmar que ela não deve ter variado nos últimos anos; considerando 20 doentes por cada óbito, podemos calcular o número total

Quadro n.º 1

NÚMERO TOTAL DE ÓBITOS POR DIVERSAS AFECÇÕES em 1956

1.º Senilidade (sem menção de psicoses)	16.431 óbitos
2.º Lesões vasculares afectando o S. N. C.	9.862 »
3.º Pneumonias	7.888 »
4.º Gastroenterites, na 1.ª infância	7.489 »
5.º Tumores malignos	7.425 »
6.º Doenças arteriosclerósicas e degenerativas do coração	6.686 »
7.º Outras doenças do coração	6.046 »
8.º Tuberculose	: 5.587 : »

Quadro n.º 2

Antibióticos	Ano	População	Mortalidade por tuberculose			Mortalidade por tuberculose por 100.000 habitantes		
			Total	T. P.	O. F.	Total	T. P.	O. F.
Estrep	947	8.189.606	12.724	0.765	1.959	155,4	131,4	24,0
+								
P. A. S.	1948	8.261.522	12.423	10.477	1.946	150,4	126,8	23,6
»	1949	8.333.438	12.635	10.551	2.084	151,6	126,1	25,0
»	1950	—	—	—	—	—	—	—
»	1951	—	—	—	—	—	—	—
+								
Hidraz.	1952	8.549.186	8.279	6.671	1.608	96,8	78,0	18,8
»	1953	8.621.102	5.408	4.347	1.061	62,7	50,4	12,3
»	1954	—	—	—	—	—	—	—
»	1955	—	—	—	—	—	—	—
»	1956	8.836.850	5.587	4.787	800	63,2	54,2	9,0
»	1957	8.908.766	5.168	4.446	702	58,0	50,1	7,9

de tuberculosos em 100.000. Porquê este fenómeno aparentemente paradoxal? A explicação é fácil: os antibióticos se, por um lado, são os obreiros da diminuição da mortalidade, por outro lado, mantêm em vida um número cada vez maior de doentes crónicos, muitas vezes contagiantes e obrigados a trabalhar para ganharem o seu sustento e o da sua família. A solução para este inconveniente, só poderá ser encontrada, certamente, com o diagnóstico precoce da doença, para permitir um tratamento oportuno e completamente eficaz. Só assim se poderá evitar a passagem à cronicidade com todos os inconvenientes, entre os quais, avulta a necessidade dum maior número de leitos em Hospitais, Sanatórios, etc.

A profilaxia empregada em moldes largos, constitui a base da luta antituberculosa e o meio mais eficaz para obter a erradicação da doença. Antes, porém, de abordar o seu estudo detalhado nas técnicas e resultados, vejamos, embora a largos traços, algumas considerações sobre os aspectos sociais da doença que interessa conhecer, para melhor compreender a aplicação dos métodos.

Em primeiro lugar, surge como elemento natural, o factor familiar, e deste, como mais importante, a tuberculose conjugal.

Como bem disse ARNOUD, o cônjuge do tuberculoso constitui uma categoria especial de adultos, onde as possibilidades de contágio se encontram representadas ao máximo.

A frequência da tuberculose conjugal tem sido diferentemente apreciada; pode-se admitir, com ROCHE, em cerca de 10 %, o que mostra bem a sua importância. Ela é mais frequente na mulher, quer dizer, esta tuberculiza com mais frequência quando o marido é tuberculoso, do que no caso contrário, embora se verifique a precessão da tuberculose no homem. Este último facto é explicado pela maior possibilidade de contágio, em relação com o seu género de vida mais exposto. Segundo TULOUE e PARRIQUE, os dois primeiros anos de contacto são os mais perigosos, em particular para os indivíduos de fracas resistências; do mesmo modo os dois anos que sucedem à morte do cônjuge doente, são particularmente marcados pela incidência da tuberculização do outro cônjuge. A explicação deste facto está, talvez, na maior intensidade da contaminação nas fases terminais da doença, associado à fadiga e preocupações neste último período, a que não é estranho, certamente, o desgosto pela morte (importância do traumatismo psíquico).

Por isso existe, como é natural, a necessidade de vigilância mais estreita neste período, pois, um indivíduo tão intensamente exposto à contaminação, é mais sujeito a uma evolução tuberculosa. Mas, não só o cônjuge está em perigo de doença no seio duma família tuberculosa; se existem crianças, estas representam o outro elemento fundamental no contágio familiar. O tuberculoso que se trata em casa, expõe os seus filhos ou outras crianças que com ele coabitam, a uma tuberculização grave, em geral maciça. Este factor é muito importante pois cada vez é maior o número de doentes que se tratam no domicílio, por motivos mais dependentes de razões particulares, que por falta de leitos em Hospitais ou Sanatórios. A crença cega na acção milagrosa dos antibióticos na cura da doença, e a do médico, na esterilização rápida das expectorações, leva a uma sensação de segurança que, associado a outras razões como sejam a separação familiar, sempre penosa, e os factores económicos, muitas vezes insuperáveis, pesa de maneira decisiva na decisão de conservar unido o agregado familiar. Uma vez que o tuberculoso decide tratar-se no domicílio, ou a isso é obrigado, as crianças devem ser afastadas. É certo que nem todas são iguais na sua susceptibilidade à doença, pois podem ficar indemnes até uma idade avançada, dependendo a resposta do organismo infectado, em certos casos, mais das características do seu sistema defensivo, do que da intensidade da infecção. Têm, aqui, um papel importante os «factores secundários» desencadeantes, como sejam a fadiga física ou intelectual, e as preocupações morais que tornam particularmente receptivas as crianças emotivas ou afectivas.

Do que fica dito, resulta, como evidente, que a tuberculose e o casamento estão, dentro de certa medida, em oposição, nas fases evolutivas da doença. Embora no nosso País não exista exame pre-nupcial obrigatório, nem qualquer medida impeditiva da contracção do matrimónio pelo tuberculoso, é no entanto uma verdadeira norma de profilaxia

o adiamento do casamento, até cura clínica, ou pelo menos, estabilização com esterilização das expectorações. A opinião esclarecida do médico tem um papel primordial e o bom senso deve imperar, tendo em conta os factores prejudiciais e benéficos, pois em verdade, estes últimos, também existem.

Além dos elementos familiares na eclusão da tuberculose, há a ter em atenção o género de trabalho. Há profissões em que a tuberculose pulmonar é mais frequente. Os estudantes de Medicina e os médicos, em particular, os tisiologistas, pagam um elevado tributo à doença, em relação às outras profissões. Para os estudantes de Medicina, em França, o rastreio sistemático mostra uma elevada percentagem de formas activas — 5 a 10 %. Segundo ROCHE, os alunos que frequentam os serviços de tuberculose pulmonar, são os mais atingidos. Para os médicos, antigos doentes, que exercem a especialidade de tisiologia, CANETTI e ROBERT, encontram 3,5 % de recaídas, em relação aos 1,75 %, nos médicos não tisiologistas. Nas enfermeiras dos serviços de tuberculose, o perigo da contaminação é ainda maior, mesmo para aquelas que, tendo sofrido uma primo-infecção estão, de certo modo, imunizadas. Segundo uma estatística de MIKOL, a frequência do contágio para as pessoas trabalhando em condições de «particular exposição» é nove vezes superior a «pessoal não exposto». Fora destas profissões, é difícil ter uma ideia sobre a frequência da tuberculose por cada ramo de actividade, embora o seu conhecimento tenha grande importância em Medicina de Trabalho e Medicina Social, pelas noções práticas que se poderiam colher para a sua aplicação mais esclarecida à profilaxia. Pode-se, duma maneira geral, afirmar que a tuberculose é mais frequente na indústria que no comércio; em particular o operariado nas fábricas é mais atingido. A explicação, reside, certamente, no seu género de trabalho, mais fatigante, não esquecendo, porém, o factor económico, pois se encontram intimamente ligados. Em geral os trabalhos mais fatigantes são os piores remunerados. Aliás estes factos são confirmados, por estudos da frequência de mortalidade da tuberculose por profissões.

Ainda dentro da incidência da tuberculose pulmonar nas diversas profissões, há a considerar a sua relação com os acidentes de trabalho. É o caso da tuberculose traumática, geralmente aceite em casos de traumatismo do tórax, em que se admite a dependência entre a causa e o efeito, quando coexistirem as circunstâncias requeridas para a sua aceitação médico-legal, embora de difícil comprovação. Entre as doenças profissionais, a silicose devida à inalação de poeiras ricas em sílica (mineiros de minas de carvão, pedreiros, empregados das fábricas de cerâmica, etc.), é com frequência associada à tuberculose pulmonar, sendo, mesmo, esta complicação a mais frequente, e, em geral, o fim do silicótico.

Podemos calcular facilmente a repercussão social e económica de tuberculose. Basta olharmos para o quadro n.º 3, referente ao ano de 1956, em que se dispôs a taxa de

Quadro n.º 3

MORTALIDADE POR GRUPOS ETÁRIOS E POR 100.000 HABITANTES, EM 1956

Grupos etários	Homens		Mulheres	
	T. P.	O. F.	T. P.	O. F.
15-19	14,0	3,8	17,4	4,7
20-24	: 43,0 :	6,0	: 36,9 :	5,3
25-29	93,2	5,9	49,0	4,4
30-34	115,3	8,4	55,6	7,4
35-39	96,0	3,0	35,5	3,6
40-44	116,4	7,2	31,0	4,6
45-49	147,2	7,3	37,2	2,7
50-54	: 210,5 :	9,1	50,6	4,8
55-59	197,4	8,9	59,1	4,5
60-64	162,3	4,6	57,2	5,6
65-69	175,6	6,7	: 71,1 :	7,4
70-74	116,2	5,3	63,2	5,5

mortalidade por 100.000 habitantes, em relação com os grupos etários. Verificámos que o grupo 50-54 anos, no homem, com 210,5 e na mulher, o grupo dos 60-69 anos, com 71,1, são os mais atingidos pela mortalidade. No entanto, verifica-se, também, que aquela taxa de mortalidade sofre um brusco aumento no grupo dos 20-24 anos, com 43,0 no homem e 36,9 na mulher, aumentando depois progressivamente para atingir aqueles máximos citados. É portanto a época de vida mais produtiva, onde a tísica ceifa mais vidas.

Por sua vez, segundo os mapas que consultamos das baixas por tuberculose, na Federação das Caixas de Previdência, foram, no ano de 1956, de 7.232. Se pensarmos que este número se refere a um grupo de trabalhadores, que, apenas, representa uma parte da população activa, conclue-se, facilmente, a grande carga económica que representa para a Nação, a assistência a tal número de indivíduos, temporária ou definitivamente improdutivos.

PROFILAXIA

Até à primeira metade do século XIX, a teoria da hereditariedade da tuberculose pulmonar era geralmente aceite, apenas com algumas discordantes, como JERÓNIMO FRASCATOR e SYLVIVUS DELESBOE, no século XVI, e DESAULT nos fins do século XVIII. Foi WILLEM, em 1865, o primeiro a demonstrar a inoculabilidade da tuberculose, empregando escarros de tísicos, o que foi confirmado mais tarde, quando ROBERT KOCH, em 1882, descobriu o bacilo que tem o seu nome, estabelecendo, sem dúvidas de qualquer espécie, a natureza microbiana da doença.

Uma vez descoberto o agente provocador e provada a sua transmissão ao indivíduo sã, era natural que a luta contra o flagelo se orientasse no sentido do emprego de métodos profiláticos impeditivos da sua transmissão, visto que a terapêutica era, praticamente, inoperante naquela época.

A profilaxia da tuberculose compreende um certo número de medidas de ordem higiénica, terapêutica e económica, visando a defesa do indivíduo contra o contágio, contra o aparecimento da doença activa e contra as recaídas, quando curado clinicamente.

Vejam, de maneira sucinta, quais as técnicas de ordem profilática que dispomos na luta contra a peste branca, e a maneira prática da sua aplicação.

1.º — *Isolamento dos contagiosos*: é natural que a primeira medida adoptada na luta contra a propagação da doença, fosse o isolamento dos eliminadores de bacilos na expectoração, via esta mais frequente na sua propagação. Este isolamento pode e deve ser feito de preferência:

a) — Em Sanatórios, Hospitais, Enfermarias-Abrigos, etc. Aí o doente, ao mesmo tempo que é tratado nas melhores condições de assistência, aprende também os meios higiénicos gerais e específicos contra o mal; a tossir, não só como meio de defender o seu aparelho pulmonar de traumatismos desnecessários e nocivos, como também, para evitar a disseminação das gotas de expectoração no ar ambiente (lenço na boca, durante a tosse, por exemplo, etc.); a lançar as expectorações em recipientes apropriados; a usar utensílios de «toilette», roupas e louças individuais e, principalmente, receberá as noções gerais indispensáveis sobre a natureza e meios de propagação da sua doença, necessárias à protecção do seu semelhante, quando uma vez no seu ambiente familiar ou profissional.

b) — *Isolamento no domicílio*, em caso de impossibilidade de internamento em estabelecimentos apropriados, ou quando a doença tenha atingido uma fase de estabilização permitindo uma actividade relativa. As normas apontadas de higiene geral e específica devem ser aplicadas, agora, com maior razão, por motivos óbvios.

Deve ter à sua disposição um quarto individual, isolado, bem ventilado, recebendo o sol durante a maior parte do dia, onde pratique a sua cura de repouso, tome as suas refeições e tenha a maior parte das suas ocupações. A manutenção do doente no seu ambiente familiar tem as suas vantagens, em particular de ordem psíquica e afectiva, o que aliado à acção rápida do tratamento antibiótico, explica a preferência, pelo menos nas classes mais fortes do ponto de vista económico, por este regime de tratamento. O que os antibióticos, porém, não modificaram, foram os meios profi-

láticos descritos; pelo contrário, eles tomam cada vez mais, uma importância primordial.

c) — *Isolamento no trabalho*, tem de ser considerado com frequência pela existência de indivíduos que embora contagiosos, podem, no entanto, retomar o seu antigo trabalho ou ser readaptados a nova profissão, menos fatigante e compatível com as suas possibilidades energéticas. É o caso dos crónicos, não curados de todo, mas precisando de ganhar o seu sustento e dos seus. As medidas gerais e específicas de profilaxia são também de aplicar. Diversas soluções têm sido propostas para estes doentes, como a criação de Aldeias-Sanatórios, como a PRESTON-HALL, em Inglaterra, onde o doente encontra possibilidade de ganhar o seu sustento sem perigo para si (recaídas) ou para o seu semelhante; como é o caso já entre nós no Sanatório D. Manuel II e no Sanatório do Barro, embora ainda limitado na sua aplicação às profissões de artesanato.

2.º — *Isolamento dos indivíduos susceptíveis de contágio*: se o ideal seria isolar todos os indivíduos contagiosos em estabelecimentos apropriados, na prática isso é ainda impossível no nosso País. Daí a necessidade de afastar do convívio do tuberculoso os indivíduos sãos ou indemnes de qualquer contacto com o B. K. As estatísticas mostraram que 40% dos casos de primo-infecção são de origem familiar, em razão do maior contágio e mais prolongado, embora não sejam de desprezar os contactos curtos, mas maciços, nas escolas, colégios, etc. A infecção por leite de vaca tuberculosa tem actualmente menor importância prática, em face dos preceitos higiénicos apropriados e generalizados.

O isolamento do indivíduo sã incide, geralmente, sobre as crianças, vivendo em meio fortemente contaminado (mães tuberculosas, em particular): a sua grande susceptibilidade e gravidade da doença nestas idades, impõe não só o seu afastamento dos pais contagiosos, e a sua colocação em creches ou outros estabelecimentos similares, ou em casas de famílias averiguadamente sãs, tanto moral como fisicamente, como, também, a separação da criança recém-nascida da mãe tuberculosa. A vacinação pelo B. C. G. é praticada em todos estes casos, como se verá mais adiante.

No entanto, como é óbvio, uma organização desta natureza, é dispendiosa e nem sempre praticável pela impossibilidade de impor coercivamente a aceitação de medidas de certo modo violentas, que vão colidir com o espírito de família, que há a respeitar dentro de certos limites. O progresso da terapêutica mitigou um pouco a acuidade do problema, sem o resolver, no entanto, por completo. É na vacinação pelo B. C. G., vacina específica contra a tuberculose e no rastreio geral das populações, que se deve encontrar a solução mais viável do ponto de vista económico e social. A vacinação pelo B. C. G. apoia-se sobre uma medida indispensável, nas condições actuais da organização antituberculosa do nosso País, no que à profilaxia se refere: o rastreio radiológico e tuberculínico, sistemático das populações. Dele trataremos, em seguida.

RASTREIO SISTEMÁTICO DA TUBERCULOSE PULMONAR

O rastreio sistemático da tuberculose significa a prospecção dos indivíduos aparentemente sãos a intervalos regulares, pertencendo a diversas colectividades: fábricas, escolas, clubes desportivos, professorado, estudantes, soldados, recrutados para incorporação, etc.; constitui assim a arma principal da profilaxia. O emprego de tal método dispendioso, como se concebe facilmente, assenta em dois factos comprovados praticamente: a latência da tuberculose pulmonar, tão frequente e a sua contagiosidade que impõe a necessidade de um diagnóstico precoce, para poder ser aplicada a terapêutica oportuna. Esta consequência lógica é o «desideratum» do rastreio sistemático. Este por sua vez emprega dois métodos: as *provas tuberculínicas* e o *exame radiológico*.

Vejam, com mais detalhes, estes processos e qual o seu alcance.

Prova tuberculínica: é baseada no facto bem assente de um organismo virgem de qualquer contacto com o B. K. não responder com qualquer reacção apreciável, quando injectado, ou posta somente em contacto, a sua pele, com a tuberculina. A tuberculina é um produto obtido do próprio Bacilo de Koch

e tem a propriedade de pôr em evidência uma sensibilidade especial ao B. K., isto é, revelar se o organismo já foi infectado. No entanto, ser infectado não quer dizer que tenha havido doença, pelo menos, apercibida pelo indivíduo albergando o bacilo; apenas indica a invasão do organismo pelo bacilo da tuberculose e a sua sensibilização específica. A inversa não é verdadeira, quer dizer, o facto de ser negativa a reacção tuberculínica, não significa que o organismo esteja virgem de infecção, pois há casos em que aquela sensibilidade não se manifesta, pelo menos, pelas provas usuais.

As provas tuberculínicas usadas com mais frequência entre nós são, a *prova do adesivo*, para o rastreio nas crianças desde o nascimento até à idade dos 8 anos; em caso de negatividade é costume empregar-se a intradermoreacção de Mantoux: 0,1 cc de tuberculina a 3 U; se negativa a 10 U, se ainda, negativa a 100 U. Em caso de negatividade ainda desta última prova, podemos considerar o indivíduo anérgico, isto é, indemne de qualquer contacto actual com o B. K. Embora teóricamente não seja completamente verdadeira esta afirmação, na prática, não tem consequências de maior aceitação desta premissa.

Nas crianças a prova tuberculínica deve ser utilizada em primeiro lugar, antes de praticar o exame radiológico, o outro método de rastreio sistemático, como veremos adiante, pois assim se ganhará tempo e dinheiro. A constatação duma reacção tuberculínica positiva numa criança, em particular, nos primeiros anos, significa quase sempre, uma infecção actual, ou passada há pouco tempo, permitindo pôr em prática medidas profilácticas sociais, no ambiente familiar ou escolar.

No adulto, deve-se, pelo contrário, dar preferência ao método radiológico, pois nesta idade, a reacção tuberculínica positiva é de regra, pelo menos no nosso País, não significando sempre, no entanto, lesão em actividade. Os métodos radiológicos de prospecção mais usados são a radioscopia, e especialmente pela sua economia, rapidez e comodidade de execução, a *radiofotografia* (método de Manuel de Abreu) ou *Abreugrafia*. Este é o processo mais espalhado, consistindo, como sabem bem, por já terem tido ocasião de ver aplicado o método pessoalmente, em fotografar sobre um filme, em geral de 70 x 70 mm a imagem obtida no «écran» fluorescente. Pelo tamanho da película impressionada é chamada, também, micro-radiografia ou «micro». Deve-se dar preferência ao método microradiográfico, pela menor exposição aos R. X. durante o exame. A reacção tuberculínica e a microradiografia devem ser aplicadas concomitantemente em caso de crianças acima dos 5-6 anos e no adolescente, como aliás é praticado nas Escolas e Liceus, e mesmo nas Universidades. Pelo exame radiofotográfico põem-se em evidência um certo número de formas de tuberculose pulmonar: lesões discretas na maioria das vezes, podendo, no entanto, ser descobertas formas avançadas sem o indivíduo portador se aperceber ou mais, frequentemente, atribuir, os seus sintomas eventuais a outras causas que o levam a uma sensação de segurança, posta em evidência pela estupefacção revelada em face da prova irrefutável da sua doença. A utilidade dos exames radiofotográficos sistemáticos está definitivamente provada, pelos milhões de exames efectuados, já, em todo o mundo, com a condição de serem seguidos pelas medidas de ordem profiláctica e curativa que se impõem e são a sua lógica consequência. Um outro aspecto a focar no rastreio sistemático da tuberculose pulmonar, é o da frequência de tais exames. Esta depende das colectividades a prospectar. Nunca superior a 2 anos como máximo, e é desnecessário que seja inferior a 6 meses. Duma maneira geral, um ano é o termo médio, e se tem utilizado nas campanhas no meio universitário, devendo passar a ser feita todos os 6 meses, logo que seja possível, conforme foi recomendado pela Conferência Internacional de LAREN (Holanda), em 1955.

Como comentário final a este capítulo há a ter em conta o facto destes exames possuírem, apenas, um «valor actual»; é necessário, portanto, evitar um excessivo sentimento de segurança. Deve existir, pois, uma ideia exacta do seu significado, para não criar, também, a tuberculofobia, que só terá inconvenientes, em particular, de ordem psicológica.

Uma vez diagnosticado um indivíduo anérgico, a medida lógica que se segue é a vacinação pelo B. C. G. Vejamos em que consiste esta vacina e qual o seu alcance prático.

Vacinação pelo B. C. G. — Para a vacinação no homem CALMETTE utilizou uma estirpe de bacilos bovinos que, por intermédio de artificios técnicos, perdeu a sua virulência «totalmente», isto é, não é capaz de provocar a tuberculose no indivíduo humano. Além disso, a perda de virulência foi definitiva, pois, até hoje, não foi possível, empregando todos os processos conhecidos de laboratório, restituir a virulência a esta estirpe de B. K. Foi-lhe dado o nome de B. C. G., das iniciais dos autores que a prepararam — CALMETTE e GUERIN (Bacilo de CALMETTE e GUERIN). Vários métodos são empregados na actualidade para administrar o B. C. G., mas o mais usado é o *intradérmico à seringa*, modificação do método das «picadas múltiplas» de WALLGREEN, de mais difícil aplicação técnica. A vacinação por via oral, usada inicialmente por CALMETTE, um pouco esquecida posteriormente, voltou a estar na ordem do dia, em particular depois dos bons resultados obtidos no Brasil, embora aplicado segundo doses e planos de administração diferentes. É hábito praticarem-se algumas medidas, visando mais defender o bom nome e inocuidade da vacina, do que, pròpriamente, elas tenham algum efeito protector do indivíduo contra possíveis acções malignas da mesma. De facto, está hoje assente em definitivo ser a vacina completamente inócua, embora «ainda» haja alguns detractores clamando contra os seus hipotéticos perigos. Não se conhece caso algum de morte, controlada e averiguada, atribuível ao B. C. G. Existem alguns incidentes, mas nada comparáveis aos «acidentes», gravíssimos e mesmo mortais de outras vacinas e, no entanto, ninguém pensa em desacreditá-las. É hábito vacinar pela via intradérmica só depois de comprovada a alergia do indivíduo pela reacção tuberculínica. Esta é dispensável com a vacinação por via oral. Dois meses após controla-se a vacinação com uma cutirreacção que, na maioria dos casos, é positiva. No entanto, haverá um certo número de indivíduos nos quais a reacção tuberculínica persiste negativa, mesmo no caso em que a vacina tenha resultado, o que se verifica a partir do 15.º dia, por uma reacção particular, ao nível do ponto de inoculação, e persistindo, em geral, alguns meses.

A duração da alergia por vacina aumenta do 1.º ao 3.º mês e, em geral, depois, diminui progressivamente. Deve ser praticado um «contrôle», após um ano da inoculação, e em caso de negatividade, fazer o «rapell», vacinando de novo.

Devo elucidá-los sobre um ponto importante para não interpretarem mal o resultado da vacinação pelo B. C. G. A alergia provocada e verificada pela cutirreacção, quer espontaneamente por uma infecção passada, quer secundária à vacinação, não significa imunidade total contra a tuberculose; apenas podemos afirmar, e em face dos trabalhos mais recentes, que ela é geralmente concomitante, mas independente da imunidade; servimo-nos da alergia como indicador da infecção tuberculosa; nada podemos concluir por ela no que respeita à resistência adquirida na luta contra a doença.

Por outro lado, um vacinado ou mesmo revacinado pode ter a sua cutirreacção negativa, repetidamente negativa, mesmo; a explicação para este facto pode ser dada de duas maneiras: resistência verdadeira à vacinação (a vacina não resulta) ou ausência de reacção alérgica, embora a vacina tenha resultado.

No primeiro caso o indivíduo encontra-se desprotegido.

Para terminar este capítulo apenas algumas palavras mais sobre o valor protector da vacinação pelo B. C. G.

É difícil, em experimentação humana, dar estatísticas válidas a este respeito pelos escolhos a que está sujeito tal género de experiências, das quais, os maiores são, de certo; os de ordem moral, como é óbvio. No entanto, entre os factos concludentes conhecidos podemos citar os mencionados por HEINBECK. Entre 457 alunas — enfermeiras da Escola de ULLEVAL, encontrou 216 cutirreacções positivas e 241 cutirreacções negativas; os 216 alérgicos deram apenas dois casos de tuberculose, isto é, tinham uma certa protecção contra a tuberculose; os restantes 241, anérgicos, em 3 anos sofreram positivamente das suas reacções tuberculínicas (contaminação) e 23 % adoeceram de tuberculose pulmonar. Além disso, em caso de doença declarada em indivíduo vacinado, pois que a protecção não é total — as formas da doença são, em geral, benignas e de mais curta evolução.

Como conclusão, podemos dizer que o B. C. G. é completamente inofensivo, e que ele é duplamente eficaz, pois

faz diminuir o número de primo-infecções e aumentar a resistência ou imunidade contra a doença, nos vacinados.

É necessário portanto vacinar todas as crianças e indivíduos anérgicos, em particular aqueles que, pela sua vida familiar ou profissional, se encontram mais expostos.

Dentro da organização antituberculosa do País, como base de toda a luta contra o mal, em particular da profilaxia, encontra-se o *Dispensário*. Vejamos qual a sua finalidade e atribuições.

O primeiro Dispensário foi criado em 1887, por Sir ROGER PHILIP, na Escócia. A sua finalidade consistia em levar até ao indivíduo, no seu próprio domicílio, os recursos médicos e profilácticos da época, procurando os casos contagiosos, tomando a seu cargo a vigilância das crianças e adultos em perigo de contágio, tomando conhecimento das condições económicas, morais e sociais do agregado familiar, por intermédio das visitadoras sociais. Além disso, difundia os conselhos de índole sanitária e higiênica, para o isolamento e instalação conveniente do doente, tomando a seu cargo o internamento quando necessário. Em detalhe, as funções do Dispensário são as seguintes:

Rastreio — É um papel primordial, pois quanto mais cedo for diagnosticada a doença, mais possibilidades há de cura, e sem sequelas. Evita-se, deste modo, a passagem à cronicidade. Além disso, o isolamento físico ou pelo menos o isolamento efectivo com medidas apropriadas de higiene e profilaxia, do foco infectante, levam à preservação dos indivíduos que com ele coabitam. O rastreio tuberculínico e radiológico pode ser pedido pelo médico assistente ou espontaneamente pelo próprio indivíduo referindo qualquer sintoma suspeito de tuberculose. Claro que, em vista da progressiva extensão do rastreio sistemático, levado a cabo pelos centros fixos e brigadas móveis de radiorastreio, a maioria dos doentes são mandados ao Dispensário, quando a sua micro, ou uma «viragem» da cutirreacção na criança, revelou uma averiguada ou provável infecção tuberculosa em evolução.

Profilaxia — O Dispensário participa na profilaxia da população na sua área de circunscrição. O modo como este órgão basilar desempenha esta luta preventiva é diverso. O principal elemento activo é assumido pela visitadora social. Esta tem a seu cargo o inquérito social, económico e sanitário do lar do doente; assume a direcção das medidas de higiene individual e geral do agregado familiar, por intermédio de visitas periódicas ao domicílio, assegurando a aplicação destas medidas e difusão daqueles elementos básicos pelos indivíduos que o constituem. Por outro lado terá a seu cargo o cadastro das pessoas em contacto com o doente, e providenciará para o seu exame radiológico, levando os mais recalcitrantes a compreender a sua utilidade e a aceitá-la. Dentro do Dispensário, faz-se a vigilância periódica dos suspeitos, das crianças em contacto com os focos abertos de tuberculose pulmonar, e das formas estabilizadas ou de cura livre, mas em actividade. Tem ainda a seu cargo a assistência social do doente, orientando-o ou ajudando-o para o seu internamento. O Dispensário promove, ainda, a vacinação dos anérgicos.

Tem, ainda, o Dispensário outra importante função: a *triagem* dos doentes, uma vez diagnosticados de tuberculose, quanto à sua gravidade, orientando-os, conforme o caso clínico, para o internamento em Sanatórios, Hospitais, Enfermarias-Abriço, climas de altitude, de planície, cura em regime ambulatorio, etc. Faz, ainda, os exames clínicos ou laboratoriais julgados necessários para o diagnóstico correcto de certos casos duvidosos, ou providência para a sua admissão de urgência, se a forma clínica o impuser.

Resta-nos falar duma outra atribuição, que ultrapassa um pouco a finalidade para a qual foi primitivamente criado: o tratamento ambulatorio dos doentes que esperam internamento, dos casos tratados no domicílio, cuja natureza das lesões assim o permita, na continuação do tratamento depois da alta do Sanatório a pedido ou por estabilização das lesões, em particular, na manutenção do pneumotórax, pneumoperitoneu, etc.

O outro pilar da luta antituberculosa é constituída pelo Sanatório, com os estabelecimentos acessórios, Preventórios e Aeriúms, onde são praticadas a pré-cura e a pós-cura. No entanto, como este ponto será focado pelo colega Dr. Ribeiro Rosa, não entramos em detalhes sobre o assunto.

POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS DA TUBERCULOSE PULMONAR

Não vamos, como é evidente, numa palestra desta natureza, entrar em considerações de carácter estritamente médico. Queremos apenas, e duma maneira geral, dar uma panorâmica do armamento antituberculoso actual e das suas possibilidades reais. É sabido que o diagnóstico — tuberculose pulmonar — era, até há pouco mais duma década, acompanhado da ideia, enraizada, há muito, se não taxativa da incurabilidade, pelo menos, de doença com longa duração, obrigando a um afastamento familiar e social, com todos os seus inconvenientes, agravados pelos factores psicológicos derivados do contágio, repercutindo de maneira evidente sobre o psiquismo do doente e dos indivíduos que com ele coabitavam. Muitas vezes esta ideia, de certo modo verdadeira, levava a uma recusa, não só a aceitar o facto real do mal, mas também a recusar o seu tratamento, protelando uma terapêutica, já de si precária, com todos os inconvenientes conhecidos. É certo que se estava longe, felizmente, dos tempos em que o diagnóstico de tuberculose pulmonar — a terrível tísica — equivalia a uma sentença de morte a mais ou menos longo prazo; a mentira piedosa, expressa no aforismo clássico — «opium et mentirii» — encontrava, então, plena justificação. Ora a tuberculose pulmonar é, hoje, uma doença perfeitamente curável e pode-se mesmo dizer, sem risco de exagero, que um doente «bem tratado», fica na grande maioria dos casos, prevenido contra uma recaída. Já não há necessidade de esconder um diagnóstico de tuberculose, pois a sua gravidade o não justifica, nem mesmo os conceitos antigos, embora ainda um pouco enraizados no nosso povo, levam a esconder o mal como vergonhoso.

Nesta parte da exposição, tentaremos dar uma ideia actual das possibilidades terapêuticas da tuberculose pulmonar, para reduzir às justas proporções, sem excesso de pessimismo, mas, também, sem optimismos exagerados sempre prejudiciais, o prognóstico actual da doença, traduzindo-os em palavras acessíveis para os não iniciados.

Os antibióticos revolucionaram o tratamento da tuberculose pulmonar, não só nas suas possibilidades de cura, como também no prolongamento da vida do doente grave; No entanto, não se julgue que o advento dos antibióticos veio modificar, nas suas linhas gerais, a terapêutica clássica da doença. Há quem julgue, em virtude da actividade dos quimioterápicos específicos contra o B. K., que o repouso, não só geral, mas também local, das lesões, deixou de ter interesse. Nada mais erróneo; o repouso psíquico, físico e intelectual, ainda mantém a sua importância, pelo menos, durante a fase activa das lesões. O que diminuiu foi o tempo de repouso absoluto no leito, imposto ainda não há muito tempo a todos os doentes. Hoje os antibióticos aplicados precoce e correctamente «esfriam» rapidamente as lesões, permitindo, bastante cedo, passar a uma fase de repouso relativo. O que antes só se conseguia, com longos meses de imobilização quase absoluta, obtém-se agora, em escassas semanas com as drogas específicas contra o B. K. Claro que o repouso pode e deve ser conduzido em qualquer lugar: Sanatórios, Hospitais, domicílio; mesmo o doente em face da readaptação progressiva ao trabalho, uma vez as suas lesões estabilizadas, deve praticar sempre a sua cura de repouso, como norma de disciplina, de interesse na prevenção das recaídas. Aquela deve ser, sempre, conduzida em local bem ventilado, com sol e exposto, de preferência, de maneira a evitar a acção nociva dos ventos. Não interessa descrever detalhadamente os vários tipos de repouso e suas respectivas indicações, desde o repouso absoluto no leito no início da doença, passando, nas formas estabilizadas ou em franca regressão, pela cura de repouso relativo com adaptação progressiva ao esforço e terminando na última fase da terapêutica, pela cura de repouso com adaptação intensa ao trabalho. Mesmo em cura livre o doente deve ter sempre presente que lhe é indispensável praticar estas normas como base da sua terapêutica. Nunca é demais insistir sobre este pormenor, dado o número cada vez maior de doentes, tratados de forma ambulatoria. Se a cura em regime sanatorial, do ponto de vista terapêutico, perdeu aquela acuidade de ainda há poucos anos, em particular, no que diz respeito à climatoterapia, mantém, ainda hoje, uma importância em nada diminuída, no respeitante às indicações de ordem fami-

HÁ ANOS
O MEDICAMENTO
PREFERIDO

Cobalt-Ferrlecit

AMPOLAS-GOTAS-DRAGEIAS

PELO ESPECIALISTA
PELO CLINICO GERAL
PELO CIRURGIÃO
PELO GINECOLOGISTA

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

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

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

DRAGEIAS - Frascos de 20, 70 e 500 drageias



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

Timpacyn

Anti-alérgico · Anti-bacteriano · Anti-fúngico

COMPOSIÇÃO

Gramicidina	0,0005 Grs.
Sulfato de Neomicina	0,010 »
Cloridrato de Tonzilamina	0,100 »
Brometo de Tonzónio	0,005 »
Excipiente apropriado q. b. p.	10 c. c.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Para uso na otite média e otite externa quando de origem bacteriana ou fúngica.

APRESENTAÇÃO

Frasco conta-gotas de 10 c. c.

INDICAÇÕES BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — A mesma combinação de drogas que compõe o TIMPACYN foi usada por Harris e Loza em alguns centos de doentes com resultados excelentes.
Harris and Loza, E. P.: The use of Neomycin and Hydrocortisone in the Treatment of External Otitis. Cleveland Clin. Quart. 22: 10-15 (Aug.) 1955.
- 2 — Lazar e colaboradores relatam um considerável sucesso num grupo de 282 doentes.
Lazar, A. M. and Fishman, J.: Neomycin in the Treatment of Otitis Media in Infants. Eye, Ear, Nose & Throat Monthly 29: 484-487 (Sep.) 1950.
Lazar, A. M. and Goldin, M.: Treatment of Otitis Media and Externa with a New Antibiotic Combination. Eye, Ear, Nose & Throat Monthly 33: 351-359 (June) 1954.
Lazar, A. M. and Goldin, M. and Auerbach, H.: Treatment of Otitis Media Caused by Pseudomonas Aeruginosa in Infants with Neomycin. A. M. A. Arch. Otolaryng. 55: 444-450 (April) 1952.
- 3 — Senturia e Alford descrevem os resultados do tratamento de 90 doentes.
Senturia, B. H. and Alford, V.: Hydrocortisone Acetate and Neomycin in Otic Infections. Laryngoscope 64: 834-844 (Oct.) 1954.



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

Avenida Elias Garcia — MASSAMÁ-QUELUZ — Telef. 959027
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

liar e social; são os casos de tuberculosos com crianças, vivendo em más condições de habitação e higiene, em promiscuidade, sem condições económicas; indisciplinados, sem consciência do perigo de propagação da sua doença. Em situação médica idêntica, os factores sociais e familiares, devem influir na escolha do doente a mandar para o Sanatório.

O outro elemento fundamental da terapêutica clássica, conservando, ainda, todo o seu interesse médico, consiste no repouso funcional do órgão doente — o pulmão. O repouso geral apontado atrás, é uma boa forma de pôr em descanso o parênquima pulmonar lesado. Mas, em certos casos, aquele não chega e então, há que utilizar outros processos. Precisamente, os antibióticos modificaram, um pouco, as ideias draconianas referentes ao repouso geral, mas pouca influência exerceram nas referentes ao lesional. Se alguma transformação se deu foi, apenas, na frequência da aplicação da colapsoterapia. Tanto a colapsoterapia médica (representada pelo pneumotórax e pneumoperitонеu), como cirúrgica (toracoplastias, extrapleurais, etc.), não sofreram modificações nas suas indicações; o que se alterou foi a altura em que são aplicados. Antigamente, esta terapêutica era aplicada no início da doença, muitas vezes de «mão forçada», em muitos casos, em formas graves evolutivas, pois era a única terapêutica verdadeiramente eficaz contra a progressão inexorável das lesões; a gravidade do mal e a sua evolutividade, justificavam o risco. Hoje, estas formas iniciais ou mesmo já extensas, são tratadas com êxito pela antibioterapia. O pneumotórax e a toracoplastia não chegam a ser aplicados por desnecessários. Mas, por outro lado, um grande número de formas avançadas são susceptíveis de serem tratadas pelo colapso pulmonar, pois a actividade dos quimioterápicos — embora não suficiente para curar completamente as lesões — coloca o doente num estado de melhoria em que é, então, possível a sua instituição. Antigamente estes tinham ultrapassado as possibilidades de qualquer terapêutica activa, em virtude da extensão e actividade das lesões, estando, por isso, condenados, a um fim inexorável. Daí o interesse do diagnóstico e tratamento precoces para a profilaxia dos doentes crónicos e incuráveis. É necessário, portanto, não criar no espírito, a ideia errada que os métodos apontados atrás, tenham perdido toda a sua importância na terapêutica actual. São, na verdade, ainda hoje, métodos complementares, muitas vezes o «fecho de segurança» duma terapêutica antibiótica instituída. As ressecções pulmonares, embora não constituindo métodos de colapso, pois são intervenções em que é feita a ablação de pequenas porções do pulmão, ou em casos extensos, do pulmão inteiro, têm, na actualidade, aplicação e indicações bastante vastas. Em certas situações, que só o especialista pode saber distinguir, são preferíveis à colapsoterapia.

O tratamento antibiótico foi, na verdade, a grande conquista do século na luta contra a tuberculose. Pela primeira vez, desde o aparecimento da estreptomycina e, em particular, da hidrazida, se dispôs de agentes «realmente» activos contra o bacilo de Koch, com a propriedade, particular, de destruir o gérmen no organismo humano. Todos os medicamentos propostos e usados até então, no decorrer dos séculos e mais recentemente, há cinquenta anos para cá, eram apenas paliativos e ilusórios.

Com a estreptomycina e o P.A.S. as formas mais graves puderam ser tratadas com êxito, muitas vezes total; em particular, a meningite tuberculosa, até então sempre fatal, pôde, enfim, ser vencida. Mas foi, sobretudo, com a hidrazida que o prognóstico vital da doença sofreu o seu golpe decisivo e se modificou substancialmente a terapêutica clássica, embora sem as alterações que uma observação mais superficial, poderia fazer crer. Dispomos, portanto, de agentes terapêuticos realmente eficazes contra o mal; o médico pode «de facto» tratar a doença, alterando activamente a evolução da mesma. Não está mais, naquela atitude de expectativa, em que a Natureza decidia da vida do doente e o médico se limitava a observar, impotente, o desencadear dos factos. É isto, conseguido com fármacos cuja toxicidade não está nada em relação com os benefícios que produzem. Em particular, a hidrazida é praticamente atóxica, nas doses médias, embora tenha os seus perigos quando empregada sem controle médico. Com armas mais modernas a juntar aos antibióticos, dispõe-se hoje da terapêutica hormonal (A.C.T.H. e cortisona, etc.), com

prometedores resultados, em particular nas formas agudas e extensas e mesmo em certas formas terminais.

Creemos que a evolução natural da luta contra o mal deve assentar na sua profilaxia; o rastreio precoce e o seu tratamento oportuno colocam a tuberculose pulmonar na categoria das doenças benignas; diminui o tempo de tratamento pelos antibióticos e evita a aplicação dos métodos cirúrgicos cruentos, diminuidores da função respiratória. Evita-se, assim a criação dum outro tipo de pacientes — os insuficientes respiratórios — verdadeiros inválidos, constituindo um peso morto familiar e social e um novo problema grave a solucionar.

O aluno universitário não deve esquecer o seu importante papel na luta contra a tuberculose, já pelo seu nível intelectual, mais acessível a considerar o alcance e necessidade da mesma, como pelo seu valor moral e económico, representante do escol da futura «élite» da Nação, que interessa defender.

A Mocidade Portuguesa, promovendo a campanha anual de radiorastreio, faz também obra de protecção à saúde do Universitário, e difunde, pela prática, uma verdadeira obra de Educação Sanitária. Ela visa a assegurar ao Universitário doente, as possibilidades de se tratar em melhores condições de êxito médico e económico, como se conclui do que foi dito até agora; protege o Universitário, indemne de infecção, pelo afastamento e internamento imediato, se necessário, dos contagiantes, vacina os anérgicos, fazendo obra de profilaxia, contribuindo, portanto, para a diminuição da morbidade.

O controle periódico a que o aluno se sujeita, anualmente, leva-o, também, a compreender a necessidade e a utilidade do exame do seu aparelho respiratório, como prevenção de males futuros, mais difíceis de resolver. A compreensão e aceitação, sem reservas, e a difusão do benefício de tais medidas de protecção, representam uma atitude mental de compreensão do seu papel no seio do agregado social. Não se compreende, a título de hipotéticos incómodos ou perdas de tempo desnecessárias, que a «Campanha» não seja aceite por todos os Universitários. Esta afirmação não é desprovida de bases e vamos passar a demonstrá-lo com números, tirados da Campanha de radiorastreio de 1957-58. Dos 9.701 alunos inscritos, dos dois sexos, nas Universidades Clássica, Técnica, na Escola Superior de Belas-Artes, e no Instituto Superior de Estudos Ultramarinos, apenas 4.577 acorreram aos exames da Campanha e beneficiaram, portanto, dela. Representam estes números que apenas 47,9 % foram examinados, menos de metade, portanto. Destes, os alunos de Medicina, se não foram dos mais faltosos, pois estiveram presentes cerca de 59,9 %, constituem, no entanto, uma fraca percentagem, se nos lembrarmos serem aqueles mais sujeitos à infecção tuberculosa, como já lhes disse antes; outros como os do Instituto Superior de Ciências Económicas e Financeiras e do Instituto Superior de Agronomia, compareceram 83,1 % e 78 %, respectivamente, representando estes dois números as maiores percentagens. A Faculdade de Letras esteve presente com 46,4 %, ficando, portanto, próximo do valor médio das presenças.

Vejamos, agora, qual o resultado da Campanha quanto à sua finalidade essencial: diagnosticar a doença e possibilitar o seu tratamento imediato.

O radiorastreio revelou 92 indivíduos com aspectos radiológicos suspeitos ou averiguados de tuberculose pulmonar, no simples exame micro-radiográfico, sendo 64 do sexo masculino e 28 do sexo feminino, isto é, uma percentagem de 2,1 % de indivíduos observados. A maior incidência verifica-se na Escola de Belas Artes, com 5,7 %, precisamente aquele estabelecimento onde se observou um menor número de examinados — 19,5 %; a menor incidência dos suspeitos foi em Farmácia, com 0,7 %. Foram encontradas lesões residuais em 651 alunos e 297 alunas, portanto, 20,7 %. A maior incidência recaiu na Escola Superior de Medicina Veterinária, com 26,9 % e a menor no Instituto Superior Técnico.

Dos 92 alunos suspeitos de T. P. convocados, confirmaram-se, por exames clínicos, e laboratoriais posteriores, incluindo radiografias e tomografias, lesões tuberculosas necessitando tratamento em 29 alunos — 22 do sexo masculino e 7 do sexo feminino; não confirmados 17, com 11 para os homens e 6 para as mulheres; lesões sem actividade actual evidente, foram comprovadas em 36 alunos, 30 homens e 6 mulheres. Faltaram 10 alunos (5 de cada sexo) apesar de convocados repetidas vezes. Dos doentes com lesões eviden-

tes, mais ou menos evolutivas, 11 tratavam-se já com médico particular; destes, 10 acorreram ao Dispensário Antituberculoso da M. P. a comunicar a sua situação clínica e um não compareceu. Vemos, portanto, que, por intermédio da Campanha se diagnosticaram 29 doentes com tuberculose pulmonar, e embora um pequeno número soubesse já o seu estado, uma parte deles, acorreu somente ao seu médico particular quando recebeu a sua convocação e, só mais tarde, veio participar o seu estado ao Dispensário. Destes doentes e ignorados, 6 eram casos avançados, três dos quais formas bilaterais e cavitados, 7 formas benignas, nódulo-produtivas e 5 formas fibro-produtivas. Os 36 alunos com lesões residuais receberam no Dispensário os elementos necessários para a compreensão do significado das suas sequelas radiológicas e foi chamada a sua atenção para a necessidade duma certa vigilância radiológica. Se nos lembrarmos que somente metade dos alunos das Universidades de Lisboa foram rastreados radiologicamente, podemos afirmar que o verdadeiro valor de epidemia tuberculosa, deve andar pela meia centena de casos, o que representa um número importante.

A Mocidade Portuguesa dispõe dum Dispensário Universitário Antituberculoso, onde o aluno de qualquer Faculdade pode acorrer espontaneamente, sem despesas de qualquer espécie, não só para seu tratamento, controle periódico, radiológico e laboratorial, vacinação, etc., como também para receber todas as informações que julgue convenientes para completa elucidação do seu estado de saúde. Claro, que não se obriga ninguém a seguir o tratamento médico no Dispensário. É deixada total liberdade na escolha do seu médico assistente. A partir do diagnóstico da doença e sua elucidação completa, quanto aos problemas que daí lhe advêm, o recurso

ao Dispensário passa a ser facultativo, dependendo a sua utilização da vontade do aluno. O que interessa, para além dos resultados que dele possam ser colhidos, é saber o Universitário que pode contar com assistência médica especializada, possibilidades de análises e medicamentos e internamento de urgência, se necessário, nos Sanatórios da I.A.N.T., sem qualquer encargo, se as condições económicas o justificarem.

Julgamos ter, portanto, vincado por forma suficiente a necessidade de aceitação e sujeição à Campanha Universitária do Radiorastreo. Não cumprir este dever, diremos mesmo, obrigação, constitui uma falta, tanto mais grave, quanto é praticada por indivíduos de nível intelectual e moral acima da média. Só um caso de força maior pode explicar e justificar a falta.

É com o aperfeiçoamento da luta profiláctica, tanto do ponto de vista médico (vacinação em massa com B. C. G., rastreo precoce, tratamento oportuno, isolamento conveniente dos contagiosos, etc.), como do ponto de vista social e económico (condições de vida económica elevadas, habitações suficientes e higiénicas e educação sanitária das populações, etc.), que o problema da tuberculose poderá ser resolvido em escala nacional e ao Estado compete a sua solução material.

Mas não esquecer que obra de tal envergadura, nunca será proveitosa e totalmente eficaz, se não for dada ao indivíduo a noção cabal do seu papel nessa luta.

(Lição integrada no I Curso de Higiene Escolar Universitária, proferida, em 7 de Maio de 1958, na Faculdade de Letras de Lisboa).

Tumores malignos do aparelho genital feminino—Os seus problemas médico-sociais

IX

CARCINOMA DA VULVA — INCIDÊNCIA, DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICA E PROGNÓSTICO

FERREIRA DE ABREU

As considerações que vamos fazer não são mais do que uma revisão daquilo que está dito e redito acerca do interessante problema do carcinoma da vulva, pois a nossa experiência pessoal é reduzida, baseando-se apenas em cinco casos: 3 do Dispensário Central de Higiene Social do Porto e 2 das consultas externas do Hospital Geral de Santo António.

★

Não é fácil estabelecer a verdadeira incidência da doença (cerca de 400 mortes por ano na Inglaterra, ou seja, uma por cada 500 mortes devidas a outras causas).

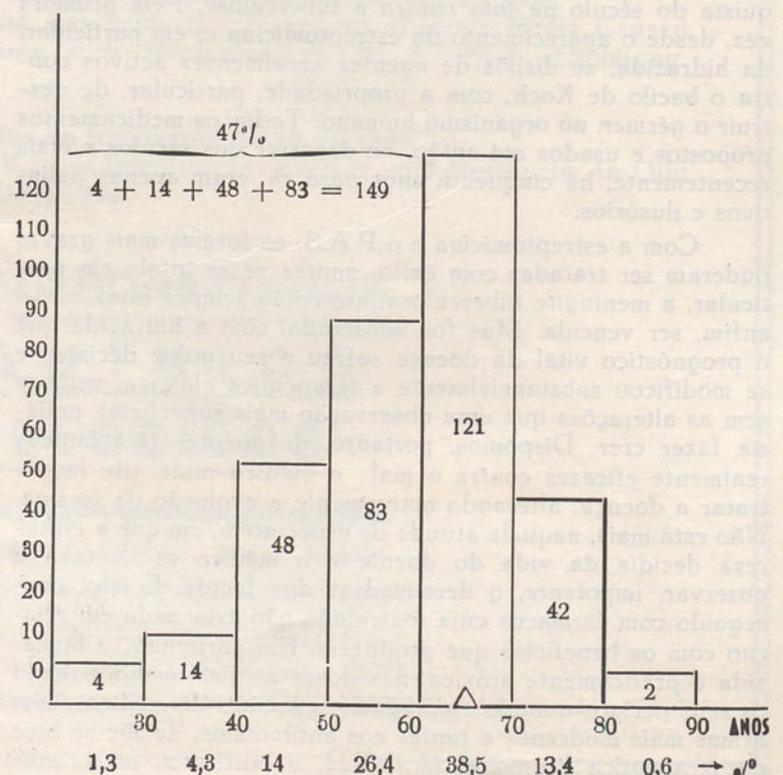
Essencialmente, o carcinoma primário da vulva apresenta-se-nos como uma doença das mulheres idosas. Aparece vulgarmente numa idade mais avançada do que os outros carcinomas do tracto genital, podendo dizer-se que a década mais afectada é a que se situa entre os 60 e os 70 anos. Não é, no entanto, uma raridade nas idades jovens, como pode ver-se nas estatísticas baseadas em elementos vários da literatura — nomeadamente na de Stanley Way — em que se focam as idades de aparecimento da doença e o número de casos verificados em cada uma delas, bem como as percentagens correspondentes.

A incidência máxima verifica-se, pois, entre os 60 e os 70 anos de idade, correspondendo cerca de 47 % do total a idades inferiores à 6.ª década da vida.

Todas as idades, incluindo a infância, são uma ou outra

CANCRO DA VULVA

Incidência



UM NOVO E PODEROSO ANTI-HEMORRÁGICO

ANTEMOVIS

5 - hidroxitriptamina

factor plaquetário anti-hemorrágico

- Acção hemostática, reduzindo o tempo de hemorragia.
- Acção protectora da parede capilar, aumentando a sua resistência e diminuindo a permeabilidade.
- Ausência de qualquer acção sobre a coagulação sanguínea.

Apresentado em caixa de 5 ampolas, contendo cada uma: sulfato duplo de 5-hidroxitriptamina e creatinina, 5 mg.; sulfito de sódio, 3 mg.; cloreto de sódio, 10 mg.; água bi-destilada isenta de pirogénios, q. b. p. 2 c. c.



LABORATÓRIOS VITÓRIA S. A. R. L. • VENDA NOVA - AMADORA

VITAMINA C

VITAMINA D₃

CALCIO

CAL-DE-CE

WANDER

PELA 1.ª VEZ

10 % de gluconato de cálcio
500 mg de vitamina C
20.000 U.-I. de vitamina D₃

NUMA SÓ AMPOLA

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

DR. A. WANDER S A — BERNA

vez afectadas, mas antes dos 30 anos a doença é extremamente rara.

Os casos referidos na infância e na adolescência aparecem-nos todos como sendo adenocarcinomas, e só excepcionalmente foi encontrado um carcinoma pavimentoso da vulva numa rapariga de 19 anos (Way).

Verifica-se, ainda, que esta doença maligna aparece com frequência em mulheres nulíparas. Taussig encontrou para as suas doentes uma percentagem de 34,5 % de nulíparas; 15,4 % dos 71 casos de Reutschler também o eram. De 264 de Stanley, 12,1 % eram nulíparas também.

SINTOMATOLOGIA

A sintomatologia do carcinoma da vulva é sempre a mesma, praticamente: a maior parte das doentes queixa-se ou de tumefacção ou de exulceração, acompanhadas ou não de prurido ou irritação vulvar.

É um dos poucos tumores malignos que podem provocar dor logo desde o início do seu aparecimento. A dor é, assim, a característica mais constante dos tumores malignos da vulva, o que é atribuível à exposição das terminações nervosas pela exulceração tumoral e, em grande número de casos, à própria infecção das lesões existentes.

Esta asserção, no entanto, é pouco aceitável, porque tumores com as mesmas características no que se refere ao tipo, local e tamanho, diferem largamente quanto à dor que causam, pois se em alguns a dor é muito intensa, outros há que não produzem qualquer sensação dolorosa. Parece, assim, que o mecanismo da produção da dor, no carcinoma da vulva, não reside decerto inteiramente na exposição das terminações nervosas, ou na infecção local secundária, mas em outros factores também, que no estado actual dos nossos conhecimentos nos escapam totalmente.

A disúria apresenta-se como sintoma capital em cerca de 3 % dos casos. Em combinação com outros sinais, todavia, é assinalada em pelo menos 25 % dos doentes, sobretudo em tumores que se situam nas imediações do orifício uretral, ou seja em local atingido pelo jacto urinário durante a micção.

As perdas hemáticas são um sintoma raro da doença, aparecendo quase sempre por razões da existência de factores associados — pólipos cervicais ou outras situações hemorragíparas.

Algumas doentes chamam a atenção para o edema da vulva e, por vezes, somente para o aparecimento de gânglios palpáveis, nas virilhas, sem relacionarem o facto com a existência da lesão primitiva na vulva, que por vezes é mínima, tão insignificante que pode naturalmente passar despercebida.

Além da disúria, aparecem muitas vezes outros sintomas urinários, sobretudo em casos avançados de tumor maligno genital, prolapso associado, etc.

Os sintomas capitais encontram-se muitas vezes associados, como é óbvio. Assim, em muitos casos as pacientes apresentam tumefacção maior ou menor, com prurido concomitante; mas levando em conta a tendência que possuem para não ligar importância a estes pequenos pormenores, deve investigar-se sempre, com meticolosidade, a existência ou não dessas pequenas tumefacções, associadas com o prurido que, as mais das vezes, referem.

PATOLOGIA

Os tumores malignos da vulva são, predominantemente, carcinomas espinocelulares. Os adenocarcinomas, extremamente raros, resultam da glândula de Bartholin, ou de reliquats do canal de Gaertner, e são apenas atributos de mulheres muito jovens, como foi referido já.

O aspecto macroscópico destes tumores não interessa grandemente, se bem que alguns autores lhes tenham atribuído muita importância para orientação diagnóstica. Não há, na opinião da maioria dos tratadistas, no entanto, nenhuma relação entre aspecto, natureza histórica e prognóstico das lesões.

As formas mais correntes de carcinoma, são:

- 1 — Carcinoma com tendência para ulceração
 - a) exofítico
 - b) endofítico

- 2 — Carcinoma hipertrófico
 - a) ulcerado
 - b) não ulcerado
- 3 — Carcinoma sem tendência para a ulceração

1 — O carcinoma com tendência para a ulceração é o tipo mais comum de carcinoma vulvar. O tipo exofítico é, como o seu nome indica, exuberante, salienta-se nitidamente da pele ou mucosa da vulva e possui bordos verticais. Parece-se frequentemente, quando pequeno, com a superfície de um morango.

O tipo endofítico é uma úlcera mais ou menos profunda, com bordos endurecidos e pode confundir-se então com uma lesão sífilítica, como já foi dito.

2 — O segundo tipo é o de carcinoma hipertrófico. É um tumor pouco frequente, raramente pediculado, de tamanho reduzido, mas por vezes de proporções desmedidas. Se não está em fase de ulceração, ou se esta é atribuível a qualquer traumatismo eventual, pode ser rotulado de papiloma pavimentoso e tratado como tal, o que acarreta — como é de esperar — resultado pouco agradável para a doente. É por isso que todos os tumores da vulva, cotados como de carácter benigno, devem ser convenientemente estudados histologicamente, regra que se torna imperiosa nas idades mais avançadas da vida da mulher.

3 — O terceiro tipo é o do carcinoma de tendência não ulcerativa.

Estes tumores, que são pouco habituais, apresentam-se como pequenas tumefacções na vulva, bastante duras, conservando no entanto uma pele ou uma mucosa intactas nas suas superfícies, mas adematosas, adquirindo por vezes um aspecto quase idêntico ao do carcinoma do seio em fase não ulcerada, ou seja a clássica pele em «casca de laranja». Muitas vezes crescendo em profundidade, tomam carácter cístico, podendo então confundir-se, com a maior facilidade, com vulgares quistos da glândula de Bartholin. Muitos deles são, até, diagnosticados como carcinomas desta glândula, habitualmente raros (S. Way).

Este facto pouco perturba, no entanto, o tratamento, que é sempre o mesmo, concluindo-se pois que, na prática, de pouco vale a diferenciação cancro da vulva não ulcerada — carcinoma da glândula de Bartholin.

NATUREZA HISTOLÓGICA

1 — O aspecto histológico do carcinoma da vulva é o do carcinoma de células pavimentosas, frequentemente de tipo diferenciado, com maior tendência para a queratinização que os carcinomas do colo uterino.

Microscopicamente, o tipo habitual de carcinoma vulvar é epidermóide e, como tal, mostra os elementos celulares em variados graus de maturação ou diferenciação. A variedade mais frequente é, no entanto, o tumor espinocelular de células altamente diferenciadas, volumosas e poliédricas, com grande tendência para a formação de globos córneos. Podem notar-se grandes globos córneos e fiadas destas células em extensão para a profundidade do estroma, e a superfície destruída em resultado da exulceração habitual. Nem todos eles são, no entanto, deste tipo, pois variadas vezes foram encontrados nesta localização tumores anaplásticos e tumores de tipo intermediário. (Novak e Stevenson).

Duma maneira geral, em resumo, poderemos dizer que os tumores classificados como «anaplásticos» são de crescimento muito rápido e altamente metastizantes, enquanto que os tumores catalogados como «diferenciados» crescem mais lentamente e levam em muito menor grau a localizações a distâncias — o mesmo é dizer, à produção de metástases precoces (Way).

2 — O carcinoma da glândula de Bartholin é sempre um adenocarcinoma com tendência à forma papilar; e se uma ou outra vez for assinalado o aparecimento de tumor pavimentoso desta glândula, provavelmente tratar-se-á de carcinoma vulvar de tendência não ulcerativa.

3 — Os adenocarcinomas da vulva, além dos da glândula de Bartholin, são muito raros e aparecem apenas em idades muito jovens; têm a sua origem remota, provavelmente, em reliquats do canal de Gaertner, como dissemos já.

4 — Os casos existentes na literatura de carcinoma intra-

-epitelial, carcinoma «in situ» (doença de Bowen), não ultrapassam a meia centena e o critério histológico para a sua classificação é, com pequenas variantes, o de Knight «(Hiperqueratose, acantose com espessamento marcado da rede de Malpighi, perda da estratificação das células individuais e completa anarquia celular, começando nitidamente da camada basal para a superfície, presença de amontoados nucleares; corpúsculos celulares e numerosas mitoses, vascularização intensa da zona subpapilar, com infiltração, e membrana basal intacta)».

Este tumor pode permanecer intraepitelial muito tempo, mas acaba sempre por ser um carcinoma francamente desenvolvido, com invasão dos gânglios linfáticos respectivos.

5 — O spiradenoma, ou hidradenoma maligno, é um tumor com ponto de partida nas glândulas sudoríparas da vulva, que tomam modificações no sentido da malignidade. São, provavelmente, de natureza maligna local, o que quer dizer que nunca ou quase nunca dão invasão metastática, como foi observado nos poucos casos existentes, ao realizar-se a biópsia cuidada das cadeias ganglionares da região (Mc Donald).

É são estes os aspectos anatomopatológicos dos tumores malignos carcinomatosos da vulva, com exclusão, claro está, dos outros tumores malignos mais vulgares, que são o sarcoma, o melanoma e o teratoma.

Quanto à localização dos carcinomas da vulva, será curioso dizer, também, algumas palavras. São mais frequentemente de localização labial — grandes lábios — mas nenhuma porção da vulva é poupada, pois o clitóris é, a seguir, o ponto mais atingido pela doença (Way). Num trabalho de Rothschild, em 327 pacientes verifica-se que a localização mais frequente era de facto o grande lábio, logo seguido do clitóris, dos pequenos lábios, da glândula de Bartholin e da periuretra.

O carcinoma da vulva localiza-se, assim, o mais das vezes, na metade anterior da vulva, incluindo o clitóris e, em estados avançados «é mais vulgar a propagação do tumor da metade anterior à posterior, do que o contrário». Por outro lado, conclui-se que a superfície externa da pele é mais atingida pela doença que as superfícies internas dos grandes e pequenos lábios (Rothschild e Way).

DIAGNÓSTICO

As dificuldades de diagnóstico do cancro da vulva não são grandes, dado que poucas lesões há com as quais possa confundir-se. O diagnóstico torna-se, porém, difícil ao tratar-se de mulheres muito jovens, pois a doença, por ser rara nestas idades, por vezes não nos ocorre, ao valorizar os sintomas existentes, para o esclarecimento da lesão em causa. Assim, o carcinoma na sua forma não ulcerada, quando aparece em mulheres novas, é muitas vezes confundido com um fibroma, um quisto, ou se infectado, um abcesso da glândula de Bartholin.

Não deve esquecer-se que podem confundir-se facilmente com o carcinoma lesões gomosas sifilíticas, ou ulcerações tuberculosas, para a distinção das quais necessitamos fundamentalmente de recorrer à biópsia. Assim, se em presença de lesões aparentemente sifilíticas, a reacção de Wassermann positiva não deve aceitar-se como critério absoluto para o diagnóstico, pois com elas pode, traiçoeiramente, aparecer um carcinoma intercorrente. O que se dá com a sífilis, passa-se com o lupus — que pode considerar-se uma lesão predisponente para o aparecimento do cancro. Lesão em regra muito extensa, necessita biópsia sistemática, bem orientada, em áreas múltiplas mais ou menos afastadas, para poder por-se de lado, definitivamente, a hipótese de carcinoma.

Em certos aspectos, os chamados condilomas acuminados, ou vegetações venéreas, podem confundir-se com o carcinoma vulvar. Clinicamente, parecem-se muito com o carcinoma hipertrófico não ulcerado, mas é opinião unânime dos autores mais abalizados que este, o carcinoma, poupa quase sempre a região anal. Mais frequentes durante a gravidez, encontram-se sobretudo em mulheres muito jovens, inicialmente nas imediações do orifício anal — e então diferem francamente do carcinoma, para depois se estenderem para a vulva também, com a interessante particularidade de os

gânglios inguinais estarem muitas vezes infartados, como sucede no carcinoma de que nos ocupamos.

Ocasionalmente, alguns tumores secundários da vulva — aliás muito raros — podem causar-nos algumas dificuldades diagnósticas.

Os mais frequentes são implantações secundárias de corioepitelirna, de provável origem em embolias retrógradas dos vasos útero-vaginais.

Admite-se, então, que a vulva pode ser atingida por carcinomas originários da vagina e do colo uterino por invasão directa.

Stanley Way refere três casos de carcinoma secundário do colo, na vulva, e Taussig apresentou um caso muito interessante de hipernefoma secundário da vulva.

Estão relatados casos de carcinoma secundário da vulva, com ponto de partida no tracto intestinal. Um deles associado com carcinoma inoperável do cego, e um outro que apareceu três anos após a ressecção abdomino-perineal do recto.

Tratava-se de uma metástase isolada, pois que anos decorridos após a vuvectomia radical, a paciente vivia, ainda, em boas condições hígidas.

Um outro caso refere-se a carcinoma secundário da vulva, a partir de carcinoma primário da bexiga, e foi descrito também um sarcoma secundário, que após histerectomia total por sarcoma do fundo uterino, se localizou no grande-lábio esquerdo, por extensão submucosa ao longo da parede anterior da vagina.

TRATAMENTO

A vulva — com a sua circulação colateral muito pobre e as lesões atroficas inerentes ao próprio carcinoma — não é local muito favorável para a aplicação de rádio ou Raios X, por vezes desencadeantes de lesões necróticas tão severas que conduzirão, obrigatoriamente, à vulvectomy subsequente. O tratamento dos gânglios linfáticos com Raios X é, do mesmo modo, desanimador, pois nos doentes assim tratados a sobrevivência de 5 anos não ultrapassa 20 % dos casos.

Dado que os resultados obtidos exclusivamente com o uso de radioterapia são bastante pobres, a atitude terapêutica de escolha, nos casos de carcinoma da vulva, é o tratamento cirúrgico. Para que seja eficaz deve ser, todavia, extremamente radical, com as exéreses largas da vulva e da totalidade dos linfáticos até ao gânglio de Cloquet, bem como dos gânglios ilíacos externos (Basset e Way).

Se compararmos os bons resultados assim obtidos, com os das excisões parciais (vulvectomy simples para exérese local do tumor, excisão da vulva, hemivulvectomy e dissecação das cadeias ganglionares dum só lado) poderemos concluir pela flagrante insuficiência de qualquer destes últimos.

O método de Berven (diatermo-coagulação) não passa de tratamento cirúrgico, do qual «não difere em princípio, mas somente em pormenor», pois num caso a vulva é destruída pela corrente eléctrica e, no outro, retirada pelo bisturi vulgar.

OPERABILIDADE

Só muito poucos casos são considerados inoperáveis.

Os autores ingleses apontam uma percentagem de 87 % de casos operáveis, havendo até um ou outro que calcula a operabilidade deste tumor em 90 %. Por outro lado, a mortalidade é reduzida 14,6 % (aproximadamente).

A infecção geral e as doenças cardiovasculares são consideradas como razões principais de insucesso.

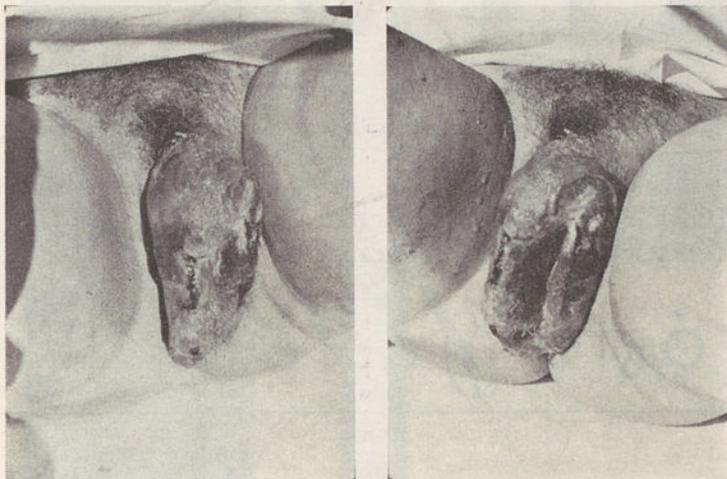
★

Um dos casos mais interessantes que tivemos oportunidade de ver diz respeito a uma mulher de 28 anos de idade, casada, nulípara, em quem a tumefacção vulvar à esquerda chegou a tomar grandes proporções.

Referia o início da doença há cerca de 2 anos atrás, por pequeno nódulo duro, arredondado, indolor, que crescendo lentamente começou a sangrar ao fim de 4 meses. Mas frisa bem que, alguns meses antes, começou a notar o apa-

recimento de gânglios duros nas virilhas, que um médico que consultou atribuiu a vulgar «linfatismo».

Nas gravuras 1 e 2 nota-se perfeitamente a tumefacção do grande lábio esquerdo, no centro da qual se evidencia uma cratera, que à primeira vista poderia dar ideia do átrio



Aspecto das lesões do carcinoma da vulva a que se refere a última parte deste trabalho

vaginal, mas é antes o resultado da eliminação de uma zona de tecidos necrosados, em pleno ápex tumoral.

Como particularidade interessante, referiu a doente que, até à véspera da sua entrada nos serviços de cirurgia do Hospital Geral de Santo António, com as lesões em estágio

já tão avançado, como se verifica pelas imagens juntas, ainda fazia vida sexual normal, como habitualmente.

A doente foi operada nos Serviços 5 do Hospital referido, pelo Dr. Mário Cardia — vulvectomia radical, com exérese larga da vulva, dos gânglios linfáticos inguinais, até ao gânglio de Cloquet e gânglios ilíacos externos (Basset e Way).

O exame histológico das peças confirmou os diagnósticos clínico e histopatológico anteriores — «carcinoma pavimentoso espinocelular, com acentuado grau de anaplasia e elevado índice mitótico. Moderadas reacções inflamatórias subagudas do estroma».

Todos os gânglios retirados, aglomerados, hipertrofiados, moles e esbranquiçados, se apresentavam colonizados por metástases de carcinoma pavimentoso espinocelular (Dr. J. P. Guedes).

A paciente fez algumas aplicações de radioterapia após a intervenção cirúrgica, e continua bem. Devo acrescentar que esta mulher ficou grávida alguns meses após a operação, tendo abortado ao fim de 3 meses de gestação.

BIBLIOGRAFIA

- LEWIS, T. L. T. — (1956) — «Progress in Clinical, Obstetrics and Gynaecology», London, J. & Churchill.
- NOVAK, E. e STEVENSON, R. R. — (1946) — Amer. J. Obst. Gynec., 50, 641.
- WAY, S. — (1950) — «Modern Trends in Obstetrics and Gynaecology», London: Butterworth & Co., Ltd.
- WAY, S. — (1951) — «Malignant disease of the Female Genital Tract». London: J. & A. Churchill, Ltd.

Ao completar 100 anos ao serviço da medicina, os LABORATÓRIOS «ALBERT», têm a honra de oferecer à Ex.^{ma} Classe Médica

um produto NOVO
para o tratamento
da

**esclerose
cerebral**

COSALDON



CHEMISCHE WERKE

ALBERT
ALEMANIA

WIESBADEN · DIEBRICH



1858 100 ANOS CHEMISCHE WERKE ALBERT 1958

COMPOSIÇÃO

1-hexil-3,7-dimetilxantina (Sk7)	0,20 g
Ácido β-piridina carbónico . .	0,05 g

APRESENTAÇÃO

Tubo de 20 comprimidos
Caixa de 100 comprimidos

Amostras clínicas e literatura à disposição da Ex.^{ma} Classe Médica, no

Representante para Portugal

Pestana & Fernandes, Ltd.

Secção de Propaganda:

Rua da Prata, 153-2.º

LISBOA

NO TRATAMENTO DE: BRONQUITES • PNEUMONIAS • GRIPES • TOSSES



GRIPUL

CREME

SUPOSITÓRIOS

Anti-séptico laringo-tráqueo-bronco-pulmonar

ANTIPIRÉTICO
BRONCODILATADOR
EUPNEICO
EXPECTORANTE

CREME — bisnaga de 20 gramas
SUPOSITÓRIOS — *INFANTIL* — caixa de 6
SUPOSITÓRIOS — *ADULTO* — caixa de 6

LABORATÓRIO *fidelis*

Movimento Médico

O ferido na estrada

C. MIRABLIE

A estrada é, actualmente, em França, um flagelo maior que a tuberculose ou o cancro. O último congresso de cirurgia pôs na ordem dos trabalhos o estudo dos traumatismos actuais da estrada e a Academia de Medicina acaba de se manifestar, por uma vez, sobre este grave problema.

O assunto é vasto tanto humano, social, administrativo como médico. Se o tratamento é, a maior das vezes cirúrgico, o seu resultado é muitas vezes função da primeira atitude que o médico rural tomou.

É o papel que eu quero evocar perante nós e, em 10 minutos, só posso chamar a atenção sobre os pontos essenciais:

O ferido da estrada é duma variedade grande; desde a ferida contusa das partes moles que curará em alguns dias até ao poli-traumatizado em coma, em instável equilíbrio entre a vida e a morte e cuja sorte depende da primeira atitude que tanto pode ser salvadora como mortal pela precipitação ou prudência.

O ferido pode ser acidentado na vizinhança do seu domicílio. Pode, muitas vezes — os mais graves — vir duma região afastada e comatoso; põe ao médico rural um problema social e médico.

O pequeno ferido é conduzido pelos vizinhos para casa e é ao domicílio que é chamado o médico. É a regra que conheceis e não insistirei senão num ponto: a absoluta necessidade, a meu ver, de fazer sempre uma injeção de «rappel» de vacina antitetânica aos vacinados de menos de 5 anos e uma injeção de soro antitetânico a todos os não vacinados e aos feridos vacinados há mais de 5 anos.

O problema do grande ferido é muito diferente, quer esteja perto ou longe do seu domicílio. O temor do famoso preceito da «não assistência» faz com que demasiadas vezes uma alma caridosa ou um indivíduo pusilânime «carregue» com mais ou, muitas vezes, menos precauções que seria necessário ao ferido no seu carro e condu-lo ao hospital mais próximo se não o faz ao domicílio do médico da vizinhança. Esta prática provoca, pelo seu excesso de zelo incompetente, numerosas catástrofes: o transporte dum grande ferido é coisa delicada e deve ser realizada sob a cobertura de grande garantia: o grande ferido comatoso ou chocado deve ser deixado no lugar e examinado por um médico.

O grande problema que se põe é, pois, o da chamada do médico; já nos grandes itinerários se estabeleceu uma rede de postos de chamadas telefónicas no posto da polícia mais próximo. Seria bom generalizar estes postos e dotar todos

os postos de gasolina duma rede semelhante. Porquê o posto de policia?

1.º — Porque a permanência é realmente assegurada.

2.º — Porque a função da policia é a de dar socorro.

3.º — Porque, de qualquer modo, a policia é chamada a tomar conta da ocorrência.

A policia pode então encarregar-se de prevenir o médico mais próximo ou, na sua falta, tentar encontrar um colega vizinho. Pode ao mesmo tempo chamar a ambulância necessária ao transporte do ferido.

Chegado o médico junto ao ferido, só ele decidirá a conduta a seguir. Quatro imperativos, esquemáticamente, se impõem ao seu espirito:

1.º — A hemorragia, de importância vital e imediata

2.º — O choque

3.º — A infecção

4.º — As fracturas

de prevenção

O garrote faz parte da mala de urgência de todo o médico.

O grande hemorrágico e o chocado são indivíduos particularmente frágeis e toda a manobra inoportuna lhe faz correr um risco mortal. O «slogan» já não é: «ao mais perto e mais rápido» mas sim «ao melhor e nas melhores condições de tratamento»; só o médico tem qualidades para julgar do momento e da decisão a tomar.

Vigiando a T. A., os toni-cardíacos e extractos suprarrenais, o plasma ou o sangue em perfusão e o oxigénio são as armas eficazes contra o choque e restabelecem o equilíbrio do ferido para lhe permitir um transporte sem risco.

Um rápido exame permite descobrir uma fractura dos membros e obriga a fazer uma imobilização provisória: membro superior contra o tronco e talas para o inferior.

A descoberta duma fractura da coluna, com os riscos de lesões medulares, impõe a maior prudência e a utilização duma maca metálica com lâminas móveis é uma segurança na doçura dos movimentos de levantamento do ferido.

O transporte do ferido deve ser objecto de cuidados. Nunca deve ser feito sentado no carro de turismo mas sempre deitado, de preferência em ambulância confortável. Uma má caminheta será preferível a um sumptuoso carro americano.

A orientação do ferido depende da decisão do médico. Na sua decisão devem entrar em linha de conta certos imperativos: primeiro a gravidade dum choque evolutivo ou de

AS APLICAÇÕES LOCAIS DE

Decortancilone

(Prednisolona)

Ao nível dos olhos

DECORTANCILONE Colírio

- Blefarites - Conjuntivites
- Keratites - Uveíte
- Irites - Iridociclites
- Zona oftálmica

Ao nível da pele

DECORTANCILONE Pomada

- Alergias cutâneas
- Dermatoses de contacto
- Dermatoses exsudativas
- Eczemas - Pruridos

LEVAM AO DESAPARECIMENTO RÁPIDO DOS
FENÓMENOS INFLAMATÓRIOS E ALÉRGICOS

Frasco conta-gotas de 3 cm³ duma suspensão titulada a 0,50 p. 100 de acetato de Δ - 1 - dehidrohidrocortisona

Bisnaga de 5 gramas de pomada titulada a 0,50 p. 100 de Δ - 1 - dehidrohidrocortisona.



LABORATÓRIOS ROUSSEL, LDA.

AVENIDA ANTÓNIO AUGUSTO DE AGUIAR, 126, 3.º

LISBOA

P.12.CJ6.58

NO TRATAMENTO DE: AMIGDALITES • ESTOMATITES • FARINGITES • LARINGITES



Frübīol

(Bacitracina zinco + Neomicina + Tirotricina + Álcool pantenílico + Benzocaina + Mentol natural)

ANTIBIÓTICO-
-CALMANTE
E CICATRIZANTE
DAS MUCOSAS

Mantém aséptica a boca e a orofaringe.
Prevenindo contra constipações e gripes.

Tubo de 10 pastilhas

LABORATÓRIO *fidelis*

agravamento secundário, necessitando de estreita e contínua colaboração dum laboratório bem equipado e dum centro de reanimação sob a direcção de médicos reanimadores qualificados.

Em seguida, é necessário saber a frequência dos poli-traumatizados podendo necessitar, quase simultaneamente, do neuro-cirurgião, do estomatologista, do traumatologista, do O. R. L., do urologista ou do cirurgião torácico.

Estas duas noções devem, creio, ajudar, nos casos graves, os médicos a dirigir directamente o ferido grave, chocado e poli-traumatizado para um grande centro cirúrgico polivalente.

Um choque particularmente intenso e uma hemorragia grave podem impor a passagem para o centro cirúrgico mais próximo com a condição da presença certa do cirurgião e do reanimador e quando o equipamento permite uma acção eficaz.

É de importância capital o meio de transporte e a necessidade de ter ambulâncias equipadas com macas e material de reanimação móvel, com sangue, plasma e oxigénio.

Não é menos indispensável a existência, nestas ambulâncias de primeiros socorros, duma enfermeira ou dum interno reanimador acompanhando o ferido e prossequindo durante a administração da terapêutica feita pelo médico assistente.

Em resumo, duas realizações podem ser executadas de urgência: organização de chamada e a colocação, à disposição do médico rural, da ambulância de socorro de urgência do ferido da estrada com o pessoal e material indispensável ao médico para a execução rápida do tratamento de urgência.

(Repr. integral de «Le Conc. Méd.» — 31 de Agosto de 1958).

Incontinência fecal

Tratamento não cirúrgico

J. JACKMAN

Muitas vezes, na incontinência fecal, as medidas não cirúrgicas são tão importantes como as cirúrgicas. Compreende quatro pontos: dieta, drogas, irrigações e os exercícios dos músculos anais e psicoterapia.

Ainda que não acarrete perigo de vida, tem grandes inconvenientes quer físicos quer psíquicos. A continência é mantida não tanto pela contracção tónica dos esfíncteres como pelos reflexos de contracção do esfíncter externo iniciado no recto.

MECANISMOS DA CONTINÊNCIA INTESTINAL

Factores musculares — O antigo conceito atribuía ao esfíncter externo ou ao músculo puborrectal a função de regular a continência. Refutado por Denny-Brown e Robertson, estes autores provaram que tanto relaxa como contrai o recto e possivelmente facilita a defecação.

A musculatura anal dividida, frequentemente, no tratamento das fístulas, não afecta, salvo nas primeiras semanas, o contróle voluntário da defecação. A fibrose do músculo, por infecção ou abcesso, pode provocar incontinência.

Factores neuro-musculares — Gastón considera dois mecanismos a manter a continência: um, reflexo, que engloba o recto e os esfíncteres interno e externo e, outro, um reservatório continente no cólon descendente.

A pressão peristáltica no recto origina no esfíncter externo um reflexo contráctil, prolongando-se a contracção até que o reflexo da pressão peristáltica cessa. Em doentes em que se extirpou o recto e conservou os esfíncteres surgem graus diversos de incontinência. Gastón considera que os impulsos aferentes do reflexo se conservam unicamente quando se preserva a quarta parte do recto.

O segundo mecanismo encontra-se a todo o compri-

mento do cólon descendente. É a razão porque alguns doentes com ânus retraído e deformado e que deviam ter incontinência, não a apresentam.

Por outro lado, os doentes com hábitos intestinais irregulares, como no síndrome do cólon irritável, não têm ou têm um reservatório continente pobre.

CAUSAS DE INCONTINÊNCIA ANAL

São muitas e variadas. Compreendem 3 tipos principais: 1) Traumática, 2) Congénita e 3) Adquirida.

Traumáticas — A maior parte surge depois de algum procedimento cirúrgico anorrectal. A presença da cicatriz após intervenção por hemorróidas ou prolapso leva a incontinência. Outras causas são as quedas, lesões medulares traumáticas, lacerações perineais do parto, etc.

Congénitas — Megacólon ou malformações ano-rectais podem provocar incontinências.

Adquiridas — Em geral nos velhos que apresentam hemorróidas, prolapso da mucosa, hipotonia muscular ou embotamento dos reflexos. A própria senilidade que favorece o impacto da matéria fecal. Na porção inferior do intestino, pode ocasionar obstrução parcial e diarreia e, desse modo, o doente apresentar incontinência. As fístulas, processos inflamatórios e a estenose por Nicolas Favre imobilizam a musculatura, destroem os reflexos e surge a incontinência. Os tumores malignos e as estenoses do recto, por inibirem os reflexos normais, podem provocar a incontinência.

SELECÇÃO DOS DOENTES PARA O TRATAMENTO

Vários casos beneficiam do tratamento cirúrgico: deformidade cicatricial do ânus, laceração perineal do terceiro grau, doentes com hipotonia muscular e doentes com incontinência

NO TRATAMENTO DE: GRIPES • DORES REUMATISMAIS • CONSTIPAÇÕES



EUPIRONA

(Maleato de N - p - metoxibenzil - N' - N' - dimetil - N - α - piridiletilenadamina + Fenil - dimetilpirazolona - metilaminometanosulfonato de sódio + o-Oxibenzoilamida + p. Acetofenetidina + Trimetilxantina 1, 3, 7 + Ácido l-ascórbico).

NÃO DÁ PERTURBAÇÕES GÁSTRICAS, por não conter Ácido acetil-salicílico

ANTI-GRIPAL
ANALGÉSICO
ANTIPIRÉTICO

Tubos de 4, 10 e 16 drageias

LABORATÓRIO *fidelis*

neurogénica resultante da secção dos nervos que enervam o períneo, recto e bexiga.

PROCEDIMENTO NÃO CIRÚRGICO

As medidas não cirúrgicas são variadas: 1) Dieta; 2) Drogas; 3) Irrigação da parte inferior do intestino; 4) Exercícios dos músculos anais; e 5) Psicoterapia.

Dieta — A dieta deve ser pobre em resíduos e o mais simples possível. Deve elaborar-se sempre uma lista. Indicar-se-ão vitaminas como complemento necessário para os indivíduos submetidos ao regime.

Drogas — Devem admitir-se drogas que diminuam o peristaltismo intestinal e do tipo das que absorvem a água intestinal. Há muitos produtos e resultam úteis os que associam o fenobarbital aos alcalóides da beladona. As drogas anticolinérgicas têm algum valor e dão bons resultados. A metilcelulose com adsorvente aprova em absoluto na moldagem das fezes.

Irrigação intestinal — Os processos mencionados associam-se com frequência às irrigações da parte inferior do intestino, quando as perdas fecais se tornam um problema angustiante. Após a primeira evacuação diária, o doente deve «lavar» a parte inferior do intestino com um clister de água quente. Se com o primeiro clister saem grandes quantidades de fezes, deve repartir-se segunda e terceira vez. A irrigação livra o intestino de matérias fecais, o tecido fibroso fica

mais elástico e a tentativa de reter a água fortalece os músculos desta região.

Exercícios musculares — Nos doentes velhos é necessário o exercício muscular, principalmente após hemorroidectomia ou fistulectomia.

Instruir-se-á o doente quanto ao modo de executar os exercícios. Repetir-se-ão três vezes por dia, durante 5 minutos, com o indivíduo deitado. O esfíncter externo será contraído e mantido nesse estado enquanto o doente conta lentamente até cinco; então o músculo se relaxará, repetindo-se a contracção. Esta será vigorosa e sustentada durante cinco segundos. Embora julguem que façam bem, muitos doentes não sabem fazer a contracção pelo que é bom que façam as contracções enquanto se examina ao rectoscópio. Os exercícios repetir-se-ão durante dois ou três meses.

Psicoterapia — A atitude do doente em relação com a incontinência varia profundamente. Duas pessoas com a mesma afecção, uma delas pode condenar-se ao ostracismo e outra pode fazer uma vida social sem grandes preocupações. O mesmo se passa em mulheres com fístulas recto-vaginais.

Muitos destes doentes contraíram o hábito de empregar um recipiente de borraça o que, sob ponto de vista psicológico, é erróneo. É conveniente o doente abandonar este costume uma vez iniciado o tratamento médico já descrito.

(Art. condensado, por A. C., de «J.A.M.A.»
166 (11); 1281, 1958).

A esclerose em placas

MAURICE MASSON

Desde há mais de um século a esclerose em placas suscita um interesse tanto mais vivo quanto se encontram ainda por resolver certos problemas etiopatogenéticos, bem como lhe atribuem um carácter especial e o seu polimorfismo clínico e a sua evolução.

Anatomia Patológica — Há dois tipos de placas, as antigas, de que ocorre o nome da doença, são zonas branco-acinzentadas, duras, um pouco deprimidas, de contornos irregulares mas bem nítidos, que alcançam electivamente a substância branca, não sem que, em algumas excepções possam atingir também a marca cinzenta próxima. As placas jovens, que aparecem na vizinhança das precedentes, apresentam, além da desmielinização, proliferação precoce da glia e um processo inflamatório peri-vascular, parece que localizado ao espaço de Virchow-Robin.

Foram bastantes discutidas as relações das placas com os vasos, e embora estes apareçam, por vezes trombados e centrando aquelas, certo é que muitas vezes assim não sucede.

Topografia das Placas — embora muito variável, parecendo disseminadas sem ordem aparente, há certas formações atingidas com predilecção: nos hemisférios, a substância branca do centro oval e a região sub-ependimária dos ventrículos; no tronco cerebral, a zona endi-

mária peri-ventricular; na medula, a área sub-pial dos cordões posteriores e laterais, sendo o nervo óptico uma zona de eleição.

Todavia, nenhuma região do sistema fica indemne e, de forma geral, as placas são sempre muito mais numerosas do que deixa supô-lo o exame clínico.

Etiologia — é verdade que se desconhece a etiologia da doença, mas um certo número de factores está já bem estabelecido. Aparece com igual frequência nos dois sexos, aproximadamente entre os 20 e os 40 anos, é mais rara nas regiões tropicais que nos climas temperados e frios, dando uma mortalidade que oscila em volta dos 10 por 100.000. Considera-se significativa a frequência de casos em famílias de indivíduos atingidos pela doença, embora não tenha carácter hereditário.

Estado clínico: — Dado o carácter caprichoso da distribuição e evolução das lesões, compreende-se a dificuldade duma descrição clínica simples.

O quadro inicial é muitas vezes monossintomático e os sintomas podem ser tão discretos e transitórios que deixem o indivíduo indiferente. Já, contudo, a sua evidência retrospectiva tem um enorme valor diagnóstico.

1 — O começo da doença pode apresentar-se por

a) Alterações da marcha: fadiga insidiosa que se

NA SULFAMIDOTERAPIA INTESTINAL

FTALIL-TIAZOL**E****FTALIL-KAPA**Dois produtos de comprovada superioridade
e desprovidos de acções secundárias**LABORATÓRIOS "CELSUS"**

LISBOA

instala após a marcha e pode tomar o aspecto da claudicação intermitente medular; alterações do equilíbrio, insegurança da marcha, às vezes de tipo ébrio, ainda que inconsciente para o enfermo.

Os sinais piramidais, predominando dum só lado, mostram exagero dos reflexos tendinosos, clonus, do pé e da rótula, sinais de Babinsky e Rossolino positivos, com abolição dos reflexos cutâneo-abdominais. Encontra-se também, entre os sinais vestibulares, desvio do indicador e, sobretudo nistagmo, este muito frequente.

Sinais cerebelosos — de início discretos, devem pesquisar-se minuciosamente, sob a forma de decomposição do movimento dedo-nariz e dedo-orelha; aparecem também alterações visuais e sensitivas, além de perturbações esfinterianas.

b) *Vertigens*: muito frequentes no início da doença, tornando-se mais raros no decurso da evolução ulterior.

c) *Alterações visuais*: é comum a cerca de um terço dos casos a nevríte óptica retro-bulbar, sinal dos mais evocadores da esclerose em placas, em regra unilateral e traduzindo na perda quase completa, em 24—48h., da visão de um dos olhos. Associam-se-lhes dores orbitárias, escotoma central ou para central, e a evolução também característica, dá-se em algumas semanas, para a regressão.

Num doente que apresenta qualquer alteração neurológica, a descoberta, nos seus antecedentes, dum episódio de nevríte óptica rectro-bulbar, tem um fundamental valor diagnóstico.

Só muito raras vezes se associa a isto, a nevríte óptica com papilite, atrofia primária progressiva e periflebite das veias retinianas.

d) *Alterações sensitivas*: são muito frequentes, no período inicial da doença, as parestesias polimorfias, os formigueiros, as nevralgias do trigémio, que cedem apenas à neurotomia rectro-gasseriana, e discretas alterações objectivas diversas da sensibilidade.

2 — As outras formas de eclosão da doença podem ser de tipo hemiplégico, convulsivo, pseudo-tumoral e psicótico — podendo existir também as de carácter atrófico, sagrado, bulbar, hipotalâmico e estriado.

EVOLUÇÃO E PROGNÓSTICO

É de tal forma característica da doença e de tão longe a mais frequente, que se torna de regra, no adulto jovem, a evolução por «poussées» — sobretudo de maneira irregular, caprichosa, a intervalos variáveis, «poussées» cujo carácter regressivo apenas parcial pois raro é que não persista após uma nevríte rectro-bulbar, um escotoma ou uma descoloração papilar, uma paraplegia espasmódica, um exagero dos reflexos tendinosos e um sinal de Babinsky.

Assim a marcha vai-se tornando impossível, até pela instabilidade cerebelosa, agravando-se o estado do doente pelas contracturas dolorosas, fenómenos de automatismo medular, trémulo intencional dos membros superiores, modificações da palavra que se torna explosiva, etc.

Os doentes com esclerose em placas têm prognóstico extremamente grave, mas aparte as formas agudas, dão uma sobrevida da ordem dos 15 aos 20 anos.

FORMAS AGUDAS — são as mais graves e reflectem-se no aspecto do doente, que se mostra, de súbito, atingido em vários pontos do sistema nervoso, com o aspecto duma encefalomyelite disseminada, e que se associam paralisias dos membros, e nervos craneanos, sinais cerebelosos severas alterações psíquicas.

Tudo isto se acompanha dum estado febril, ligeira hiperlinfocitose com hiperalbuminose no líquido cefalo-raquídeo.

EXAMES COMPLEMENTARES — não há quaisquer modificações hematológicas ou da coagulabilidade. Só as das proteínas séricas podem evidenciar-se pelo timol-test de MacLagan e a electroferese: diminuição da albumina, nítido aumento das alfa e beta-globulinas, mais discreto porém das gama.

Os líquidos séricos apresentam aumento das beta e diminuição das alfa e gama.

Sobretudo, o líquido céfalo-raquídeo dá argumentos preciosos para o diagnóstico, como hiperalbuminose, hiperцитose, reacção do benjoim coloidal positiva em 60 % dos casos, contrastando com a negatividade constantes das reacções sifilíticas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Algumas das formas da esclerose em placas levantam problemas de diagnóstico diferencial a que deve atender-se com a histeria, a compressão medular, a paraplegia espástica de origem cerebral, tumores, as heredo-degenerações espino-cerebelosas, as ataxias de Leyden, etc.

CONCEPÇÕES PATOGÉNICAS

Uma predisposição endógena constitucional é certa nos casos de esclerose em placas familiar. Outros factores exógenos favorecem ou agravam o síndrome, como sejam os traumatismos e os estados emocionais prolongados.

Teorias há, contudo, que pretendem explicar a natureza da doença, a teoria tóxica, a da hipótese duma substância mielolítica, a infecciosa, a alérgica, etc. — todas, porém, sujeitas a crítica e a desmentidos.

TRATAMENTO

Já a multiplicidade das terapêuticas várias, hoje em curso pressupõe a ineficácia de qualquer uma.

Estão, todavia, contra indicados, os arsenobenzóis e todos os métodos de choque, como a vacinoterapia, a malariaterapia, etc.

São clássicos os tratamentos pelo salicilato de sódio, o iodeto de sódio, a urotropina. Modernamente, colhem os melhores resultados com os antibióticos, a cortisona e as perfusões I. V. de A. C. T. H.

Outros agentes terapêuticos estão ao alcance do médico, como os vasos dilatadores, os anticoagulantes, as vitaminas, os antitóxicos (BAL). Convém, todavia, não esquecer, o tratamento sintomático, as medidas de higiene geral e a psicoterapia.

(Artigo condensado por Taborda de Vasconcelos, de «La Vie Médicale», de Agosto de 1958).

Assuntos gerais
e profissionais

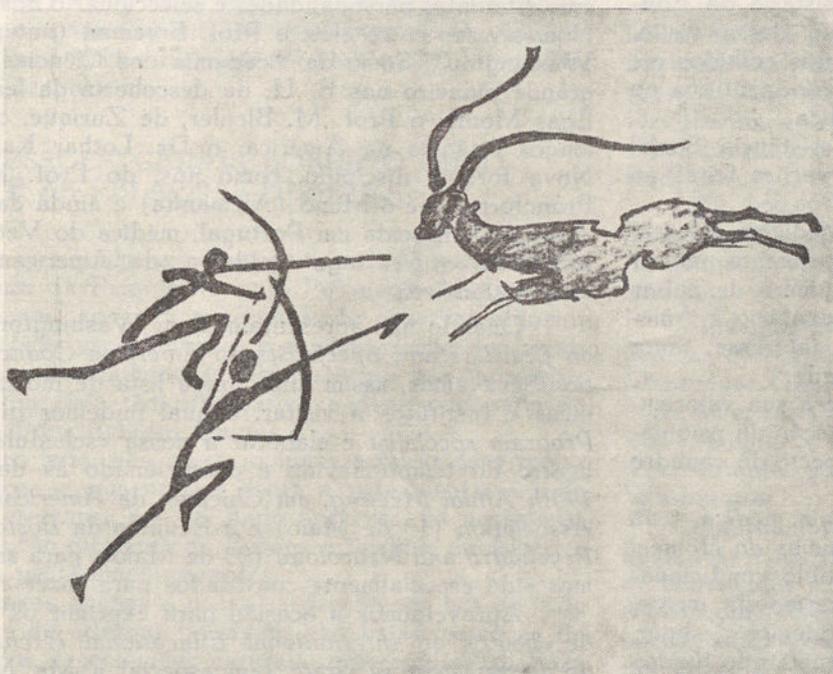
Para a terapêutica racional das infecções bacterianas

OMNADINA-PENICILINA

»HOECHST«

uma combinação de penicilina-procaína G,
com penicilina G sódio e o imunoterápico Omnadina®

Cada frasco contém: Penicilina-procaína G 300000 U.I.
Penicilina G sódio 100000 U.I.
Omnadina dessecada equivalente a 2 cc do soluto de Omnadina
(com 1 ampola de solvente)



OMNAMICINA®

Combinação de penicilina, estreptomicina e Omnadina,
com o espectro de acção antibiótica aumentado

Cada frasco contém: Penicilina-procaína G 300000 U.I.
Penicilina G sódio 100000 U.I.
Sulfato de estreptomicina, equivalente a 0,25 g p/base
Sulfato de dihidroestreptomicina, equivalente a 0,25 g p/base
Omnadina dessecada equivalente a 2 cc do soluto de Omnadina
(com 1 ampola de solvente)



FARBWERKE

HOECHST AG

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

Representantes para Portugal:

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

Ph 679-Port

Relatório da viagem de estudo aos Estados Unidos da América

BARAHONA FERNANDES

Cumpre-nos em primeiro lugar agradecer o convite do Department of State, feito por intermédio do Senhor Embaixador James C. H. Bonbright, para visitar o seu País, pelo prazo de sessenta dias, com um Leadergrant do *International Educational Exchange Service*.

Cabe-me o dever de elaborar o presente relatório, consciência do interesse da viagem realizada e da sua utilidade para a melhor compreensão, em Portugal, das Ciências Médicas dos Estados Unidos, no campo da minha especialidade.

Ao Instituto de Alta Cultura, do Ministério da Educação Nacional, que autorizou a realização dessa visita, cabe-me relatar conjuntamente os ensinamentos colhidos em favor do progresso do ensino e da investigação científica no âmbito da Psiquiatria e da Psicologia Médica.

Ao Subsecretariado de Estado da Assistência Social em Lisboa endereço, em particular, as observações feitas no campo hospitalar e da Higiene Mental.

Formado nas escolas europeias de Medicina Mental e conhecedor, por experiência pessoal, do movimento universitário, científico e assistencial de grande número de países da Europa, foi esta a primeira viagem do signatário à América do Norte — uma experiência do maior interesse, tanto no ponto de vista geral, como da especialidade.

A apreciação das impressões colhidas e a sua valorização — em especial dos progressos e da orientação da psiquiatria americana — só podem ser feitas no conspecto do «quadro social» onde se desenvolvem.

Na verdade, a *Psiquiatria* e a *Psicologia médica* — na sua forma actual, ligadas ao estudo das *Ciências do Homem* em geral, requerem a compreensão do múltiplo condicionamento do seu Ser — o indivíduo são e enfermo da mente, situado no meio ecológico, do qual o não podemos desligar.

Seria necessário para tal traçar o panorama «de fundo» da vida social americana, compreendido no seu sentido cultural e nas suas ligações históricas, para nele situar a feição peculiar das organizações e do próprio espírito da psiquiatria americana. Digamos desde já — a medicina mental americana apresenta-se muito diversa da europeia, marcada, como está, pela psicoterapia freudiana e a sociologia, e exprimindo, em última análise, a mais funda convicção de que o homem, sem excepção do anormal e do louco, pode ser melhorado por meio de modificações incidindo sobre o meio que o condiciona.

Não está na índole deste relatório uma exposição tão lata do tema. Traçaremos pois, apenas, alguns breves apontamentos das impressões colhidas e, numa segunda parte, o relato mais pormenorizado das instituições médicas visitadas e os trabalhos científicos em que participamos.

PREPARAÇÃO DA VIAGEM, ORGANIZAÇÃO E CRÍTICA DO PROGRAMA

O mero conhecimento da literatura americana da especialidade não bastava para seleccionar as instituições a visitar em tão breve tempo, num País tão extenso e tão rico de empreendimentos especializados.

Além do interesse turístico e cultural de conhecer alguns exemplos típicos da extraordinária diversidade de perspectivas geográficas, sociais, científicas e humanas que os U. S. nos oferecem — havia que contactar mais intimamente com as diferentes correntes do pensamento e as diferentes técnicas assistenciais, de ensino e investigação psiquiátricas.

Efectivamente a nossa visita veio-nos confirmar a ideia de que se não pode falar, sem restrições, da «ciência» e outros

caracteres da «América», com excessivo carácter de generalidade.

Quisemos evitar que o «caso» de certos encontros nos deixasse impressões demasiado unilaterais, levando-nos a erros de apreciação, por falta de visão do conjunto e da sua real diversidade.

Mercê da projecção que a neuro-psiquiatria portuguesa tem tido em todo o Mundo e dos contactos havidos em Congressos e outras visitas anteriores, pudemos discutir o tema com diferentes personalidades e seleccionar o nosso programa. Nomearemos entre eles: o Prof. Freeman (anteriormente em Washington), Sócio da Academia das Ciências de Lisboa e grande pioneiro nos E. U. da descoberta da leucotomia por Egas Moniz; o Prof. M. Bleuler, de Zurique, que tem feito longos estágios na América; o Dr. Lothar Kalinowsky, de Nova Iorque, discípulo, como nós, do Prof. K. Kleist, de Francfort-sobre-o-Meno (Alemanha) e ainda da Dr.^a Alcina de Aguiar, nascida em Portugal, médica do Veterans Administration; o Dr. Iago Galdston, da American Psychiatric Association, etc.

Quando nos apresentamos em Washington no *Comitee on Leaders and Specialists* do *American Council on Education*, levávamos, assim, uma longa lista de indicações de Clínicas e Institutos a visitar, a qual pudemos discutir com o *Program specialist* e elaborar a nossa «schedule» de visitas, dentro do tempo havido e condicionado às datas fixas do *195th Annual Meeting*, em Chicago, da *American Psychiatric Association* (13 de Maio) e à Reunião da *Boston Society of Psychiatry and Neurology* (23 de Maio), para as quais tínhamos sido especialmente convidados para fazer comunicações.

Aproveitamos a ocasião para exprimir os nossos agradecimentos ao *International Educational Exchange Service* do *Department of State* (em especial a Mr. Maule) e aos «sponsors» do *A. Council on Education* (em especial a Mr. Carnahan, de Washington) por todas as atenções e deferências recebidas.

A «Técnica» da «organização» destes e outros serviços, com a sua marca específica de cuidado do pormenor, exactidão e compreensão das necessidades individuais, foi, desde logo, uma experiência interessante que vimos repetida em muitos outros departamentos — funcionários correctísimos com interesse em atender as pessoas, metódicos e meticulosos — porventura restrictos na sua acção ultra-especializada e sem o «desembaraço» improvisado dos países latinos — mas efectivamente eficientes e cumpridores.

Não é necessário insistir em pormenores, mas, na verdade, sem tal organização, não seria possível efectivar tantos «appointments» (cerca de 100) em tão curto espaço de tempo (7 semanas), em dez cidades diferentes.

No regresso a Washington, depois da maior parte da viagem, e ao discutir as nossas impressões com os citados organismos, perguntaram-nos a nossa opinião sobre o «programa» e da utilidade de visitas tão breves a tantos e tão diferentes lugares. Dentro das condições possíveis, pareceu-nos justificada a orientação seguida. Não se tratava propriamente de um estágio de estudo, nem de «aprendizagem de técnicas especializadas», nem de um inquérito sistemático. A posição já especializada e a obra anterior do visitante, permitiam-lhe tomar fácil e rapidamente contacto com as diferentes personalidades visitadas e a apreensão dos trabalhos em curso e da orientação seguida. Alguns dos psiquiatras visitados eram já conhecidos pessoalmente do visitante (Drs. Overholzer, Fremann, P. Bailey, Wollwill, Azima, Kalinowsky, Liz Ferreira, etc.), outros conhecidos através de corres-

pondência científica e de permuta de trabalhos de investigação. A nossa posição universitária, publicações e actuações em Congressos internacionais — facilitaram também a comunicação científica e pessoal.

Além do conhecimento individual, troca de impressões gerais, visitas aos serviços clínicos, laboratórios e outros departamentos, pudemos assim estabelecer numerosas ligações pessoais que se manterão no futuro: permuta de publicações científicas, visitas mútuas, etc. Logo após o nosso regresso a Lisboa, recebemos o convite dos Professores Jules Masermann, de Chicago, e Dr. J. L. Moreno, de Nova Iorque, para colaborar na obra em impressão «Progress on Psychotherapy» e fomos visitados já por vários cientistas americanos: o Prof. Zubin, encarregado da Biometric Research da Mental Health Research Unit (Department of Mental Health, New York) que vem inquirir dos trabalhos feitos em Portugal nesse sentido; Dr. Lewis R. Wolberg, Postgraduate Center for Psychotherapy, Inc. New York, que está entrevistando na Europa os «Leaders» da Higiene Mental para inaugurar uma série de lições internacionais sobre a matéria; Prof. Hollingshead, Professor de Sociologia da Yale University de New Haven, que, por nosso intermédio, fez uma conferência em Lisboa na Sociedade de Neurologia e Psiquiatria e visitou as nossas instituições; pelo Prof. Vittalis, psicólogo em Filadélfia. Anunciam as suas próximas visitas o Dr. Wittkover e o Dr. Caplan, da Scholl of Publish Health, Harvard University, Jules Masermann, de Chicago, etc.

IMPRESSÕES GERAIS SOBRE O MEIO E AS RELAÇÕES HUMANAS

Mais do que qualquer outro capítulo da Medicina, numa visita de estudo da Psiquiatria e da Psicologia Médica, não se tratava apenas, como já sugerimos, de observar algumas técnicas científicas especializadas e a organização dos serviços. Nem seria humanamente possível abstrair das impressões gerais sobre um País tão progressivo e desempenhando no Mundo o papel dos Estados Unidos.

Por outro lado, não é este o lugar próprio para traçar relatos turísticos e comentários sobre a vida mental e tudo quanto de interessante nos foi dado observar, na nossa viagem, num país tão diferente da Europa e também da América do Sul que já visitáramos em antes.

Exprimamos apenas a nossa satisfação por nos ter sido dado o prazer de admirar paisagens tão belas, como as da Nova Inglaterra, espectáculos naturais como o Niagara Falls e o Mississippi, tipos geográficos peculiares como o Kansas e os grandes Lagos, a obra portentosa dos Skylines de Nova Iorque e Chicago, as redes de comunicação aéreas e as auto-estradas...

De cada um dos lugares visitados guardamos imagens significativas que se vão somando à nossa experiência do Mundo. Acrescentamos ainda a lembrança dos belíssimos museus de Arte e das Ciências (Nova Iorque, Washington, Chicago, Boston, etc.), as recordações históricas do Mont Vernon, Filadélfia e tantas outras, o interesse dos contrastes entre as grandes metrópoles urbanas e industriais, as novas cidades do Middle-West, como Topeka e ainda Nova Orleans, evocadora de outras formas de civilização. Evocamos ainda, com prazer, o encanto dos «campus» universitários de Harvard e de Yale, os bairros residenciais de Washington, os recantos evocadores de Boston, o Cape Cod, Long Island... Mais ainda do que as expressões paisagísticas e a contemplação das construções técnicas e artísticas, nos interessou o ambiente humano e social, desde a atmosfera severa dos labo-

ratórios de investigação e das reuniões científicas, até à intimidade da vida familiar e em relação com elas — a problemática filosófica que sub-tende a orientação dos estudos e a textura sociológica dos diferentes grupos e níveis de população, os temas individuais da vida pessoal e das relações inter-humanas.

Tocamos aqui assuntos que se prendem com a psicologia individual e sociológica que mais adiante trataremos.

Ainda neste conspecto geral, não podemos deixar de recordar os contactos que tivemos com *portugueses emigrados* nos Estados Unidos, tanto médicos, como de outras profissões: psiquiatras Dr.^a D. Alcina de Aguiar, da Veterans Administration, em Bedford, Boston; Dr. Liz Ferreira, actualmente Professor de Psiquiatria em Atlanta, Geórgia, Dr. Gastão de Lemos, Washington, Dr. F. Ferreira, Arkansas e outros colegas não psiquiatras como o Dr. Correia Branco, de Boston, o Dr. Cunha Rego, de Providence, etc., sem falar dos contactos agradabilíssimos havidos com os nossos representantes diplomáticos, desde a forte personalidade do nosso Embaixador em Washington, Dr. Esteves Fernandes, ao culto Cônsul Geral, Dr. Nogueira e o devotado Cônsul de Boston, Dr. Matias.

Assinalamos, ainda, como dignos de nota, os numerosos encontros tidos com *colegas espanhóis e ibero-americanos*, trabalhando nos diferentes serviços visitados e que sempre se interessavam por conhecer o representante da psiquiatria portuguesa; referimos em particular os diferentes colegas; Dr. Ramon e Molinar, Longo em Montreal, Dr. Brasil em Nova Iorque e outros como o chileno Dr. Gonzalez em Hartford, etc.

No mesmo espírito fomos recebidos em Filadélfia pelo psiquiatra Dr. Cadwallader, de origem espanhola, em nome do grupo de estudos Ibero-Americano (Interamerican Association).

Tivemos também ocasião de trocar impressões com jornalistas acerca da nossa viagem, como, por exemplo, sobre a Menninger Clinic (que chamamos a «Meca» da Psiquiatria norte-americana) numa entrevista para o Jornal «Topeka Daily Capital» (n.º 157, 2 de Junho de 1957), e com a representante governamental do «New York Times» em Washington.

Guardamos, assim, larga cópia de vivências de «tipos humanos» com interesse, desde os professores universitários de actividades eruditas, outros mais orientados para a acção social construtiva; desde os homens de laboratório (bioquímicos, fisiologistas, psico-fisiologistas, electroencefalografistas, etc.), até às nurses, assistentes sociais, ergoterapeutas e outros técnicos da Higiene Mental; desde os psicanalistas confinados ao devotado tratamento dos alienados, até aos médicos organizadores, planeando programas de investigação, angariando fundos para os seus institutos e plenos de trabalho, com largas ligações sociais e políticas...

Não há que dar agora, em estilo telegráfico, opiniões apodíticas sobre este novo e diverso «Mundo», no qual a civilização europeia tomou formas diversas das que veio a revestir-se em outros continentes — mormente o curioso contraste com as formas de transição com as culturas luso-e-hispano-americanas. Depois de uma breve viagem desta natureza queríamos apenas acentuar, antes de tratar dos aspectos médico-psiquiátricos — o interesse e simpatia com que procuramos compreender e sentir o «modo americano de viver», ou talvez melhor os «modos» de viver nos Estados Unidos.

Sugiramos apenas o que mais nos impressionou — desde o culto da liberdade de expressão e a fé no aperfeiçoamento técnico e na melhoria das condições de vida do homem, até à metodização das organizações sociais, desde os brotes de



atarax

ASSEGURA A ESTABILIDADE EMOCIONAL

DRAGEIAS a 10 e 25 mg

XAROPE

COMPRIMIDOS a 100 mg

AMPOLAS a 100 e 200 mg

misticismo de vária sorte, até à mecanização mais automatizada, desde o mais generoso humanitarismo e benemerência até à competição social mais deprimente, cruel e esgotante.

Queríamos ainda pôr em relevo o cultivo das *relações sociais* como um dever cívico, contrabalançando a evolução desagregadora da família tradicional e o parcelamento ultra-especializado de todas as actividades, obrigando a complexos órgãos de ligação; o verdadeiro risco de isolamento social, a despeito da já tradicional afabilidade «sorridente» nas relações públicas. Compreendemos, assim, como são complexas e ainda frouxas estas *conexões inter-humanas*, num país tão vasto e heterogêneo, de curta e precipitada evolução histórica, em actual crescimento e constante renovação por imigração e deslocação das populações.

Não há que tanger saudosos suspiros de «velho europeu» por estas e outras novas «formas de vida». São dados factuais a compreender à luz da evolução da história da civilização.

Não deixamos de encontrar, no âmago das Universidades e meios de estudo e reflexão, o clássico sábio, prenhe de velha cultura tradicional, ou nas cidades do nordeste o homem requintado de gestos e maneiras, que o pragmatismo e utilitarismo ainda não afogaram, o homem capaz de perspectivas históricas e reflexões cultas sobre as coisas e o Mundo.

Não deixamos de encontrar também notas de pobreza, de miséria, de degradação social (a alta criminalidade infantil e outras) ao lado do «alto nível de vida» dos operários da grande indústria e dos requintes máximos do mundanismo em Nova Iorque e Washington. Ao lado de riquezas fabulosas, a necessidade — generosamente satisfeita — das mais variadas organizações caritativas e de auxílio social. A igreja católica aumenta a sua influência, ao lado de numerosas seitas religiosas e movimentos místicos de vária procedência. Acentua-se a mais funda diferenciação das classes sociais, a despeito da uniformidade dos modos de viver mecanizado.

E assim, em vários compromissos com o passado, e numa abertura desmedida ao futuro e aos seus progressos técnicos, se desenham outros panoramas do espírito e da vida social que não deixam de surpreender o «europeu» nado e criado noutros climas.

Sente-se a pressão avassaladora do *progresso científico* e da *organização social*, em luta com o idealismo dos velhos colonizadores de espírito puritano, por um lado, com o império do negócio e da fortuna, por outro...

A *psicologia científica*, ao serviço da produção da indústria e da propaganda comercial, a sociologia ligada à política, a energia atómica aos interesses da defesa militar... ao lado dos seguros extensivos, os progressos extraordinários da higiene, de todas as técnicas médicas, a facilidade de aquisição utilitária dos mais aperfeiçoados instrumentos técnicos, as maiores ousadias na indústria, na construção, nas comunicações e também na arte e na literatura...

Na sua euforia de expansão económica, de aumento de produção, e de acréscimo do nível de vida, os americanos, mercê da riqueza do País e da sua excepcional posição internacional, parecem não estar ainda a perturbar-se muito com os novos problemas que se vão levantando no resto do Mundo...

Discutir este tema levar-nos-ia muito para além da nossa competência e da experiência concreta que pudemos adquirir no «Novo Mundo».

Digamos, apenas, que através da vida comum e através da problemática da Psiquiatria e da Psicologia, nos aproximamos destes aliantes temas que, pelas suas implicações gerais, tocam de perto o devir actual da nossa civilização.

Conhecer os Estados Unidos no *limiar da era atómica* é antever as perspectivas de algumas das formas possíveis de evolução da humanidade.

Além destes problemas avassaladores, a que o homem do nosso tempo se não pode recusar, guardamos desta viagem aos Estados Unidos uma rica colecção de recordações mais singelas e pessoais que não cabem num relatório desta natureza. Sugiramos apenas os títulos do que poderíamos chamar «algumas fotografias vividas» que, apenas, citamos como testemunho da nossa atenção e interesse pelo que pudemos, em tão pouco tempo, ver neste grande país: a paisagem aérea das grandes cidades e outras maravilhosas perspectivas paisagísticas urbanas e campestres. A grandeza do Rockefeller Center e outras construções super-organizadas. A amenidade dos campos da Virgínia e a paz dos jardins das cidades. Uma cerimónia religiosa na Catedral de St. Patrick e o fervor místico e espírito de apostolado dos católicos americanos. As habitações «coloniais» evocadoras da história e as modernas construções de alumínio e vidro. O geometrismo do edifício das Nações Unidas e a sua organização, prometedores da cidade do futuro. Os esquitos do parque da Casa Branca, distraíndo-nos das preocupações da política internacional... A «milha magnificente» da Michigan Avenue, em Chicago, e as ruas subterrâneas, ao lado do rio, lembrando os contrastes entre o «oiro» e a degradação sórdida das grandes metrópoles. As planícies de trigo e a vida agrícola do Middle-West, o Jayhawk do Kansas e outras lendas de tradição índia. A bacia do Mississipi-Missouri, os meandros dos seus rios e todo o panorama geográfico gigantesco que inspira. O «Vieux Carré», de Nova Orleans e o seu sentido histórico. Tantas outras evocações da história, como a rocha de Plymouth e os peregrinos que, na esteira dos portugueses, primeiro desembarcaram na América do Norte. As máquinas calculadoras electrónicas da Universidade de Harward e todas as ajudas aos esforços físicos e mentais do Homem. A vida dos casais empregados e «motorizados» que se reúnem à tarde para os trabalhos domésticos. A «livre expressão» indisciplinada da infância e as vicissitudes e belezas da vida familiar. As centenas de «convenções profissionais» nos grandes Hotéis das metrópoles e o espírito «social» que elas significam. Os «super-markets», os «drive-in theatres» e «drive-in restaurants». Os milhões de carros circulando e arregimentados nos parques, e todas as marcas da civilização mecanizada. — A vida electrónica, supersónica e atómica...

LISTA DAS INSTITUIÇÕES VISITADAS
E DAS
PESSOAS COM QUEM TOMOU CONTACTO

WASHINGTON, D. C.

Department of State — International Exchange Service
(Mr. Maule).

American Council on Education — Comitee on Leaders and
specialists (Mr. Carnahan, Miss J. Hatch).

S.te Elisabeth's Hospital — Drs. Winifred Overholzer, Kon-
chegul).

George Washington University.

Chestnut Lodge — (Dr. D. Bullard — Dr. Rintz).

Walter Reed Army Hospital — (Dr. Rioch, Dr. Calambos,
Hubel, Artres).

National Institut of Hygiene — National Institut of Mental

Nos estados
diarreicos



Tanalmicina

FRASCOS DE 90 GRAMAS

Tanál + Estreptomi-
cina em emulsão de
sabor agradável

BALPIRAL

1 NOVO



ANTIGRIPAL
ANTIPIRÉTICO
ANTIREUMÁTICO

Baldacci

FARMOQUÍMICA BALDACCI S.A.R.L.

RUA DUARTE GALVÃO, 44 - LISBOA - TELEF 780420 - 780719

Hygiene (Drs. Félix, Dr. Greenburg, Prof. Shakow, Dr. C. Savage, Dr. Redel, Dr. Schaffer, Dr. Bradey, Dr. Bowing).
 American Psychiatric Association — (Dr. Blain).
 Meeting of the Washington Society of Medicine (convidado do Dr. W. Overholzer, Dr. Rhoads).
 Washington International Center.
 National Catholic Welfare — Robert Murphy).

NEW YORK CITY

Bellevue Hospital, Psychopatic Ward — (Prof. Wortis, Dr. Zitrin, Drs. Brasil, Münch, Touber, Silvers, Laurett Bender).
 New York Hospital — Payne Whitney Clinic (Cornell University) — (Prof. Diethelm, Drs. Priegan, Montrose).
 Neurology Clinic e Institut of Human Ecology — (Prof. H. Wolff).
 Nex York State Psychiatric Institut (Columbia University) (Presbyterian Hospital) — Prof. Lawrence Kolb, Drs. Zübin, Kahlman, Kalinowsky, J. Rayner.
 Neurologic Institut — (Dr. Merrit).
 S.te Vincent Hospital — Mental Health Ward — (Dr. Tompkins, Dr. Kalinowsky).

LONG ISLAND

Pilgrim Hospital — (Dr. Worthing).
 Central Islip State Hospital.

HARTFORD, Connecticut

Institut of Living — (Dr. Braceland, Donalies, Whallhaven, Zeller, Gonzalez, Pribram, Royal).

NEW HAVEN, Connecticut

Yale University — Institut of Humann Relations — (Prof. Redlich, Prof. Lidz, Dr. Flynn).
 Wintchester Clinic.
 Lindsley Hall (Sociologia) — (Prof. A. Hollingshead).

CHICAGO, Illinois

Annual Meeting da American Psychiatric Association — (encontros com os Profs. W. Freeman, H. Hoff e Drs. Alexander, Reiter, Berg, Bernard, Gold, Baron, Seire, Alcobes, etc.) — Participação activa no Comité Internacional com uma comunicação «Contemporary Psychiatry in Portugal» (participação de: Iago Galdston, Francis Braceland, E. Krapf (Suíça), B. Caravedo (Peru), H. Erhardt (Alemanha), H. Hoff (Áustria) e de H. Solomon, Blain (U.S.A.), Vergara (Colômbia), Baron (Argentina), Fink (Alemanha), Sevic (Jugoslávia), Alcabes (Peru), etc. Assistência a muitas sessões científicas e actividades sociais do Meeting.
 Reunião da Sociedade para o estudo do Electrochoque — Dr. Kalinowsky, Wilcox, Impastato, Leo Alexander, Muriaty, etc.
 Chicago Neuropsychiatric Institut of Illinois (University of Illinois) — Prof. Gerty, Prof. P. Bailey, Dr. Rosenwald.
 Cristian Family Movement — (Mr. and Mrs. Patrick Crowley).

MONTREAL — Canadá

McGill University.
 Allan Memorial Institut (Clínica Psiquiátrica) — Prof. Cameron, Dr. Safran, Dr. Azyma, Dr. Malmo, J. Fried, Fellmans, Tyhurst, Kral, Shagass.

Section on Transcultural Research — Dr. Wittkower.
 Neurological Institut — (Prof. Penfield, Jaspers, Dr. Elliot Congrove, L. Gerhard, Smith).
 University of Montreal — Instituto de Medicina Experimental (Prof. Selye).

BOSTON, Massachusetts

Harvard University:

Departamento de Neuro-Anatomia — Prof. Adams, Prof. Jakolew, Prof. Wolhwill.
 Centro de Higiene Mental (Boston Psychopatic Hospital) — Prof. H. Solomon, Dr. Semrod.
 Massachusetts General Hospital, Warren Building — Clínica Neurológica — Dr. Adams, Prof. Stanley Cobb, Dr. Richardson, Prof. Greenfield (de visita), Dr. Viktor.
 Biblioteca e outros edificios da Universidade de Harvard — Prof. Rodgers, Prof. Phelps.
 Department of Hygiene Mental — Dr. Dana Farnsworth.
 Boston Society of Psychiatry and Neurology.
 Reunião no dia 23 — Comunicação sobre Egas Moniz na Boston Medical Library.
 Memorial Hospital — (Prof. Malamud, Dr. Sander, Knapp).
 Massachusetts Mental Hygiene Center — Dr. Ewald.

WORCHESTER, Massachusetts

Worchester State Hospital — Dr. Flower, Alcabes, Elmadjan, de Liz Ferreira, Henry Freeman, Kliegermann.
 Worchester Foundation, Higgin Memorial (Biological Research) — Dr. Hoagland, Pincus, Aldus Chapin, Moyses Riatt, Felstein.

TOPEKA, Kansas

The Menninger Foundation, Menninger School of Psychiatry, Topeka Institute of Psychonalisis, Topeka State Hospital, Winter Veterans Administration Hospital (Dr. Karl e William Menninger, Drs. Henri Ellengerger, Targowik, J. Satten, H. Modlin, P. Preyser, R. Wallestein, C. Woodstock.
 Washburn Municipal University.
 University of Kansas, Lawrence, Haskell Institute.

NEW ORLEANS, Louisiana

Tulane University — Neuropsychiatric Clinic — (Dr. Robert Heath, Dr. Lief, Noaman Lipton, Monroe, Leach).
 Tulane University — Mc Allister Auditorium, Student Graduation.
 Charity Hospital (Psychiatric Ward) — Outpatient Department.

(*) Recebemos ainda convites que não pudemos aceitar, por falta de tempo, de Rochester, Minnesota (Dr. M. Patersen), das Clínicas de Salt Lake City, Utah (Dr. C. Branch), Seattle, Washington (Dr. R. Ripley), Los Angeles, Califórnia (Dr. N. Brill), Minneapolis, Minnesota (G. Hastings), S. Francisco (Dr. Adinson), White Polanis, Nova Iorque (Dr. J. Wall), Orangeburg, Nova Iorque (Dr. N. Kline), Rockland State Hospital, Veterans Administration, Tuskegee, Alabama (Dr. P. Barker), Phipps Clinic, John Hopkins Hospital, Baltimore (Prof. Whitehorn).

(Continua no próximo número)



HALIBORANGE

A melhor forma de tomar óleo de fígado de halibute

ALLEN & HANBURYS LTD — LONDRES

ECOS E COMENTÁRIOS

A ESPECIALIZAÇÃO: QUANDO DEVE COMEÇAR?

NA última reunião anual da «Manchester Medical Society», realizada em Maio passado, foi tratada a questão, de extraordinária actualidade, da especialização dos cientistas. Discutiu-se sobre as suas vantagens e inconvenientes, sobre o problema da altura dos estudos profissionais em que ela se deve iniciar, sobre o grau até ao qual deve ser levada, e assentou-se na sua inelutável necessidade.

«O perigo da especialização reside mais na sua realização precoce, do que na especialização em si mesma» — verdade por muitos proclamada e esquecida por muitos mais ainda. Mas que não deve fazer esquecer uma outra:

«Mais importante do que tudo — afirmou-se ainda nessa reunião — demorar, retardar a especialização significa cursos universitários muito mais longos, e é evidente que isso não pode ser considerado por um país que tem de esticar os seus recursos para satisfazer as suas necessidades presentes em postos universitários, embora com uma carreira universitária curta».

Parece que o articulista estava a pensar no fiel aliado da velha Inglaterra que, com um curso universitário longo, com corpos docentes prodigiosamente «esticados», sem ensino de «post-graduados» organizado, prevê «carreiras» de especialista, por exemplo em Estomatologia, Análises clínicas, Anestesiologia, que só terminam ao fim de 9 ou 10 anos! Depois de no curso de Medicina aprenderem numerosas coisas de que nunca hão-de precisar, como informação, na sua especialidade, e desprovidas de qualquer valor formativo, e sem terem aprendido bastantes outras de que seguramente terão necessidade (como Química, Física e Matemática, por ex. para os analistas), os futuros especialistas terão de fazer 1 ano de Medicina, 1 ano de Cirurgia e 2 anos de prática da especialidade a que se destinam, para, finalmente, poderem fazer a sua velocidadezinha de sedimentação, obturar o dente cariado, ou adormecerem os doentinhos em aveludadas anestésias.

E coisas análogas se podem dizer para outras especialidades.

Temos pouco dinheiro e temos poucos técnicos, mas, graças a Deus, não nos falta tempo. Gastemo-lo pois, generosamente, em longos cursos e longas especializações.

Também se disse, nessa reunião: «uma coisa é clara — para a educação de cientistas, quer especializada quer geral, muito depende da qualidade do professor. No nível escolar, este é o mais sério e difícil de tratar de todos os nossos problemas».

Será assim na Inglaterra, não entre nós. Para os especialistas, pelo menos, temos o problema resolvido: ninguém

os ensina, ninguém os prepara; fazem-se eles a si próprios!

F. R. N.

ENFERMAGEM LEGAL E ENFERMAGEM REAL

NÃO é demais insistir: uma das carências mais graves da assistência médica em Portugal, quer nos serviços oficiais de Saúde pública, quer na assistência privada, é a de pessoal de enfermagem.

Não temos enfermeiras em número suficiente — o déficite é, mesmo, catastrófico — e a qualidade das existentes é, muitas vezes, deficiente.

Muitos membros da classe médica ignoram este problema e outros, embora tendo conhecimento dele, não o valorizam como convém. É importante que se modifique esse estado de espírito; não fazem sentido essa ignorância ou essa indiferença, pois os médicos são as entidades mais directamente interessadas (logo após os doentes...) na existência de um corpo de enfermagem capaz, pelo número e pela qualidade dos seus componentes.

Temos de criar a consciência desse grave problema, de mais esse problema, ao lado dos outros que actualmente preocupam a classe.

Felizmente que as «esferas oficiais» já têm conhecimento dele, como demonstraram em palavras ditas publicamente, representantes altamente categorizados dessas esferas — Subsecretários, Ministros.

Os Estados Unidos da América, com perto de 170 milhões de habitantes, tem 400.000 enfermeiras diplomadas em actividade, e 216.000 médicos (números de 1954).

Em Portugal, com cerca de 6.300 médicos, temos 7.000 «praticantes» de enfermagem; mas destes 7.000 «praticantes» apenas 2.500 são profissionais diplomados pois os restantes exercem a profissão habilitados apenas com «prática oficialmente registada» ou são «praticantes ilegais» — na expressão duma alta personalidade oficial.

Temos, portanto, um profissional de enfermagem, com formação escolar adequada (adequada... adequada... isso é outro problema!), para cerca de 3.400 habitantes. A proporção aconselhada pelos órgãos técnicos internacionais é de 1 profissional de enfermagem para 500 habitantes; apenas 7 vezes mais!

Com um médico para 1.300 habitantes, (dos quais uma razoável percentagem não pode utilizar os serviços daquele, mesmo actualmente, por incapacidade financeira e por não haver instituição que os substitua na cobertura dos respectivos encargos), estamos muito mais perto dum equipamento médico adequado, em número (pois os USA, por exemplo, têm um médico por 770 habitantes) do que no referente ao equipamento em enfermagem. O nosso técnico diplomado para 3.000 e tal habitantes é afluente pouco em face de 1 enfermeira para 300 habitantes nos USA e para 500 na Inglaterra.

Se juntarmos a isto a falta de outras qualidades de pessoal auxiliar (auxiliar, mas por vezes fundamental) da Medicina, como assistentes sociais, laborantinas, técnicos de radiologia (sobretudo assistentes sociais, de tão grande importância nos meios «economicamente débeis, como agora se usa dizer), talvez devamos afirmar que o problema número um da assistência médica em Portugal é o problema da enfermagem e dos restantes técnicos colaboradores imediatos do médico.

F. R. N.



COLONOL

REEDUCADOR
DA FUNÇÃO
INTESTINAL

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

LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

Comissão de Coordenação Científica

«O «Diário da Manhã» publicou, recentemente, um interessante artigo, que a seguir transcrevemos com a devida vênia, do Dr. Alexandre Sarmiento, membro do Conselho Científico de «O Médico». Refere-se à reunião plenária do Instituto Internacional de Civilizações Diferentes, que se realizou em Bruxelas com a participação do Ministro da Saúde de Portugal, e a cuja sessão inaugural presidiu o Rei Leopoldo.

Segundo as últimas notícias divulgadas na Imprensa, foi resolvido criar agora no Instituto uma Comissão de Coordenação Científica, tendo sido confiada a sua presidência ao Prof. Georges Gayet.

Para a vice-presidência dessa comissão foi designado o nome de Gilberto Freire, o ilustre sociólogo brasileiro cuja obra é mundialmente conhecida e na qual tem exaltado de forma eloquente a acção colonizadora e civilizadora dos portugueses.

Fica, pois, em boas mãos a direcção dessa Comissão de Coordenação Científica ante a qual se abre vastíssimo e importante campo de acção.

Outra notícia divulgada foi a da nomeação de vários organismos universitários portugueses como membros associados do Instituto Internacional de Civilizações Diferentes (I. N. C. I. D. I.).

Entre aqueles organismos agora chamados a colaborar com este prestigioso Instituto Internacional quero especialmente citar dois, por serem os que mais de perto se ligam com a minha actividade profissional: o Instituto de Medicina Tropical e a Escola Médico-Cirúrgica de Goa.

No largo e transcendente campo de acção do I. N. C. I. D. I., a colaboração das escolas e institutos médicos não pode deixar de ser a todos os títulos proveitosa.

Indispensável mesmo, diríamos nós, dada a soma imensa de trabalhos de observações de sugestões e de contribuições positivas que os médicos podem trazer para o melhor conhecimento e interpretação dos factos e temas que preocupam aquele instituto internacional.

Todavia para que essa colaboração possa atingir a sua plena finalidade importa que se crie, principalmente no espírito dos jovens médicos, o gosto pelo estudo da Antropologia e da Sociologia campos em que a sua acção pode ser verdadeiramente decisiva.

Quando da sua visita ao Ultramar português, Gilberto Freire teve ocasião de observar (Vd. «Aventura e Rotina» pág. 414) que os médicos e os sacerdotes não estavam de um modo geral, muito interessados no estudo dos problemas dessa natureza, quando é certo que essa subactividade — a antropológica e sociológica — devia completar a sua actividade: a dos padres que lidam com as almas e a dos médicos que lidam com os homens.

Ainda recentemente, ao discursar na sessão plenária de encerramento do Congresso Internacional de Medicina

Tropical que se reuniu em Lisboa, o Dr. Martins de Carvalho ilustre Ministro da Saúde afirmou com plena autoridade que todo o médico deve ser um bom sociólogo e que esta qualidade mais acentuadamente se deve verificar nos médicos que trabalham nas regiões tropicais.

Grande e lúcida verdade esta, que temos aqui o prazer de aplaudir e secundar.

Deste modo, é perfeitamente compreensível e natural que os ilustres membros do I. N. C. I. D. I. tenham decidido agregar aos seus trabalhos as duas Escolas portuguesas de Medicina mais directamente ligadas aos problemas das regiões de além-mar.

Para reforçar e garantir maior êxito à prestante colaboração que esses dois organismos científicos nacionais estão seguramente à altura de poder prestar àquela instituição internacional, julgamos que seria da maior utilidade juntar às matérias professadas no nosso Instituto de Medicina Tropical uma cadeira ou secção de Ciências da População, que a seu cargo teria todo o vasto campo da Antropologia física e biológica, da Antropologia cultural de Demografia, etc.

Como se sabe, na França, na Bélgica, na Holanda, nos Estados Unidos da América do Norte, etc., foram já incluídas essas disciplinas no âmbito dos estudos e investigações médicas em países tropicais, sendo dignos de menção muitos dos trabalhos levados a cabo dentro daquela orientação.

Com a inclusão das mesmas disciplinas nos cursos do Instituto de Medicina Tropical, seria possível despertar e estimular no espírito dos jovens médicos o gosto e interesse por investigações dessa natureza, o que muito valorizaria a sua acção como futuros médicos do Ultramar.

A nomeação, com membros associados do I. N. C. I. D. I., do Instituto de Medicina Tropical e da Escola Médico-Cirúrgica de Goa, se representa uma justa distinção para estes dois conhecidos estabelecimentos de ensino e investigação, vem também, por outro lado, criar-lhes novas responsabilidades.

Responsabilidades essas que um e outro, saberão assumir com aquela galhardia e aprumo que são habituais da sua meritória e notável actividade pedagógica e científica.



COMPLEXO B

	Tubo de 25 comprimidos	12\$50
Série fraca —		
	Caixa de 12 ampolas	21\$00
	Boião de 50 comprimidos	28\$00
Série forte —		
	Caixa de 6 ampolas de 2cc.	25\$00
X a r o p e —	Frasco de 170cc.	24\$00
Reforçado —	Boião de 20 cápsulas	35\$00



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

Cada linha
10\$00

PEQUENOS
ANÚNCIOS

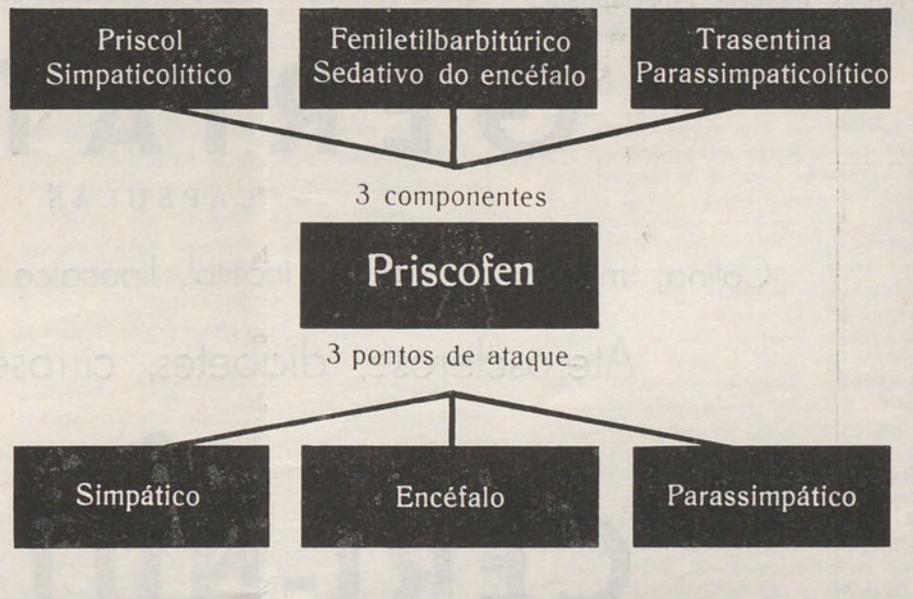
Grátis para
os assinantes

Ofertas e procuras de consultórios, de empregos, casas, substituições, etc.

Por motivo de retirada vende-se todo o material dum consultório numa cidade da Província. Carta à Administração ao n.º 551.

Transtornos neuro-vegetativos:

Priscofen



Debela uma irritação crescente de todo o sistema nervoso vegetativo

Em média, 1 drageia, 3 vezes por dia

Produtos CIBA, Limitada — Lisboa

Partidas e Chegadas

Dr. José de Paiva Boleo

Regressou a Lisboa o Dr. José de Paiva Boleo, que, em Bruxelas, participou no Congresso Internacional dos Médicos Católicos e na I Conferência Mundial Católica.

Dr. J. Piedade Guerreiro

Partiu para Inglaterra, em visita aos principais centros clínicos de Alergia daquele país, o Dr. J. Piedade Guerreiro.

Dr. João Ribeiro da Silva

Chegou a Lisboa, após um estágio na clínica de oftalmologia da Universidade de Gand, o Dr. João Manuel Ribeiro da Silva, que, alguns dias após a chegada, partiu para a Alemanha, em visita à clínica oftalmológica da Universidade de Bona.

Dr. Fernando de Lacerda

A fim de tomar parte no Congresso Internacional de Oftalmologia, partiu para Bruxelas o Dr. Fernando de Lacerda, que visitará antes, em Hamburgo, várias clínicas daquela especialidade.

DIÁRIO DO GOVERNO

(De 26/IX a 2/X/1958)

MINISTÉRIO DO INTERIOR

Decretos-Leis

Decreto-Lei n.º 41.879 que estabelece que a chefia do serviço de Saúde afecto ao Comando-Geral da Guarda Nacional Republicana passe a competir a um coronel ou tenente-coronel médico.

26-IX-58

CONCURSOS

Estão abertos concursos:

Para provimento do cargo de médico municipal do partido com sede na freguesia de Mourinho (Tábua).

29-IX-58

Para provimento do lugar de médico municipal do 3.º partido médico da freguesia de S. Saturnino (Fronteira), com sede e residência obrigatória em Vale de Macieiras, do referido concelho.

29-IX-58

INSTITUTO DE ALTA CULTURA

Dr. Carlos Alberto Alvim Dias e Costa, chefe de serviço, além do quadro, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra — concedida equiparação a bolseiro fora do País durante cinco meses, a partir de Setembro corrente.

27-IX-58

Dr. Eduardo Artur Botha Conde de Paiva, primeiro-assistente da Faculdade de

Medicina da Universidade de Lisboa—concedida equiparação a bolseiro fora do País durante o mês de Setembro.

27-IX-58

NOMEAÇÕES

Dr. Frederico Fernandes Gomes, segundo-assistente do Hospital Sobral Cid — no lugar de chefe dos serviços clínicos do quadro do mesmo estabelecimento, criada pela Portaria n.º 16.459, de 5 de Novembro de 1957.

27-IX-58

Dr. Joaquim Ernesto da Silva Real da Câmara Pires — para o exercício das funções de médico do Instituto de Orientação Profissional Maria Luísa Barbosa de Carvalho.

29-IX-58

Dr. Francisco Manuel Vicente de Sousa — subdelegado distrital de 2.ª do quadro da delegação do Norte do Instituto Maternal.

30-IX-58

Dr. Gonçalo Pires Bandeira da Gama Pessanha de Faria Coutinho, médico — para substituir o subdelegado de Saúde privativo do concelho de Tavira, Dr. Jaime Bento da Silva, nos seus impedimentos legais.

30-IX-58

Dr. Fernando Alberto Braga dos Reis, licenciado em Medicina — para o cargo de secretário do Ministro da Saúde e Assistência.

2-X-58

GERIATRIL

CÁPSULAS

Colina, metionina, betaina, inositol, lipocaico pancreático e vitamina B₁₂

Aterosclerose, diabetes, cirrose hepática, etc.

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

FORA DA MEDICINA

(colaboração de médicos,
estudantes de medicina
e filhos de médicos)

CINEMA

Rua principal

De todas as expressões o cinema é aquela a que menos se permite. Às razões económicas, que fazem depender cada fita duma hierarquia que não é fácil de contentar, juntam-se outras que afectam em muito menor grau outras formas de comunicação mas que se sentem fortemente no cinema pela qualidade especial que este tem de influenciador directo, colectivo (o romance, por exemplo, é um prazer solitário), onde a imagem e a palavra podem ignorar os anos da instrução primária. Por estas razões e ainda pelas inerentes à sua própria técnica e aos limites em que é exibido, o filme está em desvantagem com os meios clássicos da imprensa — as obras cinematográficas de interesse são mais raras, menos articuladas, mais elípticas (quando o são) ou então demasiado articuladas sob pena dos seus depoimentos serem grosseiros ou simplificados ou ambas as coisas. É provável que o choque - da - actualidade duma fita, quando lhe consentem algum, tenha os mesmos valores e defeitos dum artigo de combate da página da frente. As coisas, obviamente, complicam-se tanto mais quanto maiores são as pressões da censura. Um escritor como Camilo José Cela, que cito por ser moderno e ser espanhol, ao ser-lhe recusada a publicação de «O Cortiço» no próprio país pôde mandar o manuscrito para Buenos Aires e ver por fim o seu livro nas montras. Por todas essas razões e certamente outras que desconheço é provável que numa perspectiva futura o nascimento que nestes últimos anos se vem fazendo no cinema espanhol ocupe uma posição bastante menor que a do renascimento actual do romance: à geração da guerra civil (José Cela, Luís Romero) sucedeu os jovens «que durante a guerra eram ainda crianças» (Ana Maria Matute, Juan Goytisolo, Jesus Fernandez Santos, Ignacio Aldecoa, etc.).

Rua Principal (Calle Mayor) é um filme espanhol que em Agosto último passou durante uma semana num cinema desta cidade. Dirigiu-o e supunho que também fez o cenário Juan A. Bardem, autor do cenário de *Bemvindo Mr. Marshall*, de filmes chamados experimentais, de crítica e ensaio de cinema, de *Cómicos* que no festival de Cannes de 1954 deu que falar e da *Morte de um Ciclista*.

A atmosfera de *Calle Mayor*, captada com brilho e ternura, é a duma pequena cidade da província — as ruas calmas a quase todas as horas, o passeio depois da missa do domingo, as mesmas pessoas no mesmo rondó, o

café, as procissões no dia de festa, o cinema, os caminhos solitários por entre as árvores. O motivo central da fita é bastante comum: uma rapariga não-bonita, carinhosa, tímida, na terceira década da vida e sem marido perto ou ao longe. Betsy Blair, na moça que já o não é, é realmente a estrela do filme, no recato do início, no desabrochar tímido e depois magnífico da sua ternura escondida, nas ilusões desfeitas. Espectadores divertidos e cínicos do drama aquele grupo habitual de homens sem nada entre eles bastante sólido para que seja possível a camaradagem, aglutinados por um compinichismo que os ajuda a atravessar o nevoeiro de tédio de que o escritório os livra durante umas horas por dia.

À margem dessa história de amor e engano e com pontos de contacto tão frouxos que tornam evidente o esforço da juxtaposição, corre um tema caro a Bardem: o da responsabilidade, sobretudo a responsabilidade dos intelectuais. *Da Morte dum Ciclista* escreve Claude Mauriac (de quem me socorro por não ter visto o filme): o tema do filme é antes de mais «l'hypocrisie d'une classe dirigeante attachée à sauver les seules apparences de la morale. Son goût exclusif du plaisir et du luxe. Son égoïsme. Dès que surgissent les complications, sa veulerie, sa lâcheté et sa peur». Por causa duma injustiça a uma das alunas o principal personagem do filme, professor universitário, enfrenta uma manifestação de estudantes: «Leur solidarité est pour lui une révélation. Il découvre l'action désintéressée. Toute sa vie morale en est changée. La certitude s'impose que lui et les siens sont coupés de la vérité. Nous sentons que vérité est mis pour un autre mot». Em *Calle Mayor* um moço escritor e um intelectual demitido que se recolheu à sua cidadezinha e nela se embrulhou para o resto dos dias, terminando o seu ciclo com a publicação das *Obras Completas*, um e outro tecem um diálogo de alusões e generalidades. Que temas tão fundamentais como o da responsabilidade e da verdade se resolvam na intervenção num problema como o da solteira iludida, eis o que fica certamente bastante abaixo do alvo.

Quem viu e se lembra de *Marty*, um filme americano de há duas ou três épocas, descobre certamente semelhanças com *Calle Mayor*: o motivo da moça solteira, a mesma Betsy Blair, o círculo masculino vagabundo e entediado. Em ambos a mesma espera quietamente desesperada, em ambos o que supunho ser a causa mais funda da acção: a fuga a

uma vida sem muito sentido e a busca dum porto de abrigo. Ambos são filmes tristes, mas *Calle Mayor* tem aquela abafante tristeza provinciana que faz lembrar Tchekov: — Querido! Querido!, grita a rapariga de Espanha; — Moscovo! Moscovo! Moscovo!, implora Irene no fim do segundo acto (e do terceiro, e até à morte) das *Três Irmãs*.

★

Não creio que exagero ao dizer que neste verão passou em estreia uma das fitas americanas mais reveladoras dos recentes anos, aliás pèssimamente re-intitulada e mutilada no terço final: *A Mulher do Próximo (No Down Payment)*.

Setembro, 1958.

GUEDES GUIMARÃES

★

OPINIÕES DOS OUTROS

A censura

Sem dúvida que se conhece um pouco os malefícios da censura cinematográfica. A censura é o mal profundo do cinema, a sua praga mais tenaz, talvez incurável. Lamentam-se economistas, retóricos, almas generosas ou pérfidas, creem descobrir os vícios desta «arte jovem», propõem remédios vagos à cauda de críticas confusas e vão lavar as mãos. O cinema interessa-os imenso e é um assunto inesgotável de dissertação; mas o que os interessa ainda mais são eles próprios através do cinema.

Permitimo-nos afirmar: está na censura a origem de todos os males do cinema. A censura pesa sobre a vida dos filmes, mutila-os, abate-os ainda antes que nasçam. As mais lúcidas e melhor dotadas personalidades são paralizadas à força pelos conluios, as intrigas, a inquietação financeira, e enfim pela censura que tem por detrás, ameaçadoras, a religião, a polícia, a política, que em cada dia dominam um pouco mais o mundo dos filmes. Não se pode querer francamente, inconsideradamente, mal ao cinema pela sua mediocridade habitual. O cinema é demasiado perigoso e por isso limitado pela sua própria força: só por sorte, astúcia ou acaso deixará ele que os seus homens se exprimam livremente.

1931, JEAN-GEORGES AURIOL

A escrava das cadeias de ouro

Está tudo dito contra o cinema considerado como arte quando se diz que nenhuma outra arte é a tal ponto escrava do dinheiro. Toda a gente que pensa um minuto na coisa faz esta constatação; o cómico é que o faça com ar espantado e se exprima com uma força de oráculo. Jeremias quando descobriu as verda-

SEMANA A SEMANA

A VIDA MEDICA NACIONAL

Efemérides

(De 20 a 27 de Setembro)

Dia 20—Em referência ao Hospital de S. João, do Porto, por despacho do Ministro da Assistência é prorrogado até 15 de Outubro o prazo para a matrícula de candidatas à frequência dos cursos técnicos especiais de: Preparadoras de análises; Ajudantes de radiologia; Ajudantes de fisioterapia; Encarregadas de Câmara Escura; e Auxiliares de Laboratório.

— Parte para Trieste, o Dr. Carlos Salazar de Sousa, professor da Faculdade de Medicina de Lisboa, que a convite oficial, vai participar nos trabalhos do Congresso Italiano de Pediatria, onde apresentará uma importante comunicação sobre «Hemoglobina fetal e trocas gasosas respiratórias no recém-nascido».

21— Regressa a Lisboa o Dr. Henrique Martins de Carvalho, Ministro da Saúde, membro da delegação portuguesa à 3.ª sessão plenária do Instituto Internacional de Civilizações Diferentes, que se realizou em Bruxelas.

— É inaugurado em Lamego o novo pavilhão da Maternidade e Enfermaria de Pediatria do Hospital da Misericórdia, que custou 620 contos em obras e 150 em apetrechamento. O acto é solenizado com uma sessão solene onde está presente o melhor de Lamego.

— De Lisboa, em avião, partem para Monróvia, os Drs. Guilherme Janz, professor do Instituto de Medicina Tropical; Joaquim Ferreira da Silva, director dos Serviços de Saúde de Moçambique; Dr. Barata Feio, director dos Serviços de Saúde de Angola e Dr. Aníbal Veloso, director de idênticos serviços em S. Tomé e Príncipe, que constituem a missão oficial portuguesa à reunião do «Comité» Regional da Organização Mundial da Saúde, que se realiza na Libéria, para discussão do relatório e orçamento e discussão do esquema para a constituição de um sistema sanitário de uma comunidade em África.

22— De Lisboa, parte para Bruxelas, em avião, a delegação portuguesa ao Congresso Internacional de Medicina Aeronáutica, que se realiza em Louvain (Bélgica), de 23 a 27 do corrente.

A delegação portuguesa é constituída pelo coronel-médico Dr. Fernandes Lopes, tenente-coronel médico, Dr. Neto Milheiro da Aeronáutica Militar, e Dr. António Varejão Castelo Branco, médico aeronáutico da TAP.

— Da mesma cidade, parte para Paris, o Dr. Luís Alberto da Silva Ribeiro, bacteriologista-chefe do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, que em missão oficial vai participar no seminário sobre métodos de estudos de vacina, BCG, promovido pelo Centro Internacional de Infância, que se realiza na capital francesa.

— A Sociedade da Cruz Vermelha Austríaca entrega a «Medalha de Mérito» em ouro, à Cruz Vermelha Portuguesa. Efectua-a o Ministro da Áustria em Lisboa na pessoa do Prof. Castro Freire, presidente nacional da C. V. Motiva-a os socorros dados aos refugiados húngaros, avaliados em 10.900 contos.

23— Em Lisboa, termina a reunião do «comité» de peritos do Paludismo da Organização Mundial de Saúde.

No final dos trabalhos é apresentada a conclusão sobre o panorama actual da doença em todo o mundo.

24— Está aberto concurso documental para habilitação ao provimento dos lugares de médico-director dos Dispensários de Leiria e de Sabóia.

— No salão nobre do Ministério do Interior começa, de manhã, a importante Reunião Internacional de «Técnicos de Problemas de Paludismo na Região do Sudoeste da Europa», organizada pelo «Grupo Itinerante da Organização Mundial de Saúde».

Preside à sessão inaugural o Ministro da Saúde e Assistência, Dr. Martins de Carvalho, que se encontra ladeado pelos delegados Pampana e Gramiccia; director-

-geral de Saúde, Dr. Augusto Travaços e delegado da O.M.S., Dr. J. de Almeida.

Ao abrir a sessão o Dr. Martins de Carvalho, põe em evidência o interesse de Portugal sobre os trabalhos da O.M.S. desde a Conferência de Nova Iorque, efectuada em 1946. Entre outras afirmações, diz: «Desde 1949 não existe em Portugal um só caso de morte pela malária». «O Médico» dará, do acontecimento, notícia especial.

— A Radiotelevisão Portuguesa transmite a película cinematográfica designada «Milhares como Maria», assinalando o 10.º aniversário da «Organização Mundial de Saúde».

25— Começam, em Lisboa, os exames do curso de Medicina Sanitária promovidos pelo Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge.

— No Porto, o Dr. Pierre Pineau, cirurgião dos Hospitais de Paris e autor de numerosos trabalhos sobre cirurgia do aparelho digestivo, realiza, pelas 21 horas, no salão nobre da Casa de Saúde da Boavista, uma conferência subordinada ao tema «A propósito das anastomoses bilio-digestivas».

— É nomeado secretário do Ministro da Saúde o médico Dr. Fernando Alberto Braga dos Reis.

— A Coimbra regressa de Bruxelas, onde foi tomar parte no Congresso Internacional de Oftalmologia, ali realizado, o Dr. Cunha Vaz, assistente da Faculdade de Medicina.

26— O Curso Médico de Lisboa de 1923-1928 comemora o 30.º aniversário.

— O Dr. Veiga de Macedo discursa na inauguração de um posto dos Serviços Médico-Sociais nas Caldas das Taipas.

27— Terminam os trabalhos da reunião técnica sobre a luta contra o paludismo no Sudoeste europeu e regiões norte-africanas, que têm decorrido, sob a égide da Organização Mundial de Saúde, no nosso Ministério da Saúde e Assistência.

À noite, o Dr. Henrique Martins de Carvalho, titular da pasta da Saúde e Assistência, oferece um jantar, no restaurante do Castelo de S. Jorge, a todos os participantes. Preside aquele membro do Governo, que, aos brindes, saúda os convidados, em especial o Dr. Pampana, presidente da Organização Mundial de Saúde. O Prof. Raffaelli, delegado italiano, fala em nome das representações estrangeiras, e, por último, o Dr. Pampana, que se refere, elogiosamente, à maneira como estão montados os serviços de Saúde em Portugal, principalmente os anti-sezonáticos e de higiene moral, e recorda a figura ilustre do Prof. Francisco Cambournac, delegado da O.M.S. em África.

— Comemora-se o 54.º aniversário do Hospital da Ordem da Lapa, do Porto.

des divinas não fez mais barulho do que quando vos acontece tropeçar nesse lugar comum:

— Quê? O pintor com uns escudos pode fazer a sua obra prima e com dez reis de tinta e um maço de papel Balzac escreveu o *Père Goriot*. E à falta de mármore, que custa caro, o escultor usa barro à semelhança do Deus do Génesis. O músico...

E continua-se por aí fora sem parar um instante para meditar na ideia de que um pintor sem compradores e sem encomendas, a enterrar as suas obras-primas numa cave, é tão útil como o homem que faz bolas de sabão; que Balzac e o seu *Goriot* precisaram dos prelos de Didot; que um escultor sem mármore e sem fundidor de bronze é um pobre amassador de barro; e que todos os músicos sabem o que custa...

A diferença é que todas estas artes têm por detrás delas uma tradição, fundam-se e apoiam-se sobre uma cultura e

dirigem-se a públicos reduzidos que, na posse da Tábua dos Valores Recebidos, estão aptos a julgar da qualidade das obras. Estes públicos bastam, em geral, para assegurar e remunerar as produções destas artes. E depois há certas coisas que um editor de nome, que um teatro com responsabilidades, que um júri de arte, que mesmo um negociante em pintura, não faz — intervem aqui uma espécie de lei moral que, dentro de certos limites, enobrece e salva o valor da obra de arte.

Ao cinema tudo é permitido. Nem tradições, nem moral, nem passado. Tudo «se faz», tudo o que rende, tudo o que paga, desde que o código permita.

1932, PIERRE SCIZE

Art e argent, intelligence créatrice et règles financières sont ici aux prises.

RENÉ CLAIR



LABORATÓRIO ASCLEPIVS

AVENIDA MIGUEL BOMBARDA, 42-44

Telefone, 777135

LISBOA

Lisboa, 9 de Outubro de 1958

Ex.^{mo} Senhor Doutor,

Pela presente levamos ao conhecimento de V. Ex.^a que os produtos polivitamínicos conhecidos até à data com o nome de Vitaminas Asclépius - comprimidos e ampolas - passam a ter a denominação de

ESTRESSEMINA

Assim desde agora, Laboratórios Asclépius, põem à disposição da Classe Médica 3 formas de

ESTRESSEMINA

- GOTAS — desde há tempos do conhecimento de V. Ex.^a.
GRAGEIAS — os antigos comprimidos são agora apresentados em grageias.
AMPOLAS — mantém-se a originalidade das 3 ampolas A + B + C com perfeita estabilidade dos produtos em presença.

Aproveitamos a oportunidade para destacar a concentração e o equilíbrio das fórmulas de cada uma das nossas apresentações de

ESTRESSEMINA

	Gotas	Grageias	Ampolas
Vitamina A	— 200.000 U. I.	20.000 U. I.	20.000 U. I.
D	— 40.000 » »	1.000 » »	1.000 » »
B1	— 250 mg.	5 mg.	25 mg.
B2	— 200 »	2 »	5 »
B6	— 100 »	2 »	5 »
B12	— 500 mcg.	50 mcg.	30 mcg.
PP	— 750 mg.	7,5 mg.	5 mg.
C	— 1,5 gr.	50 »	100 »
E	— —	— —	30 »

Destaca-se na Estressemina ampolas a presença de 8 mgrs. do *sal sódico do ácido oxibenzilfosfinico*, óptimo estimulante do metabolismo.

Pondo à disposição de V. Ex.^a as amostras destes nossos produtos subscrevemo-nos com a mais elevada consideração

De V. Ex.^a
Atenciosamente

A GERÊNCIA



INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA
ANGIOCOLITES
COLECISTITES
COLELITÍASE
ICTERÍCIA
CIRROSE HEPÁTICA

DECOBILINA

Bial

INJECTÁVEL

DEIDROCOLATO DE SÓDIO 1 g

Por ampola de 5 cm³

DRAGEIAS

ÁCIDO DEIDROCÓLICO 0,25 g

HEXAMETILENOTETRAMINA 0,25 g

Por drageia

HIDROCOLERÉTICO, ANTI-SÉPTICO BILIAR E DIURÉTICO