

# O MÉDICO

SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

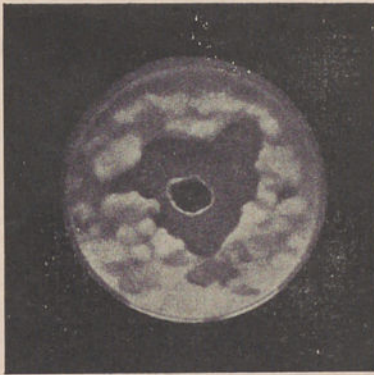
IV ANO—N.º 110  
8 de Outubro de 1953

DIRECTOR E EDITOR:  
**MÁRIO CARDIA**

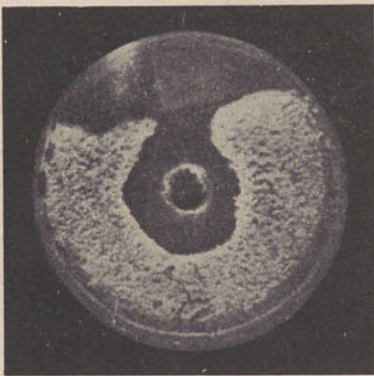
VOL. I (Nova série)  
Publica-se às quintas-feiras

## CREME DE SALICILANILIDA

A Z E V E D O S



1 — Placa preparada com Creme de Salicilanilida e semeada com *M. felineum*



2 — Placa preparada com Creme de Salicilanilida e semeada com *T. acuminatum*

(Notar os resíduos do Creme ao centro das placas 1 e 2 e a ausência do crescimento das colónias nos sítios onde se difundiu o Creme).

Salicilanilida puríssima a 5 %  
em excipiente hidro-solúvel de  
polietilenoglicóis associados a  
agentes molhantes e tensio-activos

O ÚLTIMO PROGRESSO  
NO TRATAMENTO DA TINHA!

Literatura e bibliografia científica  
à disposição dos Ex.ºs Clínicos

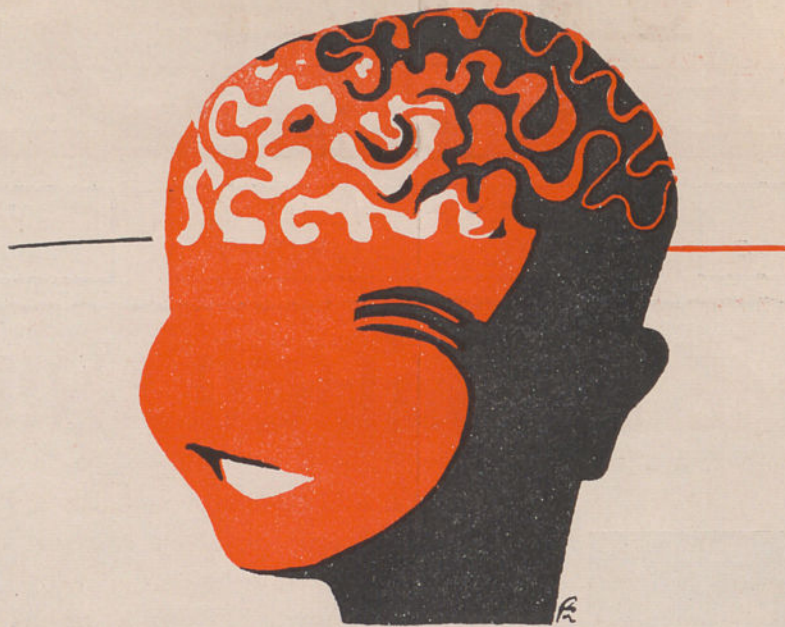


## LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

### SUMÁRIO

	Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
J. E. — <i>Editorial</i> .....	825		
JUVENAL ESTEVES — <i>Organização e métodos na clínica e estudo da tinha</i> .....	826	<i>A propósito de Congressos</i> — J. PACHECO NEVES .....	767
JUVENAL ESTEVES — <i>Algumas características etiológicas da endemia portuguesa de tinha</i> .....	831	<i>Crónica de Goa</i> — VENTURA PEREIRA .....	768
AURELIANO DA FONSECA — <i>Aspecto epidemiológico da tinha no norte de Portugal</i> .....	833	<i>Ecos e Comentários</i> .....	770
AURELIANO DA FONSECA, WILHELM OSWALD e CASIMIRO DE MACEDO — <i>A tinha no couro cabeludo no concelho da Póvoa de Varzim</i> .....	837	<i>Dicotomia</i> — ÁLVARO DE MENDONÇA e MOURA .....	771
		<i>Noticiário diverso</i>	



# GLUTAVICAL

**POR COMPRIMIDO :**

Acido Glutâmico . . . . .	0,5 gr
Fosfato bicálcico . . . . .	0,05 gr
Cloridrato de tiamina . . . . .	0,001 gr

**ATRASOS MENTAIS E DEFICIÊNCIAS PSÍQUICAS DE CRIANÇAS  
E ADOLESCENTES**

**EPILEPSIA (PEQUENO MAL)**

**ANTICONVULSANTE**

**NOS PERÍODOS DE INTENSO TRABALHO INTELECTUAL**



**LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA**

**LISBOA**

**PORTO**

**COIMBRA**

## Editorial



A tinea constitui um problema sanitário do nosso País que começa agora a impressionar devidamente a respectiva população. Este último facto é de importância transcendente para a evolução da endemia, pois obrigará o desenvolvimento progressivo dos meios de acção da parte dos organismos de assistência e das autoridades a quem compete a defesa da saúde pública.

A importância da doença como perturbadora da vida da criança e, em certos aspectos, como índice de nível de vida é sobejamente conhecida. Dela deriva portanto necessidade de actuação que não pode ficar de modo algum confinada à actividade do especialista e requer medidas gerais de ordem epidemiológica que implicam vasta colaboração de todos aqueles que contactam com a criança (professores, etc.), mas em que a educação pública conta de modo decisivo.

Por outro lado a doença possui características biológicas próprias e variáveis conforme os diferentes países ou regiões, e portanto as medidas, quer de carácter profiláctico quer terapêutico, não podem estabelecer-se por simples transposições de métodos utilizados no estrangeiro. A fisionomia particular da nossa endemia começa agora a definir-se mercê de estudos que se iniciaram há cerca de 30 anos e se têm intensificado nos últimos tempos nos centros universitários, escolas superiores e em certas instituições de assistência. Eles devem constituir o ponto de partida para investigações indispensáveis dos muitos e variados problemas da doença, cuja ventilação é fundamental para que nos seja possível aproveitar com vantagem os recentes progressos no seu conhecimento, as novas tendências do panorama terapêutico actual, portanto, para que a nossa actuação clínica e sanitária resulte lógica e profícua.

A orientação que de modo geral tem presidido aos referidos estudos desenvolveu-se em dois sentidos bem definidos. Num deles os investigadores têm procurado essencialmente caracterizar os agentes das tinas do nosso País apoiados nas classificações clássicas de base morfológica. No outro, os trabalhos mais numerosos referem-se a estudos dos diferentes métodos terapêuticos e à avaliação dos resultados obtidos com eles. Podemos dizer que esta orientação, no que se refere à primeira parte, tem como inspiração principal a escola francesa, cuja tradição ainda persiste entre nós.

Devemos entretanto fazer referência especial aos belos trabalhos do Prof. Manuel Ferreira e dos seus colaboradores acerca dos fenómenos de antibiose entre fungos, os quais marcaram pelo seu particular

interesse e importância momento culminante e destacado na investigação deste domínio.

Carecemos contudo de estudos no sentido biológico e fisiopatológico, aliás atrasados em todo o mundo, sentido este em que começa a mover-se a escola americana, cuja influência entre nós é ainda escassa neste capítulo. Entretanto, podemos dizer que, embora nos falte conhecimento objectivo da extensão da nossa endemia e de muitos aspectos particulares da mesma, pelo que se refere à definição etiológica das nossas tinas os elementos de que dispomos já permitem visão de conjunto bastante razoável.

Também é primacial que os resultados a que se vai chegando no conjunto dos referidos estudos sejam divulgados aos médicos e mesmo, criteriosamente, ao público, a fim de despertar interesse geral pelo problema em questão.

Essa tarefa compete em grande parte à Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia, que desde a sua fundação, há 11 anos, tem dedicado progressiva atenção ao assunto. Por esse motivo utiliza hoje, em vez da sua publicação especializada, as colunas do «Médico», graças à amável aquiescência do seu director, para publicação de parte dos trabalhos que têm sido discutidos nas últimas reuniões daquele organismo.

Neles se encontram registados não só factos de ordem científica e epidemiológica cuja significação é relevante, mas também métodos, rotinas e condutas clínicas que não devem de modo algum ficar confinadas ao âmbito onde se criaram, adaptaram e desenvolveram.

Possam suscitar curiosidade profissional e geral e particularmente a atenção de outros ou de novos estudiosos é o objectivo que o presente número deste jornal se propõe. Se assim suceder, estabelecer-se-ão em consequência alicerces seguros para a eliminação do flagelo no nosso País. Esta é de prever pois a direcção da respectiva campanha, recentemente iniciada, está entregue a individualidades que da matéria têm sobejo conhecimento e experiência e que a orientam com a maior dedicação. A tarefa é árdua mas susceptível de alcançar êxito. Haja em vista o exemplo da Alemanha, entre outros, segundo o relato de *v. During*, «existiam em 1902 aldeias inteiras nas quais com dificuldade se encontrava um habitante indemne de tinea e em que a típica alopecia fávica constituía regra nos recrutas». Após porfiadas medidas sanitárias, *Marchionini*, de quem fazemos a transcrição acima, pôde verificar que na Clínica de Friburgo durante o período de 1924 a 1939 apenas se inscreveram 3 casos de favo.

Hospital de Curry Cabral

SERVIÇO DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS

(Director: Dr. E. Mac-Bride)

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA

(Prof. Juvenal Esteves)

# Organização e métodos na clínica e estudo da tinha

JUVENAL ESTEVES

A clínica e estudo da tinha tem representado parte considerável da actividade desta Secção, a nosso cargo, no Serviço de Doenças Infecto-Contagiosas, dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

Em virtude da frequência da doença no nosso País e do problema sanitário que representa, impunha-se que o rendimento da nossa tarefa pudesse ser significativo não só no aspecto de assistência aos doentes mas igualmente pela tentativa de procurar contribuir para melhor conhecimento da doença e dos meios de a combater.

Pensamos que o sistema mais efectivo de alcançar o referido propósito seria organizar rotina de trabalho em que se integrassem o tratamento e o estudo dos doentes.

Esta tarefa foi-nos facilitada pelo indispensável auxílio que na parte laboratorial da micologia forneceram o Prof. Salazar Leite, no Instituto de Medicina Tropical, e a sua colaboradora D. Maria Manuela Antunes, a qual acompanhou quotidianamente o nosso trabalho, bem como os restantes colaboradores do Serviço, dos quais devemos destacar o Dr. Norton Brandão, que se ocupou especialmente da roentgenterapia e do tratamento dos onicomioses.

Procurámos que as sessões fundamentais de trabalho se realizassem com a presença de todos os elementos interessados nesta tarefa, incluindo o pessoal de enfermagem. Assim conseguimos não só unidade de acção mas também despertar o entusiasmo indispensável em trabalhos desta natureza.

A maior parte dos doentes foi observada em conjunto e também assim foram discutidas as possibilidades de interpretação das diversas situações e problemas clínicos, bem como as observações que se registaram, o plano dos trabalhos, o respectivo andamento e os resultados obtidos.

Conseguimos assim formar opinião pessoal ou, melhor, opinião de grupo estabelecida na base de realidades objectivas joeiradas na experiência diária de alguns anos de trabalho.

Procuramos fundamentalmente adaptar ao nosso meio os métodos actuais e correntes de tratamento, tomando em permanente consideração o facto de a endemia portuguesa de tinha ter características próprias que é indispensável conhecer para que as medidas de combate à doença sejam verdadeiramente eficientes.

Recebemos doentes que em cerca de dois terços dos casos declararam ter residência em Lisboa e arredores, embora em grande número tivessem contraído a doença na província, e em cerca de um terço eram oriundos da Estremadura e Sul do País e em menor número de outras localidades.

De acordo com a administração destes hospitais, estabeleceu-se como critério que o regime de hospitalização seria exclusivo para os doentes da província e que todos os que vivessem em Lisboa, ou tivessem possibilidade de para aqui se deslocarem periodicamente, seriam tratados em regime ambulatorio.

Para um e outro grupo seguiu-se o mesmo método de estudo e de tratamento. Observámos todos os doentes em consulta dedicada exclusivamente a esta doença. Assim reuniam-se em dias determinados grande número de doentes e de suas famílias ou encarregados. Esta disposição tem vantagem não só pelo que respeita a organização de método de actividade do Serviço mas particularmente porque o fazer conviver os doentes facilita consideravelmente a adaptação dos mesmos ao ambiente e às várias fases do respectivo exame e do tratamento (fig. 1). Por outro lado, a reunião das pessoas de família ou dos encarregados permite actuação educativa dos mesmos.

As crianças são cuidadosamente examinadas depois do cabelo cortado rente, quando necessário, na ocasião e no barbeiro do próprio Hospital. A anamnese é colhida directamente às



Fig. 1

famílias ou acompanhantes segundo o esquema da fig. 2. Em caso de impossibilidade de se realizar no próprio momento da primeira observação distribui-se aos encarregados das crianças o impresso respectivo, pedindo-lhes devolução depois de preenchimento pela entidade (pais, encarregados, etc.) que tenha conhecimento objectivo dos factos em causa.

Consulta Externa de Dermatologia do Hospital Curry Cabral

## TRATAMENTO DA TINHA

(Prof. Juvenal Esteves)

A fim de podermos tratar convenientemente o menino ..... pedimos o obséquio de nos enviar, com urgência, as seguintes informações:

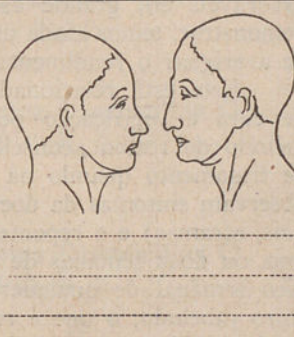
- 1) Data provável do início da doença .....
- 2) Onde se fez o contágio? .....
- a) Povoação exacta .....
- b) Local (casa, escola, barbeiro, etc.) .....
- 3) Como se fez o contágio? .....
- (irmãos, primos, companheiros de escola, etc.)
- 4) Existem na família ou conviventes: .....
- a) Mais crianças com doença de coiro cabeludo? .....
- b) Crianças ou adultos com alterações das unhas? .....
- c) Com impigens da barba, face, pescoço ou mãos? .....
- 5) Indique com exactidão o nome do pai ou encarregado da criança e respectivo endereço, a fim de comunicarmos o resultado do tratamento e o momento da alta.

Lisboa,.....de.....de 195...

Fig. 2

Devemos dizer que é muito difícil em grande número dos casos a obtenção das informações desejadas (crianças desligadas dos pais e recolhidas em estabelecimentos de assistência, pouca atenção concedida à doença devido ao baixo nível de vida da família, etc.).

Todos os elementos que se conseguem recolher, bem como os resultados da observação directa, são registados na ficha habitual de inscrição hospitalar adaptada com carimbo em que se desenha gráfico da cabeça (couro cabeludo, pescoço e face) (fig. 3). Também ali são anotados os elementos fundamentais da caracterização clínica e etiológica, evolução, terapêutica, bem como as referências aos livros de registo particular desta.

Hospital de Curry Cabral		Dia ..... / ..... / ..... N.º .....
Consulta de Dermato-Venereologia		Diagnóstico provisório .....
Nome .....	Idade .....	Estado .....
Morada .....	Profissão .....	Diagnóstico definitivo .....
		

H. C. L. — Mod. n.º 2.227

Fig. 3

Na observação do doente tivemos sempre em conta o aspecto do couro cabeludo, das lesões (forma e distribuição), dos cabelos e respectivos cotos, a presença ou ausência de sinais inflamatórios e outras particularidades que registamos cuidadosamente no gráfico. Como rotina observou-se sempre a pele glabra (presença de figuras de «impigem» ou descamação suspeita) e as unhas. No registo dos casos não nos preocupamos em separar clinicamente a microsporia da tricofítia, visto que a experiência nos ensinou e o estudo micológico confirmou que o esquema clínico clássico de Sabouraud tem (pelo menos no nosso material) numerosas excepções. Agrupamos assim todos estes casos sob a designação de tinha tonsurante até obtermos a respectiva caracterização micológica. Durante o exame clínico faz-se a colheita dos elementos destinados a estudo laboratorial (cotos de cabelos e escamas aderentes, escamas da pele glabra, fragmentos de unhas). Colocam-se entre lâminas esterilizadas, as quais são enroladas em papel no qual se escreve o nome do doente, tipo de material e número de inscrição na consulta. Todo este material é cuidadosamente guardado em caixas próprias, e nelas é enviado ao laboratório.

Aproveita-se a oportunidade para fazer o exame directo dos produtos colhidos e confirmar o diagnóstico, o que facilita consideravelmente a rotina clínica e permite estabelecer imediatamente o programa terapêutico.

Logo que estão completas estas duas fases preliminares (observação do doente e recolha de material patológico do mesmo) procura-se determinar a origem da doença no sentido da pesquisa da fonte de infecção (contactantes, tinosos, animais domésticos, doentes, focos próprios — onicomíose, etc.). Tenta-se então atrair à consulta os contactantes do doente e explica-se à família deste a conveniência das medidas aconselhadas (eliminação de animais, etc.). Em seguida analisa-se o caso criteriosamente no sentido de determinar o tipo de tratamento a que deve ser submetido.

Neste sentido são considerados os seguintes factores: a) tipo de tinha (tonsurante, favosa); b) idade do doente; c) a presença ou ausência de sinais inflamatórios; d) extensão das lesões; e) tratamentos anteriores; f) condições particulares (situação económica, capacidade de execução dos tratamentos por parte das famílias ou encarregados dos doentes, etc.); g) presença de onicomíose.

É nossa orientação avaliar bem cada caso individual e procurar tirar partido de todas as condições que possam facilitar a conduta terapêutica ou associar métodos que conduzam a resultados satisfatórios.

Creemos que na terapêutica da tinha, análogamente ao que sucede nos outros domínios da clínica, devem evitar-se atitudes sistematicamente rotineiras. Embora os meios que dispomos tenham limitações consideráveis é de toda a conveniência manobrá-los com a maior plasticidade possível. Não só se consegue simplificar muitas vezes o problema do doente como se torna a tarefa do médico menos monótona e consequentemente se evitam erros e vícios que cristalizam na própria repetição.

Podemos esquematizar a orientação do tratamento em função das condições acima referidas, da seguinte maneira: a) seleccionar os casos que são susceptíveis de curar apenas com tratamento tópico; b) separar os casos que devem forçosamente ser submetidos à irradiação pelos R. X.; c) tratar correctamente as outras localizações da tinha (pele glabra, unhas) que, por representarem focos parasitários e crónicos, possam originar recidivas no couro cabeludo.

O nosso lema consiste em que o manejo criterioso dos diversos meios de acção tóxica (anti-sépticos, fungicidas, epilação por pinça) pode curar muitos casos de tinha e que a mais perfeita epilação pelos R. X. pode não ser seguida de cura se o tratamento local complementar não for devidamente adequado e realizado. Portanto, é axiomático que, qualquer que seja o tratamento proposto, este deve ser executado com todo o rigor e minúcia.

Nesse sentido consideramos de especial importância a educação dos familiares e encarregados do doente, bem como do pessoal de enfermagem. Assim, logo no momento da consulta se explica convenientemente ao acompanhante do doente a natureza da doença, os cuidados que requer, o tipo de tratamento a executar, o tempo de duração provável do mesmo, o objectivo das diferentes fases que o compõem, os pormenores de execução, etc. Junto com a receita entrega-se também um folheto como o representado na fig. 4, cujo texto se refere neste caso ao tratamento pelo método clássico.

#### REGRAS E CUIDADOS A OBSERVAR NO TRATAMENTO DOS DOENTES DE TINHA

A *tinha* é uma doença parasitária que se localiza principalmente no couro cabeludo e é particularmente contagiosa na idade infantil.

Toda a criança que tenha lesões escamosas do couro cabeludo deve ser sujeita a exame médico. Só o exame microscópico das escamas e cabelos é susceptível de confirmar ou rejeitar a suspeita de *tinha*. Sempre que se verifique que a criança sofre deste mal, devem ser observadas imediatamente todas as que pertencendo ou não à mesma família convivam ou brinquem em comum com aquela.

Todas as crianças atingidas por esta doença devem ser separadas cuidadosamente das que estão sãs.

O tratamento deve ser iniciado o mais depressa possível, sob a orientação de médico especialista. Este tratamento é longo, delicado e dispendioso. Portanto, é necessário cumpri-lo escrupulosamente, em todos os seus pormenores, e não o abandonar nem alterar. Qualquer deficiência na respectiva execução pode conduzir facilmente a insucesso. Se o insucesso se produz, é necessário *recomeçar todo o tratamento* desde o início, o que significa um prolongamento por vezes de muitos meses antes de se obter a cura.

O tratamento consiste em duas operações principais:

- I) — *Desinfectar* todo o couro cabeludo com medicamentos activos contra o micróbio.
- II) — *Fazer cair o cabelo* pelos Raios X a fim de que se possa desinfectar o couro cabeludo na extensão e profundidade convenientes.

É necessário esclarecer que os Raios X não têm acção sobre o micróbio que produz a doença e que, portanto, a *desinfecção* é a operação principal deste tratamento. Se não for conduzida com o maior cuidado, perde-se o resultado da irradiação pelos Raios X.

A irradiação pelos Raios X é uma operação delicada e cara que não se pode repetir senão um número restrito de vezes, o que obriga a que, pela desinfecção, se procure obter a cura logo na primeira irradiação. Isto é o que sucede na quase totalidade dos casos que são devidamente cuidados.

Portanto, compete ao médico o maior cuidado na execução técnica da irradiação e compete ao pessoal de enfermagem ou às pessoas que cuidam das crianças o maior escrupulo no cumprimento das indicações que se seguem:

- 1.º) — O cabelo deve ser todo *cortado curto*, quase rente e não rapado.
- 2.º) — Deve aplicar-se o líquido de manhã e à noite.

- 3.º) — À noite, depois de o líquido secar, aplica-se a pomada.
- 4.º) — Tanto o líquido como a pomada devem ser aplicados escrupulosamente em *todo o coiro cabeludo* e não apenas nas zonas atacadas pela doença. O líquido deve ser esfregado com alguma energia a fim de penetrar bem nas escamas e noutras lesões existentes. A pomada deve ser apenas untada.
- 5.º) — Todas as manhãs o coiro cabeludo deve ser lavado enérgicamente com água quente e sabão.
- 6.º) — A cabeça deve estar sempre tapada com barrete ou touca de pano branco, que se deve renovar dia sim, dia não. As toucas ou barretes devem ser desinfectados por fervura.
- 7.º) — O tratamento repete-se, na sua totalidade, diariamente, *sem qualquer interrupção*, salvo em caso de indicação médica.
- 8.º) — O tratamento só deve ser *suspenso* por determinação expressa do médico.

Quando o cabelo começar a cair, o que sucede em regra 15 dias após a irradiação pelos Raios X, é necessário ter o maior cuidado, para que os cabelos doentes não sejam *arrancados* de qualquer maneira. Os cabelos doentes *quebram* com facilidade e pode ser muito difícil depois remover os cotos que ficam incrustados no coiro cabeludo.

Portanto, recomenda-se que a *epilação* (tirar os cabelos com pinça) seja sempre executada pelo pessoal de enfermagem habilitado da Consulta.

O cabelo começa a nascer de novo em regra 6-8 semanas após a queda.

O tratamento com líquido e pomada deve ainda ser continuado nesse período e até que o médico determine a respectiva suspensão.

O médico especialista é a *única entidade competente* para decidir se o doente está curado e determinar a suspensão do tratamento.

Após a suspensão do tratamento, segue-se o período de observação. Durante este, o coiro cabeludo deve ser examinado cuidadosamente *todos os dias*, a fim de se verificar se aparece qualquer lesão suspeita (*escamas*). Se isto acontecer, *não se deve fazer qualquer tentativa de tratamento*, mas consultar imediatamente o médico especialista, que, por exame microscópico, decidirá se se trata ou não de renovação da doença (recidiva) e indicará as medidas a tomar.

O doente deve comparecer sempre que for convocado para observação ou para prestar informações.

O cumprimento exacto destas regras e cuidados evitará despesas, aborrecimentos e encurtará consideravelmente a duração da doença.

Fig. 4

A quase totalidade desta explicação é repetida pela enfermeira ou enfermeiro durante ou após a realização da fase do tratamento que é executado na Consulta (irradiação pelos R. X., epilação manual por pinça, etc.). Posteriormente, e em períodos regulares, um dos clínicos faz palestra colectiva (fig. 5), explicando a matéria em questão, respondendo a perguntas acerca da mesma e exortando as ouvintes a exercer propagação nos meios onde vivem no sentido de promoverem o tratamento de outras crianças tinoxas aí residentes.



Fig. 5

Este método tem-nos dado o melhor resultado, pois verificamos que, com raras excepções, são executados correctamente pela família os vários estádios dos diferentes tipos de tratamento.

Também é indispensável instruir o mais completamente possível na patologia e clínica da tinxha o pessoal de enfermagem e o auxiliar deste. É preciso que conheçam a natureza da doença,

o meio de transmissão, os principais aspectos clínicos e evolutivos e a técnica rigorosa dos aspectos terapêuticos. Todas estas noções devem estar perfeitamente objectivadas e devem conjugar-se com o seu exercício junto do doente e da respectiva família ou equivalentes.

O respectivo treino faz-se a par e passo com o desenvolvimento das rotinas da consulta, mas é necessário fazer-lhes demonstrações e interrogá-los periodicamente acerca da justificação dos respectivos conhecimentos e actuação.

Para complemento desta nossa actividade educativa fizemos assistir ao funcionamento da Consulta, como aula prática, os estudantes de Medicina em cujo respectivo curso de Dermatologia se faz especial referência à tinxha. Também fizemos lições e demonstrações acerca deste assunto em Cursos de Aperfeiçoamento da Ordem dos Médicos e da Direcção-Geral de Saúde. Diversos colegas de Lisboa e da província têm frequentado esta Consulta, bem como preparadoras e auxiliares de laboratório que procuram treino no diagnóstico microscópico da doença.

Se a actividade educativa do pessoal clínico e de enfermagem é uma das peças fundamentais para a obtenção de resultados favoráveis em grande escala, conforme pudemos verificar e demonstrar, temos ainda um problema a resolver quando se trata de averiguar o rendimento global da Consulta.

Este está relacionado com o estabelecimento do critério de cura e verificação posterior dos doentes tratados. Como método de rotina aconselhamos a suspensão de qualquer tipo de tratamento quando na superfície do coiro cabeludo não se observam sintomas da doença (cabelos partidos, cotos dos mesmos, escamas) e o reponte do cabelo se faz normalmente. Após uma ou duas semanas de observação inicia-se estudo microscópico semanal de qualquer alteração suspeita da superfície do coiro cabeludo, o que é repetido pelo menos três vezes, recorrendo a culturas no caso de dúvida. Em presença de negatividade sistemática o doente é considerado curado. Sucede contudo que certo número de doentes abandonam a Consulta durante este período, apesar das repetidas exortações em contrário, porque na maior parte das vezes as famílias os consideram curados, dado o bom aspecto do coiro cabeludo. Nem sempre é fácil convocá-los por via postal visto o deficiente processo de identificação utilizado entre nós, que permite falsas declarações (por receio de obrigatoriedade do pagamento dos tratamentos, etc.).

Este inconveniente não se observa, como é óbvio, nos doentes hospitalizados. Entretanto o tratamento neste regime, não obstante ser indispensável em certos casos (tinxhas inveteradas e extensas com localizações na pele glabra e unhas, crianças de locais muito distantes, situações especiais, etc.), também apresenta alguns óbices. Antes de falar deles quero referir o facto de havermos podido verificar o grande benefício que o estado geral e a curva de peso revelam na quase totalidade das crianças internadas. Oriundas de famílias pobres e muitas delas em más condições de nutrição, a alimentação hospitalar e condições de vida mais favoráveis provocam transformação física por vezes impressionante.

A principal dificuldade com que topa a hospitalização das tinxhas deriva, em primeiro lugar, do longo período necessário para obter a cura (cinco meses em média no nosso material) e portanto do grande número de leitos ocupados por esse motivo. Além disso é necessário contar com a acumulação de crianças e atender à impossibilidade de uma enfermeira executar com a mesma minúcia o tratamento de todas elas e, particularmente, à embaraçosa separação, nas nossas instalações hospitalares, dos doentes contagiosos dos que estão em período de observação por tratamento, e portanto do perigo de reinfectão destes. Acresce ainda a indispensável vigilância durante os brinquedos, os cuidados com as intercorrências, o perigo de epidemias, etc.

Dispusemos inicialmente de 32 leitos (colocados em beliches) em pavilhão próprio, mas posteriormente tivemos necessidade de ocupar mais duas dezenas em pavilhão destinado ao tratamento de dermatoses no sexo feminino. Procuramos assim fazer separação dos doentes encontrados (contagiosos) daqueles em que o tratamento, por estar em estádio avançado, permite supor redução apreciável do perigo de contagiosidade.

Apesar destes e de outros cuidados e da dedicação e compreensão do pessoal de enfermagem, não só o movimento foi escasso (média 92 doentes por ano) <sup>(1)</sup> como os resultados

(1) Em regime ambulatorio tratamos, em média, 250 crianças por ano.

# DELTABENZIL

## Penicilinoterápia de actividade prolongada

### COMPOSIÇÃO

#### INJECTÁVEL

Dibenziletilenadiazina Dipenicilina G . . . . .	600.000 U.
Soro apirogénico q. b. p. . . . .	1 c. c.

#### ORAL — 40

Dibenziletilenadiazina Dipenicilina G . . . . .	2 400.000 U.
Veículo edulcorado q. b. p. . . . .	40 c. c.

#### ORAL — 20

Dibenziletilenadiazina Dipenicilina G . . . . .	1.200.000 U.
Veículo edulcorado q. b. p. . . . .	20 c. c.

#### COMPRIMIDOS

Dibenziletilenadiazina Dipenicilina G . . . . .	300.000 U.
Excipiente q. b. p. . . . .	1 comprimido

### VANTAGENS

○ **Deltabenzil** torna-se a penicilina de mais baixo preço, porque com doses bastante mais baixas conseguem-se níveis sanguíneos muito superiores derivado à lentidão da sua eliminação.

○ **Deltabenzil** não sacrifica o doente com injeções constantes, causando, por isso, menos traumatismo.

○ **Deltabenzil Oral** poderá ser aplicado com a mesma eficiência que o injectável, em virtude das concentrações sanguíneas da penicilina se manterem sensivelmente do mesmo modo, quer seja utilizada a terapêutica parenteral, quer a oral.

○ **Deltabenzil** é uma suspensão estável à temperatura ambiente durante um período de cerca de dois anos, o que permite uma preparação pronta a injectar e sem exigência de refrigeração. Do mesmo modo, foi possível preparar uma suspensão de **Deltabenzil** por via oral, utilizando um veículo extremamente agradável que as crianças tomam com prazer.

○ **Deltabenzil** é melhor tolerado que as usuais penicilinas, porque a substância que o compõe só provoca fenómenos de intolerância na percentagem de 0,3 %, contra 5 % de reacções alérgicas provocadas pela penicilina.

### APRESENTAÇÃO

Em injectável, numa ampola de 1 c. c.; em\*elixir, em frascos de 20 e 40 c. c. e em tubos de 6 comprimidos.



**LABORATÓRIOS**  
**QUÍMICO**  
**Biológicos**

Avenida Elias Garcia — MASSAMA-QUELUZ-Telef. QUELUZ 27  
EXPEDIENTE—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24875  
PROPAGANDA—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24604  
Delegação no Porto—Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º—Telef. 21383  
Deleg. em Coimbra—Av. Fernão de Magalhães, 32-1.º—Telef. 4556

## hemostáticos

*Baldacci*

### **ZIMEMA**

→ HEMOSTÁTICO FISIOLÓGICO

### **ZIMEMA K**

→ FACTOR OPOTERÁPICO E VITAMÍNICO DA COAGULAÇÃO DO SANGUE

### **ZIMOSPUMA**

→ ESPONJA DE FIBRINA REABSORVÍVEL  
(Em preparação)

### **ZIMOTROMBINA**

→ TROMBINA PURÍSSIMA PARA A HEMOSTASE LOCAL  
(Em curso do registo)

M. RODRIGUES LOUREIRO

Rua Duarte Galvão, 44 — LISBOA

Concessionário exclusivo do

LAB. QUIM.-FARM.º V. BALDACCI — Pisa



gerais foram menos satisfatórios nestes doentes do que nos tratados em regime ambulatorio. E isto tanto pelo que se refere aos resultados do tratamento local com fungicidas modernos como aos do tratamento classico (maior numero de recidivas — reinfeccões?).

Todavia devemos repetir que o regime de hospitalização é indispensavel, não só para remediar as situações especiais acima referidas, como também para a realização de certos estudos e execução de determinadas investigações. No capítulo da assistência ele deve constituir apenas meio de recurso situado bastante à rectaguarda das consultas, dispensários, etc.

A moderna evolução dos transportes facilita consideravelmente o tratamento em regime ambulatorio. Assim, temos verificado o facto de muitos doentes residentes em áreas bastante afastadas (Algarve) virem periodicamente (mensalmente) à consulta e conseguirem resultados muito satisfatórios. Também alguns presidentes de Município têm, avisadamente, preferido pagar deslocações periódicas dos doentes aos locais de consulta a arcar com a responsabilidade do pagamento de internamentos que se prolongam por alguns meses.

O tratamento ambulatorio devidamente orientado tem, em nossa opinião, além das vantagens referidas, significado que nos parece da maior importância no desenvolvimento ulterior da campanha antitinhosa. Obriga as mães, pessoas de família, encarregados dos doentes, etc., pela actividade, esforços e sacrifícios que têm de realizar no tratamento da doença, o maior cuidado e atenção com a criança. São assim levados a considerar a tinha como doença que necessita de ser tratada, de que é necessário defender os filhos, e obriga, portanto, a maior vigilância com a respectiva saúde. Isto representa, sem dúvida alguma, atitude bem diferente daquela que corresponde a enviar simplesmente as crianças para o hospital e esperar que a assistência-providência lhes resolva o respectivo problema. Evidentemente que a situação económica e social de grande parte da população das regiões onde a endemia de tinha grassa com maior intensidade não permite a generalização simplista do principio acima. Contudo o seu progressivo desenvolvimento contribuirá decisivamente para a eliminação de grande numero de casos da doença.

Pelo que se refere à actividade desta secção hospitalar nos estudos especiais acerca da tinha, a orientação que seguimos neste dominio consistiu em procurar melhor conhecimento das particularidades etiológicas, patológicas e clinicas da doença e adaptação ao nosso meio dos modernos meios de tratamento. Assim os nossos colaboradores procuraram caracterizar etiologicamente a quase totalidade dos casos observados na consulta, estudaram as diferentes espécies de fungos encontrados não só nas tinhas do coiro cabeludo como a pele glabra, as unhas, e também em outras micoses. Realizaram diferentes estudos de carácter estritamente micológico e também acerca da acção «in vitro» de diversos medicamentos modernos sobre os agentes das nossas tinhas. Estudaram o comportamento da tinha do coiro cabeludo nas idades pós-adolescência e no adulto e outros aspectos clinicos particulares.

Com o seu auxilio ensaiámos diferentes tipos de tratamento local. Estas investigações são morosas e difíceis, dado o longo tempo de observação e de vigilância indispensáveis e a necessidade de obter séries de doentes em numero significativo, mas que por este motivo atrazaram por vezes a cura durante alguns meses e alteraram o ritmo do movimento normal do serviço.

Estudamos em particular a acção terapêutica dos preparados de salicilanilida, um dos quais conseguimos que fosse comercializado no nosso País e julgamos ser unico nessas condições na Europa.

Procurámos, ainda, o efeito terapêutico sobre as nossas tinhas tonsurantes, de outros produtos que apareceram posteriormente no estrangeiro.

Também no aspecto da terapêutica clássica os nossos colaboradores estabeleceram rotinas de trabalho e reuniram em estudos criteriosos os elementos das respectivas observações.

Esta actividade, que nos deu a maior satisfação e numerosos ensinamentos, não seria possível sem o interesse especial e as facilidades concedidas pelo Dr. Emilio Faro, Enfermeiro-Mor destes Hospitais, e pelo Dr. Eugénio Mac-Bride, Director deste Serviço, e sem a dedicação de todo o pessoal médico e de enfermagem, a quem manifestamos o nosso melhor reconhecimento.

Hospital de Curry Cabral

SERVICÓ DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS

(Director: Dr. E. Mac-Bride)

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA

(Prof. Juvenal Esteves)

## Algumas características etiológicas da endemia portuguesa de tinha

JUVENAL ESTEVES

A caracterização etiológica das tinhas do coiro cabeludo do nosso País, iniciada em 1922 por *Froilano de Melo* e colaboradores, recebeu reforço consideravel com os trabalhos realizados nestes últimos anos por *Henrique de Oliveira*, *Aureliano Fonseca* e *Maria Manuela Antunes*.

O quadro abaixo mostra a evolução e o resultado dos estudos a que se refere (1), (2), (3), (4), (5), (6), (7) e acerca dos quais fizemos as seguintes considerações.

Foram realizados com técnica idêntica ou aproximada, no Norte, no Centro e no Sul do País, com intervalos variáveis mas preenchendo o tempo aproximado de três décadas. Os primeiros trabalhos abrangem numero reduzido de casos, mas nos três últimos o volume de observações varia entre algumas centenas e um milhar e meio.

A comparação dos numeros apresentados, embora encontre

a dificuldade que acabamos de referir, mostra-nos que as tinhas tricofticas dominam de Norte a Sul do País, enquanto que a tinha microspórica representa o segundo lugar no Centro e Sul de Portugal. No Norte o favo atinge, no estudo recente de *A. Fonseca* (7), percentagem muito elevada em comparação com o que se passa no resto do País, em que as proporções relativas dos três tipos de tinha mantêm fixidez notável nos diversos estudos. A interpretação deste facto não nos parece fácil à primeira vista. Pode tratar-se de fenómeno regional, e a favor disso depõe o facto de *Pereiro Minguens* (8) ter encontrado na Galiza o favo em percentagem superior ao das outras tinhas. Mas por outro lado este autor afirma que as tinhas microspóricas, as segundas em ordem de frequência no seu trabalho, observam-se de preferência no litoral, enquanto que o favo se encontra mais nas regiões do interior. Ora no trabalho de *A. Fonseca* (7) o

	F. DE MELQ e col. 1922 Norte de Portugal	NEVES SAMPAIO 1933 Lisboa	P. NOGUEIRA 1945 Lisboa	S. LEITE e col. 1951 Algarve	H. DE OLIVEIRA 1952 Centro de Portugal	M. ANTUNES 1953 Estremadura e Sul de Portugal	A. PONSEGA 1953 Norte de Portugal
<i>T. violaceum</i> . . .	16 (31,4%)	21 (65,6%)	79 (62,7%)	65 (62,5%)	431 (66,7%)	390 (57,3%)	734 (48,6%)
<i>T. acuminat. (tonsurans)</i>	14 (27,5%)	2 (6,2%)	29 (23,0%)	32 (30,8%)	64 (9,9%)	104 (15,2%)	112 (7,4%)
<i>T. crateriforme</i> . . .	9 (17,6%)	4 (12,5%)	7 (5,6%)	—	—	3	36 (2,4%)
<i>T. glabrum</i> . . . .	2	1	—	—	—	18 (2,6%)	
<i>T. rubrum</i> . . . .	—	—	—	—	—	6	
<i>T. roseum</i> . . . .	—	—	—	—	3	—	
<i>T. denticulatum</i> . .	3	—	—	—	—	—	
<i>T. granulosum</i> . . .	1	—	—	—	—	1	6
<i>T. mentagrophytes</i> .	—	—	—	—	1	—	
<i>M. felineum</i> . . . .	1	2 (6,2%)	9 (7,1%)	1	107 (16,5%)	114 (16,7%)	127 (8,4%)
<i>A. Schoenleini</i> . . .	5 (9,8%)	2 (6,2%)	2	6 (5,8%)	40 (6,1%)	44 (6,4%)	494 (32,8%)
<b>TOTAL</b> . . . .	<b>51</b>	<b>32</b>	<b>126</b>	<b>104</b>	<b>646</b>	<b>680</b>	<b>1509</b>

estudo foi feito essencialmente em tinhosos das regiões do litoral, o que está em oposição com as observações feitas na Galiza. É possível que os factos apontados derivem das condições particulares em que se realizaram os citados estudos, pois também, em 1950, *Sá Penella e José Roda* (9) num grupo de 3.400 doentes, classificados clinicamente, encontraram percentagem de favo (11,8%) superior à da microsporia, embora ambos em proporção muito inferior à da tricofítia (76%).

O agente dominante em todo o País é sem dúvida o «*Trichophyton violaceum*». Também no trabalho de *Sá Penella e José Roda* (9), sempre que puderam fazer caracterização micológica, ele foi encontrado em 75 dos 82 casos de tricofítia. Os outros agentes do mesmo género que se seguem em ordem de importância são o «*Trichophyton acuminatum*» e o «*Trichophyton crateriforme*», cuja representação relativa é variável nos diversos trabalhos mas entretanto significativa. A microsporia tem entre nós origem animal, «*Microsporum felineum*», em todos os casos e o favo é produzido pelo «*Achorion Schoenleini*».

Contudo, os factos mais interessantes sugeridos pela leitura do quadro acima consistem em que:

a) A endemia de tinha do nosso País parece possuir fisionomia etiológica quase uniforme de Norte a Sul. (Este facto é particularmente nítido no Centro e Sul);

b) Parece estar estabilizada (pelo menos desde há trinta anos) no que se refere às proporções relativas dos respectivos agentes.

*Salazar Leite* (4) e *Henrique de Oliveira* (5) chamaram a atenção para o facto de a feição etiológica das nossas tinhas seguir o tipo que se observa nos países mediterrânicos.

A condição geográfica referida pode ser explicação verdadeira para as regiões do Centro e Sul do País e para o predomínio das tinhas de tipo tricofítico e encontraria apoio no trabalho de *O. Ribeiro* (10), em que a região do centro se une com

a Sul, sem contraste com a do Norte atlântico e transmontana. Mas é difícil de explicar, dentro do mesmo critério, a maior frequência de favo no Norte.

É possível que, independentemente do condicionalismo dos estudos já atrás citados, certas condições locais e particulares do tipo de vida da população contribuam para aquele fenómeno.

#### REFERÊNCIAS:

- 1) *Mello, F., Carneiro, L., Martins, N.* — Une enquête sommaire sur la fréquence des teignes du Nord de Portugal. *Presse Méd.*, n.º 74, Setembro, 1922.
- 2) *Neves Sampaio* — Contribution à l'étude des dermatomycoses portugaises. Les teignes de Lisbonne. *Ann. Parasit. Hum. et Comp.* Vol. XI, n.º 1: 46-48, Jan.º 1933.
- 3) *Nogueira, J. F. P.* — Contribuição para o estudo etiológico das tinhas de Lisboa. *An. Inst. Med. Trop.*, Vol. II: 197-205, Dez.º 1945.
- 4) *Leite, A. S.* — Champignons des teignes au Sud du Portugal (Algarve). *Atti del III Cong. Int. Hig. e Med. Mediter.* Palermo. Maio, 1951.
- 5) *Oliveira, H.* — Contribuição para o estudo dos dermatofitos portugueses. I Dermatofitos do centro de Portugal. *Cl. Hig. e Hid. rol.*, Set.º 1952.
- 6) *Antunes, M. M.* — Agentes etiológicos da tinha do coiro cabeludo na Estremadura e Sul de Portugal. Em publicação.
- 7) *Fonseca, A.* — Aspecto epidemiológico da tinha do coiro cabeludo no Norte de Portugal. Em publicação.
- 8) *Minguens, P. M.* — Nota previa al estudio de las micosis superficiales de Galicia. *Actas Derm. Sifiliogr.*, n.º 4, Janeiro 1952.
- 9) *Penella, L. S. e Roda, J.* — Estatística da Consulta de Tinha (1935 a 1949). II Congr.º Luso-Espanhol de Dermat. Lisboa 1950.
- 10) *Ribeiro, O.* — Portugal, O Mediterrâneo e o Atlântico. Coimbra 1945.

## DISPENSÁRIO CENTRAL DE HIGIENE SOCIAL DO PORTO

(Director: DR. MÁRIO CARDIA)

## SERVIÇO DE DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA

(Chefe do Serviço — Dr. Aureliano da Fonseca)

# Aspecto epidemiológico da tinha no norte de Portugal

AURELIANO DA FONSECA

O estudo da tinha em Portugal constitui tradição na escola do Porto, porquanto o primeiro e a quase totalidade dos trabalhos publicados nesta matéria foram realizados nesta cidade.

A primeira referência que conhecemos é de *Luís Viegas*, em 1912 <sup>(1)</sup>. Trata-se da publicação de uma lição sobre o favo, referida a casos observados na Maia, Mafamude e Leça do Balio. Porém, é com *Froilano de Melo*, em 1917 (quando então regia o curso de micologia médica na Escola Médica do Porto), que, podemos dizer, o estudo da micologia teve o seu verdadeiro início.

Este investigador publicou nesta altura o seu primeiro trabalho, referente a um caso de infecção pelo «*Trichophyton Viannai*» <sup>(2)</sup>.

Alguns anos mais tarde, em 1922, um dos seus colaboradores, *Lima Carneiro*, descreve uma epidemia de tinha numa escola, produzida pelo «*Trichophyton crateriforme*».

Desde então, foram publicados algumas dezenas de trabalhos por *Nogueira Martins*, *Rebello Rocha*, *Vilas-Boas Neto*, *Santana Pais*, *Sousa de Noronha*, *César Martins* e outros.

Deve-se, porém, a *Lima Carneiro* o maior entusiasmo neste assunto, pois que, só com o nome dele ou em colaboração, tem registado até agora 17 publicações <sup>(3)</sup>.

Fora do Porto, o primeiro trabalho que conhecemos é de *Álvaro Lapa*, mas em colaboração com *Lima Carneiro*, em 1923, e relativo ao isolamento das tinhas no Hospital do Rego (em Lisboa).

Só em 1932 é que aparece a primeira publicação realizada por *Neves Sampaio* (em Lisboa), pessoa absolutamente estranha à escola do Porto.

Nesta última década os trabalhos do Porto tornaram-se sucessivamente menos frequentes, passando o interesse do seu estudo para Lisboa, com numerosas publicações de *Sá Penella*, *Neves Sampaio*, *Juvenal Esteves*, *Roda*, *Tanissa*, *Pinto Nogueira*, *Maria Manuela Antunes*, etc.

Ultimamente também em Coimbra o estudo da tinha despertou interesse, com os trabalhos de *Henrique de Oliveira*, que nos dá o primeiro aspecto epidemiológico da tinha no centro de Portugal <sup>(4)</sup>.

Verificado o extraordinário número de casos de tinha que ocorriam aos nossos serviços e que aumentavam dia a dia, decidimos aproveitar o volumoso material de que dispúnhamos e iniciámos um estudo sistemático de todos os casos, para apreciarmos a frequência e prevalência dos diferentes géneros de tinha e respectivas espécies.

Principiámos com este trabalho em 1948 e, desde então até agora, observamos 2.105 casos de tinha, provenientes de

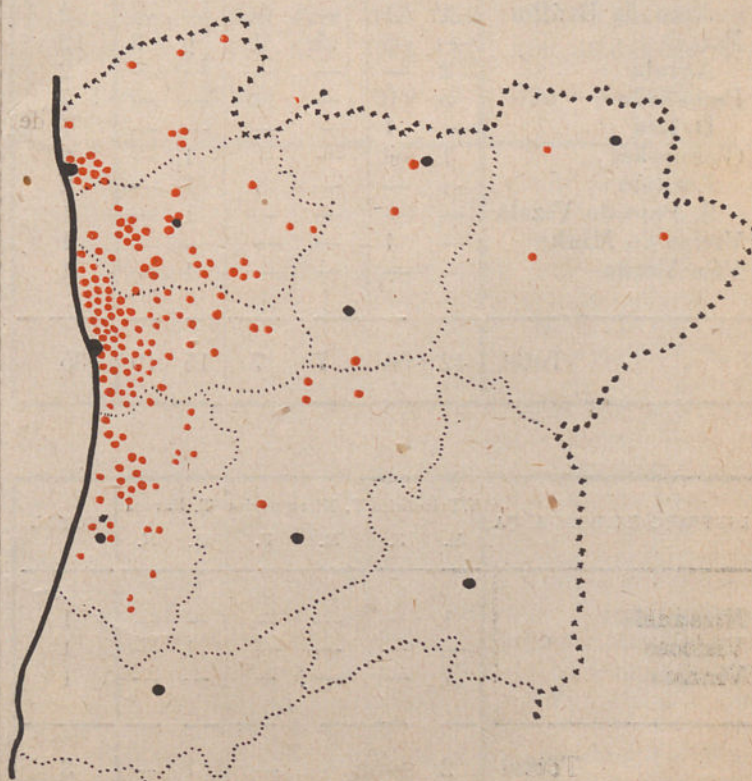
diferentes localidades dos distritos do Porto, Braga, Viana do Castelo, Aveiro, Viseu, Vila Real e Bragança.

O distrito do Porto foi aquele que maior contingente de casos nos forneceu, o que é óbvio, pela maior facilidade de acesso dos doentes aos serviços especializados.

Neste distrito registamos 1.821 casos, o que corresponde a 86,5 % da totalidade; seguidamente é o distrito de Braga com 135 casos, correspondente a 6,4 % em relação à totalidade, e depois o distrito de Viana do Castelo com 73 doentes, correspondente a 3,5 %; em quarto lugar o distrito de Aveiro com 59 doentes, correspondente a 2,8 %, e finalmente há 17 casos distribuídos pelos distritos de Viseu, Vila Real, Bragança, numa percentagem de 1,8 %.

## DISTRIBUIÇÃO DAS TINHAS PELOS DIFERENTES DISTRITOS

DISTRITOS	SEXO MASCULINO	SEXO FEMININO	TOTAL
Aveiro	26	33	59
Braga	64	71	135
Bragança	3	—	3
Porto	889	932	1.821
Viana do Castelo	28	45	73
Vila Real	3	3	6
Viseu	2	6	8
Total	1.015	1.090	2.105



(1) *Viegas, L. F.* — Favus — *Gazeta dos Hospitais do Porto*, VI: 275: 224, 1912.

(2) *Melo, F.* — *Trichophyton Viannai* n. s. p. the infecting agent in a case of Dermatomyces — *In. Journ. of Med. Research*, 1917.

(3) *Carneiro, A. L.* — As micoses em Portugal — Publicação do Instituto de Botânica «Dr. Gonçalo Sampaio» da Faculdade de Ciências da Universidade do Porto — Porto 1948, B 92.

(4) *Oliveira, H. e Moura e Sá, M. E.* — Contribuição para o estudo dos dermatófitos portugueses, II *A Microsporia* no centro de Portugal, estudo de 11 casos (etiologia específica e notas epidemiológicas) — *Arquivo do Instituto de Patologia Geral*, VI, 1950-1952. B. 13.

*Oliveira, H.* — Contribuição para o estudo dos dermatófitos portugueses. *Dermatófitos do centro de Portugal* (Nota preliminar) — *Cl. Hig. Hidrológ.*, XVIII, 9: 228-233, 1952. B. 7.

Vejamos agora, dentro de cada distrito, as localidades onde identificamos doentes com tinha:

DISTRITO DE AVEIRO	T. Tricofítica		T. Microspórica		T. Favosa		TOTAL
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
Águeda	1	2	—	—	—	—	3
Albergaria-a-Velha	—	1	—	—	—	1	2
Arouca	1	4	—	—	—	—	5
Mansores	3	2	—	—	—	—	5
Santa Eulália	—	—	—	—	1	—	1
Aveiro	—	1	—	—	—	—	1
Cacia	—	1	—	—	1	—	2
Castelo de Paiva	—	—	—	—	1	—	1
Espinho	3	2	—	—	—	1	6
Estarreja	—	2	—	—	—	—	2
Feira	1	3	—	—	—	—	4
Lamas	—	1	—	—	—	—	1
Paços de Brandão	—	1	—	—	—	—	1
Murtosa	3	—	—	—	—	—	3
Oliveira de Azeméis	—	1	—	—	—	—	1
Couto de Cocujães	—	—	1	—	—	—	1
Travanca	1	—	—	—	—	—	1
Oliveira do Bairro	1	1	—	—	1	—	3
Ovar	2	2	—	—	—	—	4
Cortegaça	—	—	—	—	1	—	1
Esmoriz	—	—	—	—	1	1	2
Válega	2	9	1	—	—	—	9
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>30</b>	<b>2</b>	<b>—</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>59</b>

DISTRITO DE BRAGA	T. Tricofítica		T. Microspórica		T. Favosa		TOTAL
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
Barcelos	16	32	2	1	5	5	61
Alheira	1	—	—	—	—	—	1
Arcozelo	5	—	3	1	—	—	9
Barcelinhos	2	10	—	—	—	2	14
Carvalhal	1	—	—	—	—	—	1
Vila Cova	4	3	—	—	—	—	7
Braga	5	2	1	2	—	—	10
Cabeceiras de Basto	1	—	—	—	—	—	1
Arco de Báuêhe	1	1	—	—	—	—	2
Fafe	—	1	1	1	9	3	12
Agrela	2	—	—	—	—	—	2
Famalicão	3	3	—	1	—	—	7
Delães	—	1	—	—	—	—	1
Guimarães	1	—	—	—	1	—	2
Lordelo	—	—	—	1	1	—	2
S. Paio de Vizela	—	—	—	—	1	—	1
Vieira do Minho	—	1	—	—	—	—	1
Vila Verde	—	—	—	—	1	—	1
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>54</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>135</b>

DISTRITO DE BRAGANÇA	T. Tricofítica		T. Microspórica		T. Favosa		TOTAL
	M.	F.	M.	F.	F.	M.	
Mirandela	1	—	—	—	—	—	1
Vimioso	—	—	—	—	1	—	1
Vinhais	1	—	—	—	—	—	1
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>1</b>	<b>—</b>	<b>3</b>

Distrito do Porto	T. Tricofítica		T. Microspórica		T. Favosa		TOTAL
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
Amarante	—	1	—	—	—	1	2
Gondomar	2	2	1	1	3	5	14
Fânzeres	—	1	—	—	—	1	2
Lomba	1	—	—	—	—	—	1
Rio Tinto	2	5	5	1	10	9	32
S. Cosme	—	—	—	1	—	—	1
Valbom	1	1	—	2	3	6	13
Felgueiras	—	—	—	—	—	—	—
Lixa	—	2	—	—	—	—	2
Lousada	—	1	—	1	—	—	2
Maia	—	—	—	—	—	—	—
Aguas Santas	2	1	2	1	—	—	6
Barca	—	2	—	—	—	—	2
Barreiros	—	3	—	1	—	—	4
Guifães	—	—	—	—	—	1	1
Moreira	—	—	—	1	8	1	10
Marco de Canavezes	2	4	—	—	—	—	6
Matosinhos	8	18	3	5	10	5	49
Custóias	2	—	—	—	—	—	2
Leça do Balio	—	—	1	—	5	5	11
Leça da Palmeira	3	3	1	1	3	3	14
Senhora da Hora	2	2	—	1	1	1	7
S. Mamede Inf. <sup>a</sup>	—	1	2	—	3	4	10
S.ta Cruz do Bispo	1	—	—	—	1	—	2
Paços de Ferreira	3	2	—	—	—	1	6
Carvalhosa	1	—	—	—	—	—	1
Frazão	—	—	—	—	1	—	1
Modelos	2	—	1	1	—	—	4
Penamaior	—	—	—	—	—	1	1
Sanfins de Ferr. <sup>a</sup>	—	—	—	—	1	—	1
Penafiel	1	3	—	—	—	—	4
Valpedre	1	—	—	—	—	—	1
Paredes	—	—	—	—	—	—	—
Vandoma	2	3	—	—	—	—	5
Porto	160	206	86	61	81	55	649
Póvoa de Varzim	148	254	18	29	52	40	541
Aguçadoura	9	2	1	—	3	3	18
Aver-o-Mar	11	—	4	—	—	1	16
Balazar	—	—	1	—	—	—	1
Beiriz	4	4	2	2	—	—	12
Laundos	—	—	—	—	—	—	—
Terroso	3	12	1	—	—	2	18
Amorim	—	—	1	—	2	—	3
Argival	—	—	—	—	—	1	1
Estela	3	1	—	—	2	—	6
Navais	—	—	—	—	—	—	—
Rates	—	—	—	—	—	—	—
Santo Tirso	7	3	—	—	—	—	10
Bougado	—	1	—	—	1	—	2
S. Mam. <sup>e</sup> do Cor. <sup>o</sup>	—	—	—	—	3	1	4
Trofa	—	2	—	—	—	—	2
Valongo	—	—	—	—	1	—	1
S. Martinho	—	2	—	—	—	—	2
Ermezinde	—	2	—	—	1	2	5
Vila do Conde	2	12	—	—	6	1	21
Canidelo	—	—	—	—	1	—	1
Caxinas	43	7	—	—	9	5	64
Macieira	—	—	—	—	3	—	3
Mindelo	2	2	—	—	—	1	5
Poça da Barca	20	8	1	1	1	6	37
Vilar do Pinheiro	1	7	—	—	—	—	8
Vila Nova de Gaia	6	9	5	4	14	8	46
Afurada	5	7	—	—	10	5	27
Arcozelo	2	5	—	—	—	—	7
Avintes	3	1	2	1	12	3	22
Canelas	5	11	1	1	—	3	21
Canidelo	—	1	—	—	2	2	5
Lever	4	1	—	—	—	—	5
Olival	—	1	—	—	8	2	11
Oliveira do Douro	—	3	5	—	—	—	8
Pedroso	—	—	—	—	4	—	4
Sandim	1	7	—	1	—	—	9
Serzedo	1	—	—	—	—	—	1
Vilar de Andor. <sup>a</sup>	—	2	—	—	4	1	7
<b>Total:</b>	<b>476</b>	<b>629</b>	<b>144</b>	<b>117</b>	<b>269</b>	<b>186</b>	<b>1.821</b>

DISTRITO DE VIANA DO CASTELO	T. Tricofítica		T. Microspórica		T. Favosa		TOTAL
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
Arcos de Valdevez	2	1	—	—	1	—	4
Caminha	—	—	—	—	—	—	—
Moledo	—	—	1	—	—	—	1
Melgaço	—	—	—	—	1	—	1
Monção	1	—	—	—	—	—	1
Ponte da Barca	—	—	—	—	—	—	—
S. Pedro de Vade	3	—	—	—	—	—	3
Valença	2	1	—	—	—	—	3
Viana do Castelo	16	37	—	—	1	—	54
Areosa	—	3	—	—	—	—	3
Meadela	—	1	—	—	—	—	1
Darque	—	2	—	—	—	—	2
Total:	24	45	1	—	3	—	73

DISTRITO DE VILA REAL	T. Tricofítica		T. Microspórica		T. Favosa		TOTAL
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
Chaves	1	—	—	—	—	—	1
Peso da Régua	1	3	—	—	—	—	4
Vila P. de Aguiar	—	—	—	—	—	—	—
Pedras Salgadas	—	—	—	—	1	—	1
Total:	2	3	—	—	1	—	6

DISTRITO DE VISEU	T. Tricofítico		T. Microspórica		T. Favosa		TOTAL
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
Lamego	—	1	—	—	—	—	1
Resende	—	—	—	—	—	—	—
Aregos	—	5	—	—	—	—	5
S. Martinho de Mouros	—	—	1	—	—	—	1
S. Pedro do Sul	1	—	—	—	—	—	1
Total:	1	6	1	—	—	—	8

Neste quadro apresentamos os números totais de todos os distritos:

DISTRITOS	I. Tricofítica			I. Microspórica			I. Favosa			Total		
	Sexo			Sexo			Sexo			Sexo		
	M	F	M/F	M	F	M/F	M	F	M/F	M	F	M/F
Aveiro . .	18	30	48	2	—	2	6	3	9	26	33	59
Braga . .	42	54	96	7	7	14	15	10	25	64	71	135
Bragança .	2	—	2	—	—	—	1	—	1	3	—	3
Porto . .	476	699	1105	144	117	261	269	186	455	889	932	1821
V. Castelo.	24	45	69	—	—	—	3	—	3	28	45	73
Vila Real .	2	3	5	—	—	—	1	—	1	3	3	6
Viseu . .	1	6	7	1	—	1	—	—	—	2	6	8
Total . .	565	767	1332	155	124	279	295	199	494	1.015	1.090	2.105

Examinando as localidades onde registamos maior número de casos de tinha, observamos que a quase totalidade se situa ao longo da costa, com particular incidência à volta de Viana do Castelo, Póvoa de Varzim, Porto e Ovar.

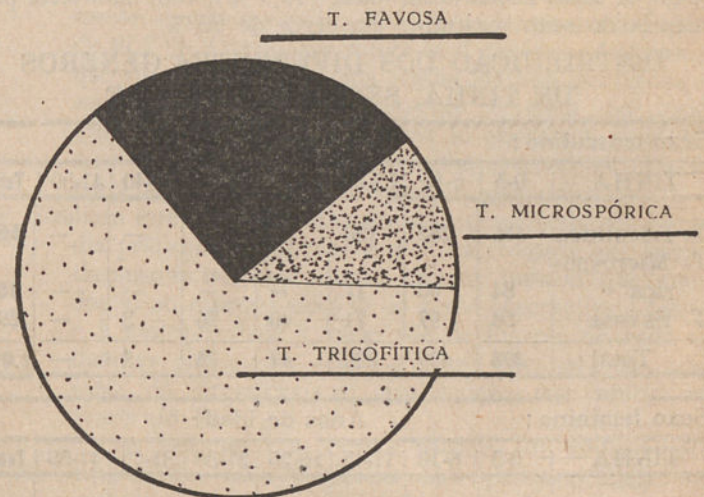
Segundo pudemos averiguar, um grande número dos casos registados no interior das províncias ocorreu em crianças que estiveram a passar a época balnear nas praias ou que contactaram com estas.

A diferença entre os sexos é praticamente nula; apenas 75 casos de diferença para mais no sexo feminino, o que dá uma percentagem de 51,8%, em relação a 48,2% no sexo masculino.

O estudo do género de tinha, feito por exame microscópico directo, revela um manifesto predomínio de tinha tricofítica (1.332 casos), numa percentagem de 63,3%, depois a tinha favosa (494 casos), numa percentagem de 23,4%, e, finalmente,

a tinha microspórica (279 casos), numa percentagem de 13,3%. Merece ser salientado o avultado número de casos de tinha

GÉNERO DE TINHA	SEXO MASCULINO		SEXO FEMININO		TOTAL	
	N.º de casos	%	N.º de casos	%	N.º de casos	%
Tinha tricofítica .	565	55,6	767	70,0	1.332	63,3
Tinha microspórica .	155	15,3	124	11,8	279	13,3
Tinha favosa . . .	295	29,1	199	18,2	494	23,4
Total . . .	1.015	—	1.090	—	2.105	—



favosa, muitos dos quais eram favos extensos a toda a área do couro cabeludo, com grandes superfícies de alopecia cicatricial. Isto traduz, infelizmente, o baixo nível social duma parte da população do Norte, principalmente da piscatória, que foi aquela que maior contingente de tinha nos forneceu. É curioso verificar que nos serviços de dermatologia de Lisboa a tinha favosa é registada anualmente numa proporção que em regra não ultrapassa 5%.

Estudando a relação do género de tinha com o sexo dos doentes, vemos que a tinha tricofítica prevalece no sexo feminino por uma diferença de 15,2, enquanto que a tinha microspórica e a tinha favosa prevalecem no sexo masculino, respectivamente em 11,0% e 19,4%.

SEXO	I. tricofítica		I. microspórica		I. favosa		TOTAL	
	N.º de casos	%	N.º de casos	%	N.º de casos	%	N.º de casos	%
Masculino .	565	42,4	155	55,5	295	59,7	1.015	48,2
Feminino .	767	57,6	124	44,5	199	40,3	1.090	51,8
Total . .	1.332	—	279	—	494	—	2.105	—

Atendendo à variedade das regiões donde vieram os nossos doentes, não foi possível formular qualquer hipótese que explique a razão destas diferenças.

Analisando a idade dos doentes em relação a cada género de tinha, comprovamos que o maior número de casos de tinha tricofítica encontra-se até aos 10 anos de idade, nos dois sexos, numa percentagem de 83,8 (24,7% até aos 5 anos e 59,1% dos 6 aos 10 anos de idade), com predominância do sexo masculino até aos 5 anos e no sexo feminino dos 6 aos 10 anos (ver quadro adiante). Depois desta idade, a percentagem de casos baixa consideravelmente, 14,3 dos 11 aos 15 anos e 1,9 depois dos 16 anos, considerando estas percentagens no total dos dois sexos.

A quase totalidade dos casos de tinha registados depois dos 11 anos e até aos 15 situa-se no sexo masculino, por uma diferença de 25% em relação ao número de casos do sexo feminino. Depois desta idade, e no sexo masculino, apenas registamos 7 casos de tinha tricofítica, todos em doentes com menos de 20 anos de idade; porém, no sexo feminino registamos 13 casos dos 16 aos 20 anos de idade, 4 dos 21 aos 30 e um caso numa mulher com 43 anos de idade.

Na tinha microspórica a prevalência de casos em relação à idade é, nos dois sexos, até aos 5 anos, numa percentagem de 53,4, o que será justificado por ser nesta idade que, em regra,

as crianças brincam mais com os gatos, e isto pelo facto de ser a espécie «felineum» praticamente aquela que registamos.

Encontramos, ainda, muitos casos de tinha microspórica dos 6 aos 10 anos de idade, numa percentagem de 39,7, e já menos casos dos 11 aos 15 anos, numa percentagem de 6,9. Depois desta idade não temos registado nenhum caso deste género de tinha. É interessante salientar que, considerando os casos dentro de cada sexo, a percentagem é sensivelmente igual dentro dos mesmos limites de idade.

Quanto à tinha favosa, em relação à idade, ainda que o número de casos seja mais numeroso dos 6 aos 15 anos, em 62,4 % no total dos dois sexos, e em proporção sensivelmente igual em cada sexo, a verdade é que registamos elevada percentagem de casos acima desta idade (19,5 %), com manifesta prevalência do sexo masculino em cerca de 50 %.

#### DISTRIBUIÇÃO DOS DIFERENTES GÉNEROS DE TINHA, SEGUNDO A IDADE

Sexo masculino:		Anos de idade							Total
TINHA	0-5	6-10	13-15	16-20	21-30	31-40	41-50		
T. Tricofítica	166	282	120	7	—	—	—	565	
T. Microspórica	84	60	11	—	—	—	—	155	
T. Favosa	58	97	71	40	26	3	—	295	
<b>Total:</b>	<b>298</b>	<b>439</b>	<b>202</b>	<b>47</b>	<b>26</b>	<b>3</b>	<b>—</b>	<b>1.015</b>	

Sexo feminino:		Anos de idade							Total
TINHA	0-5	6-10	11-15	16-20	21-30	31-40	41-50		
T. Tricofítica	173	505	71	13	4	—	1	767	
T. Microspórica	65	51	8	—	—	—	—	124	
T. Favosa	31	74	67	16	7	2	2	199	
<b>Total:</b>	<b>269</b>	<b>630</b>	<b>146</b>	<b>29</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1.090</b>	
<b>Total nos dois sexos:</b>	<b>567</b>	<b>1.069</b>	<b>348</b>	<b>76</b>	<b>37</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>2.105</b>	

#### PERCENTAGEM DOS CASOS DE TINHA, SEGUNDO O GÉNERO E O SEXO, EM RELAÇÃO À IDADE

Anos de idade	T. tricofítica			T. microspórica			T. favosa		
	Sexo			Sexo			Sexo		
	M	F	M/F	M	F	M/F	M	F	M/F
0-5	27,6	22,6	24,7	54,2	52,4	53,4	19,7	15,6	18,1
6-10	49,9	65,8	59,1	38,7	41,1	39,7	32,9	37,2	34,5
11-15	21,3	9,1	14,3	7,1	6,5	6,9	24,1	33,6	27,9
16-20	1,2	1,7	1,5	—	—	—	13,5	8,1	11,4
21-30	—	0,7	0,3	—	—	—	8,8	3,5	6,7
31-40	—	—	—	—	—	—	1,0	1,0	1,0
41-50	—	0,1	0,1	—	—	—	—	1,0	0,4

Em todos os casos observados procurámos definir a espécie, fazendo culturas em meio apropriado.

Dentro do género tricofítico, só conseguimos obter culturas positivas em 808 casos num total de 1.332. Identificamos apenas 4 espécies: «violaceum», «acuminatum», «crateriforme» e «granulosum».

A espécie «violaceum» é predominante, numa percentagem de 82,6, seguindo-se a «acuminatum» em 12,6 %, depois a «crateriforme» em 4,1 % e, finalmente, a «granulosum» em 0,7 %.

Em relação ao sexo, vemos que os valores são sensivelmente iguais, o que talvez nos permita concluir não haver qualquer influência do sexo para o desenvolvimento das espécies.

AGENTE ETIOLÓGICO	SEXO MASCULINO		SEXO FEMININO		TOTAL	
	N.º de casos	%	N.º de casos	%	N.º de casos	%
T. violaceum . . .	333	81,9	396	83,4	734	82,6
T. acuminatum . . .	47	11,4	65	13,7	112	12,6
T. crateriforme . . .	24	5,8	12	2,5	36	4,1
T. granulosum . . .	4	0,9	2	0,4	6	0,7
<b>Total . . .</b>	<b>413</b>	<b>—</b>	<b>475</b>	<b>—</b>	<b>888</b>	<b>—</b>

As espécies «violaceum» e «acuminatum» encontram-se indistintamente em todos os distritos; as espécies «crateriforme» e «granulosum» apenas as encontramos em doentes dos distritos de Braga e do Porto.

#### DISTRIBUIÇÃO DAS ESPÉCIES DE TINHA TRICOFÍTICA PELOS DISTRITOS

Agente etiológico	AVEIRO	BRAGA	BRAGANÇA	PORTO	V. CASTELO	VILA REAL	VISEU	TOTAL
<i>Sexo masculino:</i>								
T. Violaceum . . .	9	18	1	293	15	1	1	338
T. Acuminatum . . .	3	6	—	35	2	1	—	47
T. Crateriforme . . .	—	6	—	18	—	—	—	24
T. Granulosum . . .	—	2	—	2	—	—	—	4
Não classificadas . . .	6	10	1	128	7	—	—	152
<i>Sexo feminino:</i>								
T. Violaceum . . .	19	31	—	325	17	2	2	396
T. Acuminatum . . .	—	4	—	57	3	1	—	65
T. Crateriforme . . .	—	1	—	11	—	—	—	12
T. Granulosum . . .	—	2	—	—	—	—	—	2
Não classificadas . . .	11	16	1	236	25	—	3	292

Quanto às espécies da tinha microspórica, apenas conseguimos identificar 127 casos num total de 279, ou seja numa percentagem de 45,5.

Quase só encontramos a espécie «felineum», em 124 casos, portanto numa percentagem de 97,7; os restantes casos foram da espécie «Audouini». Estes casos, todos observados em Barcelos, devem corresponder a restos de um foco de microsporia «Audouini» que aí verificamos em 1947, como então comunicámos em nota estatística apresentada à Sociedade Portuguesa de Dermatologia, e que, segundo supomos, deve ter sido aí levada por crianças austríacas que nessa terra estiveram algum tempo, algumas das quais tinham a doença citada (5).

A quase totalidade dos casos de tinha microspórica foi localizada no distrito do Porto; apenas 9 casos se distribuíram pelos distritos de Aveiro, Braga e Viana do Castelo, de modo irregular, sem qualquer interesse.

#### DISTRIBUIÇÃO DAS ESPÉCIES DE TINHA MICROSPÓRICA PELOS DISTRITOS

Agente etiológico	AVEIRO	BRAGA	BRAGANÇA	PORTO	V. CASTELO	VILA REAL	VISEU	TOTAL
<i>Sexo masculino:</i>								
M. Felineum . . .	1	3	—	78	1	—	—	83
M. Audouini . . .	—	2	—	—	—	—	—	2
Não classificadas . . .	1	2	—	66	—	—	1	70
<i>Sexo feminino:</i>								
M. Felineum . . .	—	1	—	40	—	—	—	41
M. Audouini . . .	—	1	—	—	—	—	—	1
Não classificadas . . .	—	5	—	77	—	—	—	82

(5) Fonseca, A. e Menezes, L. Q. — O tratamento da tinha no Albergue de Mendicidade do Porto — Trab. da Soc. Portug. Dermat. e Vener., VII, 3: 187-188, 1919.

Quanto à tinha favosa, como já dissemos, quase todos os casos observados se apresentavam com características clínicas tão evidentes que só por si permitiam afirmar a sua etiologia.

Inicialmente, fizemos culturas e sempre verificamos tratar-se da espécie de «achorion Schönlein»; depois, passamos apenas a fazer culturas nos casos em que nos surgiam dúvidas, como aconteceu com alguns doentes em que verificámos estarem infectados com estirpes diferentes.

A este propósito queremos referir que encontramos, ocasionalmente, 9 doentes com infecção mista: 3 tinham favosas (*achorion Schönlein*) concomitantes com tinha tricoftica (*T. violaceum*); uma tinha favosa com uma tinha tricoftica não classificada; 2 tinham tricofticas (*violaceum* e *crateriforme*); 1 tinha tricoftica (*violaceum* e *acuminatum*) e 2 tinham tricofticas (*violaceum*) acompanhadas de tinha microspórica (*m. felineum*).

Para não perturbar a apreciação estatística, não incluímos nos dados atrás referidos estas tinham mistas.

#### RESUMO E CONCLUSÕES

- 1.º) Feito um estudo epidemiológico da tinha no Norte de Portugal, verificámos que esta doença se distribui sobretudo ao longo da costa, com particular frequência nos concelhos de Viana do Castelo, Póvoa de Varzim, Vila do Conde, Barcelos, Porto, Vila Nova de Gaia e Ovar.
- 2.º) Verificámos que a *tinha tricoftica* é predominante, numa percentagem de 63,3; depois, segue-se a *tinha favosa*, em 23,4 %, e em terceiro lugar a *tinha microspórica*, em 13,3 %.
- 3.º) Na distribuição dos diferentes géneros de tinha, segundo a idade, certificámos que a *tinha microspórica* aparece sobretudo até aos 10 anos de idade, em 93,1 % ainda que com maior incidência até aos 5 anos (53,4 % até aos 5 anos de idade e 39,7 % dos 6 aos 10 anos), e depois dos 15 anos não registámos mais nenhum caso; a *tinha tricoftica* é também mais frequente até aos 10 anos de idade, em 83,8 %; todavia a maior frequência é dos 6 aos 10 anos, ao contrário do que se verifica na *tinha microspórica* (24,7 % até aos 5 anos e 59,1 % dos 6 aos 10 anos); na *tinha favosa*, a maior frequência

é dos 6 aos 15 anos de idade, numa percentagem de 62,4 %, encontrando-se ainda depois desta idade numa percentagem de 19,6 %, ao contrário da *tinha tricoftica*, que depois desta idade apenas registamos em 1,9 %.

- 4.º) O estudo das espécies revelou que, entre as tinham tricofticas, a espécie «*violaceum*» tem manifesta prevalência, numa percentagem de 82,6 %, seguindo-se a espécie «*acuminatum*» em 12,6 %, depois a espécie «*crateriforme*» em 4,1 % e em último lugar a espécie «*granulosum*», em 0,7 %. Também se verificou que não existe qualquer predomínio das espécies em relação ao sexo do doente.

Nas tinham microspóricas encontramos praticamente apenas a espécie «*felineum*» numa percentagem de 97,7 %. O restante refere-se à espécie «*Audouini*», que foi disseminada numa região limitada por crianças estrangeiras que acidentalmente viveram no local. Quanto à *tinha favosa* apenas se encontrou o «*achorion Schönlein*». Não se verificou qualquer relação entre as espécies e a distribuição geográfica.

- 5.º) Embora este trabalho realizado seja incompleto, porquanto diz praticamente apenas respeito a crianças que voluntariamente nos procuraram, cremos, todavia, que, atendendo ao número elevado de casos observados (2.105) e à multiplicidade e variedade de lugares de onde os doentes vieram, ele será suficiente para nos dar uma ideia da prevalência e distribuição das tinham no Norte do País.

É possível que outras espécies de tinha sejam encontradas num inquérito mais pormenorizado; no entanto, a sua existência deve ser diminuta e sem interesse.

Consequentemente, julgamos que, por agora, deve ser considerado terminado o estudo da tinha no Norte de Portugal, dentro do ponto de vista epidemiológico, e que os trabalhos que se seguirem devem ser orientados sobretudo no estudo etiopatogénico, com o fim de contribuir para a provável solução deste mal, que em muitas regiões do País tem carácter endémico e constitui verdadeiro flagelo social.

#### DISPENSÁRIO CENTRAL DE HIGIENE SOCIAL DO PORTO

(Director: DR. MÁRIO CARDIA)

#### SERVIÇO DE DERMATOLOGIA E VENERELOGIA

(Chefe do Serviço — Dr. Aureliano da Fonseca)

# A tinha no couro cabeludo no concelho da Póvoa de Varzim

## Inquérito epidemiológico, tratamento e resultados

AURELIANO DA FONSECA

WILHELM OSSWALD

e  
CASIMIRO DE MACEDO

Tendo sido pedida a nossa atenção para o grande número de crianças com tinha no couro cabeludo que apareciam na Póvoa de Varzim, decidimos organizar um serviço de inquérito e de tratamento

Deslocámo-nos à Póvoa de Varzim e, com a colaboração do Subdelegado de Saúde desta vila, fomos examinando sucessivamente as crianças das escolas onde se verificavam focos de tinha. As crianças doentes foram seleccionadas para tratamento do modo seguinte:

- a) Doentes com *tinha microspórica* foram inicialmente submetidas a tratamento pela salicilanilida;
- b) Doentes com *tinha tricoftica* localizada e de evolução recente foram também de início tratados com o creme de salicilanilida;

- c) Doentes com *tinha tricoftica* extensa foram escalonados para depilação pelos raios X;
- d) Doentes com *tinha favosa* foram também escalonados para depilação pelos raios X.

A maior parte das crianças submetidas a tratamento pela salicilanilida fizeram o tratamento em casa, entregue aos cuidados da família, se esta merecia confiança de cumprirem a medicação; as outras vinham ao Posto clínico, onde uma enfermeira lhes fazia a necessária limpeza e applicava o medicamento.

O uso da salicilanilida foi aconselhado da seguinte maneira:

- 1 — Corte total do cabelo, o mais rente possível, mantendo-o assim durante todo o tempo de tratamento;
- 2 — Lavagem diária do couro cabeludo, pela manhã, com água quente e sabão;

- 3 — Secar bem o coiro cabeludo;
- 4 — Seguidamente, untar o coiro cabeludo com o creme de salicilanilida, fazendo forte fricção em toda a cabeça, durante 10 minutos. Repetir este tratamento à noite.

As crianças seleccionadas para tratamento pelos raios X foram enviadas ao Dispensário Central de Higiene Social do Porto. Porém, a subsequente vigilância do tratamento foi realizada no Posto clínico da Póvoa de Varzim.

Este nosso trabalho foi iniciado há um ano e ainda não terminou; nem certamente acabará tão cedo, pois há ainda muito que fazer.

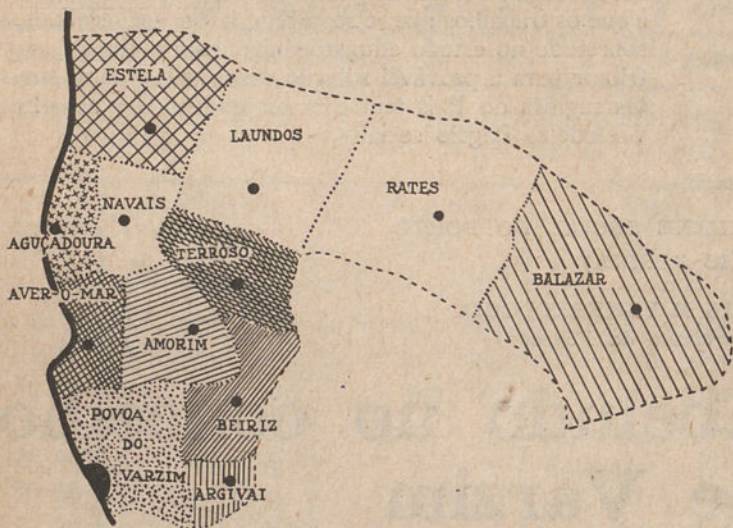
Todavia, parece-nos oportuno fazer um balanço do trabalho realizado, apreciando os resultados obtidos e, possivelmente, concretizar a orientação futura.

Observamos até agora 1.300 crianças suspeitas de estarem infectadas de tinha ou que tinham contactado com crianças doentes. Neste número identificamos 616 crianças infectadas, ou seja uma percentagem de 47,3.

É importante verificar que do número citado de 1.300 crianças pertencem à Vila da Póvoa de Varzim 1.167, entre as quais encontramos 541 crianças infectadas. Este número corresponde a 87,8 % do total de casos identificados (616), a 46,3 % em relação ao total de crianças observadas na vila (1.167) e a 3,2 % em relação ao total de habitantes (16.994).

Depois da vila, as freguesias onde se identificaram maior número de casos foram as de Aguçadoura (18 doentes), Aver-o-Mar (16 doentes), Terroso (18 doentes) e Beiriz (12 doentes). Nas restantes freguesias, de Estela, Amorim, Argivai e Balazar, apenas registamos 11 casos; nas freguesias de Rates, Laúndos e Navais não encontramos nenhum caso de tinha no coiro cabeludo.

#### CONCELHO DA PÓVOA DE VARZIM



#### NUMERO DE CASOS DE TINHA NAS DIFERENTES FREGUESIAS DO CONCELHO DA PÓVOA DE VARZIM

FREGUESIAS	N.º de habitantes	N.º de crianças examinadas			N.º de crianças infectadas		
		M	F	M/F	M	F	M/F
P. de Varzim . . .	16.994	520	647	1.167	218	323	541
Aguçadoura . . .	2.946	39	6	45	13	5	18
Aver-o-Mar . . .	3.575	22	3	25	15	1	16
Balazar . . . . .	1.691	2	3	5	1	—	1
Beiriz . . . . .	2.074	6	8	14	6	6	12
Laúndos . . . . .	1.415	—	—	—	—	—	—
Terroso . . . . .	1.818	4	16	20	4	14	18
Amorim . . . . .	1.644	4	3	7	3	—	3
Argival . . . . .	803	—	1	1	—	1	1
Estela . . . . .	1.902	6	9	15	5	1	6
Navais . . . . .	1.476	1	—	1	—	—	—
Rates . . . . .	1.517	—	—	—	—	—	—
<b>Total . . . . .</b>	<b>37.855</b>	<b>604</b>	<b>696</b>	<b>1.300</b>	<b>265</b>	<b>351</b>	<b>616</b>

O facto de não termos registado nenhum caso de tinha nalgumas freguesias do concelho da Póvoa de Varzim, e noutras freguesias apenas alguns casos isolados, não quer dizer que aceitemos a ideia de não haver tinha naquelas freguesias ou que a sua existência nestas seja coisa accidental.

As crianças até agora examinadas são, na quase totalidade, crianças das escolas, que vieram a observação trazidas pelos seus professores ou familiares.

Naquelas escolas onde tivemos conhecimento ou suspeita de existirem crianças doentes, examinámos praticamente todas as crianças; assim o fizemos na vila da Póvoa de Varzim e nas freguesias de Aver-o-Mar, Aguçadoura, etc. Porém, nas outras freguesias, em virtude da distância a que algumas se encontram da vila, e consequentes dificuldades de transporte, ao lado da incompreensão ou desconhecimento da nossa acção por parte das famílias ou professores, a verdade é que não temos podido realizar um inquérito conveniente. Por outro lado, quer na vila quer nas freguesias, escapam à nossa observação aquelas crianças que por qualquer circunstância estão fora das escolas, algumas das quais têm tinha. Estavam neste caso 12 doentes com tinha favosa que diagnosticámos em indivíduos com mais de 16 anos de idade como adiante veremos.

Todavia, embora seja provável que existam mais casos de tinha nas freguesias acima referidas, o número não deverá ser elevado; de contrário, certamente que, directa ou indirectamente, haveríamos de ter disso conhecimento.

Voltando ao estudo dos 616 casos de tinha identificada, verificámos, em relação ao sexo, o predomínio do sexo feminino, com 351 casos, correspondentes a 56,9 %; no sexo masculino o número é de 265 casos, numa proporção de 43,1 %.

O estudo micológico de todos os casos revelou que a tinha tricofítica é a mais frequente (451 casos), numa percentagem de 73,2. Segue-se a tinha favosa (106 casos), numa percentagem de 17,2, e em terceiro lugar a tinha microspórica (59 casos), numa percentagem de 9,6. É interessante salientar que esta mesma ordenação nos géneros de tinha se verifica separadamente em cada sexo.

Género da tinha	Sexo masculino		Sexo feminino		TOTAL	
	N.º de casos	%	N.º de casos	%	N.º de casos	%
Tinha tricofítica .	178	67,5	273	77,7	451	73,2
Tinha microspórica . . . . .	28	10,8	31	8,8	59	9,6
Tinha favosa . . . . .	59	21,7	47	13,5	106	17,2
<b>Total . . . . .</b>	<b>265</b>	<b>100,0</b>	<b>351</b>	<b>100,0</b>	<b>616</b>	<b>100,0</b>

Em relação ao sexo, a tinha tricofítica aparece mais numerosa no sexo feminino, numa diferença de 21 % em relação ao sexo masculino; na tinha microspórica o número de casos é sensivelmente igual e a diferença em percentagem não merece relevo especial, pois é apenas de 4 %; todavia, na tinha favosa, encontramos maior número de casos no sexo masculino numa diferença, em percentagem, de 11,2 %.

SEXO	T. Tricofítica		T. Microspórica		T. Favosa		TOTAL	
	N.º de casos	%	N.º de casos	%	N.º de casos	%	N.º de casos	%
Sexo masculino	178	39,5	28	47,5	59	55,6	265	43,1
Sexo feminino	273	60,5	31	52,5	47	44,4	351	56,9
<b>Total . . . . .</b>	<b>451</b>	<b>100,0</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	<b>106</b>	<b>100,0</b>	<b>616</b>	<b>100,0</b>

A distribuição dos vários géneros de tinha pelas diferentes freguesias é irregular, não sendo possível sistematizar de modo a permitir fazer qualquer apreciação de interesse.



Em todas

## **AS AFECÇÕES ESPÁSTICAS**

dos órgãos abdominais  
e genitais e nos espasmos  
das partes moles musculares  
durante o parto.

# BUSCOPAN

**ESPASMOLÍTICO COM ACÇÃO ELECTIVA**

*ganglioplégico vagotropo*

Medicação eficaz  
de grande margem terapêutica,  
isenta de acções secundárias.

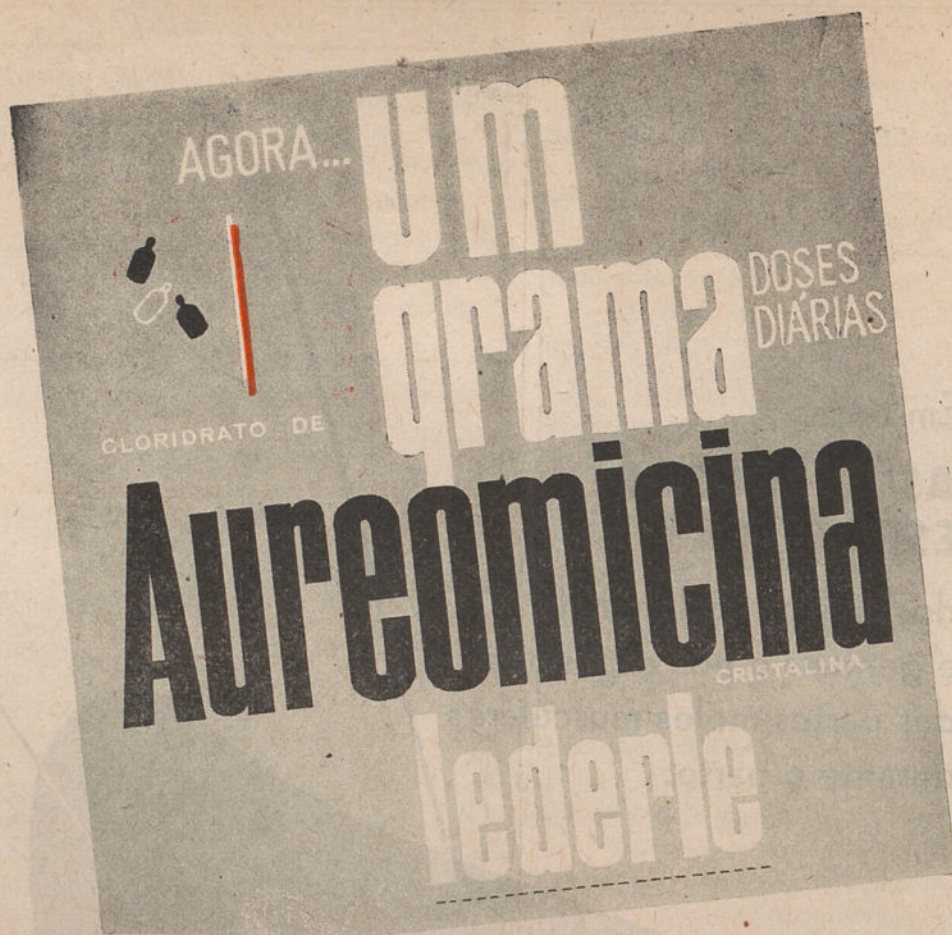


Apresentação: Ampolas, grajeias e supositórios a 0,01 g

**C. H. BOEHRINGER SOHN · INGELHEIM AM RHEIN**

Representantes para Portugal e Ultramar:

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



*Empregada até ao presente em mais de 10.000.000 de casos clínicos, são superiores a 7.000 as comunicações que sobre a Aureomicina se publicaram, provenientes de todos os campos da prática médica mundial. Desde 1949 que a tendência destes estudos vem confirmando a eficácia na aplicação de doses mais reduzidas de Aureomicina, o antibiótico de espectro verdadeiramente amplo e actividade absolutamente uniforme.*

**Lederle** ... uma marca de honra

**O NOVO PLANO DE ADMINISTRAÇÃO DA AUREOMICINA EM DOSES REDUZIDAS:**

Dose	Peso aproximado do paciente	Quantidade a administrar	Número de doses cada 24 horas
0,1 g. diário	8 quilos	Uma dose de 50 mg. duas vezes por dia, depois de comer.	2 doses
0,5 g. diário	40 quilos	Uma dose de 250 mg. duas vezes por dia, depois do almoço e do jantar. Uma dose de 100 mg. cada 3 ou 4 horas, depois das refeições. Uma dose de 50 mg., com leite, cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite.	2 doses 5 doses 10 doses
1,0 g. diário	80 quilos	Uma dose de 250 mg. cada 4 horas, excepto durante 8 horas de noite. Uma dose de 100 mg. cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite.	4 doses 10 doses
1,5 g. diário	120 quilos	Uma dose de 250 mg. cada 3 horas, excepto durante 6 horas de noite.	6 doses



**LEDERLE LABORATORIES DIVISION**

AMERICAN Cyanamid COMPANY

30 ROCKEFELLER PLAZA, NEW YORK 20, N. Y.

*Embalagens:* CÁPSULAS — frascos de 8 e de 16, c/ uma com 250 mg.; frascos de 25, c/ uma com 50 mg. (infantil); frascos de 25, c/ uma com 100 mg. SPERSOIDS (PÓ DISPERSÍVEL) — frasco de 75 g. PASTILHAS — frascos de 25, c/ uma com 15 mg. POMADA — tubos de 14,2 e de 28,4 g. com 30 mg. por grama. OFTÁLMICA — Colírio — frascos conta-gotas com 25 mg.; Unguento — tubos de 3,5 g. a 1%. \* INTRAVENOSA — frascos de 100 mg. com diluente de leucina. NASAL — frascos de 10 mg. FARINGETAS — caixas de 10 com 15 mg. c/ uma. PASTA DENTAL — boiões de 5 g. CONES DENTAIS — tubos de 12 com 5 mg. c/ um. ÓTICO — frascos de 50 mg. \* PÓ VAGINAL — frascos de 5 g. a 200 mg. por g. \* SUPOSITÓRIOS VAGINAIS — frascos de 8. \* PÓ CIRÚRGICO — fr. 5 g. com 200 mg. por g.

\* A introduzir brevemente.

Representantes Exclusivos para Portugal e Ultramar:

**ABECASSIS (IRMÃOS) & CIA.**

Rua Conde Redondo, 64-3.º — LISBOA

Rua de Santo António, 15 — PORTO

DISTRIBUIÇÃO DOS DIFERENTES GÊNEROS DE TINHA PELAS FREGUESIAS

FREGUESIAS	T. Tricofítica			T. Microspórica			Tinha favosa			TOTAL
	M	F	M/F	M	F	M/F	M	F	M/F	
P. de Varzim . . .	148	254	402	18	29	47	52	40	92	541
Aguçadoura . . .	9	2	11	1	—	1	3	3	6	18
Aver-o-Mar . . .	11	—	11	4	—	4	—	1	1	16
Balazar . . . . .	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1
Beiriz . . . . .	4	4	8	2	2	4	—	—	—	12
Laundos . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Terroso . . . . .	3	12	15	1	—	1	—	2	2	18
Amorim . . . . .	—	—	—	1	—	1	2	—	2	3
Argivai . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1
Estela . . . . .	3	1	4	—	—	—	2	—	2	6
Navais . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rates . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>Total . . . . .</b>	<b>178</b>	<b>273</b>	<b>451</b>	<b>28</b>	<b>31</b>	<b>59</b>	<b>59</b>	<b>47</b>	<b>106</b>	<b>616</b>

Quanto à incidência dos diferentes géneros de tinha segundo a idade, observamos que, quer no sexo feminino quer no sexo masculino, o maior número de casos foi registado entre os 6 e os 10 anos de idade, com 383 casos (nos dois sexos), numa percentagem de 62,1; abaixo dos 5 anos de idade, encontramos 124 casos, correspondentes a uma percentagem de 20,1; depois dos 11 anos e até aos 15, encontramos ainda grande número de casos, um total de 96, correspondente a uma percentagem de 17,2; finalmente, depois dos 16 anos de idade, apenas registámos 13 doentes, numa percentagem de 2,1.

DISTRIBUIÇÃO DOS DIFERENTES GÊNEROS DE TINHA PELAS FREGUESIAS

FREGUESIAS	T. Tricofítica			T. Microspórica			Tinha favosa			TOTAL
	M	F	M/F	M	F	M/F	M	F	M/F	
P. de Varzim . . .	148	254	402	18	29	47	52	40	92	541
Aguçadoura . . .	9	2	11	1	—	1	3	3	6	18
Aver-o-Mar . . .	11	—	11	4	—	4	—	1	1	16
Balazar . . . . .	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1
Beiriz . . . . .	4	4	8	2	2	4	—	—	—	12
Laundos . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Terroso . . . . .	3	12	15	1	—	1	—	2	2	18
Amorim . . . . .	—	—	—	1	—	1	2	—	2	3
Argivai . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1
Estela . . . . .	3	1	4	—	—	—	2	—	2	6
Navais . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rates . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>Total . . . . .</b>	<b>178</b>	<b>273</b>	<b>451</b>	<b>28</b>	<b>31</b>	<b>59</b>	<b>59</b>	<b>47</b>	<b>106</b>	<b>616</b>

Procurámos identificar as espécies de tinha fazendo culturas em meio glucosado de Sabouraud (utilizando produtos dos Laboratórios Difco); porém, infelizmente, não pudemos obter resultados positivos em todos os casos.

Na tinha tricofítica apenas conseguimos identificar 276 casos, numa percentagem de 61,2, e encontramos as seguintes espécies: 252 casos de «T. violaceum» (91,3%), 18 casos de «T. acuminatum» (6,5%) e 6 casos de «T. crateriforme» (2,2%). Estes valores repartem-se nos dois sexos em percentagens praticamente iguais.

Espécie da Tinha	Sexo masculino		Sexo feminino		TOTAL	
	N.º de casos	%	N.º de casos	%	N.º de casos	%
T. violaceum . . .	100	90,1	152	92,1	252	91,3
T. acuminatum . .	8	7,2	10	6,1	18	6,5
T. crateriforme . .	3	2,7	3	1,8	6	2,2
<b>Total . . . . .</b>	<b>111</b>	<b>100,0</b>	<b>165</b>	<b>100,0</b>	<b>276</b>	<b>100,0</b>

Na tinha microspórica encontramos apenas a espécie «feli-neum», em 47 casos (20 do sexo feminino e 27 do sexo masculino), correspondentes a uma percentagem de 79,6.

Quanto à tinha favosa, cultivámos apenas 20 casos, que foram todos positivos, revelando o «Achorium de Schönlein».

\*

Vejamos agora quais os resultados conseguidos com o tratamento.

Submetemos a tratamento pela salicilanilida, nas condições referidas no princípio deste trabalho, 197 crianças, das quais 168 sofriam de tinha tricofítica e 29 de tinha microspórica. Fizemos o tratamento durante um período de tempo até 7 meses e verificámos que durante este período apenas conseguimos a cura em 24,3%, correspondentes a 39 tinhas tricofíticas e 9 tinhas microspóricas, respectivamente 23,2% e 31,0%. Durante este período de tratamento, abandonaram a medicação 39 crianças que desconhecemos se curaram ou não. Aceitamos a segunda hipótese, visto que da última vez que foram observadas o estado da doença mantinha-se praticamente na mesma. Portanto, não conseguimos resultados com o tratamento em 110 doentes, numa percentagem de 66,0%. Devemos esclarecer, porém, que atribuímos parte do insucesso (sobretudo em relação às microspórias), à incúria e dificuldades técnicas da parte da família das crianças, porquanto, infelizmente, a maior parte dos doentes eram pobríssimos. Alguns casos curaram de modo rápido, sobretudo nos casos de infecção recente ou que tinham infecção secundária associada.

Devemos notar que uma parte dos doentes que abandonaram o tratamento o fizeram propositadamente, porque só teimavam em pedir o tratamento pelos raios X, por o julgarem o único meio suficiente e eficiente para se conseguir a cura da doença.

Tinha	N.º de doentes em tratamento			N.º de doentes que abandonaram o tratamento			N.º de doentes não curados			N.º de doentes curados		
	M	F	M/F	M	F	M/F	M	F	M/F	M	F	M/F
T. tricofítica . . .	74	94	168	20	10	30	39	60	99	15	24	39
T. microspórica . .	16	13	29	8	1	9	4	7	11	4	5	9
<b>Total . . . . .</b>	<b>90</b>	<b>107</b>	<b>197</b>	<b>28</b>	<b>11</b>	<b>39</b>	<b>43</b>	<b>67</b>	<b>110</b>	<b>19</b>	<b>29</b>	<b>48</b>

Quanto a depilações pelos raios X, até agora aplicámos este método de tratamento a 406 doentes: 276 tinhas tricofíticas, 29 tinhas microspóricas e 101 tinhas favosas.

TINHA	Tendo feito antes salicilanilida			Sem outro tratamento anterior			Total		
	M	F	M/F	M	F	M/F	M	F	M/F
T. tricofítica . . . . .	14	54	68	72	136	208	86	190	276
T. microspórica . . . . .	3	4	7	4	18	22	7	22	29
T. favosa . . . . .	—	—	—	55	46	101	55	46	101
<b>Total . . . . .</b>	<b>17</b>	<b>58</b>	<b>75</b>	<b>131</b>	<b>200</b>	<b>331</b>	<b>148</b>	<b>258</b>	<b>406</b>

A todos os doentes aplicámos a técnica clássica de Kienböck-Adamson irradiando em cada campo 350 a 400 r, inicialmente com filtro de 0,5 mm de Al., mas ultimamente sem qualquer filtro, com voltagem de 80 quilovats, 6 miliamperes, que nos dá uma irradiação de 300 r por minuto. Utilizamos um aparelho da Casa Picker-X-Ray Corp.

Devemos salientar que em nenhum doente tivemos qualquer aborrecimento como consequência da aplicação dos raios X;

apenas um ou outro raro doente teve cefalalgias ou estado nauseoso algumas horas após a irradiação.

Depois da irradiação, aconselhamos a todos os doentes o seguinte tratamento:

- 1 — Lavar, diàriamente, pela manhã, o coiro cabeludo com água bem quente e sabão, fazendo forte fricção com um pano áspero;
- 2 — Depois de secar convenientemente a cabeça, fazer forte fricção com soluto hidro-alcoólico de iodo e iodeto de potássio (1 gr. de iodo metalóide, 3 gr. de iodeto de potássio, 50 gr. de álcool e 250 gr. de água destilada);
- 3 — À noite, fazer forte fricção em toda a área do coiro cabeludo com pomada de enxofre precipitado e ácido salicílico (aa) 10%, durante o tempo mínimo de 10 minutos.

Este tratamento é mantido até se obter a cura aparente da doença, portanto, durante um período médio de 3 a 4 meses.

Os resultados até agora registados são os seguintes: deixaram de comparecer às consultas de vigilância 23 doentes, pelo que, conseqüentemente, desconhecemos os resultados obtidos; temos aparentemente curados, mas ainda em observação, 72 doentes e temos conhecimento de 16 casos recidivados ou reinfectados. O total de curados é de 295 crianças, numa percentagem de 72,6 em relação ao total de doentes submetidos a depilação pelos raios X. Se acrescentarmos ao número citado os 72 doentes ainda em observação, mas aparentemente já curados, a percentagem atinge a cifra de 90,3.

Tinha	N.º de doentes que abandonaram o tratamento			N.º de doentes com recidiva ou reinfectados		
	M	F	M/F	M	F	M/F
T. tricofítica . . . . .	9	11	20	8	4	12
T. microspórica . . . . .	—	—	—	—	—	—
T. favosa . . . . .	3	—	3	3	1	4
<b>Total . . . . .</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>23</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>16</b>

É interessante salientar que entre as tinhas microspóricas não temos nenhum insucesso e que em todos os casos a cura pôde ser comprovada passados logo poucos dias depois da queda do cabelo e aplicado o tratamento conveniente.

Tinha	N.º de doentes em observação			N.º de doentes já curados		
	M	F	M/F	M	F	M/F
T. tricofítica . . . . .	19	36	55	50	139	189
T. microspórica . . . . .	2	2	4	5	20	25
T. favosa . . . . .	9	4	13	40	41	81
<b>Total . . . . .</b>	<b>30</b>	<b>42</b>	<b>72</b>	<b>95</b>	<b>200</b>	<b>295</b>

Restam-nos ainda para tratamento 123 crianças:

Tinha	N.º de doentes em tratamento		
	M	F	M/F
T. Tricofítica . . . . .	57	49	106
T. microspórica . . . . .	9	3	12
T. favosa . . . . .	4	1	5
<b>Total . . . . .</b>	<b>70</b>	<b>53</b>	<b>123</b>

#### CONCLUSÕES

- 1) — A tinha no coiro cabeludo tem existido no concelho da Póvoa de Varzim, principalmente na vila, numa percentagem de tal modo elevada que podemos considerar a doença

endémica e constituindo um grave problema médico-social. Além do aspecto intrínseco da doença, a sua existência nesta terra afasta da sua praia muitas famílias que habitualmente ali iam passar a época de verão, prejudicando assim o aspecto económico da localidade.

- 2) — O género de tinha predominante é, sem dúvida, a *tinha tricofítica*, numa percentagem de 73,2; segue-se a *tinha favosa*, em 17,2%, e em terceiro lugar a *tinha microspórica* em 9,6%.

A proporção elevada de tinha favosa, colocada em segundo lugar, é um índice do baixo nível social do meio onde a tinha se tem difundido, que é principalmente o meio piscatório.

- 3) — As espécies identificadas foram, entre as tinhas tricofíticas, primeiramente o «*T. violaceum*» (91,3% em relação ao total de tinhas tricofíticas), depois o «*T. acuminatum*» (em 61,5% e em terceiro lugar o «*T. crateriforme*» (em 2,2%; na tinha microspórica apenas identificámos o «*M. felineum*» e na tinha favosa o «*Achorio de Schönlein*».

- 4) — Os ensaios de tratamento realizados com o *creme de sabi-cilanilida* não resultaram satisfatórios, porquanto o baixo nível social da quase totalidade das crianças submetidas a este tratamento não permitia a necessária compreensão e possibilidades para executarem as regras aconselhadas. Por isso, apenas conseguimos 24,3% de curas, em relação ao total de crianças submetidas a esta medicação. A experiência que já possuímos sobre este medicamento permite-nos afirmar que só é possível conseguir bons resultados se forem realizadas estas três condições:

1 — Cuidadosa selecção dos casos (principalmente microspóricas e tricofitias localizadas ou discretas e de evolução recente);

2 — Correcta execução da técnica apontada anteriormente;

3 — Cuidadosa vigilância e *contrôle* por médico tecnicamente preparado neste assunto.

- 5) — O método de tratamento seguido como rotina foi o da *depilação pelos raios X*, seguido da conveniente depilação manual e desinfecção de toda a área do coiro cabeludo, utilizando fricções com soluto hidro-alcoólico de iodo e iodeto de potássio e pomada queratolítica de ácido salicílico e enxofre a 10%. Assim conseguimos obter 90,3% de curas entre os doentes já tratados.

- 6) — Até agora, que saibamos, apenas tivemos 3,9% de *recidivas ou reinfectões* (em relação ao total de doentes submetidos ao segundo método de tratamento).

- 7) — Verificado o êxito da campanha realizada, parece-nos que ela deverá ser intensificada, procurando realizar uma cuidadosa e sistemática inspecção de todas as crianças das escolas e daquelas que já ultrapassaram a idade escolar, com o fim de despistar os casos de tinha favosa.

- 8) — Há necessidade de organizar um programa de educação e esclarecimento em relação ao aspecto profiláctico da tinha, principalmente junto de professores e educadores. Por outro lado, ainda dentro deste programa, há necessidade de organizar um serviço social, com assistentes sociais ou auxiliares sociais convenientemente preparadas, que possam ir ao próprio meio familiar instruir sobre a perfeita execução técnica da medicação, destruir certos preconceitos arraigados, que são mantidos e desenvolvidos por diverso curandeirismo da região, e inquirir e descobrir os focos ocultos ou fugitivos. Enfim, realizar um conjunto de medidas que desperte na população a necessária compreensão e colaboração, sem a qual toda a acção sanitária resultará ineficiente.

Queremos manifestar os nossos agradecimentos por toda a colaboração prestada, sem a qual o nosso trabalho não poderia ter sido realizado, ao Ex.<sup>mo</sup> Sr. Dr. Américo Graça, subdelegado de Saúde na Póvoa de Varzim, e Ex.<sup>mo</sup> Sr. Capitão António Mota, presidente da Câmara Municipal da mesma vila.

A. F.

Como continuação do presente número de «O Médico», o próximo é também dedicado à tinha.

## S U P L E M E N T O

### A PROPÓSITO DE CONGRESSOS

Se há quem julgue que os Congressos de Medicina são apenas a expressão eufemística duma convivência agradável entre médicos, eu não o creio, já pela soma de trabalho que neles se realiza, já pelo volume de conhecimentos que neles se revela. Aceito mesmo que a eles preside um espírito de sacrifício invulgar e a constante disciplinadora de um horário que absorve toda a ânsia de liberdade que surge quando a fadiga sobrevem. Vou ainda ao ponto de julgar cada congressista como um prisioneiro voluntário do programa de trabalho que aceitou, incapaz duma transgressão para recreio dos sentidos ou para descanso do corpo. Se veio para cumprir uma missão, fá-lo escrupulosamente, com a dedicação que as grandes causas inspiram. As razões que o obrigaram a abandonar o seu país, a sua família e os seus interesses não podem ser traídas pelas tentações repou-santes duma breves férias, nem pela volúpia atraente dum clima ameno. A humanidade que sofre — espera; e não é em vão que confia aos médicos as suas grandes torturas e as dores íntimas do seu sofrimento.

Pode legitimamente perguntar-se se, para uma troca de ideias, a comunicação duma conquista científica, a descrição dum estranho caso clínico, não bastaria confiar às revistas médicas os conhecimentos que a experiência vai dando e esperar que os resultados sejam confirmados pela experiência alheia. Pode ainda legitimamente dizer-se que é maior a expansão do pensamento que se escreve do que daquele que se diz. Simplesmente, na

falta de comunicabilidade e convívio humanos, há limitações que não deixam esclarecer devidamente os problemas, nem criar as condições de trabalho necessárias para progredir. O homem, mesmo aquele que se não entrega às fraquezas humanas da vaidade e do orgulho, tem necessidade de ser escutado e aplaudido, de ser combatido por vezes, para que não julgue ter caído em terreno sáfaro o seu trabalho, nem as suas ideias perdidas no desinteresse alheio. A discussão, quando se trava num plano elevado e num ambiente compreensivo, é estimulante e obra prodígios, sobretudo no campo da medicina onde a experiência do sofrimento humano apura a sensibilidade. Se pensarmos que há médicos que trabalham uma vida inteira, que estudam, que meditam, que observam, para dar em poucas palavras, num desses Congressos, o fruto paciente de tão longo labor, ficamos surpreendidos. Se soubermos que há outros que vivem dentro de laboratórios e enfermarias, que definham e morrem para que outros homens possam viver sem que as grandes doenças funcionais, nem as extensas lesões orgânicas os amarrem ao sofrimento, a nossa surpresa transforma-se em admiração. Mas se ao nosso conhecimento chega a certeza de que esses sacrifícios se fazem anónima e silenciosamente, sem que em troca nada peçam, a nossa admiração é veneração que saudamos com respeito e humildade por ultrapassarem o que é condição normal do homem. Se neles se pode estranhar o desejo de comunicar o fruto das suas experiências aos outros médicos, saindo do recolhimento a que voluntária-

mente se entregam, não se lhes pode negar a tribuna, nem regatear-lhes os aplausos, sobretudo aqueles que na compreensão alheia encontram o melhor e o mais carinhoso estímulo para o seu trabalho e sensibilidade.

Vistos por este ou outro aspecto, os Congressos Médicos são necessariamente úteis. Bastaria a aproximação de homens de diferentes nacionalidades e de credos políticos diversos, mas ligados pelo pensamento comum de serem úteis à humanidade, para que a sua ideia tivesse plena justificação. No trabalho que neles se realiza, há uma linha de progresso que não se quebra nem se extingue. Há sobretudo uma política de compreensão pelo caminho da ciência que não deve ser indiferente aos homens de Governo. Pelo menos, através dos Congressos, colhe-se a certeza que os homens se podem dar as mãos sem preocupações raciais nem receios de doutrinações políticas. Como se desejam conhecer, olham-se de frente, estimam-se, admiram-se, impregnam as suas reuniões com o espírito de íntima cordealidade que torna o trabalho frutuoso e útil. Sabem que a missão que sobre eles pesa se repercute, pelos resultados, em toda a humanidade e que o sofrimento alheio, só pela dedicação dos médicos e pelo progressivo avanço das ciências, será minorado. Sabem também que o seu exemplo pode influenciar uma larga fracção da humanidade. E isso lhes basta para terem, numa larga medida, a consciência da sua grande responsabilidade.

**JOAQUIM PACHECO NEVES**

# CRÓNICA DE GOA

A Índia Portuguesa está em festa. Está também em festa a nossa secular Escola Médica de Goa e bem assim a «Ordem dos Médicos da Índia Portuguesa». No semblante da inteira Classe Médica do País apenas se verificam alegria e sorrisos. É um acontecimento extraordinário que se dá pela primeira vez em Goa e que marca uma idade áurea e prometedora na História Médica de Goa.

Uma Missão Catedrática constituída de quatro Professores das Universidades de Medicina Portuguesa, de Lisboa, do Porto e de Coimbra está entre nós desde o dia 21 do corrente. Foi recebida de braços abertos por toda a Classe Médica de Goa e bem assim por toda a população culta do Estado da Índia.

A Missão Catedrática vem assim constituída: Prof. Dr. Vaz e Serra, da Faculdade de Medicina de Coimbra; Prof. Dr. Álvaro Rodrigues, da Faculdade de Medicina do Porto; Prof. Dr. Cândido de Oliveira, do Instituto «Câmara Pestana» de Lisboa e Prof. Dr. Fraga de Azevedo, do Instituto de Medicina Tropical de Lisboa.

Os quatro Mestres de Medicina Portuguesa vêm a Goa ensinar a todos os médicos: Lentes da Escola Médica de Goa, médicos do Quadro de Saúde e médicos particulares ou livres. Vêm organizar os Cursos de Actualização e de Aperfeiçoamento entre nós, proferindo lições de ordem teórica e prática. Todos os quatro Catedráticos representam alguns dos sectores mais importantes de medicina geral e vão versar temas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Microbiologia e Parasitologia ou Medicina Tropical.

Todos os quatro Catedráticos constituem nomes de relevo no domínio médico internacional. O número de quase 500 médicos que existem em Goa muito vai aproveitar com as suas sábias lições. E, como consequência natural, toda a população daqui poderá sentir-se mais feliz, agora, porque de futuro terá a ventura de ser tratada quando está doente por médicos mais bem treinados e habilitados, que terão já em dia os seus conhecimentos técnicos profissionais actualizados e aperfeiçoados. Estarão aqui durante um mês e meio. Acompanha a Missão Catedrática todo o material necessário

para as demonstrações teóricas e práticas, que foi trazido para Goa pelo aviso de guerra «Bartolomeu Dias».

Suas Ex.<sup>as</sup> vêm acompanhados das respectivas esposas e encontram-se instalados no «Hotel Mandovi», da capital.

Os quatro Catedráticos, segundo os conhecemos pelas revistas nacionais como «O Médico», são individualidades de destaque nos meios científicos internacionais, estudiosos e apaixonados. Por certo, as suas lições vão constituir para nós surpresas agradáveis no domínio das últimas investigações em medicina. Porquanto — digamos a verdade, que longe de nos envergonhar, só nos engrandece, pois o médico é um eterno estudante — nós andamos sempre retrógrados na prática e nas experimentações, apenas com conhecimentos teóricos que lemos nas revistas nacionais e estrangeiras.

Nas colunas do prestigioso semanário «O Médico», saudamos, pois, a Embaixada Médica Portuguesa que em Goa representa o Portugal Médico.

Além de organizar os Cursos de Actualização e de Aperfeiçoamento, a Missão Catedrática vem ver *de visu* e corrigir o estado actual em que se encontra a nossa vetusta ALMA MATER. A sua vinda para Goa representa, de outro lado, elo indissolúvel que liga Goa à Mãe-Pátria e funde entre si a Medicina Continental e a Medicina Ultramarina.

O Sr. Ministro do Ultramar, Com. Sarmiento Rodrigues, espírito de visão genial, bem merece da inteira população do Estado da Índia por esta sua iniciativa feliz, que vai trazer benefícios evidentes ao País, à Classe Médica de Goa e à população de Goa, como já dissemos. Vêm a seguir ao Sr. Dr. Almerindo Lessa, que foi quem primeiro deu o grito de alarme e apresentou ao Governo Central da Metrópole as deficiências e as mazelas da nossa Escola Médica de Goa; o Sr. Dr. Mário Cardia, o desassombrado director de «O Médico», do Porto, foi quem publicou no seu semanário a nossa Crónica de Goa n.º 1 da epígrafe de «Escola Médica de Goa e Serviços de Saúde, Homenagem de respeito e de gratidão ao Prof. Froilano de Mello», na sua edição de 1 de Janeiro do corrente ano, na qual sem reboços nem tutela apontámos serenamente como um bom filho da

Casa um sem-número de deficiências e males que enfermam a nossa bendita Escola Médica de Goa, para os quais reclamamos terapêutica urgente: *roulément*, em comissão de serviço de pelo menos 3 anos dos lentes da Escola Médica de Goa que a Lisboa iriam actualizar e aperfeiçoar os seus conhecimentos profissionais médicos e dos Mestres da Medicina Portuguesa que para Goa — ainda que com sacrifícios de toda a espécie — viriam com o mesmo fim de actualizar e aperfeiçoar os conhecimentos da inteira Classe Médica do País. E assim foi, na verdade.

Goa inteira agradece, reconhecida, esta atenção dispensada pela Mãe-Pátria à Índia Portuguesa, que espera ainda receber mais benesses neste sentido do Governo Central, que constituirão a continuação da feliz iniciativa do actual Ministro do Ultramar. Porque, assim, mais uma vez a Escola Médica de Goa merecerá as honras de reorganização depois de 7 anos sobre a sua última reorganização.

Os Cursos tiveram início em 23 do corrente. Proferiram sábias lições os Profs. Drs. Cândido de Oliveira sobre a «Citologia das bactérias» e Vaz e Serra sobre as «Gastrites».

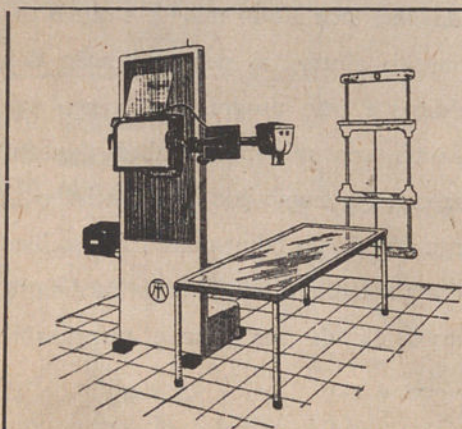
O Prof. Cândido de Oliveira, como o Dr. Almerindo Lessa, tem palavra fácil e elegante; deu-nos muita novidade sobre a estrutura das bactérias com projecções luminosas práticas, estudo das bactérias à luz do microscópio electrónico, novos métodos de coloração, etc.

O Prof. Vaz e Serra, *causeur* dos mais agradáveis, fino conversador em uma conversa atraente que prendia o auditório imenso constituído de lentes, de médicos, de estudantes de medicina, de autoridades, da imprensa e de gente culta de Goa e que enchia todo o anfiteatro da Escola Médica de Goa — com ideias bem concenadas e vestidas de uma grande modéstia, a suprema característica dos «grandes», disse-nos muito sobre o pesado e o eterno quebra-cabeça para os médicos que constitue o capítulo extenso da úlcera gástrica, do cancro do estômago, da ptose do estômago, da grande interrogação das dispepsias, gastrite alcoólica, etc.

Estas lições foram proferidas na tarde de 23 de Setembro na Escola Médica de Goa, da qual hoje mais do que nunca dava-nos vontade de continuar a ser estudante, porque muito mais que aprendemos quando estudante da Escola Médica de Goa teríamos aprendido presentemente se tivéssemos tido então mestres de medicina da envergadura destes Professores. É pena que, por motivos de ordem profissional, não possamos assistir a todas as suas lições. Mas esperamos assistir a todas as lições de Patologia Médica do Prof. Vaz e Serra, que mais de perto nos interessam.

Mapuçá, 24 de Setembro de 1953

VENTURA PEREIRA.



## 10 NOVOS MODELOS

Aparelhos de Raios X para a radiografia e radiosopia de 10-20-50 e 100 miliampères. Preços e condições excepcionalmente vantajosos.

Enviamos catálogos e descrições sem compromisso.

**SOCIEDADE COMERCIAL MATTOS TAVARES, LDA.**

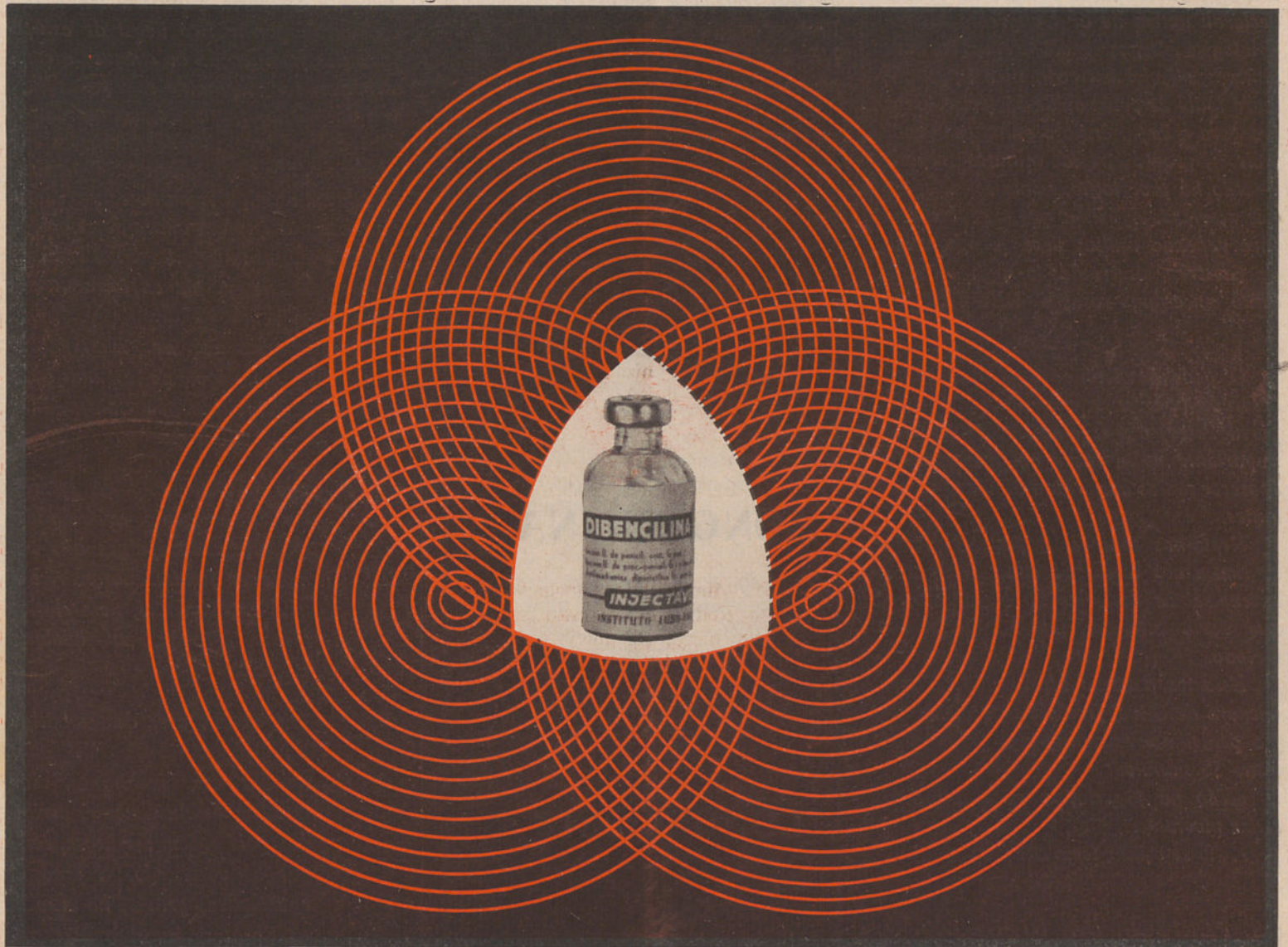
A maior organização de Raios X em Portugal

Rua dos Sapateiros, 39-2.º — LISBOA — Tel. 25701 — (fundada em 1920)  
NO PORTO: BACELAR & IRMÃO, LDA. — EM COIMBRA: FARIAS, LDA.

# UM NOVO PROGRESSO NA PENICILINATERAPIA

Associação de  
 N, N' - dibenziletlenadamina dipenicilina G (Dibencilina)  
 Penicilina G potássica e Procaína - penicilina G

TRÊS FORMAS DE PENICILINA COM VELOCIDADES DE ABSORÇÃO DIFERENTES



ACÇÃO INICIAL DA PENICILINA POTÁSSICA (4 horas)  
 ACÇÃO PRÓXIMA DA PROCAÍNA-PENICILINA-G (12 a 14 horas)  
 ACÇÃO MUITO PROLONGADA DA «DIBENCILINA» (até 14 dias)

# Dibencilina. P

INSTITUTO LUSO-FARMACO — LISBOA

# ECOS E COMENTÁRIOS

## A FORÇA DO HIPNOTISMO

Dos jornais:

ROMA, 10 — Um delegado singalês declarou aqui num congresso científico internacional que tinha hipnotizado e morto bactérias, utilizando «concentração e nada mais». Richard da Silva, do Instituto de Investigação Médica de Ceilão, declarou ontem no 6.º Congresso Micro-Biológico Internacional: «Peguei em duas lâminas e isolei em cada uma delas número igual de colónias de bactérias. Uma era para a experiência e outra para controle. Durante trinta minutos repeti: — Não há procriação, estais estéreis, estais mortas». Afirmou que a experiência fora repetida muitas vezes e o número de bactérias destruídas atingiu 60 por cento em alguns casos. — REUTER.

O poder antibiótico do Dr. Richard da Silva (provavelmente descendente de portugueses) é altamente curioso e muito importante nesta época em que estão a aparecer tantas bactérias antibiótico-resistentes.

Resta-nos saber se o poder referido se limita aos meios de cultura ou se é extensível às bactérias no organismo, o que daria interesse muito especial ao método.

Estamos a ver o espectáculo do Dr. Richard da Silva, frente a uma blenorragia penicilino-resistente, e a prégar durante 30 minutos:

«Não há procriação, estais estéreis, estais mortas».

... E se calhar teria clientela ...

## OS PERIGOS DA DIVULGAÇÃO DE ASSUNTOS DE MEDICINA NA IMPRENSA NÃO MÉDICA

Sobre a notícia, que muitos jornais portugueses publicaram há alguns meses sobre a pretensa cura da catarata por meio de injeções de um extracto de cristalinos de peixes, publicou, no diário «Primeiro de Janeiro», recentemente, o distinto clínico do Porto Dr. Castro Silva o seguinte esclarecimento:

«Tais notícias provocaram vivo interesse no público em geral e nos doentes afectados de cataratas em particular, os quais, em avultado número, começaram a afluír aos nossos consultórios, para se informarem sobre a sua veracidade. Quando as primeiras notícias vieram a

lume, puz logo em dúvida que tal tratamento tivesse fundamento sério, visto que nenhuma comunicação tinha aparecido nas revistas ou congressos oftalmológicos, estranhando, também, que o nome do autor ou dos seus associados não figurasse na lista dos oftalmologistas dos E. U. A. No entanto, para poder dar aos meus clientes informação concreta, obtive do meu colega e amigo Dr. Guemesey Frey, do Manhattan Eye Hospital de Nova Iorque, a informação de que se tratava de uma charlatanice, estando em

curso uma acção judicial contra esse médico, que, de facto, não é oftalmologista. Mais recentemente, porém, foi tornado público, nos E. U. A., o resultado do inquérito mandado fazer sobre o assunto, pelo «Comitee on Ophthalmology of the National Research Council», o qual tomou conhecimento de que esse Dr. Schropshin era um indivíduo sem escrúpulos, sem qualquer categoria científica, tendo sido condenado por tráfico ilegal de estupefacientes falsificação de cheques e como alcoólico. Foi depois de sair pela última vez da prisão, que conseguiu associar-se com dois outros médicos, também não oftalmologistas, provavelmente também de poucos escrúpulos ou desconhecedores do triste «curriculum vitae» desse colega, interessando-os na criação de tal Instituto de Catarata, a fim de explorarem esse tratamento.

Prosseguindo nas suas averiguações, a dita comissão, depois de reunidas todas as provas convenientes, concluiu:

1.º — que o tratamento da catarata com o antigénio extraído dos cristalinos dos peixes não tem qualquer fundamento teórico e, nem experimental, nem clinicamente, provou ter qualquer eficácia.

2.º — que as injeções destes antigénios, já em tempos ensaiadas, também sem resultados, mostram-se, potencialmente, perigosas, pois podem dar lugar, como já foi verificado, a reacções anaplásticas graves, no caso de os doentes, que tais injeções tenham tomado, virem mais tarde a ser operados de catarata.»



## LONGACILINA

N, N'-Dibenziletlenadiazina-dipenicilina G. Composto de reabsorção muito lenta.

Cada comprimido: 150.000 U.  
Actividade: 8-12 horas

## LONGACILINA A

Soluto aquoso estável pronto a injectar.  
Escassa reacção local. Menos reacções gerais que a penicilina-procaína.

Frascos de 300.000 U.  
Actividade: 7 dias

Frascos de 600.000 U.  
Actividade: 14 dias

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO  
PASTEUR DE LISBOA

## DR. MÁRIO CARDIA

O nosso director, Dr. Mário Cardia, parte amanhã para Madrid, onde vai assistir à 1.ª Reunião da Sociedade Espanhola para o Estudo da Esterilidade — uma das primeiras sociedades deste género que se organizou na Europa, e que conta numerosos sócios. Regressa ao Porto no próximo dia 14.



# DICOTOMIA

ÁLVARO DE MENDONÇA E MOURA

*Integrado no Curso de Deontologia Médico organizado pela J. U. C. do Porto, realizou uma lição sobre «Dicotomia» o nosso distinto colaborador Dr. Álvaro de Mendonça e Moura. Publicamos a seguir um excerto dessa palestra, que transcrevemos, com a devida vénia, da «Acção Médica».*

Insofismavelmente condenada a Dicotomia por vários Códigos Deontológicos, quer como agenciamento de clientela, quer como autêntico abuso de confiança, na maioria dos casos, não é indiferente averiguar até que ponto tem suscitado o interesse de outros meios médicos estrangeiros e, em especial, da *World Medical Association*.

Constituída esta após a última guerra, quando tantos crimes contra a moral e o direito acabavam de ser praticados em todos os domínios da acção humana, no campo da Medicina como nos demais e os dos vencidos vinham ao conhecimento público, mais como vingança e elemento de propaganda dos vencedores do que como expiação, que só um poder neutral e superior estava em condições de impor, entendeu esta organização chamar a atenção dos médicos para as regras morais que nunca deviam ter abandonado. E das locubrações dos seus primeiros entusiastas saiu o chamado *Juramento de Genebra*.

Conciso, limitado às bases da ética profissional, influenciado ainda pelos horrores da catástrofe mundial que acabava de viver-se, não deixa de assinalar, no seu articulado, o primado do interesse do doente nos cuidados do exercício profissional do médico.

— *Considerarei a saúde do meu paciente como o meu primeiro cuidado.* E nesta frase se pode ver a condenação da dicotomia que, tal como demonstrámos, secundariza o interesse do doente perante práticas idênticas à dicotomia tómica.

Também na breve introdução do *Code of Ethics* da *Canadian Medical Association*, podem encontrar-se preceitos que definem a posição moral dos médicos perante práticas idênticas à dicotomia.

Entre aqueles e incluído no capítulo dos Deveres Gerais dos Médicos, podemos ler:

*«A profissão médica não deve em caso algum ser assemelhada a um comércio».*

*«Toda a entrega ou aceitação de dinheiro, efectuada a ocultas do paciente, seja por pessoas, seja por quaisquer empresas... é interdita».*

Mas não é tudo; mais adiante, entre os deveres para com os doentes, vamos ver que o médico *«deve ao doente todos os recursos da sua ciência e toda a sua dedicação»*, posição incompatível com a dicotomia, que subalterniza o interesse do doente e não consente consagrar-lhe toda a dedicação do médico e que, equiparando a medicina a um comércio objecto, se

funda na entrega e na aceitação de dinheiro a ocultas do paciente.

Referiram-se alguns médicos católicos de Valência, há poucos anos e em exposição ao seu Prelado, a determinado tipo de dicotomia apelidado de *capilla ou rueda* e que, segundo as suas próprias palavras, consiste em que o *desgraçado enfermo a quem vê um dos doutores componentes de uma dessas «ruedas» tem que ser visitado pelo resto dos componentes, ainda que não precise do seu exame*.

Nada há que acrescentar aqui ao que sobre o assunto fica atrás. Na verdade, a *capilla* ou *rueda* dos médicos espanhóis também possui tradição em Portugal, onde todavia estas práticas dicotómicas, que não são aliás exclusivas da profissão médica, estão longe de atingir a gravidade e a extensão verificadas em outros países e não se distingue, moralmente, do tipo clássico da dicotomia entre médicos.

Apenas, de pacto bi-lateral se passa, neste caso, ao comércio multi-lateral, para nos servirmos da terminologia económica em voga, que ameaça converter-se numa liberalização do vício, estendido ao maior número.

Dentro do âmbito assinalado a este Curso e do esquema deste trabalho, cabe neste momento averiguar a posição da Dicotomia frente aos ditames da moral católica.

Importa averiguar se a dicotomia constitui falta de ordem moral e porquê;

Se a dicotomia constitui oportunidade de transgredir as leis morais;

Se a dicotomia é sempre moralmente ilícita e, sendo-o, se constitui pecado grave;

Se a dicotomia é sempre lesiva da dignidade profissional.

\* \* \*

Poderemos dizer que a Deontologia Médica é a ciência dos deveres de estado do profissional da Medicina e a ela, como médicos, hemos de ir buscar resposta para os quesitos que acima ficam.

Assentando como base que só é pos-

sível julgar moralmente os actos humanos desde que tenhamos partido de três pressupostos fundamentais — liberdade humana, existência de Deus, imortalidade da alma — poderemos discutir o primeiro quesito antecedentemente posto, averiguando até que ponto o que nele se contém possui ou carece das propriedades do acto essencialmente bom.

Este tem de conformar-se com a natureza de Deus e com a natureza humana e, dentro do âmbito da actividade do médico, haverá de estar conforme também com os deveres de justiça e caridade.

Logo veremos que a prática não se enquadra dentro do preceito de justiça, já que o médico falta àquela que deve aos seus doentes quando, para beneficiar dos lucros dicotómicos, incute no ânimo do doente errada concepção do valor do especialista a que o envia, de molde a torná-lo preferido; quando, para beneficiar dos proventos dicotómicos, antepõe ao interesse do doente, a que o liga o pacto tácito firmado ao iniciar a assistência, o interesse próprio ou do grupo de exploração de que faz parte, quando e pelas mesmas razões, impõe conferências, requisita análises, indica intervenções cirúrgicas desnecessárias ou inúteis, etc.

Logo veremos, por igual, que o médico preso ao vício dicotómico falta ao preceito de caridade quando, no afã de obter maior comissão, submete o doente a exames inúteis, mesmo quando não prejudiciais, quando envia o seu paciente a um especialista sem atender à formação moral deste, fazendo assim correr ao doente perigos de ordem material e moral que lhe cabia evitar.

— Cito o caso das complicações da gravidez perante um parteiro ou ginecologista de formação materialista, cito o caso das algias irredutíveis perante um neuro-cirurgião indiferente às alterações da personalidade advindas da leucotomia ou de técnicas similares, cito o caso de certas nevroses perante o uso e desvirtuamento da narco-análise.

Falta ainda à caridade que deve a si próprio expondo-se às tentações mais graves que a dicotomia acarreta.

E que estas razões nos bastem para

## Quinarrhenina Vitaminada

ELIXIR E GRANULADO

Alcalóides integrais da quina, metilarsinato de sódio e — Vitamina C

Soberano em anemias, anorexia, convalescências difíceis. Muito útil no tratamento do paludismo. Reforça a energia muscular, pelo que é recomendável aos desportistas e aos enfraquecidos.

Fórmula segundo os trabalhos de Jusaty e as experiências do Prof. Pfannestiel

**XAROPE GAMA**

DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO NAS  
BRONQUITES CRÓNICAS

**FERRIFOSFOKOLA**

ELIXIR POLI-GLICERO-FOSFATADO (COM  
GLICEROFOSFATOS ÁCIDOS)

Depósito geral: **FARMACIA GAMA** — Calçada da Estrela, 130 — LISBOA

# PALMIFENICOL

Palmitato de Cloromicetina + Complexo B

## COMPOSIÇÃO

Cloromicetina base (sob a forma de Palmitato) . . . . .	3.750 Miligrs.
Vitamina B <sub>1</sub> . . . . .	6 »
Vitamina B <sub>2</sub> . . . . .	6 »
Vitamina B <sub>6</sub> . . . . .	3 »
Pantotenato de Cálcio . . . . .	3 »
Vitamina PP . . . . .	50 »
Excipiente q. b. p. . . . .	60 c. c.

## APRESENTAÇÃO

De tolerância perfeita e de sabor agradável o PALMIFENICOL é apresentado em frascos de 60 c. c., correspondendo uma colher das de chá (4 c. c.) a 250 Miligrs. de Cloromicetina base.



**LABORATÓRIOS**  
**QUÍMICO**  
**BIOLÓGICOS**

*Avenida Elias Garcia — MASSAMÁ-QUELUZ-Telef. QUELUZ 27*  
*EXPEDIENTE—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24875*  
*PROPAGANDA—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24604*  
*Delegação no Porto — Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º — Telef. 21383*  
*Deleg. em Coimbra — Av. Fernão de Masmalhões, 32-1.º—Telef. 4556*

afirmar que a dicotomia constitui falta de ordem moral.

Que a dicotomia constitui oportunidade de transgredir a lei moral parece-nos ter ficado demonstrado na resposta ao quesito que anteriormente formulámos e até já em tudo o que dissemos quanto ao esquecimento da Pessoa Humana.

A sua prática constitui, de per si, tentação que arrasta a maiores faltas dentro do mesmo mal, ou a gradações sucessivas desse mal.

Já não é o facto de dar ou receber uma comissão, como sistema de trabalho, como hábito, como norma, que se pergunta se constitui imoralidade, uma vez que ela é manifesta, ao menos como pecado de escândalo, mas se a prática, em si, é susceptível de arrastar a novos deslises da conduta moral. E aqui caberia reeditar toda uma teoria de práticas imorais que aviltam o exercício da profissão e que, embora possam ser e sejam, de facto, independentes da dicotomia, encontram na sua prática, na ambição de lucros que ela perspectiva diante de alguns, clima propício para a sua floração.

Basta, aliás, pensar que a toda a série de razões e motivos que podem levar um médico a prevaricar, vem a dicotomia acrescer o anseio de maiores proventos obtidos com facilidade e, haverá quem o diga... até com elegância... Aquela elegância que pretenderão encontrar na pretensa generosidade do médico que dá a comissão... e quem sabe se também na pretensa humildade daquele que a recebe...

E vamos ao terceiro ponto, em relação ao qual parece necessário subdividir a questão, para saber, primeiro, se a dicotomia é sempre moralmente ilícita, o que não parece contestável depois de tudo o que antecede, tanto mais que, com D. Alonso Muñozerro, poderemos dizer que *es ilícita al menos por quanto constituye um peligro moralmente cierto de caer en los excessos propios de esa practica* (1) e para averiguar, depois, se constitui pecado grave.

E, quanto a esta última parte, não poderemos deixar de distinguir a dicotomia simples, isto é, limitada à partilha clandestina de honorários, em que a falta não passará de leve, como regra e o pecado de venial desde que conscientemente praticada a falta. E isto porque, pelo menos, haverá que verberar o perigo de se ter livremente exposto à tentação, certo como é ninguém ser tão forte que possa impunemente expor-se ao mal sem correr o risco de nele perecer. E não poderemos ignorar aqueles outros passos em que a dicotomia levou a operações inúteis ou simuladas, provocou dano moral ou material ao cliente, se acompanhou de escândalo, ameaçou a vida ou a integridade da pessoa que sofre, prejudicou terceiros, infamou publicamente uma classe ou uma profissão, em que a gradação dos males provocados, a posição dos dicotomistas, o carácter esporádico ou repetido e vi-

cioso da prática, não-de levar a marcar o erro como falta e pecado grave.

Casos de espécie, a analisar um por um e a um por um classificar.

Quanto ao quarto ponto, ponhamos por certo que a dicotomia constitui sempre afronta à dignidade da profissão.

Profissão liberal, no sentido da livre escolha do médico pelo cliente e da liberdade de actuação clínica só limitada pela lei moral, no sentido do primado do espírito sobre os actos técnicos do mister e no sentido de que para além do ganho material nela predomina um anseio de minorar o sofrimento, de alongar ou salvar a vida, toda a sua estrutura se alicerça na confiança que o médico inspira ao

doente e os liga em acordo tácito que impõe ao médico sobrepor, a quaisquer outros, os interesses do paciente.

Ora, cada caso de dicotomia, baseado na clandestinidade e na fraude do pacto que liga médico e doente, prejudica a totalidade do Corpo Médico pela projecção que tem no espírito dos enfermos, que passarão a duvidar do desinteresse do conselho do seu médico assistente, da justiça das suas imposições, da legitimidade das suas atitudes, da justificação das suas prescrições.

O simples conhecimento da existência do mal é de molde a destruir *à priori* a confiança do doente, a impedir a entrega aberta e total do doente ao médico a criar a amargura da insegurança, da insatisfa-

## NA MODERNA SULFAMIDOTERAPIA INTESTINAL

TRÊS PRODUTOS «CELSUS»  
DE COMPROVADA SUPERIORIDADE

# FTALIL-TIAZOL

# FTALIL-TIAMIDA

# FTALIL-KAPA

LABORATÓRIOS «CELSUS»

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

(1) L. Alonso Muñozerro — Código de Deontologia Médica.

# PALMIFENICOL

Palmitato de Cloromicetina + Complexo B

## COMPOSIÇÃO

Cloromicetina base (sob a forma de Palmitato) . . . . .	3.750 Miligrs.
Vitamina B <sub>1</sub> . . . . .	6 »
Vitamina B <sub>2</sub> . . . . .	6 »
Vitamina B <sub>6</sub> . . . . .	3 »
Pantotenato de Cálcio . . . . .	3 »
Vitamina PP . . . . .	50 »
Excipiente q. b. p. . . . .	60 c. c.

## APRESENTAÇÃO

De tolerância perfeita e de sabor agradável o PALMIFENICOL é apresentado em frascos de 60 c. c., correspondendo uma colher das de chá (4 c. c.) a 250 Miligrs. de Cloromicetina base.



**LABORATÓRIOS**  
**QUÍMICO**  
**BIOLÓGICOS**

*Avenida Elias Garcia — MASSAMÁ-QUELUZ-Telef. QUELUZ 27*  
*EXPEDIENTE—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24875*  
*PROPAGANDA—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24604*  
*Delegação no Porto — Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º — Telef. 21383*  
*Deleg. em Coimbra — Av. Fernão de Maralhões, 32-1.º—Telef. 4556*

afirmar que a dicotomia constitui falta de ordem moral.

Que a dicotomia constitui oportunidade de transgredir a lei moral parece-nos ter ficado demonstrado na resposta ao quesito que anteriormente formulámos e até já em tudo o que dissemos quanto ao esquecimento da Pessoa Humana.

A sua prática constitui, de per si, tentação que arrasta a maiores faltas dentro do mesmo mal, ou a gradações sucessivas desse mal.

Já não é o facto de dar ou receber uma comissão, como sistema de trabalho, como hábito, como norma, que se pergunta se constitui imoralidade, uma vez que ela é manifesta, ao menos como pecado de escândalo, mas se a prática, em si, é susceptível de arrastar a novos deslises da conduta moral. E aqui caberia reeditar toda uma teoria de práticas imorais que aviltam o exercício da profissão e que, embora possam ser e sejam, de facto, independentes da dicotomia, encontram na sua prática, na ambição de lucros que ela perspectiva diante de alguns, clima propício para a sua floração.

Basta, aliás, pensar que a toda a série de razões e motivos que podem levar um médico a prevaricar, vem a dicotomia acrescer o anseio de maiores proventos obtidos com facilidade e, haverá quem o diga... até com elegância... Aquela elegância que pretenderão encontrar na pretensa generosidade do médico que dá a comissão... e quem sabe se também na pretensa humildade daquele que a recebe...

E vamos ao terceiro ponto, em relação ao qual parece necessário subdividir a questão, para saber, primeiro, se a dicotomia é sempre moralmente ilícita, o que não parece contestável depois de tudo o que antecede, tanto mais que, com D. Alonso Muñozerro, poderemos dizer que *es ilícita al menos por cuanto constituye un peligro moralmente cierto de caer en los excessos propios de esa práctica* (1) e para averiguar, depois, se constitui pecado grave.

E, quanto a esta última parte, não poderemos deixar de distinguir a dicotomia simples, isto é, limitada à partilha clandestina de honorários, em que a falta não passará de leve, como regra e o pecado de venial desde que conscientemente praticada a falta. E isto porque, pelo menos, haverá que verberar o perigo de se ter livremente exposto à tentação, certo como é ninguém ser tão forte que possa impunemente expor-se ao mal sem correr o risco de nele perecer. E não poderemos ignorar aqueles outros passos em que a dicotomia levou a operações inúteis ou simuladas, provocou dano moral ou material ao cliente, se acompanhou de escândalo, ameaçou a vida ou a integridade da pessoa que sofre, prejudicou terceiros, infamou publicamente uma classe ou uma profissão, em que a gradação dos males provocados, a posição dos dicotomistas, o carácter esporádico ou repetido e vi-

cioso da prática, não-de levar a marcar o erro como falta e pecado grave.

Casos de espécie, a analisar um por um e a um por um classificar.

Quanto ao quarto ponto, ponhamos por certo que a dicotomia constitui sempre afronta à dignidade da profissão.

Profissão liberal, no sentido da livre escolha do médico pelo cliente e da liberdade de actuação clínica só limitada pela lei moral, no sentido do primado do espírito sobre os actos técnicos do mister e no sentido de que para além do ganho material nela predomina um anseio de minorar o sofrimento, de alongar ou salvar a vida, toda a sua estrutura se alicerça na confiança que o médico inspira ao

doente e os liga em acordo tácito que impõe ao médico sobrepor, a quaisquer outros, os interesses do paciente.

Ora, cada caso de dicotomia, baseado na clandestinidade e na fraude do pacto que liga médico e doente, prejudica a totalidade do Corpo Médico pela projecção que tem no espírito dos enfermos, que passarão a duvidar do desinteresse do conselho do seu médico assistente, da justiça das suas imposições, da legitimidade das suas atitudes, da justificação das suas prescrições.

O simples conhecimento da existência do mal é de molde a destruir *à priori* a confiança do doente, a impedir a entrega aberta e total do doente ao médico a criar a amargura da insegurança, da insatisfa-

## NA MODERNA SULFAMIDOTERAPIA INTESTINAL

TRÊS PRODUTOS «CELSUS»

DE COMPROVADA SUPERIORIDADE

# FTALIL-TIAZOL

# FTALIL-TIAMIDA

# FTALIL-KAPA

LABORATÓRIOS «CELSUS»

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

(1) L. Alonso Muñozerro — Código de Deontologia Médica.

ção, o receio da intranquilidade dos enfermos, incertos de que a atitude do médico a quem se confiaram seja ditada pelo seu interesse ou por interesses alheios.

A dicotomia, mesmo em potência, é de molde a lançar sobre todo o Corpo Médico suspeição incompatível com o carácter sacerdotal da profissão, labéu infamante que injustamente mascarará cada clínico, aos olhos dos estranhos, em traficante do sofrimento humano.

E tanto basta para que afirmemos que a dicotomia afecta sempre a dignidade da profissão.

\* \* \*

Passando em revista, muito suscitadamente embora, alguns dos aspectos do problema moral da Dicotomia, não é lícito

esquecer a teoria de vida em que se exerce para procurar definir as condições de terreno que lhe facultam tão pujantes faculdades de subsistência e difusão.

Dentro da concepção de vida de uma Sociedade que se diz cristã, o exercício profissional tem de vincular-se a directrizes normativas que lhe são exteriores e o superam. Tem, por outro lado, que aceitar a procura de uma finalidade que em si próprio não comporta. E, finalmente, se a escolha da profissão corresponde ao apêlo de uma vocação que é mais um elemento a contribuir para determinar a singularidade da Pessoa, o exercício profissional confere a possibilidade de alcançar os bens materiais necessários à própria vida e, mais ainda, a faculdade de contribuir para o progresso da comunidade e de acercar-se material e espiritualmente dos outros homens. Como diz

*Gemelli a ideia central da doutrina católica sobre o exercício da profissão é que a actividade dos indivíduos é um modo de realizar a vontade divina na própria vida pessoal e na actividade social.*

O que implica, no desempenho da actividade profissional, um sentido de realização da própria pessoa que desta forma atinge o nível que a vocação lhe fixou, a par de uma projecção social que integra mais intensamente o indivíduo na comunidade de que faz parte, sem o despersonalizar, todavia, tão específica é a cooperação que presta, se traduz, como deve, a projecção externa do seu eu, a culminar no anseio de perfeição que na entre-ajuda vai encontrar recursos para mútua ascensão moral, material e espiritual.

E isto, que é verdadeiro para qualquer profissão ou mister, torna-se mais claro na tarefa do médico, que tem, por mil modos diversos, meio de sublimar o seu espírito ao contacto do sofrimento alheio, de caldear a sua alma em presença dos males que é chamado a pensar, de humilhar-se perante a vaidade dos seus esforços, a pouquidade do seu saber, de sentir em cada gesto a perspectiva social do seu trabalho, tão certo é ser a Medicina a mais social de todas as Artes, de marcar, através de cada palavra, uma baliza entre o que é moral e tènicamente possível e aquilo que a ética condena, de sentir, em cada atitude, o reflexo dessa mesma atitude na alma de outro homem, de receber, no espírito e na consciência, a emanção dessa outra personalidade que com a doença se cria e marca iniludivelmente, em cada homem, a memória da sua passagem, conferindo-lhe assim um património de experiência, de conhecimento, de apreensão, que em nenhum outro mister se alcança.

\* \* \*

Só o desvirtuamento do sentido cristão da Vida, no caso presente a negação da irmandade dos homens na sua comum filiação em Cristo, consente o desvaio do individualismo extreme, do materialismo decorrente e, com eles, o sentido mercantil da Vida, a exploração do homem pelo homem, o mercadejar do sofrimento alheio, o exercício profissional como meio exclusivo de enriquecimento, a profissão exercida exclusivamente para vantagem pessoal, a ponto de levar, como diz Gemelli, a uma cisão e até a uma oposição entre quem pratica a Medicina e o doente.

Só o desvirtuamento do sentido cristão da Vida, que à Vida rouba a sua razão de ser, conduz à carência de significação e de finalidade que está na base do materialismo actual.

Seja através do amalgamar do Homem, com todas as divergências que o individualizam, no grupo amorfo da massa gregária de que não fica sendo senão um elemento numérico, igual a todos os mais, seja através do sentido da cosmologia mecanomórfica de Gerard Heard, que Aldous Huxley, em trabalho geralmente conhecido, define assim: *o Universo é considerado enorme máquina, prossequindo a sua marcha sem finalidade, para a estagnação e a morte final; os homens*

**NOVEX**

*Anti-micótico*

PARA ADMINISTRAÇÃO  
EXTERNA E INTERNA

SOLUÇÃO  
FRASCO DE 30 c. c.

POMADA  
TUBO DE 30 g.

COMPRIMIDOS  
FRASCO DE 75

BOEHRINGER  
MANNHEIM

VILLINGER

DEPOSITÁRIOS:

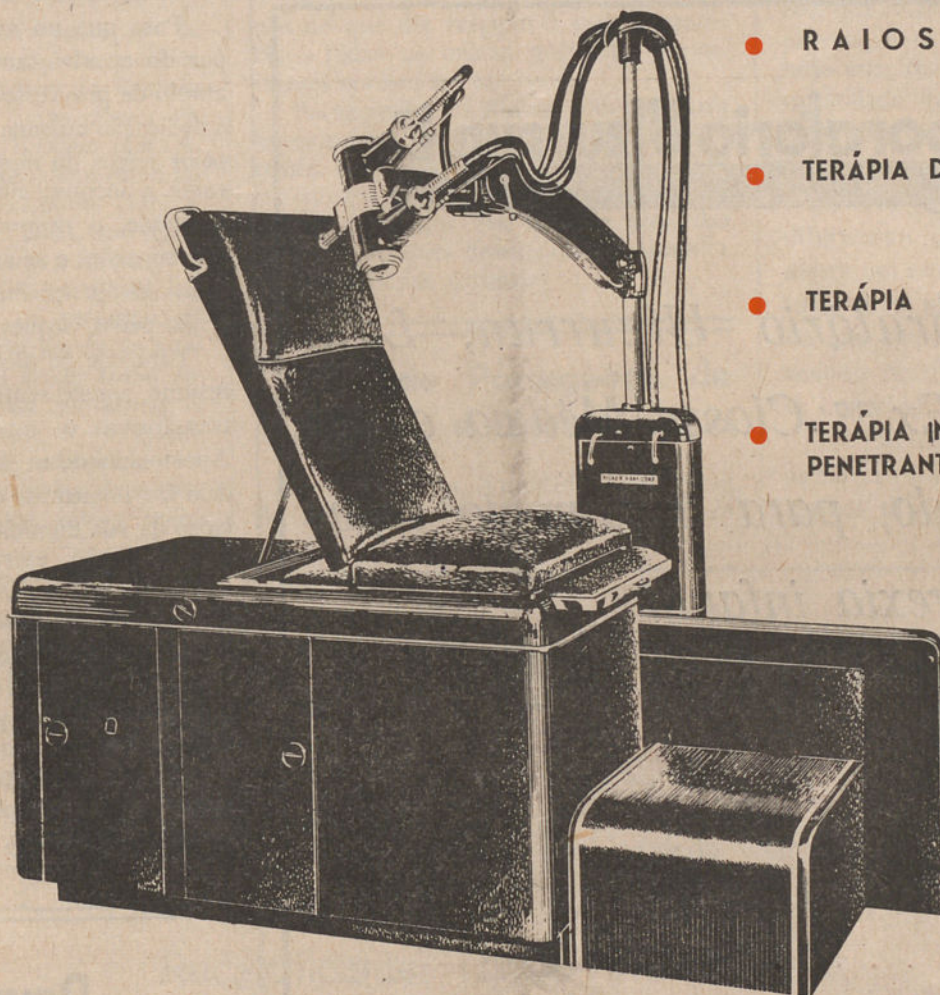
FERRAZ, LYNCE, LIMITADA

TRAVESSA DA GLÓRIA, 6 • LISBOA

# APARELHO DE RAIOS X

PICKER "Zephyr"

PARA TODAS AS TÉCNICAS DE RADIOTERAPIA:



- RAIOS GRENZ  
10 KV
- TERÁPIA DE CONTACTO  
60 KV
- TERÁPIA SUPERFICIAL  
120 KV
- TERÁPIA (MEDIANAMENTE  
PENETRANTE  
140 KV

---

**PICKER INTERNATIONAL CORP.**

REPRESENTANTE EXCLUSIVO:

**INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA**

*são minúsculos desperdícios da máquina universal, correndo para a morte individual; a vida física é a única vida real; o espírito é um simples produto do corpo; o sucesso pessoal e o bem estar material são as medidas supremas do valor, as coisas pelas quais uma pessoa razoável deve viver.*

Num caso, como no outro, se nega ostensivamente a personalidade humana e, desta arte, na sequência da linha de pensamento que confina o homem à matéria, e no engano de libertá-lo o vai manietar na escravidão do tecnicismo, devem filiar-se muitos dos males que ensombram o exercício da Medicina, a Dicotomia entre os demais.

\*  
\* \* \*

Inútil dizer onde está o remédio.

A doença, bem o sabeis, não é mal estranho, individualidade autónoma que a nós adira como carapaça, antes reacção global e modo de ser mais ou menos transitório de uma personalidade. É esta que devemos fortalecer e fecundar, para que a doença, se a profilaxia tiver falhado, lhe não altere ao menos a essência, nem mine os fundamentos da individualidade.

Obra de educação, de valorização dos princípios que devem informar a Vida, demarcação de finalidades, ela cabe na

acção da *Escola*, para que esta verdadeiramente possa merecer este nome. Mas compete a todos nós, pelo trabalho, pelo exemplo, pela palavra, pela dedicação a um ideal superior de vida, a um ritmo de existência, a um nível ético, a um sentido estético, a uma finalidade última, que nos imponha normas de conduta conformes com a lei moral.

Cabe a nós todos, para que no médico encontremos, a par do saber profissional apoiado em constante revisão e aperfeiçoamento, a vigilância de poderosa crítica que conscientemente lhe consinta libertar-se de tudo o que a corrente da moda lhe traga como infalível e afinal se revele falacioso, inútil, ou temerário.

Para que no médico encontremos, a par do aperfeiçoamento profissional, do anseio de progresso, da eficiência técnica, a dedicação humana ao doente, o desprezo pelos riscos do mister, a indiferença perante a inconsciência e a ignorância do ambiente, o despreendimento perante as preocupações e as angústias que as incertezas da doença lhe gravam no espírito, e não pensa, sequer, contabilizar.

Para que no médico encontremos, em resumo, aquele sentido de missão que lhe transforma o mister em apostolado. Apostolado de acção e de vocação, que dele faz homem de ciência, espírito culto, cioso da sua dignidade e da dignidade da sua profissão, escravo do dever, consciente de que a Arte que vive não tem em si a própria finalidade, mas se transcende, na comunhão de dores e alegrias, de incertezas e de esperanças, de negações e de certezas que une e identifica o médico e a sua missão.

Obra de educação que forma espíritos rectos, almas simples, corações fortes, consciências firmes, cristãos verdadeiros.

## V7 Laboratório Ulzurrun, L<sup>da</sup>

*O Laboratório Ulzurrun, Lda.  
apresenta à Ex.<sup>ma</sup> Classe Médica o seu  
novo preparado, para tratamento espe-  
cífico da anorexia infantil:*

# ANORETRATE

### COMPOSIÇÃO:

Vitamina B <sub>12</sub> . . . . .	25 gamas
Glicerofosfato de cálcio . . . . .	0,20 grs.
Sulfato ferroso . . . . .	0,01 »
Sulfato cuprico . . . . .	0,001 »
Nitrato de cobalto . . . . .	0,001 »
Cacau e açúcar q. b.	

por tablete

**Caixa de 30 tabletes . . . . 35\$00**

*Amostras e literaturas à disposição da Ex.<sup>ma</sup> Classe Médica*

**Zona Industrial dos Olivais • Tel. 399051**

## Desastres

Na Figueira da Foz, na avenida Salazar, foram colhidos por uma motocicleta que ali passava em velocidade excessiva o Dr. António da Paz Pereira, de 44 anos, 1.º tenente-médico da Armada, e sua esposa, sr.<sup>a</sup> D. Maria do Céu Moraes de Faria Pereira, tendo ficado em estado grave o Dr. António Pereira, que apresentava fractura numa perna e do crânio. Sua esposa e o causador do desastre, assim como um irmão deste, que o acompanhava, apenas sofreram leves ferimentos.

O estado do Dr. António Pereira é, à data, felizmente melhor, tendo já seguido para Lisboa, dando entrada numa Casa de Saúde da capital.



## Descoberta de uma nova hormona

Já em 1935, Wintersteiner, Masson, Kendall e outros supuzeram que as supra-renais produziam uma hormona extremamente activa que agia principalmente sobre o metabolismo dos sais minerais e da água. Não se sabia, porém, ao certo, se se tratava de uma combinação química bem definida, ou de uma mistura de diversas substâncias conhecidas, de acção sinérgica reforçada. Ora, em 25 de Agosto de 1953, o Prof. T. Reichstein (Prémio Nobel), no VIII Congresso Internacional de Doenças Reumáticas em Genebra, e, por outro lado, em 6 de Setembro, o Dr. A. Wettstein, na Assembleia geral anual da Sociedade Helvética das Ciências Naturais em Lugano, anunciavam que três «equipas» de cientistas que trabalhavam em estreita colaboração na Universidade de Basileia (Prof. Reichstein e M. J. von Euw), na Ciba Societé Anonyme, Basileia (Dr. A. Wettstein e Dr. R. Neher), bem como no Middlesex Hospital de Londres (Dr. S. A. Simpson e Dr. J. F. Tait), conseguiram isolar esta hormona sob a forma pura e cristalizada. Os cientistas ingleses haviam já aperfeiçoado os métodos de «provas» biológicas e physio-químicas a tal ponto, que era possível desde então seguir as transformações da Substância X de maneira certa durante o enriquecimento. Para isolar esta substância, foi preciso tratar várias toneladas de supra-renais de bovídeos, por várias vezes,

obtendo apenas, de cada vez, 10-40 mg da nova substância em 1.000 kg. da supra-renal. Até hoje, a desoxicorticosterona, também obtida pela primeira vez por Reichstein, representava a combinação experimentalmente mais eficaz, e a que em clínica permitiu muitas vezes salvar a vida de muitos indivíduos atacados da doença de Addison.

A nova hormona, experimentada por meio de diversas «provas» biológicas no cão e no rato, nos Laboratórios Farmacológicos da Ciba, revelou-se quase 50-100 vezes mais activa que a desoxicorticosterona. Esta nova substância, para a qual se propôs o nome de «*electrocortina*», ultrapassa muito, pois, em eficácia — pelo menos no que diz respeito à dose necessária — todas as outras hormonas supra-renais conhecidas até hoje.

As experiências clínicas com esta nova hormona iniciar-se-ão desde que se disponha de quantidades suficientes. Se as esperanças se realizarem, mesmo até certo ponto, estaremos em face de uma das mais importantes descobertas da química das substâncias naturais.

### Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia

A convite da Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia, realizaram

conferências no dia 17, no Hospital de Santa Marta, em Lisboa, os Profs. Wilson, de Nova Iorque, e Trueta, de Oxford, que foram apresentados pelo Prof. Cid dos Santos.

Em primeiro lugar falou o Prof. Wilson, que fez a história da Ortopedia no seu país, pondo em evidência o o desenvolvimento que ela ali tem tido, demonstrando que os seus progressos trouxeram à população altos benefícios, que conduziram ao reconhecimento geral e oficial, a ponto de se ter criado ao estropiado o direito a assistência efectiva.

Em seguida, o Prof. Trueta mostrou como na Grã-Bretanha nasceu a Ortopedia. Pôs em evidência a influência exercida pelos primeiros cirurgiões ortopédicos, que criaram centros de tratamento e prevenção da invalidez, a ponto de ser hoje uma realidade o aproveitamento da capacidade que adquirem os indivíduos saídos dos vários centros, aptos para exercer a sua actividade. Afirmou que na Inglaterra de tal modo a Ortopedia se diferenciou, que a sua acção pôde conseguir um estado sanitário levado ao ponto de quase não ser necessário fazer mais do que exercêr medidas preventivas no sentido de obstar que as deformidades se estabeleçam.

O Dr. Arnaldo Rodo, que presidiu, agradeceu aos conferencistas as suas brilhantes conferências.

# CÁLCIO GRANULADO

«ESTÁCIO»

Sais de cálcio e fósforo, nucleínas, opoterápicos, vitaminas A, C, D e factores do complexo B

Recalcificante. Tónico-reconstituente

# GASTRAN

Salicilato de bismuto, glicinato básico de alumínio, trissilicato de magnésio, citrato de sódio, óxido de magnésio, sal de Vichy, papaína e extractos de Passiflora e Beladona

Pó anti-ácido de acção rápida e prolongada

LABORATÓRIOS ESTÁCIO  
PORTO

## O ensino da enfermagem

Para responder aos votos formulados pela Comissão de peritos dos cuidados da enfermagem da O. M. S., fez-se uma conferência e discutiu-se problemas que estebelecem a instrução da enfermagem.

O relatório desta conferência acaba de ser publicado no n.º 60 da série de Relatórios técnicos da Organização Mundial de Saúde.

O relatório mostra como em todos os países os serviços de enfermagem seguem um desenvolvimento paralelo aos dos serviços sanitários.

Desde que se atinge um certo grau faz-se sentir a necessidade dum pessoal não só mais numeroso, mas também mais adestrado. Esta constante evolução, que dá lugar a uma melhoria económica e social, tira todo o carácter estático à estrutura dos serviços de enfermagem e, portanto, anula a rigidez na formação do pessoal de enfermagem.

Os progressos da Medicina, o desenvolvimento económico social e técnico, fazem pesar sobre o pessoal de enfermagem responsabilidades cada vez maiores e atribuem às suas funções uma importância crescente.

Com efeito, o médico, monopolizado cada vez mais por missões especializadas, delega no enfermeiro certos cargos que assumia anteriormente; o funcionário de saúde pública fá-lo também. O enfermeiro tem uma função coordenadora:

pelo contacto directo com o doente, ajuda-o a beneficiar do conjunto de recursos que a equipa sanitária lhe fornece.

Por outro lado, deve fiscalizar o pessoal auxiliar e preocupar-se com a instrução dos jovens enfermeiros. Portanto, deve possuir outros conhecimentos teóricos que a sua profissão exige, um espírito lúcido que lhe permita discernir a natureza dos cuidados que uma doente reclama, fazer esforços para se aperfeiçoar e instruir os outros, quer se trate do pessoal auxiliar, do próprio doente ou de sua família.

É o ensino pelo método dos «casos concretos» pelo contacto imediato com a realidade que prepara melhor enfermeiro a desempenhar-se das suas numerosas funções.

Oferece-lhe ocasião de adquirir experiências das mais diversas situações e de desenvolver as suas faculdades de compreensão e as suas atitudes.

Colocado diante dum determinado caso, o jovem enfermeiro porá à prova os seus conhecimentos teóricos e a habilidade que já tem adquirido nos cuidados prestados aos doentes.

É necessário que possua noções dos mais variados ramos, por exemplo em anatomia, em fisiologia e em química. Os princípios de psicologia e higiene mental ditar-lhe-ão a atitude a tomar em atenção ao doente, e conhecimentos de sociologia

ser-lhe-ão úteis para compreender o meio em que vive.

Entretanto, estes ensinamentos não podem ser introduzidos senão pouco a pouco nos programas das escolas de enfermagem. Encontrar-se-á no relatório um estudo das condições nas quais se pode desenvolver um tal ensinamento assim como algumas sugestões sobre a maneira de integrar no programa geral os cuidados de enfermagem.

Juntamente figura um quadro que permite reconhecer como o ensino teórico e o método dos «casos concretos» contribuem para obter o resultado desejado, isto é, a formação duma enfermagem especializada em todos os sentidos.

Evidentemente, o tipo de enfermagem descrito no relatório representa um ideal; todavia, é bom que os grupos locais, nacionais ou internacionais encarregados da formação dos enfermeiros não o percam de vista.

É preciso esperar que todos aqueles que se interessam pela questão encontrem neste documento os elementos que os ajudarão a empenhar esforços, tendentes a resolver o problema sempre actual:

«Qual a preparação que devemos dar aos enfermeiros para que eles estejam aptos a corresponder às nossas necessidades?»

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

# REUMATISMO?

*A experiência demonstra que*



CREME ANTI-REUMÁTICO,  
ANALGÉSICO E ANTIFLOGÍSTICO

*dá bons resultados*

- ACALMA AS DORES
- DESINFLAMA AS ARTICULAÇÕES
- ACTUA RÁPIDA E PROGRESSIVAMENTE

*DAVI*  
LISBOA

# BISMUCILINA

## Bial

### INJECTÁVEL

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

#### EQUIVALENTE A

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

Por ampola de 3 c. c.

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

### SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

#### EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

# BISMUCILINA INFANTIL

### SUPOSITÓRIOS

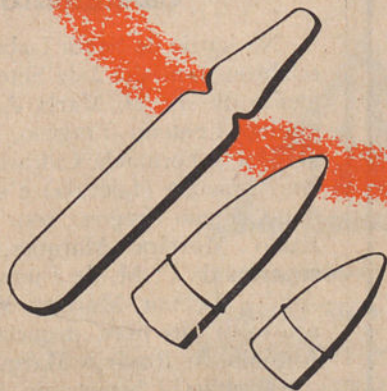
COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

#### EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS



# Demonstração de luta antivenérea no Egipto

No final do mês de Dezembro de 1952 concluiu-se o plano de luta antivenérea que se estende por um período de dois anos; empreendido com o apoio da O. M. S., este plano foi bem conduzido pela Administração sanitária egípcia, em colaboração com uma equipa internacional que compreendia um conselheiro médico (chefe de equipa), um médico serologista, uma enfermeira e um especialista de educação sanitária. Esta equipa, encarregada de informar o Ministério egípcio de Higiene pública, ligara-se à Secção de Doenças Venéreas, sob a direcção do Dr. Ibrahim Hanafi Nagi.

O plano geral era o de estimular a adopção para todo o país, dum vasto programa de luta contra as doenças venéreas, graças à experiência adquirida numa região limitada (plano-guia). A equipa do O. M. S. trouxe o seu auxílio, especialmente no que se refere ao seguinte: 1) formação de médicos e de pessoal auxiliar; 2) uniformização de métodos de diagnóstico e de tratamento das doenças venéreas; 3) adopção de técnicas modernas de saúde pública para a despistagem, estudos epidemiológicos, etc.; 4) colaboração entre os serviços públicos e as organizações não governamentais que se ocupam da educação sanitária; 5) repercussões económicas e sociais das doenças venéreas no país e 6) investigações, de carácter limitado, sobre certos problemas.

Esta actividade iniciou-se na cidade de Tanta, onde se ergueu um dispensário e onde foram adoptadas diversas medidas, tendo em vista a formação técnica do pessoal e a educação sanitária da população. Ao fim dum período de 15 meses, a equipa dirigiu-se ao Cairo para aí trabalhar em colaboração estreita com a administração sanitária e as clínicas universitárias.

Durante o período de execução do plano foram examinadas 50.000—60.000 pessoas nos dispensários, hospitais e leprosarias, assim como no decurso de sondagens locais. Foram efectuadas mais de 100.000 provas serológicas; verificou-se que 3% das pessoas examinadas sofriam de doenças venéreas. Trataram-se pela penicilina.

Os doentes despistados eram, na maioria, atingidos de sífilis antiga, ou latente ou congénita. Concluiu-se pelas observações feitas que a neurosífilis é mais extensa do que se pensava; compreende mais de 4% dos casos observados. Este problema está actualmente em estudo. Regularmente eram praticadas punções lombares, em vários hospitais, em doentes atingidos de sífilis antiga e latente. Em certas regiões, a sífilis parecia revestir a forma duma «doença familiar» que, espalhada entre indivíduos que vivem em condições defeituosas de higiene e de alojamento, tomava um carácter «endémico».

No decurso do segundo ano de execução do plano da O. M. S., concentraram-se todos os esforços, principalmente para a formação do pessoal. Uma campanha maciça de despistagem e de tratamento foi preparada e executada por pes-

soal egípcio que tinha formado os especialistas da O. M. S. (Os aspectos desta demonstração que diziam respeito à educação sanitária foram descritos num artigo anterior da Crónica).

Se bem que os fins primitivamente fixados não tenham podido ser todos atingidos no decurso deste período de dois anos, o exame crítico do plano permitiu chegar aos seguintes resultados:

...Os métodos modernos de luta contra as doenças venéreas foram introduzidos e aceites e foi compreendida a adopção, em todo o país, do tratamento da sífilis pelo PAM (penicilina, procaína G oleosa com monosterato de alumínio) em

lugar da terapêutica pelos arsenicais, que podem apresentar um carácter tóxico. Foram utilizados para as provas serológicas, novos antigéneos, tais como a cardiolipina, e foi feita a standardização das fichas empregadas para os arquivos dos dispensários e laboratórios assim como nas actividades de despistagem e os trabalhos epidemiológicos.

... Foi criado um centro de ensino, de formação profissional e de investigação em Hoad e Marsoud, no bairro, tendo sido instruído pessoal nacional.

... A introdução de técnicas de investigação maciça e a aplicação dos métodos modernos para pesquisas epidemiológicas permitiram avaliar com mais precisão a frequência das doenças venéreas no Egipto, assim como as suas repercussões sociais e económicas.

... As medidas de educação sanitária no quadro de acção antivenérea tem feito progredir a educação sanitária do conjunto da população e tem estreitado a colaboração, neste aspecto, entre todos os interessados (assistentes sociais, serviços públicos, membros do corpo médico, etc.), assim como entre as organizações nacionais e internacionais.

O programa da luta contra as doenças venéreas, que se pretende pôr em prática, tem contribuído para o aumento dos serviços de saúde pública e tem favorecido, directa ou indirectamente, a melhoria da situação económica e social.

As demonstrações efectuadas pela equipa da O. M. S. têm contribuído largamente para o aumento crescente da luta contra as doenças venéreas no Egipto. É, em grande parte, graças ao espírito de colaboração estreita e amiga entre as organizações nacionais, governamentais e não governamentais, a Repartição regional da O. M. S. do Mediterrâneo Oriental e o pessoal internacional da O. M. S. que contribuiu para pôr em acção este plano, que a maior parte dos fins visados puderam ser atingidos.

(«Chronique de l'organisation Mondiale de la Santé», Junho de 1953, Vol. 7, N.º 6).



**A N A L G É S I C O  
D E U S O E X T E R N O**

**apresentado em forma de stik  
com excipiente especial**

**D E A C Ç ã O I N T E N S A  
E R Á P I D A**



**LABORATÓRIOS**

DO

**INSTITUTO  
PASTEUR DE LISBOA**

LISBOA PORTO COIMBRA

## A Família Médica

### Casamentos

Na igreja de Santa Isabel, em Lisboa, celebrou-se no dia 2 de Setembro, o casamento da sr.<sup>a</sup> D. Maria Amélia Cidrais Coelho Centeno Fragoso, filha da sr.<sup>a</sup> D. Maria Fernanda Cidrais Coelho Centeno Fragoso (falecida) e do Dr. Sebastião Centeno Fragoso, com o sr. António Paulo Moreira Marques, funcionário superior da C. M. de Santarém, filho da sr.<sup>a</sup> D. Leonor Moreira Marques e do professor do liceu daquela cidade, Dr. António do Rosário Marques.

A noiva é bisneta do Dr. Francisco Adolfo Coelho, ilustre filólogo, que foi professor do antigo Curso Superior de Letras, e do conselheiro Dr. Sebastião Rodrigues Barbosa Centena.

# P V R

## Imunoterápia não específica associada à Penicilina

### COMPOSIÇÃO

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

### INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Todos os estados infecciosos, susceptíveis à Penicilina, em que se pretenda activar as defesas naturais do organismo.

### APRESENTAÇÃO

Um frasco contendo a associação antibiótica e uma ampola de 5 c. c. de soro imunizante não específico, para injeção extemporânea.



**LABORATÓRIOS**  
**QUÍMICO**  
**BIOLÓGICOS**

*Avenida Elias Garcia — MASSAMA-QUELUZ-Telef. QUELUZ 27*  
*EXPEDIENTE—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24875*  
*PROPAGANDA—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24604*  
*Delegação no Porto—Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º—Telef. 21383*  
*Deleg. em Coimbra—Av. Fernão de Magalhães, 32-1.º—Telef. 4556*

ses, prestando-lhe como habitualmente, inestimáveis serviços.

— Portugal associa-se, por intermédio da Federação Nacional das Instituições de Protecção à Infância, do Ministério da Justiça, às comemorações do «Dia Mundial da Infância» que hoje têm lugar em cerca de 40 países, por iniciativa da União Internacional de Protecção à Infância, com base na Declaração dos Direitos da Criança (declaração de Genebra).

### Estrangeiro

— Em Lille foi inaugurada uma «cidade hospital» construída com o dispêndio de 7.500 milhões de francos, que se afirma ser a maior e mais bem equipada da Europa. Médicos de mais de 80 países, incluindo a Bélgica, Brasil, Turquia, Espanha, Grã-Bretanha e Jugoslávia, visitaram o grupo de edifícios em forma de dupla estrela.

Serão instalados nos edifícios as faculdades de Medicina e Farmácia, assim como um hospital de 1.500 camas e a sua própria geradora.

— Decorre em Espanha, Oviedo, o Congresso Luso-Espanhol para o Progresso das Ciências com a presença de representantes nossos.

— Inaugura-se em Madrid o V Congresso Internacional da Lepra. O Congresso, no qual participarão 500 delegados de 51 países, tem o patrocínio do Governo espanhol e a colaboração da Associação Internacional da Lepra. Entre as numerosas comunicações inscritas na ordem do dia, despertam especial interesse, as que devem ser apresentadas acerca do método terapêutico aplicado recentemente pela Irmã Marie Suzane, com uma vacina preparada a partir de um bacilo colhido em leproso. A irmã Suzane fará parte da delegação francesa ao Congresso.

— O Papa discursou às enfermeiras e assistentes sociais reunidas em Congresso Internacional na Cidade de Roma. Pio XII afirmou:

— É sabido que a Igreja, ao passo que respeita a inibição de certas faculdades e movimentos da alma, pela mortificação e pela penitência, e que considera justificados os pequenos enfraquecimentos físicos, ante a previsão de uma mais breve duração da vida, por efeito da aspereza da penitência, quando os motivos são mais elevados, repeliu e condenou sempre as normas pretensamente religiosas e pretensamente místicas, que possam perturbar o equilíbrio psicológico do paciente. Por outro lado, a Igreja sabe que subtrair um espírito à demência por meios preventivos ou curativos, é recuperar esses espíritos para Cristo, porque é fazer dele novamente um membro consciente e activo do seu corpo místico.

Lembrando o que já afirmou na altura do Congresso Internacional de Psicoterapia, Pio XII preveniu as suas ouvintes contra certas tendências e lembrou que os médicos, em face do homem doente, querem considerá-lo como uma unidade e totalidade psíquica. Uma unidade estrutural em si mesma, uma unidade social e uma unidade transcendente, isto é: ascendendo para Deus.

— Não deveis, esquecer — disse Sua Santidade — que a perfeição e equilíbrio e harmonia do espírito humano conseguem-se na terra, com ascensão para Deus, e no céu com a sua realização. Este princípio dá, no plano teórico, a explicação completa da natureza humana e, na prática, desvia dos métodos de tratamento que, embora aparentemente benéficos, prejudicam a parte melhor do ser humano. Já aludimos a alguns desses métodos, como os aplicados a certos casos de perturbações psíquicas, motivadas por consciência de culpa, perturbações que só o arrependimento religioso pode acalmar, e como o falso método consiste em pretender que se considere pecado material o exercício lícito de uma faculdade quando existe consciência desse carácter ilícito.

## AGENDA

### Portugal

#### Concursos

Estão abertos:

Para a admissão de 8 médicos na Armada.

— Em Braga realiza-se a 10 de Novembro um Cortejo de Oferendas a favor do seu Hospital.

— Em 25 de Outubro realiza-se outro a favor do Hospital de Paredes.

### Estrangeiro

Em Genebra reúnem-se enfermeiras de 21 países europeus, afim de estudar melhor colaboração entre enfermeiras dos hospitais e serviços de saúde e a forma de melhorar os métodos de educação do pessoal. A reunião efectua-se com o patrocínio da O. M. S. e durará até o dia 17, estando Portugal representado.

— Em Florença realiza-se o XXII Congresso italiano de Pediatria, dias 12 e 14 de Outubro.

— Em Zurique de 24 a 25 de Outubro reúne a Sociedade suíça de Cardiologia.

## NOTICIÁRIO OFICIAL

### Diário do Governo

(De 25-9 a 28-9-153)

25-9

Dr. António Manuel Ribeiro Pacheco Nobre, médico civil — contratado para prestar serviço no batalhão n.º 3 da Guarda Nacional Republicana (Barreiro).

— Portaria pelo Ministério da Educação Nacional que aprova a tabela de preços para aplicações de iodo radioactivo para vigorar no Instituto Português de Oncologia.

28-9

Dr. Hernâni Alberto da Guerra Júdice, Nobre, médico civil — contratado para prestar de cirurgiões e especialistas da Província de Angola — reconduzido pelo período de três anos no referido lugar.

— Dr. Antero Jacques Pena — dada por finda a comissão de serviço, das funções de médico da missão ou brigada móvel de prospecção e investigação de endemias que possam existir na região Leste ou em outras regiões da província de Angola, para que fora nomeado, regressando à sua anterior situação de médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado na mesma província.

## FALECIMENTOS

#### Faleceram:

Em Lisboa, o Dr. Alfredo de Sousa Santos, médico do Hospício de Nossa Senhora da Vitória, onde exercia clínica há muitos anos.

— Em Vouzela, o sr. João António Gonçalves de Figueiredo, de 92 anos, sogro do Dr. Francisco Correia de Figueiredo, médico na capital, e avô do capitão-médico Dr. Nelson de Figueiredo e das Dr.<sup>as</sup> D. Maria Júlia de Figueiredo Dias e D. Edite Correia de Figueiredo.

## Partidas e Chegadas

### Prof. Vítor Fontes

Regressou a Lisboa o Prof. Vítor Fontes, catedrático da Faculdade de Medicina e director do Instituto António Aurélio da Costa Ferreira, que, em França, assistiu, como delegado português, ao Congresso Internacional de Psicoterapia.

### Prof. António Flores

Partiu para Madrid o Prof. António Flores, que, como presidente do Congresso Internacional de Neurologia, recentemente efectuado em Lisboa, foi participar nas comemorações do centenário de Ramon y Cajal.

### Prof. Juvenal Esteves

Partiu para Inglaterra o Prof. Juvenal Esteves, catedrático de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Lisboa.

### Dr. Leopoldo de Figueiredo

Como bolseiro da O. M. S., partiu para Inglaterra o Dr. Leopoldo de Figueiredo, adjunto do delegado de Saúde do Distrito de Lisboa.

### Dr. Assunção Teixeira

Para Madrid e Barcelona, partiu o Dr. Manuel Assunção Teixeira, director do Instituto Português de Reumatologia, que, em missão oficial de estudo, vai visitar as clínicas de reumatismo do país vizinho.

### Dr. João Saraiva

Regressou a Lisboa o Dr. João Saraiva, médico oftalmologista, que acaba de percorrer as principais clínicas europeias da especialidade.

### Dr. A. de Carvalho Dias

Em viagem de estudo da O. M. S., partiu para diversos países da Europa o Dr. A. de Carvalho Dias, Inspector Superior de Saúde da D. G. S.

### Dr. Pacheco de Figueiredo

Regressou à Índia Portuguesa o Dr. Pacheco de Figueiredo, director da Escola Médica de Goa, que, em missão da O. M. S., percorreu diversos países europeus e participou, em Londres, no Congresso Internacional do Ensino Médico.

### Dr. Arnaldo Sampaio

Partiu para Roma o Dr. Arnaldo Sampaio, chefe dos Serviços de Laboratório de Bacteriologia do I. S. H. «Dr. Ricardo Jorge», que, em representação da D. G. S. e daquele Instituto, foi participar no VI Congresso de Microbiologia.

# O MÉDICO

SEMANARIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.ª assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bessa (chefe da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA  
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroude, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Moraes, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lópo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Brigadeiro Pinto da Rocha (Dir. Geral de Saúde do Exército), Alexandre Sarmento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Elísio da Fonseca (Chefe da Rep. dos Serv. de Saúde do Min. das Colónias), Eurico Paes (Endocrinologista), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando da Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), J. Oliveira Machado (Médico dos H. C. L.), J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), Jorge da Silva Araújo (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) e Xavier Morato (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Moraes, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitumorosa do Dispen. de Higiene Social), Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emídio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.to António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.to António), José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.to António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hospital de Santo António) — PORTO

Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Dir. do Sanat. Sousa Martins da Guarda), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matozinhos), J. Pimenta Presado (Portalegre), Joaquim Pacheco Neves (Vila do Conde), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), M. Santos Silva (Dir. do Hosp.-Col. Rovisco Pais — Tocha), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Vila Real)

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

COIMBRA — Luís A. Duarte Santos (Encar. de Cursos na Fac. de Med.); — LISBOA — Fernando Nogueira (Médico dos H. C. L.) e José Andresen Leitão (Assist. da Fac. de Med.); PORTO — Waldemar Pacheco (Médico nesta cidade).

DELEGADOS: MADEIRA — Celestino Maia (Funchal); ANGOLA — Lavrador Ribeiro (Luanda); MOÇAMBIQUE — Francisco Fernandes J.º (Lourenço Marques); ÍNDIA — Pacheco de Figueiredo (Nova Goa); ESPANHA — A. Castillo de Lucas, Enrique Noguera, Fernan Perez e José Vidaurreta (Madrid); FRANÇA — Jean R. Debray (Paris) e Jean Huet (Paris); ALEMANHA — Gerhard Koch (Munster)

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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


Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com as duas revistas «Acta Endocrinologica Iberica» e «Acta Gynecologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

Portugal Continental e Insular — 170\$00 Ultramar — 220\$00

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

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

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



**AFECCÕES  
AGUDAS, SUBAGUDAS  
E CRÔNICAS DAS VIAS  
RESPIRATÓRIAS**

## **PROPULMIL**

**INJECTÁVEL**

PENICILINA G PROCAÍNICA 400.000 U. I. VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D<sub>2</sub> 10.000 U. I.  
QUININA BÁSICA 0,06 gr. ESSÊNCIA DE NIAULI 0,05 gr. EUCALIPTOL 0,05 gr.  
HEXAIDROISOPROPILMETILFENOL 0,02 gr. CÂNFORA 0,1 gr. Por ampola.

## **PROPULMIL**

**SUPOSITÓRIOS**

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

## **PROPULMIL INFANTIL**

**SUPOSITÓRIOS**

PENICILINA G PROCAÍNICA 200.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I.  
VITAMINA A 25.000 U. I. VITAMINA D<sub>2</sub> 5.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,05 gr.  
ESSÊNCIA DE NIAULI 0,1 gr. EUCALIPTOL 0,1 gr. CÂNFORA 0,05 gr. Por supositório.