

# O MÉDICO

SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 96  
2 de Julho de 1953

DIRECTOR E EDITOR:  
**MÁRIO CARDIA**

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

## BIOTERAPIA LÁCTICA



# LACTOSAN

VITAMINADO

CULTURA PURA DE BACILOS BULGAROS ASSOCIADA  
AOS FACTORES MAIS SIGNIFICATIVOS DO COMPLEXO B


CALDO • COMPRIMIDOS



## LABORATÓRIOS AZEVEDOS

### SUMÁRIO

	Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
ALENQUER, MÁRIO DE — <i>Embolia gasosa</i> .....	569	<i>Mais alguns esclarecimentos sobre segurança social</i> — Constantino A. Carneiro .....	523
RUAH, MOYSÉS — <i>Agénese Renal Esquerda — Hidra- nefrose por Vaso-anómalo à direita</i> .....	575	<i>Ecos e Comentários</i> .....	526
MOVIMENTO MÉDICO — ACTUALIDADES CLÍ- NICAS E CIENTÍFICAS — <i>O tratamento do Estado Asmático Persistente</i> .....	580	<i>Ouvindo alguns Mestres Espanhóis</i> — L. A. Duarte- -Santos .....	527
		<i>Misericórdia (Novo B. da S. Casa da Miser. do Porto)</i> .....	529
		<i>Regulamento Sanitário Internacional</i> .....	534
		<i>O aviso prévio do Prof. Manuel Cerqueira Gomes</i> .....	542



# ALGINEX

ANALGÉSICO DE USO EXTERNO

apresentado na forma de **stick**  
com excipiente especial

ACÇÃO INTENSA E RÁPIDA

---

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA

# Embolia gasosa

MÁRIO DE ALENQUER

(Médico dos H. C. L.)

## I. INTRODUÇÃO

Numerosas intervenções diagnósticas e terapêuticas da prática clínica podem ocasionar a embolia gasosa, complicação grave e muitas vezes mortal. Importa por isso divulgar o conhecimento de tal acidente e dos meios de evitá-lo e tratá-lo. Incluem-se no conceito de embolia gasosa os processos dependentes da presença dentro da árvore circulatória de gás no estado gasoso. No entanto, embora as manifestações e o seu mecanismo sejam em princípio semelhantes, não se consideram habitualmente no estudo deste conceito os casos em que o gás é libertado dentro dos próprios vasos. Tal sucede por exemplo na doença por descompressão (dos mergulhadores, aviadores, etc.) em que bolhas, sobretudo de azoto, se formam pela diminuição de solubilidade dos gases com a queda brusca da pressão ambiente.

Limitámo-nos pois aos casos em que o gás entra na circulação de fora. Para que tal suceda são condições essenciais que haja uma efracção da parede vascular em contacto com um gás e que a pressão intra-vascular seja, permanente ou transitória, inferior à do gás (caso contrário haverá hemorragia mas não entrará gás no vaso). Dada a pressão relativamente elevada em toda a árvore arterial a entrada do gás na circulação nunca se fará por uma artéria, salvo o caso especialíssimo da injeção deliberada. Não conheço nenhum caso averiguado de embolia gasosa por entrada de gás num linfático. A entrada do gás causador de embolias faz-se sempre por territórios venosos (ou talvez, e muito excepcionalmente, capilares).

Como os gases são solúveis na água (e no plasma), qualquer bolha de gás na circulação vai diminuindo de volume à medida que avança, e se a entrada do gás se fizer lentamente estará completamente dissolvida no sangue antes de chegar a territórios onde possa produzir fenómenos patológicos. A quantidade máxima de gás na unidade de tempo que ainda não dá manifestações será evidentemente tanto menor quanto menor a solubilidade do gás. É baixa para o azoto cuja solubilidade na água p. t. n. (Oº centígrados, 760 mm. Hg) é de 0,023 volume/volume. Já é maior para o oxigénio de solubilidade aproximadamente dupla (0,049 mesmas condições) e que a hemoglobina dos glóbulos vermelhos é capaz de fixar em grandes quantidades (0,2 volume/volume, nas condições existentes no sangue humano normal). Zeigler (76) pôde injectar por via intra-venosa em doentes em anóxia grave por doenças do aparelho respiratório mais de 15 cc. de oxigénio por minuto durante horas sem quaisquer más consequências. Finalmente é ainda muito maior a tolerância para o anidrido carbónico, cuja solubilidade na água (1,797 volume/volume, p. t. n.) é cerca de 40 vezes a do oxigénio, e cuja rapidíssima difusão através das membranas do organismo (condicionada por essa mesma alta solubilidade na água) lhe permite escapar-se rapidamente pelo pulmão.

Uma vez encravada uma bolha num aperto da árvore circulatória a suspensão da corrente sanguínea e o espasmo vascular param quase completamente a até aí rápida dissolução do gás (43). As condições físicas da dissolução dos gases marcam um limite mínimo de 30  $\mu$  para o diâmetro das bolhas no sangue. Como os capilares têm diâmetros em geral inferiores a um quarto desse número é fácil prever que a embolização (isto é: o encravamento das bolhas) se dê antes de chegar aos capilares, nas arteríolas pré-capilares, dotadas de rico sistema muscular. Estas arteríolas respondem à presença do gás com um espasmo que, como é frequente na patologia das obstruções vasculares, se estende à circulação colateral, não directamente obstruída (3, 4). A esta obstrução vascular se deve grande parte dos fenómenos patológicos da embolia gasosa.

Visto que as bolhas se encravam nas arteríolas o gás não dissolvido não poderá habitualmente atravessar barreiras capilares. Este facto tem sido verificado experimentalmente e no

homem. Em animais mortos por injeção intravenosa de ar não se encontra ar nas arteríolas da grande circulação (38, 39). Daqui se tira uma classificação das embolias gasosas em dois tipos, segundo o lugar da entrada do gás na circulação e portanto o lugar do seu encravamento: se o gás entrou numa veia da grande circulação a embolização dá-se ao nível do território arterial pulmonar e coração direito, poupando completamente as artérias da grande circulação. É a chamada *embolia gasosa venosa*. Se pelo contrário a entrada de gás se deu no território venoso pulmonar (ou pelos capilares pulmonares) ele será distribuído pelas artérias da grande circulação a todo o corpo, onde se darão as embolias. É a *embolia gasosa arterial*.

A experiência confirma o valor desta classificação, devida ao alemão Brauer (8, 9) e que me permito aproximar da sistemática das septicémias fundada por Nathan e Wohlwill (73, 74) no conceito de angiodendron, aplicando os mesmos princípios à embolização das bactérias. Já não é aplicável à embolia gorda (25) por as partículas de gordura atravessarem facilmente os territórios capilares. Por exemplo, após um grande traumatismo dum membro encontram-se partículas de gordura tanto na circulação pulmonar como nos territórios arteriais da grande circulação.

Como nas septicémias também em casos muito excepcionais de embolia gasosa se pode dar a passagem de gás através de um território capilar. Isso deu-se por exemplo nalgumas das experiências de Durant (23) que mencionarei daqui a pouco. Mas no homem a embolia gasosa paradoxal é rara, a não ser em casos com defeitos do septo cardíaco (66, 36). Alguns dos casos referidos de embolia gasosa paradoxal sem defeito do septo (22, 72, 45) são talvez explicáveis por um trajecto puramente venoso do ar, discutido adiante.

As embolias gasosas, venosa e arterial aparecem em circunstâncias diferentes, e diferentes são também as manifestações e seu mecanismo. Em particular são muito diferentes as quantidades de gás necessárias para desencadear sinais. São necessárias quantidades de ar da ordem dos 100 cc. para produzir sinais entrando rapidamente numa veia da grande circulação, como foi verificado tanto no homem (auto-experiências do checo Nemeš (52) como nos animais (injeções em veias safenas de cães de quantidades de ar chegando a litros, sem consequências (Kent e Blades: 39). Pelo contrário muito pequenas quantidades de ar podem produzir a morte por embolia gasosa arterial. Os mesmos autores (39) produziram a morte por obstrução coronária a todos os 28 cães a quem injectaram 1,0 cc. de ar numa veia pulmonar. Durant (24) pôde matar cães pela injeção de 0,05 cc. de ar numa artéria coronária. Compreende-se esta desproporção lembrando que na embolia gasosa venosa é necessária uma obstrução mais ou menos completa, mas em todo o caso extensa, da circulação pulmonar, enquanto na embolia gasosa arterial a morte pode provir da obstrução dum única artéria dum órgão vital, como uma coronária ou uma artéria cerebral ou bulbar.

## II. EMBOLIA GASOSA VENOSA (23)

Abstraindo da injeção intravenosa de ar, deliberada ou accidental (por exemplo, por entrada de ar num aparelho de fleboclise), a situação classicamente mais conhecida de embolia gasosa venosa é a abertura num acidente ou no decurso de uma operação dum daquelas veias da grande circulação que pela sua situação alta e próxima ao coração e pela sua dureza ou contenção por estruturas conjuntivas vizinhas (impedindo que colapsem) tem uma pressão permanente ou intermitentemente (inspiração, diástole) inferior à pressão atmosférica.

Reúnem estas condições sobretudo as veias do pescoço e axila e os seios venosos intracranianos (40, 64, 33). Todos ouviram falar do silvo de aspiração de ar seguido do quadro

dramático, em geral mortal, que daqui a pouco vou descrever. As veias do útero, sobretudo grávido ou durante a hemorragia menstrual, são também favoráveis, em especial na mulher deitada ou em posição genu-peitoral. São já frequentes os casos de embolia gasosa após insuflações vaginais, raspagens uterinas, várias intervenções obstétricas, abortos criminosos e até partos normais (54, 11, 27, 10, 45, 46, 40, 17, 30). Certas injeções de ar para fins diagnósticos ou terapêuticos têm também dado embolias gasosas. Assim a injeção perirenal de gás para visualização do rim e suprarenal é hoje abandonada em muitos centros por se considerar menos perigosa a lumbotomia exploradora (72). Possivelmente a insuflação pré-sagrada, através de uma região pobre em vasos, técnica criada por Ruiz Rivas e introduzida no nosso país por Ribeiro do Rosário e cols. (57 a) permitirá obter os mesmos resultados com menos risco. O pneumoperitônio (52, 51, 37), quer terapêutico quer diagnóstico (laparoscopia, radiografia), as pneumoartrografias, as lavagens dos seios maxilares estão entre as intervenções susceptíveis de causar embolia gasosa venosa.

\*

A morte por embolia gasosa venosa tem sido atribuída a dois mecanismos. Segundo Lengenhagger (41) e von Balogh (3, 4) e segundo geralmente se pensou desde que se reconheceu tal acidente, tratar-se-ia sobretudo de obstrução mais ou menos extensa das arteríolas pulmonares, com espasmo concomitante das artérias não directamente atingidas. Outros, desde Goodridge em 1902, sugerem que pelo menos em muitos casos a morte se deve sobretudo à formação dentro do ventrículo direito de uma espuma de alta viscosidade (portanto não avançando para a artéria pulmonar) e compressível (absorvendo pois sem proveito o trabalho cardíaco) pela acumulação do gás no aperto correspondente ao trato de saída (53, 23). Donde retenção do sangue a montante, com hipertensão venosa e cianose, e diminuição do débito fornecido ao ventrículo esquerdo, com isquémia geral, taquicárdia e colapso (forward failure).

A isquémia é particularmente grave ao nível do miocárdio ventricular direito, pela hipertensão dentro da respectiva cavidade, queda da pressão arterial coronária e entrada de ar dentro das veias de Tebésio e afluentes do seio coronário, verificada radiologicamente por von Balogh (3) e em numerosas necrópsias. O ventrículo esquerdo é poupado por haver diminuição do débito e das pressões intraaórtica e intraparietal (68). A isquémia ventricular direita foi verificada experimentalmente no cão por Durant (24) por visão directa e electrocardiograficamente: quadro de dilatação aguda difusa do ventrículo direito e isquémia subendocárdica, por exemplo imitando o bloqueio do ramo direito do feixe de His, semelhante ao que foi descrito entre nós por Arsénio Cordeiro (17 a) a propósito da embolia pulmonar por êmbolos sólidos.

As provas deste último mecanismo (espuma dentro do ventrículo direito), embora sugestivas, são sobretudo circunstanciais. Já em numerosas necrópsias se encontrou o ventrículo direito cheio de espuma com as artérias pulmonares livres (27, 10, lit. 13): o que poderia explicar-se pela dissolução post-mortem do gás, mais difícil de aceitar no animal de experiência, em que a necrópsia segue imediatamente a morte. São também significativos certos resultados terapêuticos da aspiração do ventrículo direito (23, 50), em que juntamente com uma melhoria dramática do quadro circulatório desaparece o ruído de azenha, que vou mencionar a seguir e se julga corresponder ao bater da espuma pelas contracções do ventrículo direito. Este efeito seria difícil de explicar supondo que tudo se deve ao ar embolizado nas artérias pulmonares. O mesmo pode dizer-se da melhoria dramática que Durant (23) obteve em cães com embolias gasosas deitando-os sobre o lado esquerdo, e que atribue à situação inferior do trato de saída permitindo a subida do ar para a cavidade do ventrículo direito, onde se dissolveria pouco a pouco. Idêntica manobra parece ter sido eficaz nalguns casos no homem (33, 49, 37).

Sobre o quadro clínico da embolia gasosa venosa há pouco a dizer: além da entrada de ar, com ou sem silvo, há em geral perda súbita de conhecimento (que pode ser precedida de segundos ou minutos de grande angústia), alterações diversas do ritmo e frequência da respiração, taquicárdia, hipertensão venosa e cianose, colapso. O quadro pode manter-se minutos, às vezes com convulsões asfícticas, ou melhorar gradualmente; mais fre-

quentemente termina pela morte em fibrilhação ventricular. É característico (mas não constante) o já referido ruído de azenha, sincrono com as pulsações cardíacas, às vezes acompanhado de frêmito ou ouvindo-se a distância, e que como já disse deve corresponder ao bater da espuma intracardíaca pelas contracções do ventrículo direito.

### III. EMBOLIA GASOSA ARTERIAL (24)

Ao contrário da embolia gasosa venosa que pode ser causada por acções sobre os mais variados órgãos, a embolia gasosa arterial exigindo a entrada de gás nas veias pulmonares aparece apenas depois de acções mais ou menos directas sobre as estruturas torácicas; e que segundo Rössle (59) (modificado) classificarei em três grupos:

1. O aumento de pressão dentro das vias aéreas pode forçar ar para dentro das vias sanguíneas, quer através da parede alveolar (cuja função normal é a passagem de gases), quer através de rasgaduras da estrutura pulmonar, como é mais geralmente aceite (Ewald e Kobert: 24 a). A morte por tal mecanismo de embolia gasosa arterial foi obtida experimentalmente com pressões de 20 a 50 mm. Hg. em cães e cobaias (61, 59). Encontra-se no homem em circunstâncias raras, como após tentativas de respiração artificial com pressões fortemente positivas (por exemplo nos recém-nascidos apneicos a quem se soprou dentro da boca para forçar a primeira distensão pulmonar) e no «blast», ou seja nas pessoas muito próximas de grandes explosões que são atingidas na sua árvore aérea pela onda de pressão correspondente. Este quadro é relativamente frequente nos ataques aéreos mas praticamente não se vê em tempo de paz.

2. A passagem de ar das vias aéreas para as vias sanguíneas pode também ser causada por traumatismos torácicos (quedas de grande altura, acidentes de viação, soterramentos, etc.) com ou sem fractura de costela, ou por esforços violentos (boxeurs), em particular pela tosse. Foram já atribuídas a embolias gasosas certas complicações neurológicas da tosse convulsa, mais geralmente consideradas devidas a hemorragias venosas (39 a). Deve notar-se que estas situações não criam as condições de pressão necessárias à embolia gasosa, visto aumentarem a pressão simultaneamente dentro dos vasos e da árvore aérea. Apenas podem produzir lacerações dos vasos e da restante estrutura pulmonar. Nos pulmões dos mortos por embolia gasosa de tais causas encontra-se certo grau de enfisema intersticial com escassas hemorragias, que predominam pelo contrário nos casos sem embolia gasosa (Rössle). Este facto sugere uma influência do regime de pressões ao nível das lacerações.

3. Finalmente, e para nós muito mais importante, dão-se embolias gasosas de tipo arterial pelas intervenções directas, médico-cirúrgicas, sobre as estruturas do tórax, desde as grandes intervenções da cirurgia intratorácica (reseções pulmonares, drenagem de abscessos pulmonares ou de empiemas pleurais, etc.) ou mais raramente da parede (toracoplastias) até às pequenas intervenções do domínio do fisiologista, como os inícios e as reinsuflações do pneumotórax intrapleural ou extrapleural, a punção de cavernas ou derrames pleurais, a secção de aderências por endoscopia, etc.

\*

Para haver embolia gasosa é necessário que através de uma abertura da parede dum vaso haja comunicação com um espaço contendo gás, e que a pressão do gás seja superior à do sangue dentro do vaso. Aqui também as artérias pulmonares estão praticamente excluídas pela sua pressão relativamente alta. As veias pulmonares têm uma pressão muito mais baixa, que pelo menos durante a inspiração e durante a diástole cardíaca é francamente inferior à pressão atmosférica, e tanto mais baixa quanto mais perto do coração (o que nas veias da pequena circulação é quantitativamente pouco importante) e quanto mais alto em relação a um plano horizontal passando pela aurícula esquerda. Isto já é importante: numa veia pulmonar superficial situada junto à axila a diferença entre as pressões hidrostáticas em decúbito supino e lateral pode exceder 20 cm. de água.

Referindo-me especialmente às pequenas intervenções do fisiologista, a veia pode ser ferida directamente pela agulha ou trocarte, ou rasgar-se pela tosse ou esforço no momento da picada. A proximidade de lesões tuberculosas ou de abundante

tecido conjuntivo fibroso não só fixa a veia impedindo-a de fugir diante da agulha mas também impede que ela colapse uma vez ferida.

Quanto ao gás temos em primeiro lugar o injectado ou aspirado por exemplo de dentro da agulha e tubo de um aparelho de pneumotórax ou da atmosfera ambiente na cirurgia a tórax aberto (gás extrínseco) e em segundo lugar o ar contido nos alvéolos e brônquios, em cavidades pulmonares ou na câmara de pneumotórax (gás intrínseco) cuja pressão pode ir desde levemente inferior à atmosfera («negativa») até fortemente «positiva», por exemplo em pneumotórax extra-pleurais em que excede frequentemente + 40 cm. de água.

\*

Nestas circunstâncias e lembrando a frequência com que se fere o pulmão (segundo Ornstein em cerca de três quartos das instituições de pneumotórax com agulha aguçada) é de estranhar que a embolia gasosa seja tão rara como é, tendo chegado Forlanini (28) a considerá-la sempre devida a erro técnico. Por exemplo Andosca e Foley (1) em 90.000 insuflações de pneumotórax tiveram 12 acidentes, dos quais 3 mortais, em todos os quais se encontrou ar nos vasos; Zadek e Sonnenfeld referem uma embolia gasosa em 20.000 insuflações, Maendel 15 embolias gasosas em 13.000 insuflações; Sorgo não viu nenhuma embolia gasosa em 25 anos de clínica como fisiologista; o próprio Forlanini mais tarde refere ter visto 12 embolias gasosas, das quais 2 mortais, ambas em primeiras insuflações (lit. 18).

Possivelmente esta aparente raridade provém de a maioria dos órgãos não revelarem por sinais reconhecíveis na clínica as embolias gasosas que os atinjam. Apenas de três sectores da economia há provas certas de participarem no quadro da embolia gasosa arterial (o miocárdio, o sistema nervoso central e o olho). Dos outros nada se sabe: provavelmente sofrem as embolias mas não as revelam. Alguns sinais descritos admitem ainda hoje outra interpretação.

A embolia gasosa do sistema nervoso central tem sido desde sempre considerada o mecanismo de morte por embolia gasosa arterial, baseando-se sobretudo nos sinais clínicos focais. Esta presunção de ordem clínica tem sido repetidas vezes confirmada pela presença de ar nos vasos verificada in vivo (como se verá adiante a propósito do quadro clínico e diagnóstico) e na necropsia, sobretudo microscopicamente. Noutros casos o gás não é encontrado, ou por já ter desaparecido ou por deficiente técnica, mas verificam-se alterações morfológicas de isquémia, com amolecimentos microscópicos, lesões isquémicas das células e alterações correspondentes da glia.

A participação ocular é sugerida pela cegueira que é um dos sintomas mais frequentes da embolia gasosa arterial. Frequentemente bilateral, o que levou a pensar numa origem supra-ocular por exemplo occipital (69), é outras vezes unilateral. Prova-se decisivamente a origem retiniana dos sintomas pelo achado oftalmoscópico de bolhas de ar nas artérias do fundo (71, 57, 40, 62, 75, 23).

Para Friedberg (29) é duvidosa a participação coronária nas manifestações da embolia gasosa arterial, em particular como causa de morte. Parece-nos difícil manter essa dúvida. Rössle pensa mesmo que embora o quadro neurológico seja mais aparatoso, a morte por embolia gasosa arterial deve ser mais frequentemente cardíaca que cerebral. São já numerosos os investigadores que obtiveram mortes seguramente coronárias por injeção de ar não só nas artérias coronárias (60, 24) como nas veias pulmonares (31, 47, 24) ou por aumento da pressão aérea intratraqueal (61, 59), encontrando-se as bolhas dentro das artérias coronárias e obtendo-se o quadro electrocardiográfico correspondente. São também muito numerosos os casos humanos mortos por embolia gasosa em que se encontrou ar nas artérias coronárias (46, 16, 34, 32, 62, 36, 48). Há ainda alguns casos dificilmente impugnáveis de infarto do miocárdio por embolia gasosa, clinicamente típicos e comprovados electrocardiográfica e/ou anatomicamente (22, 32, 7, 26, 12). Parece-me ainda razoável atribuir à isquémia miocárdica a intensíssima angústia que forma uma parte muito evidente do quadro clínico da maioria das embolias gasosas arteriais.

\*

Vou descrever esse quadro clínico, referindo-me em especial à embolia gasosa no decurso das pequenas intervenções do

tisiologista. O acidente pode desencadear-se logo após a picada, ou quando se introduziu ar, ou se retirou a agulha. Pode ter início quando o doente se levanta da marquesa, e raramente minutos ou até horas depois. Muitas vezes não houve oscilações manométricas (no pneumotórax) e a agulha vem cheia de sangue.

Pode limitar-se a uma sensação de angústia, opressão, náusea, vertigem, cefaleia, medo de desmaiar ou morrer, sugerindo muitas vezes origem puramente psicogénia. Um quadro deste tipo falta raramente, a título prodromico, nos casos em que não há perda imediata de consciência. Pode, com ou sem prodromos, o doente morrer subitamente. Mais frequentemente aparecem sinais de alteração focal do sistema nervoso central: hemiplegia, monoplegias mais ou menos extensas, hemianopsias ou amaurose, afasias, estrabismos de vária ordem, convulsões jacksonianas ou generalizadas de início, perda de consciência mais ou menos prolongada. Ao mesmo tempo há alterações cardio-respiratórias: palidez ou cianose, taqui-ou bradipneia, às vezes com respiração de Cheyne-Stokes, taquicárdia, hipotensão podendo ir até ao colapso. Segundo o tipo de manifestações que predomina há várias classificações sintomáticas, a meu ver sem interesse, em forma sincopal, paralítica, convulsiva, parestésica, etc. Seja como for, o quadro evolue progressivamente para a morte em minutos ou horas, mais raramente dias, ou regressa lentamente. Muitas vezes a regressão é total, mas podem ficar sequelas: hemiplegia, amaurose, etc. Pode haver exacerbações que sugerem repetições da embolia.

A suspeita de embolia gasosa arterial é fácil pelas circunstâncias. Pode ser confirmada por vários sinais, mais ou menos patognomónicos, dos quais Durant (24) refere os cinco que vou mencionar. Aliás, dada a confusão que sempre rodeia estes doentes, se é importante ter um diagnóstico seguro para tranquilizar o espírito do médico e permitir-lhe concentrar-se na terapêutica, é difícil colher a tempo os elementos que seguem:

1. Bolhas de ar nos vasos do fundo do olho, por oftalmoscopia; mais tarde pode haver apenas palidez.

2. Sinal da língua de Liebermeister, que consiste na aparição de uma zona mais pálida dum dos lados da ponta da língua, ou mesmo ocupando metade da língua, persistindo cerca de 5 a 15 minutos, e que se atribui a embolia gasosa da artéria lingual ou seus ramos. Segundo Liebermeister (42) o fenómeno da língua deve ser constante, mas outros (2, 24) procuraram-no em vão. Possivelmente a posição do doente é importante: semi-sentado a carótida primitiva, carótida externa e lingual continuam-se quase verticalmente, favorecendo assim a passagem do ar.

3. Aspecto marmoreado da pele da face, sobretudo ao nível das pregas nasolabiais e comissuras da boca.

Estes dois sinais, geralmente interpretados como directamente devidos à embolia, são por outros considerados devidos a alterações do sistema nervoso vegetativo, condicionadas pela embolia do sistema nervoso central.

4. e 5. Por uma pequena incisão da pele num ponto alto sai sangue com bolhas de ar (air bleeding). Nalguns casos conseguiu-se ver radiologicamente ar nas artérias do cérebro — angiografia gasosa (16). Dada a grande quantidade de ar necessária estes casos têm sido sempre mortais. A radiografia para diagnóstico de embolia gasosa parece ser método a aplicar sobretudo no cadáver.

Mais tarde a confirmação clínica ou electrocardiográfica, electroencefalográfica ou por outros meios de uma alteração focal do sistema nervoso central ou do miocárdio é elemento abonatório do diagnóstico retrospectivo de embolia gasosa.

\*

Acidentes como estes, conhecidos desde o século passado, eram geralmente interpretados como reflexos à excitação da pleura (lit. 35). Tal era a opinião de Dieulafoy, que nas suas lições repetidamente previne dos perigos da punção pleural, de Crouzet e de Forlanini ainda em 1908. Esta doutrina do «shock» ou «eclampsia» pleural viu-se pouco a pouco abandonada desde que Brauer (8, 9) deu à embolia gasosa o peso da sua grande autoridade em 1913, apoiado num célebre caso de Brandes (6) morto em eclampsia pleural após injeção de pasta bismutada num empiema, e em que se encontrou a pasta desde as veias pulmonares próximas à câmara pleural até às artérias do cérebro embolizado, mostrando assim a via seguida pelo ar nas embolias gasosas.

Os argumentos de certos autores, como Capps (13), que ainda hoje se batem pela eclampsia pleural, não me parecem de muito peso. Conseguiram realmente produzir acidentes sincopais pela excitação da pleura em animais, por exemplo com tintura de iodo, mas esses acidentes, quer do tipo vagal, com bradicardia, quer do tipo vasomotor, com taquicardia e colapso, são completamente diferentes do quadro verificado no homem. Faltam sobretudo os fenómenos focais do sistema nervoso central, que a eclampsia pleural só dificilmente explicaria. Os dois argumentos contra a embolia gasosa tirados da observação de casos humanos, a partir dos dois factos de que muitos acidentes se produzem antes de insuflar ar e de que em muitas necrópsias se não encontrou gás, também não colhem; o gás intrínseco explicaria os primeiros; e a dissolução post-mortale do gás ou erros de técnica justificam os segundos. O diagnóstico necrótico de embolia gasosa exige autópsia logo após a morte e técnicas especiais, como o abrir os órgãos debaixo de água e a aspiração do gás sob óleo (26, 59, 40). Não se podendo excluir completamente a eclampsia pleural como causa de acidentes da toracotomia e pneumotórax, é hoje quase unânimemente aceite que a sua participação deve ser extremamente rara.

Um outro ponto de vista heterodoxo acerca dos acidentes do pneumotórax é o propugnado recentemente por Simmonds e Batson que aceitam uma embolia aérea, mas feita por via venosa, seguindo o ar pelas veias intercostais ou pleurais, quer para o plexo venoso vertebral, quer pela azygos à veia cava, subindo depois pela acção da gravidade, embora contra a corrente sanguínea, pelas veias vertebraes ou jugulares até ao encéfalo. Esta hipótese, semelhante à que os autores citados postulam para certas metástases sépticas e neoplásicas pulmão-cérebro e para a disseminação à coluna dos tumores da próstata, apoia-se no ter-se encontrado em certas necrópsias ar nas veias cerebraes (70, 5, 30) e em provas circunstanciaes, como sejam o início das queixas muitas vezes por sintomas visuais (por serem atingidos primeiro os lobos occipitais), ou o acidente ter lugar apenas quando o doente se levanta (criando as condições hidrostáticas para a subida do ar ao longo das veias). Alguns casos de embolia gasosa de tipo arterial em insuflações de pneumoperitônio (37, 51) seriam também mais fáceis de explicar por um tracto venoso. Não está aliás provado que o ar nas veias cerebraes possa produzir fenómenos de isquémia (24). Penso que até melhor esclarecimento experimental e casuístico, este mecanismo tem de considerar-se raro ou até duvidoso.

O enfisema intersticial do pulmão após picada, encontrado em certas autópsias e que foi invocado como substrato anatómico do shock pleural parece ser apenas um concomitante pouco importante de certos casos de embolia gasosa (59).

#### IV. PROFILAXIA E TRATAMENTO

Os resultados da profilaxia são muito mais importantes que os do tratamento. Quanto à embolia gasosa venosa limito-me a mencionar os cuidados na técnica operatória (posição baixa do campo operatório) e o evitar as manobras reconhecidamente perigosas (insuflação peri-renal), cuidados em cujo detalhe não posso entrar.

A respeito da embolia gasosa arterial vou limitar-me a considerar as pequenas intervenções do fisiologista, em particular a instituição e reinsuflações do pneumotórax terapêutico. O cuidado mais elementar para não produzir embolias por gás extrínseco é não introduzir ou deixar aspirar ar sem ter a certeza de estar a abertura da agulha dentro da cavidade pleural, isto é, sem ter obtido no manómetro oscilações francas e negativas. Para melhor respeitar este princípio nas primeiras insuflações foram inventadas as agulhas com orifício lateral: mesmo que a ponta fira o pulmão a ranhura está na pleura. Em qualquer caso numa primeira insuflação nunca se deve injectar ar sob pressão, mas aproveitar a pressão negativa intrapleural para aspirá-lo.

Embora Selikoff (63) tenha aconselhado não introduzir ar na primeira insuflação do pneumotórax mas apenas picar deliberadamente o pulmão para que da perfuração resultante passe algum ar à pleura, todos os fisiologistas sensatos pensam que é menos arriscado não ferir o pulmão. Por isso foram aconselhadas as agulhas rombas, pelo menos para as primeiras insuflações (2, 18, lit. in 35). Dooneief e Piccagli (21) só duas vezes perfuraram o pulmão em 23 doentes a quem fizeram a primeira insuflação de pneumotórax com agulha romba, o que

se compara muito favoravelmente com os 75 % vistos por OrNSTEIN com agulha aguçada. Pensou-se também que as agulhas rombas afastariam os vasos melhor do que as agulhas aguçadas, análogamente ao que sucede com as balas de espingarda (rombas) nas feridas dos membros (2). Mas as agulhas rombas causam dor, obrigando a uma anestesia com agulha aguçada e aumentando a angústia do doente diante duma intervenção que deve manter-se natural e sem temores. E as estatísticas dos autores que usam agulhas rombas não mostram menos acidentes do que as dos que usam agulhas aguçadas (35). Hoje praticamente todos usam a agulha aguçada de Küss, com o orifício terminal ou lateral. Para evitar abrir vasos convém ainda picar quanto possível longe de zonas doentes ou com tecido de cicatriz.

Os cuidados mencionados não podem ser sempre eficazes. Uma ou outra vez será picado um vaso. Convém então que nesse vaso haja uma pressão tão alta quanto possível. Nas primeiras insuflações de pneumotórax intra-pleural que se fazem na face axilar do tórax foi proposto por Ulrici (67) ter o doente em decúbito dorsal, em vez do decúbito lateral mais habitualmente usado. A diferença de pressões nas veias pulmonares da região ferida excede 20 cm. de água. Na punção de cavernas esta posição é em geral impossível; mas não deve pelo menos fazer-se no doente sentado ou em pé. Certos autores recomendam mesmo levantar um pouco (30°) os pés da marquesa. No pneumotórax extra-pleural as pressões aéreas muito elevadas tornam menos importantes estes cuidados. Embora a parede fibrosa impeça em geral a comunicação com os vasos, acontecem às vezes acidentes mortais. Propôs-se também fazer as insuflações com oxigénio e até com anidrido carbónico. Mas este último gás pela sua rapidíssima difusão é impróprio; e a convicção de que a maioria dos acidentes se devem ao gás intrínseco leva quase todos os fisiologistas a dispensarem a complicação técnica a que obrigaria a insuflação com oxigénio.

Se entrou ar nas veias será importante evitar que ele chegue a órgãos vitais. Quando se pensava que a morte se devia a embolia cerebral era aconselhado abaixar a cabeça (visto que o ar prefere, até certo ponto, os vasos ascendentes); como hoje pensamos que a morte é mais vezes por embolia coronária conviria por o doente em tal posição que ambas as coronárias saíssem da aorta para baixo, o que é difícil por elas seguirem sentidos quase diametralmente opostos. Durant (23) propõe uma posição intermédia aos decúbitos prono e lateral esquerdo. Esta posição não tem evidentemente valor quanto às embolias já feitas, mas pode tê-lo na profilaxia de repetições, sempre possíveis. Sendo incómodo aplicá-la por rotina, parece-me indicada em casos de perigo especial — por exemplo, em recuperações de pneumotórax (18); e uma vez sucedido qualquer acidente deve colocar-se o doente em posição de Trendelenburg a 45° e em decúbito lateral esquerdo inclinado para a frente, que tem talvez ainda valor no tratamento duma eventual embolia venosa concomitante. Há mesmo marquesas especiais que permitem tomar essa posição rápida e facilmente (58).

Ainda dentro da profilaxia lembro certos casos em que sucessivas reinsuflações são mal toleradas pelo doente, às vezes sem sinais objectivos, outras vezes com sinais objectivos, por exemplo um mesmo quadro neurológico focal (15, 65). Estes casos foram interpretados como de shock pleural. Pensa-se hoje que sejam pequenas embolias gasosas repetidas. Com efeito, se se insiste, provocam-se muitas vezes embolias gasosas típicas e até mortais.

\*

No tratamento da embolia gasosa arterial a posição já referida deve ser o mais importante, pelo seu valor profilático de repetições. Deve usar-se ainda a inalação prolongada de oxigénio a 100 %, de valor reconhecido na «caisson disease», que actua lavando de azoto o organismo e permitindo a dissolução do azoto circulante ou embolizado. Os analépticos e vaso-dilatadores podem usar-se, mas dada a relativa lentidão da sua acção haverá pouco a esperar deles numa situação em que tudo deve decidir-se em minutos. Von Balogh aconselha o nitrato de amilo em grandes doses, por inalação, visto actuar rapidamente. No caso de embolia venosa a sua acção directa no relaxar do espasmo das arteriolas pulmonares pode ser decisiva. Parece-me indispensável ter nitrato de amilo e oxigénio junto de toda a marquesa onde se façam pneumotórax.

# DELTAMICINA

2 estreptomicinas e 2 penicilinas em associação sinérgica para anular os efeitos tóxicos e exaltar o seu poder antibiótico

## COMPOSIÇÕES

### ADULTO

Cada dose contém :

Estreptomicina base (Sob a forma de sulfato) . . . . .	0,25 Grs.
Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de sulfato) . . . . .	0,25 Grs.
Procaína Penicilina G Cristalizada . . . . .	300.000 U. O.
Penicilina G potássica cristalizada . . . . .	100.000 U. O.
Soro fisiológico apirogénico . . . . .	3 c. c.

### INFANTIL

Cada dose contém :

Estreptomicina base (Sob a forma de sulfato) . . . . .	0,125 Grs.
Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de sulfato) . . . . .	0,125 Grs.
Procaína Penicilina G Cristalizada . . . . .	300.000 U. O.
Penicilina G potássica cristalizada . . . . .	100.000 U. O.
Soro fisiológico apirogénico . . . . .	3 c. c.

## APRESENTAÇÃO

Embalagem de 1 dose Adulto . . . . .	<b>Esc. 19\$50</b>
Embalagem de 1 dose Infantil . . . . .	<b>Esc. 14\$00</b>



**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*

# Polibion Marca reg.

Para a terapêutica pelo complexo vitamínico B

Inapetência renitente, obstipação crónica, glossite, estomatite, lesões do parênquima hepático, vômitos gravídicos.

## Apresentação:

Polibion, grageias — frasco com 20

Polibion „forte“, grageias — frasco com 20



**DARMSTADT · ALEMANHA**

Amostras e literatura

Eduardo de Almeida & Cia.  
Rua do Cativo, 22-24  
Porto

Químico-Farmacêutica Lda.  
Rua de Santa Marta, 64  
Lisboa



No tratamento da embolia gasosa venosa pode ser decisiva a aspiração do ventrículo direito por punção ou até a posição de Durant (decúbito lateral esquerdo, levemente inclinado para a frente) mais fácil e inócua. Importa evitar que entre mais ar na circulação, em particular abaixando o ponto de entrada. O oxigênio e o nitrito de amilo são também indicados. Infelizmente em muitos casos a morte dá-se antes de haver tempo para qualquer coisa de útil.

Gelo na cabeça, punção lombar, carvão intravenoso (14), álcool intravenoso (53) e numerosos outros meios que têm sido indicados, parecem-me de valor nulo.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 — *Andosca e Foley*, Am. Rev. Tub. 52: 221, 1945.
- 2 — *v. Arnim*, Beitr. Klin. Tub. 104: 414, 1951.
- 3 — *v. Balogh*, Dtsch. med. Wchnschr. 1940.1: 149.
- 4 — *v. Balogh*, Virchows Arch. 307: 362, 1942.
- 5 — *Bohorfoush*, Am. Rev. Tub. 47: 263, 1943.
- 6 — *Brandes*, Münchn. med. Wchnschr. 59: 2392, 1912.
- 7 — *Branov e Verdnikova*, cit. *Durant* 24.
- 8 — *Brauer*, Dtsch. Ztschr. f. Nervenheilk. 45: 276, 1912.
- 9 — *Brauer*, Verhandl. d. dtsch. Gesellschaft f. inn. Med. 30: 347, 1913.
- 10 — *Breyfogle*, J. am. med. Ass. 129: 342, 1945.
- 11 — *Brown*, Lancet 1943.1: 616.
- 12 — *Cameron*, Brit. Heart J. 7: 104, 1945.
- 13 — *Capps*, J. am. med. Ass. 109: 852, 1937.
- 14 — *Castro Garcia e Carrascal Antón*, Rev. Clin. Esp. 28: 215, 1948.
- 15 — *Cerviá*, Rev. clin. esp. 12: 42, 1944.
- 16 — *Chase*, Surg. Gyn. Obst. 59: 569, 1934.
- 17 — *Cody e Windrow*, J. am. med. Ass. 147: 1760, 1951.
- 17 a — *Cordeiro*, Gaz. med. port. 1: 902D, 1948.
- 18 — *Cranz*, Act. tb. scaad. 25: 43, 1950.
- 19 — *Dagelish*, Brit. med. J. 1945.2: 256.
- 20 — *Deadman*, Canad. med. Ass. J. 37: 157, 1937.
- 21 — *Dooneief e Piccagli*, Am. Rev. Tub. 60: 557, 1949.
- 22 — *Durant*, Ann. int. Med. 8: 1625, 1935.
- 23 — *Durant, Long e Oppenheimer*, Am. Heart J. 33: 269, 1947.
- 24 — *Durant, Oppenheimer, Webster e Long*, Am. Heart J. 38: 481, 1949.
- 24 a — *Ewald e Kobert*, cit. *Rössle* 59.
- 25 — *Fahr*, Virchows Arch. 314: 499, 1947.
- 26 — *Farr*, cit. *Durant* 24.
- 27 — *Forbes*, Brit. med. J. 1944.2: 529.
- 28 — *Forlanini*, Ther. d. Gegenw. 49: 486, 1908.
- 29 — *Friedberg*, Diseases of the Heart. Saunders, Philadelphia, 1949.
- 30 — *Froboese*, Virchows Arch. 314: 39, 1947.
- 31 — *Gunderman*, Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 33: 261, 1921.
- 32 — *Hall*, J. am. med. Ass. 109: 125, 1937.
- 33 — *Hamby e Terry*, Surgery 31: 212, 1952.
- 34 — *Hamilton e Rothstein*, J. am. med. Ass. 104: 1226, 1935.
- 35 — *Hein, Kremer e Schmidt*, Kollapstherapie der Lungentuberkulose, Thieme, Leipzig, 1938.
- 36 — *Helper, Truter e Hunt*, Am. J. clin. Path. 17: 322, 1947.
- 37 — *Hollander*, J. am. med. Ass. 147: 568, 1951.
- 38 — *Jung e Pierre*, C. R. Soc. Biol. Paris 120: 1002, 1935.
- 39 — *Kent e Blades*, J. thor. Surg. 11: 434, 1942.
- 39 a — *Klotz*, Tos ferina, in *v. Bergmann-Stähelin*, Tratado de Medicina Interna, 3.ª ed. 1: 735, Labor, 1942.
- 40 — *Kulka*, Arch. Path. 48: 366, 1949.
- 41 — *Lengenhagger*, Münchn. med. Wchnschr. 1936.2: 1099.
- 42 — *Liebermeister, G.* Klin. Wchnschr. 1929.1: 21.
- 43 — *Liebermeister, K. H.* Beitr. Klin. Tub. 75: 501, 1930.
- 44 — *Lucas*, Beitr. Klin. Tub. 88: 223, 1936.
- 45 — *Martland*, Am. J. Surg. 68: 164, 1945.
- 46 — *Miller*, J. am. med. Ass. 129: 243, 1945.
- 47 — *Moore e Braselton*, Ann. Surg. 112: 212, 1940.
- 48 — *Morland*, cit. *Cranz* 18.
- 49 — *Musgrave e MacQuigg*, J. am. med. Ass. 150: 28, 1952.
- 50 — *Myllks, Brown e Robinson*, Canad. med. Ass. J. 56: 427, 1947.
- 51 — *Nagel*, Das Pneumoperitoneum zur Behandlung der Lungentuberkulose, Erg. d. ges. Tbkforschung 11: 373, 1953.
- 52 — *Nemec*, cit. *Lengenhagger* 41.
- 53 — *Pfanner*, Münchn. med. Wchnschr. 1936.1: 591.
- 54 — *Pierce*, Canad. med. Ass. J. 35: 668, 1936.
- 55 — *Pines*, Cardiologia 3: 308, 1939.
- 56 — *Pollak*, Am. Rev. Tub. 28: 187, 1933.
- 57 — *Reyer*, J. am. med. Ass. 87: 1626, 1926.
- 57 a — *Ribeiro do Rosário, Pires, Duarte e Oliveira*, Gaz. med. port. 3: 260, 1950.
- 58 — *Rindt*, Beitr. Klin. Tub. 106: 388, 1951.
- 59 — *Rössle*, Virchows Arch. 314: 511, 1947.
- 60 — *Rukstinat*, J. am. med. Ass. 96: 26, 1931.
- 61 — *Rukstinat e LeCount*, J. am. med. Ass. 91: 1776, 1928.
- 62 — *Schattenberg e Ziskind*, Am. J. clin. Path. 9: 477, 1939.
- 63 — *Selikoff, Tchertkoff e Robitzek*, cit. *Dooneief e Piccagli* 21.
- 64 — *Stallworth, Martin e Postlewaith*, J. am. med. Ass. 143: 1250, 1950.
- 65 — *Stangl*, Acta tb. scand. 26: 374, 1952.
- 66 — *Thomassen*, cit. *Durant* 24.
- 67 — *Ulrici*, cit. *v. Arnim* 2.
- 68 — *Visscher*, J. am. med. Ass. 113: 987, 1938.
- 69 — *Walsh e Goldberg*, J. am. med. Ass. 114: 654, 1938.
- 70 — *Waring e Thomas*, Am. Rev. Tub. 42: 682, 1940.
- 71 — *Wever*, Beitr. Klin. Tub. 31: 159, 1914.
- 72 — *Weyrauch*, J. am. med. Ass. 114: 652, 1938.
- 73 — *Wohllwill*, Imprensa med. 1: 95, 1935.
- 74 — *Wohllwill*, Arq. Patologia 7: 49, 1935.
- 75 — *Wong*, Arch. Ophth. 25: 149, 1941.
- 76 — *Zeigler*, J. Lab. & Clin. Med. 27: 223, 1941.

## Agenésia Renal Esquerda—Hidronefrose por Vaso-anómalo à direita

MOYSÉS RUAH

(Interno de Urologia dos H. C. L.)

O aparelho urogenital com o seu complexo desenvolvimento embrionário contribui, mais do que qualquer outro, para a casuística das anomalias congénitas.

Na maioria dos casos o rim único congénito foi apenas observado nas autópsias; o diagnóstico em vida de agenésia renal está geralmente subordinado à coexistência desta anomalia com malformações do aparelho genital feminino ou à grande frequência com que o rim único é sede de alterações patológicas (hidronefrose, calculose, infecções, etc.) que ocasionando sintomas clínicos, conduzem ao exame urológico do doente.

As estatísticas apresentadas pelos diversos autores são duma maneira geral concordantes considerando a agenésia renal uma eventualidade extremamente rara.

Eisendrath e Rolnick em 159.274 autópsias encontraram uma proporção de 1 para 953; Braasch e Merricks em 1.000 autópsias realizadas na Mayo Clinic 1 caso; Soloway, do Cook Country Hospital de Chicago, em 12.000 autópsias observaram esta anomalia 1 vez em cada 1.200 casos; Campbell em 13.000 autópsias no Bellevue Hospital encontrou 9 casos ou seja uma incidência de 1 para 1.600. Numa revisão de conjunto da literatura publicada sobre este assunto até 1952, Collins apenas encontrou 581 casos autênticos de agenésia renal.

Esta anomalia parece não ter preferência de lado nem de sexo, embora nos casos diagnosticados em vida o sexo feminino pague maior tributo, talvez porque a frequente associação com anomalias genitais facilite o diagnóstico.

Fortune e outros autores pensam que a agenésia renal é devida à paragem do desenvolvimento do rim em qualquer das fases da sua evolução embrionária.

Porém, para Hinman e Gutierrez a ausência do desenvolvimento do gérmen ureteral tem maior importância na produção da agenésia renal do que propriamente a falta de blastoma mesofrénico.

O diagnóstico da agenésia renal deve, segundo Dourmashkin e Light, obedecer a um certo número de condições que estes autores resumiram da forma seguinte:

- 1.º — Ausência de imagem renal nas radiografias.
- 2.º — Possível assimetria das imagens dos psoas.
- 3.º — Rim único de dimensões aumentadas.
- 4.º — Ausência de imagem urográfica do lado agénésico.
- 5.º — Ausência de orifício ureteral confirmada por repetidos exames cistoscópicos.
- 6.º — Ausência de eliminação de corantes do lado suspeito.

Na verdade a ausência de imagem renal é uma condição que só tem valor acompanhada das outras, porquanto na hipoplasia renal também pode não aparecer a imagem do rim quando este seja suficientemente pequeno.

Pode existir uma agenésia renal com a presença de orifício ureteral do lado suspeito; são os raríssimos casos de uretero cego.

A observação clínica que vamos relatar parece particularmente interessante pois que além da agenésia renal do lado esquerdo existia do lado oposto um vaso polar inferior que passando junto ao colo do bacinete foi causa de hidronefrose com dores e infecção secundária por colibacilos; e foi justamente o *síndrome hidronefrose-infecção* que determinou o estudo urológico revelador da anomalia.

A hidronefrose por vaso-anómalo é uma entidade que se desenvolve lentamente durante um período de vários anos. Assim muitos doentes com grandes hidronefroses deste tipo só muito tardiamente apresentam queixas. O exame clínico não dá indicações sobre o tipo de hidronefrose; o exame radiológico pode fornecer elementos que levem ao diagnóstico da anomalia vascular sobretudo a ureteropielografia ascendente pode evidenciar uma série de características morfológicas tais como: dilatação glóbosa do bacinete, cálices dilatados e comunicando amplamente com o bacinete, uretero de aspecto normal e principalmente a existência dum sulco na união uretero-piélica simulando uma solução de continuidade.

O caso a que faremos referência mostra, quer na observação clínica quer na radiológica, as características essenciais para que o diagnóstico de agenésia renal esquerda-hidronefrose direita por vaso anómalo pudesse ser posto.

Se a existência duma hidronefrose por vaso anómalo já por si obriga a uma intervenção conservadora, neste caso o conservantismo é imperioso e a intervenção a executar o mais simples possível e eficaz, embora inevitável, visto tratar-se duma doente de 27 anos e que para o resto da vida apenas pode contar com o único rim que possui.

Marion, Reinaldo dos Santos, Dossot e outros defendem o critério de que a secção do vaso anómalo é o método de escolha, só sendo limitado pela importância da zona de isquémia que possa ocasionar a sua laqueação.

A operação de *Wildbolz* com implantação do uretero noutra local do bacinete e as ureteroplastias são de resultados menos seguros e portanto a não realizar em casos de rim único. Mesmo a própria fixação não a quisemos executar para assim evitarmos maior traumatismo, além de que nos pareceu desnecessária, pois o rim estava naturalmente fixado numa posição alta.

Hospital do Desterro — S2 S1 Obs. 3.043D — 15-11-49

M. M. F. J.: 27 anos, doméstica.

A doente refere desde há cerca de 2 anos dores lombares do lado direito por vezes com carácter de moinha, outras vezes mais intensas sem nunca atingirem a violência de cólica. Há um

ano que tem temperaturas persistentes entre 37,5 e 38,5. Nega sintomas vesicais, hematórias ou expulsão de areias ou cálculos.

*Obs.* — Palpa-se o polo inferior do rim direito sobretudo durante a inspiração.

Dor provocada ao nível do ponto costo-vertebral direito.

*Exame ginecológico* — Nada revelou de anormal.

*Cistoscopia* — Bexiga de capacidade normal. Mucosa vesical de aspecto normal. Orifício ureteral direito punctiforme e ligeiramente congestionado, implantado às 6 horas. Não se observa existência de orifício ureteral esquerdo no lugar de eleição ou noutra qualquer ponto da bexiga.

O exame cistoscópico foi repetido mais 4 vezes sem que se observasse o o. u. e. apesar das condições de visibilidade serem perfeitas e os observadores diferentes.

*Cromocistoscopia* — (injecção endovenosa de soluto de carmin d'indigo).

Lado direito: fraco aos 3 minutos; forte aos 3,5.

Não se observou eliminação de carmin na zona vesical que corresponde normalmente à implantação do o. u. e.

## UROGRAFIA

*Radiografia simples* — Não se destaca a imagem do rim esquerdo distinguindo-se nitidamente a imagem do baço de sede normal. Rim direito de dimensões superiores às normais.

*1.ª radiografia aos 5 minutos* — Fraca eliminação à direita com visualização de toda a árvore urinária. Independentemente

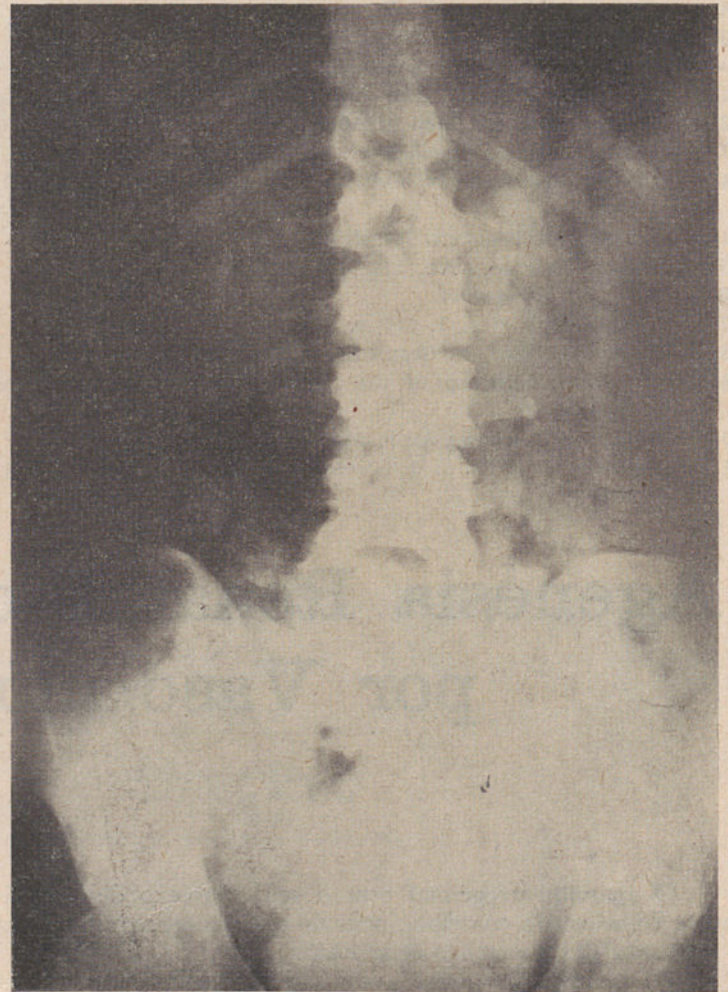


Fig. 1 — Radiografia simples

do sinal de Hutter, nota-se um estreitamento do colo do bacinete que atribuímos à existência dum vaso anómalo.

*2.ª e 3.ª radiografias aos 10 e 15 minutos* — Mantém-se o mesmo aspecto radiológico.

PIÉLOGRAFIA ASCENDENTE — Confirma-se o estreitamento assimétrico do colo do bacinete.

*Conclusão* — Ausência congênita de rim esquerdo, sinais radiológicos de vaso anômalo à direita. a) Aires de Sousa.

Análise de urinas — D.1023. Poucas células epiteliais poliédricas. Poucos leucócitos, raros glóbulos de pús, alguns cristais de ácido úrico.

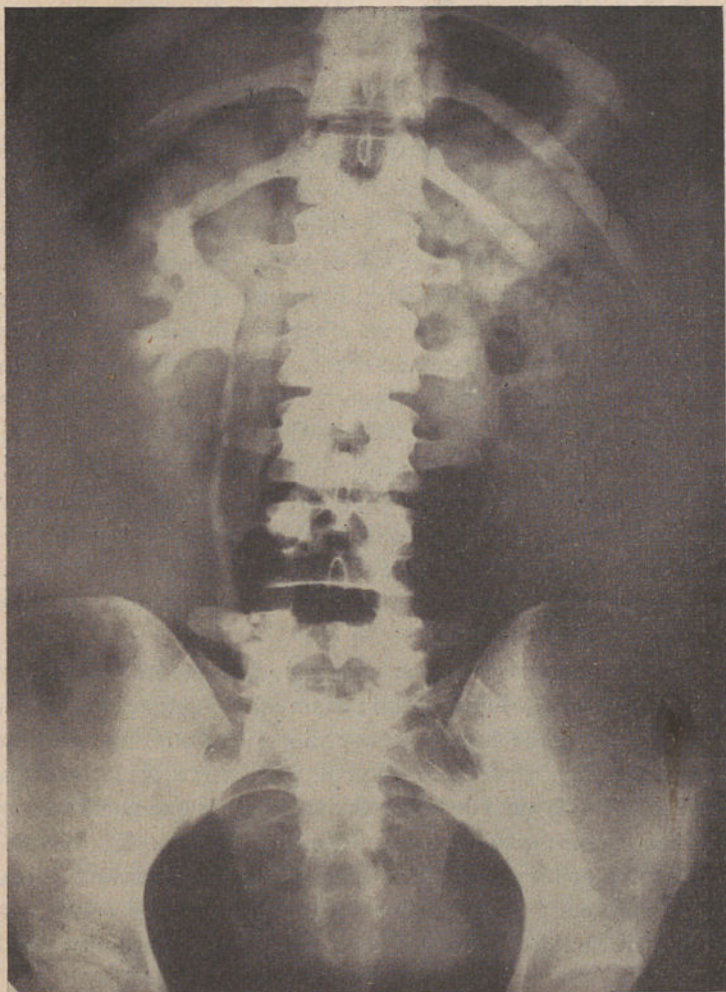


Fig. 2 — Urografia

*Cateterismo do uretero direito* — (Colheita de urina) — Ureia, 6,4 %; Cloretos, 7 %.

Muitas hemátias. Poucos leucócitos dispersos e raros aglutinados. Existência de *alguns bacilos gram-negativos*.

*Sangue*

R W e K. negativos .....	
Eritrócitos .....	4.920.000
Leucócitos .....	4.600
Hemoglobina .....	95 %
Neutrófilos .....	40
Eosinófilos .....	4
Basófilos .....	0
Linfócitos .....	50
Monócitos .....	6
Coagulabilidade .....	8 m
T Hemorragia .....	2 m

Ureia = 0,30. R. xanto proteica-negativa. Indicam normal. Faz-se 10 gramas de estreptomicina e repete-se o exame citobacteriológico de sedimento: células epiteliais poliédricas, leucócitos dispersos. Exame bacteriológico negativo.

As temperaturas normalizam-se terminada a estreptomina.

*Operação* — 9-III-50.

Anestesia — Raqui-novocaina 15 ctg.

*Lombotomia* — Libertação do polo inferior do rim, bacinete e cerca de 10 cm. do uretero. Rim aumentado de volume com o polo superior fixado.

Nota-se a existência duma artéria polar inferior de pequeno calibre passando à frente do colo de bacinete e aderente

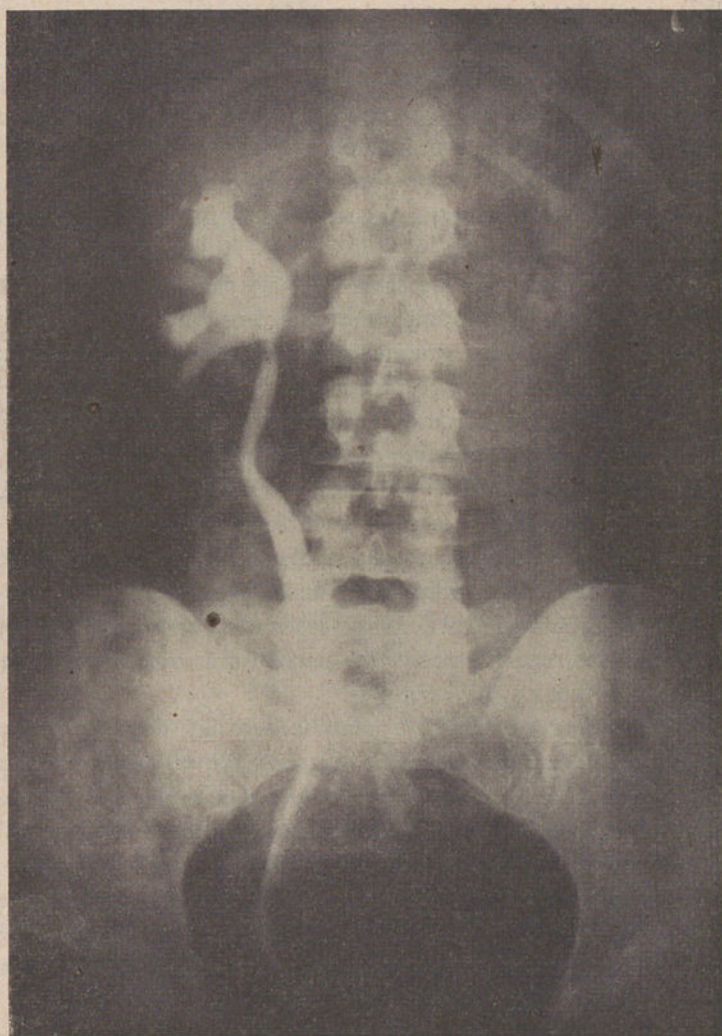


Fig. 3 — Pielografia ascendente

a este por algumas bridas fáceis de desfazer com a sonda. A compressão do vaso não modificou a cor do parênquima renal. Corte do vaso anômalo entre laqueações. Bacinete contraindo-se bem quando pinçado e evacuando o seu conteúdo com facilidade. Encerramento total da parede em dois planos.

Post-operatório sem incidentes.

Alta ao 12.º dia.

A doente veio à consulta, a nosso pedido, há 2 meses; não voltou a ter queixas desde que foi operada.

# MOVIMENTO MÉDICO

(Extractos e resumos de livros e da imprensa médica, congressos e outras reuniões, bibliografia, etc.)

## ACTUALIDADES CLINICAS E CIENTIFICAS

### O tratamento do Estado Asmático Persistente

C. GIMÉNEZ DIAZ

(Professor da Faculdade de Medicina de Madrid)

Recentemente expus (A Asma e Afecções afins — Madrid, 1952) as normas de tratamento do estado asmático que considero mais úteis. Não obstante, trato agora esta mesma questão porque me parece que na prática tal tratamento não se faz bem e a maior parte das vezes, renunciando a utilizar meios terapêuticos que podem ser de grande utilidade a estes enfermos em situação tão angustiada, em parte por desconhecimento dos seus resultados, e em parte por temores injustificados, mantidos por falta de hábito do seu emprego.

Quando uma crise de asma persiste em forma de acesso prolongado com intermitentes acentuações, ou então quando um acesso além de ter grande intensidade segue de maneira constante e prolongada, algo ocorre que mantém a situação.

Frente à crise asmática sabemos o valor da injeção de adrenalina ou corpos similares ou qualquer dos numerosos específicos que os contém. Mas em certas ocasiões a adrenalina não supõe senão uma melhoria efémera e se as manifestações persistem, o número de injeções necessárias pode ser muito grande.

O emprego da eufilina intravenosa primeiramente preconizada por Rischawy, agora tão generalizado, supôs uma ampliação dos nossos recursos nas crises tenazes que não cedem facilmente aos remédios mais simples.

Como a tese errônea, em minha opinião, de que a crise de asma se deve a um espasmo da musculatura bronquial, se supôs que a adrenalina, e a eufilina, ou a pituitrina actuam relaxando tal espasmo. Numerosas razões de índole experimental nos fazem sustentar que estes fármacos têm uma acção complexa, da qual a mais importante me parece ser a diminuição do sangue da pequena circulação e a diminuição do edema intersticial (peri-) e endobronquial; principalmente a enfilina não actua sobre os músculos brônquiais, e a pituitrina mais os contrai.

Para nós um factor essencial na crise asmática é o aumento agudo de sangue no pulmão que sob este aspecto é comparável aos corpos cavernosos do pénis; a crise é uma «erecção» do pulmão, por congestão e em seguida edema, que originam a rigidez insuflada na qual cooperam em seguida outros factores que formam parte da «reacção asmática», tais como, principalmente, a hipertonia com imobilidade do diafragma, a obstrução dos brônquios pelo edema parietal e as secreções de muco, e por acaso o espasmo nas dicotomias dos brônquios.

Muitas são as razões que podem impedir que a crise ou acesso passem, e o façam persistir constituindo o angustiioso «status asthmaticus».

Entre elas o prático fará bem em ter em conta os factores psicológicos, a persistência do alergenno no ambiente em que está o paciente, e o abuso da efedrina e similares.

O enfermo asmático tem uma personalidade peculiar

muito frequentemente, e se o médico não acerta a mostrar-se tranquilo ante ele, e não lhe dá os meios para um alívio imediato, a angústia e a impaciência acentuam e mantêm as crises.

Asmáticos sensíveis a um alergenno do meio seguem em estado e não saem dele até que eventuais circunstâncias afastam o mesmo ou eventualidades como a aparição de febre rompem a situação. Um asmático sensível aos fungos e que vive no litoral pode aliviar-se em seguida e ficar livre da sua crise não precisando mais que ser levado uns quilómetros mais para o interior. A excessiva medicação com os chamados broncolíticos, tais como efetonina, efedrina, alendrina e similares, aliviando momentaneamente mantêm muitas vezes a situação em tom menor mas com exacerbações intermitentes.

O mais frequente é que no estado persistente haja algum factor orgânico ou humoral que mantenha a situação. Há que mencionar antes de tudo, a congestão e o edema, no aparelho respiratório; a obstrução bronquial, e a «disreacção» mantida. Por isso em cada caso devemos tratar de saber que parte tomam estes factores no quadro, e, seguidamente tratá-lo.

a) No primeiro sentido a aminofilina (eufilina, vaso-filina, corfilamina, etc.), a descloruração, os tonicardíacos (principalmente estrofanticos), e os diuréticos oferecem as melhores perspectivas.

Quando a situação prossegue havendo posto a enfilina na forma habitual, deve pôr-se em perfusão contínua gota a gota intravenosa. Costumamos usar à volta de 50 ctgs. em 200 c.c. de soro glucosado, e deixar penetrar gota a gota o líquido na veia; se é necessário repetimos o mesmo duas vezes ao dia. Em tal caso damos um sedante (luminal, etc.), para contrarrestar a acção excitante da droga. O alívio é quase imediato e poucos são os casos que não ficam assim, sem manifestações; este tratamento pode continuar e ir atenuando quando o enfermo melhora, mas desde o princípio deve adicionar-se a ele a supressão absoluta de sal (os primeiros dias basta pôr dieta exclusiva de frutas, sumos e água açucarada) e em casos pertinazes a injeção de myokombin intramuscular ou cedilanid ou estrofosid ou similar, e inclusivamente um diurético mercurial (novurit, salyrgan, etc.).

b) Em alguns casos o quadro pode não regressar apesar disto; aliviando-se efemeramente o enfermo tem que continuar dependendo da perfusão com aminofilina, e quando esta diminui ou se atraza, a situação retorna.

A aminofilina não pode, sem dúvida, continuar nessas doses mais de 5-6 dias, pela excitação nervosa, tremor, inquietação muscular, excitação cerebral, etc., que produz. Em tal caso temos o tratamento da «disreacção».

Noutros lugares defini o que entendo por disreacção,

que poderá parecer a alguns um termo vago. Refiro-me à persistência dos mecanismos complexos que integram o choque alérgico.

Actualmente contamos com uma série de meios de influir sobre os mesmos, a saber: a febre, as hormonas ACTH e cortisona, e a mostarda nitrogenada.

A febre corta com segurança quase absoluta a disreação asmática; quando demonstramos há uns anos que as cobaias aquecidas não têm choque anafilático, demos uma explicação do mecanismo pelo qual isto se passa.

Empregamos a injeção intramuscular de azeite «azufrado» na dose necessária, que em cada enfermo há que encontrar por um aumento progressivo, para provocar um mínimo de 39°; hipertermias menores são igualmente molestas e não servem para nada. A febre sobrevem às 10-12 horas da injeção e origina quebraimento e dores musculares. A primeira febre atenua os sintomas e depois da segunda quase seguramente o quadro se apaga; não obstante há que provocar 4-6 segundo a intensidade da asma e a idade do enfermo. Nunca vi em milhares de vezes que fizemos este tratamento o menor contratempo além da moléstia que em si leva a reacção. Mais fácil é provocar o mesmo com a vacina antitífica intravenosa; mas embora nós não tenhamos nenhum acidente, comunicaram-se há poucos anos nos E.E. U.U. casos de morte.

O efeito do ACTH na crise de asma persistente é teatral, sobretudo se se dá intravenoso.

Nós usamos metade do frasco de 25 mgs. (=12,5) em 100 c.c. de soro glucosado em injeção muito lenta cada 8 horas, e uma vez atenuado o quadro, descemos a uma sòmente cada 12 horas, e depois à intramuscular ou à cortisona (de preferência em injeção, com restrição de sódio e administração de potássio).

Um dos inconvenientes destas hormonas é o seu preço, quando o tratamento tem de manter-se vários dias, e inclusivamente a frequente dificuldade para encontrá-las.

Por isso podemos em seu lugar utilizar a mostarda nitrogenada preconizada por nós.

Pomos 5 mgs. da «N-mostarda» de Ibys, em 50-100 c.c. de soro em injeção cuidadosa e lenta, e com intervalo de 3 dias de uma a outra damos 3 injeções. É muito raro o caso em que não se obtém com este método atenuar o quadro desde a primeira injeção e suprimi-lo desde a segunda.

Os nossos resultados foram também vistos e publicados por outros (Waldbott, Solomon, Unger, Alemany).

Actualmente damos metionina pela boca enquanto dura este tratamento e podemos garantir a sua total acção inofensiva.

Nos casos em que não há resposta à N-mostarda tão pouco a há ao ACTH e é porque então há outras circunstâncias principais de manutenção a mais importante é a obstrução bronquial.

c) Esquece-se com frequência este factor e isso constitue um erro fundamental; nós temos jugulado situações incrivelmente intensas e resistentes com a aspiração endo-bronquial. Antes de pôr esta em prática sempre damos iodeto potássico em doses suficientes, com o que frequentemente as secreções se fluidificam; emprego a solução saturada de iodeto potássico em doses de 10-20 gotas, 3-4 vezes ao dia, e associo muitas vezes a isso as fumigações de pós antiastmáticos ou uma fórmula de estramónio e beladona (folhas).

Que hoje tenhamos êxitos com os nossos tratamento não pode fazer-nos olvidar que Trousseau também os tinha e empregava esses remédios. Associado ao anterior o IK, contribue muito para a regressão dos sintomas.

Mas às vezes a obstrução persiste e a aspiração endobronquial constitue então uma medida salvadora. Impressionado por ver o mau aspecto do enfermo taquicárdio, angustiado, cianótico, afogando-se, o médico que não experimentou ainda as vantagens da aspiração endobronquial, dificilmente se decide a fazê-la; pensa que o enfermo não a vai tolerar, que pode ficar nas suas mãos, etc.

Muito aventurado é abrir o ventre em um abdómen agudo, e não há dúvida em fazê-lo. Em enfermos em muito má situação nunca tivemos contratempo algum; pelo contrário quando vemos o doente melhorar, mudar de cor, etc., temos a impressão de assistir a uma verdadeira ressurreição. Em certas ocasiões extraem-se secreções, noutras se obtém escassas e a sonda talvez actue pela tosse expulsiva que provoca. Algumas circunstâncias de técnica que detalhamos em (1) devem ser tidas em conta.

Rara vez pondo em prática sucessivamente os métodos assinalados deixará de obter-se a cessação do quadro asmático. Quando se fracassa há um motivo diagnóstico, aquilo que parecia quadro asmático era outra coisa e há dois que devem ser tidos sempre em conta.

O primeiro o pneumotórax espontâneo que agudamente complica a situação de asmáticos e bronquíticos crónicos com enfisema; são já vários os casos de asma persistente para os quais fomos consultados e podemos diagnosticar um pneumotórax; a situação muda imediatamente com o diagnóstico; pois a extracção e a manutenção da pressão intrapleurial adequada faz desaparecer todo o quadro.

A outra coisa que não deve esquecer-se são certas formas asmáticas do cancro do pulmão; às vezes tumor primário do brônquio com atelectasia ou paralisia diafragmática, e às vezes a linfagite cinomatososa, ou a carcinose miliar derivada, p. e., de um cancro da mama.

Quando a situação cessa mas recidiva facilmente, é quando os factores alérgicos do clima ou da casa devem ser tidos em conta e fazer prova que a tempo serve para diagnóstico deste factor causal e mudança do doente.

Como combinar na prática todos estes remédios não oferece dificuldade prática nenhuma; há, naturalmente, que ir das medidas menos heróicas às que o são mais; ninguém começaria por fazer aspiração endobronquial.

Geralmente começamos pela aminolina em perfusão, iodeto, fumigações, pulverização de adrenalina concentrada ou alendrina. Se se fracassa, segundo o caso, idade, intensidade, situação do enfermo, empregamos a N-mostarda, a febre, ou o ACTH. E se o resultado é insuficiente e há motivos objectivos para isso, fazemos a aspiração endobronquial.

O médico tem o privilégio de poder curar a enfermidade humana, mas não é menor o de ter na mão os meios de fazer desaparecer o sofrimento e a angústia do semelhante em transe tão terríveis como este da asma intensa que persiste.

Muitas vezes não o faz assim por timidez ante os possíveis efeitos da sua terapêutica. Passada a situação de apuro começa o trabalho que pode ser definitivo o desentranhar os factores etiológicos em cada caso, e instituir o tratamento justo de fundo.

Mas disto não nos propusemos tratar aqui.

(Artigo publicado no n.º especial — comemorativo do 25.º aniversário — de «Galícia Clínica», de Março último, que apresentou variada e numerosa colaboração, entre a qual de dois portugueses: o Prof. Hernâni Monteiro e o Dr. Mário Cardia).

O NOVO CANDEEIRO DE OPERAÇÕES

«HANALUX»  
DE LUZ FRIA



MODELOS DE SUPORTE E DE TECTO  
INOVAÇÃO RADICAL DA ILUMINAÇÃO  
DO CAMPO OPERATÓRIO

SIEMENS REINIGER S. A. R. L.

APARELHOS PARA RAIOS X—ELECTROMEDICINA—ELECTRODENTÁRIA

RUA SANTA MARTA, 33-1.º—TELEF. 44329  
LISBOA

RUA CONDE VIZELA, 145—TELEF. 21106  
PORTO

## SUPLEMENTO

### MAIS ALGUNS ESCLARECIMENTOS SOBRE SEGURANÇA SOCIAL

Embora com relutância e sem desejo de criar polémica, vejo-me obrigado, por falta de quem melhor o faça, a tentar projectar mais alguma luz sobre este importante problema social e sua repercussão na nossa classe.

Diz o Sr. Dr. Mário Cardia no n.º 92 desta Revista, e eu concordo, que as divergências de opinião entre nós talvez não sejam tão profundas como podem parecer. Nesta convicção, já lhe pedi a disponibilidade dum hora, para troca de impressões sobre este assunto, mas as múltiplas ocupações de cada um de nós e as frequentes e prolongadas ausências daquele Colega, não permitiram ainda tal oportunidade.

Creio estarmos de acordo na limitação dos benefícios da Segurança Social aos economicamente débeis, na sua ampliação às doenças de longa duração e aos trabalhadores rurais, na comparticipação dos beneficiários nas despesas com o diagnóstico e o tratamento (estes sem as limitações actuais) e, mesmo, na extensão da assistência médica e farmacêutica às famílias dos beneficiários, princípios que tenho defendido com bastante insistência.

Também julgo concordarmos em que os serviços médicos sejam condignamente remunerados, sendo esta a condição fundamental da sua eficácia. Dada a considerável preponderância do psíquico sobre o físico, que influência poderá exercer uma classe incompreendida e aviltada, na numerosa legião de doentes a seu cargo?!... Criemos um ambiente optimista e as condições necessárias, entre elas a nobilitação da Medicina, e o resultado será muito diferente!!...

Este assunto, já por mim tratado no III Congresso da União Nacional (Ver n.º 38 de «O Médico» — 1952), merece ser devidamente reconsiderado.

Em diversos países (Espanha, Itália, Grécia, etc.), destinam-se para a assistência médica de 5 a 9% sobre os salários, ao passo que, em Portugal, não se vai além de 3%, o que representa uma considerável diferença; por ser uma percentagem mais baixa sobre salários menores. Poderá fazer-se assim coisa útil?!...

\*

É indispensável melhorar o esquema assistencial da Segurança Social, de harmonia com os seguintes preceitos, verdadeiros postulados, formulados pelo Sr. Ministro das Corporações:

«A Previdência Social não pode realizar-se sem dinheiro»;

«As linhas balizadoras da actuação da Previdência Social serão o máximo de protecção eficaz dentro dos meios financeiros possíveis»;

«O ideal não está num sistema que elimine completamente os riscos»;

«A segurança para todos daria a preguiça generalizada»;

«Mal de todos, se pudesse vir a suceder assim»;

«É triste destino o das eternamente sacrificadas classes médicas»;

«Terá de se concluir pela negação do clínico dito livre, se persistirmos em tratar as doenças de curta duração».

Mantenho a convicção de que a remuneração por capitação mensal de 1\$50 nos consultórios e pouco mais de 1\$00 nos Postos é insuficiente e desprimorosa no sistema de médicos privativos e muito mais no de clínica livre (aberta).

Porque se abandonou o pedido da remuneração, mediante um sistema misto, também por mim preconizado, com um ordenado-base acrescido dum suplemento por capitação? Algumas desigualdades actuais atenuar-se-iam assim, mas, se recordarmos a parábola dos trabalhadores da vinha (S. Mateus — XX, 1-16), não há motivo de maior para reclamações, quando afinal se recebe o que foi estipulado e não se devisa melhoria com as reformas esboçadas!...

É preciso notar que, enquanto se pede a remuneração por unidade de serviço, se anuncia outra muito pior, por uma capitação insignificante!!...

Modifique-se, no entanto, a capitação

para os 8\$14, como na Inglaterra, ou mesmo para os 8\$00 ou 7\$50, acrescidos, como lá, dum suplemento fixo, para os que principiam ou declinam, e ainda outras regalias, que, apesar dos defeitos do método, será, a meu ver, bem recebido pelos Colegas privativos, que, acima de tudo, coloquem os interesses gerais da classe.

O aviso prévio do Sr. Prof. Cerqueira Gomes refere-se ao decremento das consultas, nos Postos da Federação, sem esclarecer bem os motivos; tal decremento, onde o houve (pois não foi geral), longe de significar menor confiança nos respectivos médicos, é consequência, principalmente, da aplicação de taxas por consulta e visitas e da eliminação de alguns beneficiários não economicamente débeis.

\*

Uma das razões porque me vejo quase só nesta tribuna, em que o silêncio poderia parecer ausência de competência ou de fundamentos defensivos, é que muitos Colegas que disfrutam a «suculenta» posta dos Serviços Médico-Sociais; não lêem, por não poderem assinar, a imprensa em que se debatem estes assuntos!!...

No entanto, a aparência é de que, embriagados na «opulência» que lhes dá tão invejada situação, não se apercebem, como no festim de Baltazar, do abismo que lhes vêm preparando!...

**CONSTANTINO A. CARNEIRO.**

**MARTINHO & C. L.**

Tudo o que interessa a medicina e cirurgia

RUA DE AVIZ, 13-2º PORTO  
TELEF. P.P.C. 27583 • TELEG. "MARTICA"

# Liga Portuguesa de Profilaxia Social

## Conferência

Integrada na Semana da Tuberculose e promovida pela Liga Portuguesa de Profilaxia Social, o Sr. Dr. Ludgero Lopes Parreira, proferiu no Clube Fenianos Portugueses uma conferência subordinada ao tema: «Vacinação pelo B.C.G., nas Escolas Primárias».

Presidiu o Sr. Dr. Mário Cardoso, Director do Sanatório D. Manuel II e Delegado no Norte do I.A.N.T., Sr. Lobato Júnior, Director do Distrito Escolar; Rev. António Moreira da Rocha, representando o Sr. Bispo do Porto; Dr. Manuel Rodrigues Pereira, Director do Centro de Profilaxia e Diagnóstico (B. C. G.), Dr. João Correia Guimarães, da Casa da Imprensa e do Livro; Dr. José Gonçalves, presidente do Clube Fenianos Portugueses; Prof. Dr. A. Lopes Rodrigues, Director da A.T.N.P. e Dr. Gil da Costa, Director da Liga de Profilaxia Social.

Começa o conferente, à laia de intróito, por mostrar com quadros estatísticos as taxas de mortalidade por tuberculose em Portugal, cuja média no último quinquénio ainda atingiu a grave cifra de 150,8 por 100.000 habitantes.

Espraia-se em seguida sobre a profilaxia das doenças em geral, para se fixar na imunidade e nas vacinas.

Diz-nos em que consiste a vacinação antituberculosa pelo B.C.G., ou bacilos de Calmette e Guérin, cuja prática está a propagar-se em todo o mundo, aceita universalmente como está a sua inocuidade e benéfica protecção contra a tuberculose.

Explica pormenorizadamente quais os indivíduos que podem ser vacinados, e que são somente aqueles que nunca tiveram qualquer contacto com o germen da tuberculose ou sejam os de reacção negativa à tuberculina (anérgicos) e que além disso acusem lesões pulmonares à micro-radiografia. Refere as técnicas da vacinação utilizadas, e o mecanismo de acção da vacina.

Previne o público contra a confusão que se faz vulgarmente entre reacções tuberculínicas, que se praticam em todos os indivíduos indistintamente, e vacinações, que só se levam a efeito nos casos possíveis.

Historia depois a vacinação, desde o seu período experimental até à sua consagração, com projecção de quadros demonstrativos da sua benéfica influência sobre a baixa de morbo-mortalidade por tuberculose em diversos países. Cita como introdutores da vacina em Portugal, em 1928, a Liga Portuguesa de Profilaxia Social e o Dr. Élio de Vasconcelos Dias (Viana), refere-se à inauguração dos actuais Centros de Profilaxia e Diagnóstico (Centros do B. C. G.) e diz-nos da sua intensa actividade.

Finalmente expõe-nos o que se tem feito em matéria de vacina pelo B. C. G., nos estabelecimentos de ensino, com estatísticas da sua autoria, mostrando os resultados obtidos com as reacções tuber-

culínicas e com as vacinações, e ainda com o rádio-rastreio a que está actualmente a submeter todas as crianças das Escolas Primárias do Porto sob a sua jurisdição. Advoga a criação nesta cidade dum Serviço Antituberculoso, privativo da Saúde Escolar, com o que muito tinha a lucrar a população estudantil.

Projecções luminosas ilustraram a conferência. E quando esta terminou, o Sr. Dr. Ludgero Lopes Parreira foi alvo de uma demorada manifestação de simpatia e aplauso.

# BOTROPASE

“Pinheiros”

**HEMOCOAGULANTE** obtido do veneno da “BOTROPS” jararaca, é o mais poderoso hemocoagulante actualmente conhecido, a mais poderosa arma contra a hemorragia, e a sua aplicação constitui uma das mais eficientes medidas pré-operatórias.

E se é indispensável como preventivo antes das intervenções cirúrgicas, a sua utilização reveste-se do mais alto valor como curativo nos casos de hemofilia, purpura hemorrágica, retardos de coagulação e multiplas formas de hemorragias internas.

O “BOTROPASE” de acção directa sobre o fibrogenio, quando injectado no tempo pré-operatório provoca a hemostase rápida nas suturas dos vasos.

Em geral 1 a 2 injeções fazem cessar prontamente as hemorragias dos hemofílicos.

Pode injectar-se nas veias ou nos músculos com a técnica habitual. Pode usar-se útilmente, também como tópicos.

REPRESENTANTES:

**BACELAR & IRMÃO, L.<sup>DA</sup>**

RUA DO CARMO, 8

TELEFONE, 25672

PORTO

## No Caramulo

# Reunião de médicos fisiologistas

Nos dias 30 e 31 de Maio, realizou-se na Estância Sanatorial do Caramulo, a 4.<sup>a</sup> reunião anual do Capítulo Português do American College of Chest Physicians, para a qual, além dos membros do Capítulo, foram convidados todos os médicos que, desde 1920, data da fundação da Estância, trabalharam no Caramulo.

No primeiro dia, depois da recepção na sede da Junta de Turismo, realizou-se um almoço no Sanatório Salazar, a que presidiu o director Administrativo Dr. Abel de Lacerda, que aos brindes saudou os seus convidados.

De tarde realizou-se uma sessão de trabalho no salão de cinema. Presidiu o Dr. Celso Horta e Vale, director clínico, secretariado pelos Profs. Vaz Serra e Lopo Cancela de Abreu. O primeiro a usar da palavra, foi o Dr. Horta e Vale que falou sobre «O momento da colapsotrápia na patogenia da tuberculose», após o que o Prof. Vaz Serra dissentiu sobre: «Adenoma metastático da tiróide (interpretação de imagens nodulares do pulmão). O Prof. Belo de Moraes falou sobre «Tumores da parede torácica»; e os Drs. Lopo de Carvalho (Filho), Lopo Cancela e Benard Guedes, trataram da «Contribuição da tomografia para o estudo das alterações do volume e situação das condições pulmonares». Em seguida o Dr. Lopo de Carvalho (Filho) tratou de «O registo fotográfico das imagens-broncoscópicas» e o Dr. Antunes de Azevedo sobre os «Periosotos embainhante de origem torácica». Falaram ainda os Drs. Trajano Pinheiro, sobre «Os antibióticos e a colapsoterapia da tuberculose pulmonar cavitária»; Sousa de Oliveira, «Contribuição para um estudo do mecanismo de acção da estapso-trápia» e João de Lacerda sobre «O pneumoperitoneo no tratamento da tuberculose pulmonar». Finalmente o Dr. Galvão Lucas, tratou da «Pneumologia», (nota prévia).

O primeiro dia de trabalhos terminou com uma sessão de cinema, na qual foram exibidos documentários da Estância do Caramulo.

No dia 31, depois da missa celebrada na capela da Estância, iniciou-se a sessão de estudos, em que apresentaram comunicações os Drs. Lopo de Carvalho (Filho), Rui de Lima, Peres Fernandes, Silva Rosa e Lucena Sampaio. A sessão foi encerrada com palavras de congratulação pelo Dr. Celso Horta e Vale, director clínico da estância do Caramulo. Realizou-se um almoço nos jardins da casa da família Lacerda, com a assistência de muitas senhoras dos médicos que tomaram parte nos trabalhos, incluindo o corpo clínico da estância sanatorial.



# 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

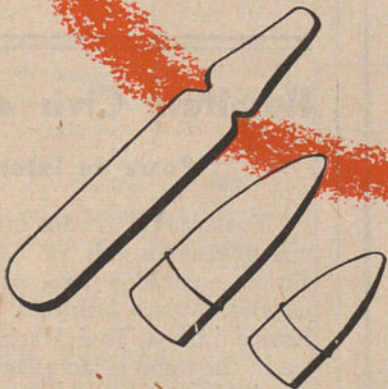
COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS



# ECOS E COMENTÁRIOS

## MEDICINA RUSSA

Depois de várias tentativas para obtermos elementos de informação sobre a medicina russa, nos seus aspectos científico e social, estamos agora aptos a transcrever em «O Médico» alguns dos mais importantes artigos que apareçam na imprensa médica da Rússia, publicar resumos de trabalhos ou fazer referências a acontecimentos ou tendências sociais ou profissionais da medicina soviética. Sempre entendemos que, independentemente das ideologias ou simpatias de cada um de nós, todos nós, médicos, devemos aproveitar os ensinamentos e as experiências de qualquer país ou de qualquer investigador; e, no que respeita à Rússia (vasto campo de actividades, onde alguma coisa de útil, evidentemente, se produz e desenvolve, mesmo que as respectivas possibilidades sejam, como muitos supõem, extremamente limitadas) a actividade científica no campo da medicina, quando não seja a projecção da vida médica nos seus aspectos sociais, deve merecer especial interesse a todos os estudiosos que desejam conhecer os progressos da medicina. Se há mais tempo não publicamos, como desejávamos, referências à medicina russa, isso era devido à falta de informações, que só agora, repetimos, temos possibilidades de conseguir.

M. C.

## OS ECONOMICAMENTE DÉBEIS

No discurso que na Assembleia Nacional proferiu o Dr. França Vigon — que foi publicado no último número de «O Médico» — há referências ao problema dos seguros sociais limitados aos economicamente débeis. Vou aproveitar esta oportunidade para fazer alguns comentários.

O Dr. França Vigon cita dois casos: o duma família cujo chefe ganha 2.000 escudos mensais e não tem filhos; por outro lado, o daquele que ganha 3.000 escudos, com encargos de sustentação e educação de filhos, e não está em condições de «pagar as radiografias, as análises, as provas laboratoriais e os honorários médicos». O Dr. França Vigon hesita em considerar o primeiro como economicamente débil; e acha que o segundo não deve ser excluído dos seguros obrigatórios.

Nesta questão dos «economicamente débeis» confundem-se alhos com bogalhos, deturpa-se conscientemente ou inconscientemente, e também se pro-


cura levantar, sacrificando a verdade, a braza para a própria sardinha... Não está neste caso, evidentemente, o Dr. França Vigon, que apresenta, concreta e sinceramente, as suas dúvidas sobre um assunto, que é aliaz motivo de polémicas em muitos países.

A nós, médicos, o que nos deve sobretudo interessar é a projecção que os seguros sociais obrigatórios possam ter sobre a nossa profissão, nos seus aspectos económico e moral.

Temos de admitir que, na previdência destinada aos doentes pobres, é ne-

cessário que, em Portugal, os médicos recebam honorários relativamente baixos; tais remunerações nunca poderão considerar-se suficientes para sustentar o corpo médico da Nação. Os salários são baixos e a contribuição dos patrões também não pode ser muito elevada. É, pois, indispensável que, fora dessa previdência (que tem de ser obrigatória) destinada aos mais pobres e que paga aos médicos honorários baixos, fique uma grande parte da população que possa sustentar uma medicina de nível elevado. Há, porém, nesse campo, grande número de pessoas que, pelas suas condições especiais, necessitam de amparo na doença? Que devem ser postas ao abrigo das contingências duma doença longa ou que necessita de meios caros para o diagnóstico ou para o tratamento? Para esses, organizar-se-ia uma previdência não obrigatória, cujos moldes de assistência na doença seriam diferentes dos da previdência obrigatória para os denominados economicamente débeis. Os médicos, nesses seguros, não receberiam proventos tão baixos como os que correspondem aos seguros dos mais pobres. Nessas condições, parece-me que se poderia fixar o limite de 2.000 escudos mensais para os seguros dos economicamente débeis. Não se faria obra perfeita, que atendesse a todas as circunstâncias; nem a perfeição é possível, seja qual for o assunto de que se queira tratar. Mas seria uma base que serviria para regular um dos problemas mais importantes da nossa previdência. Este aspecto do problema — seguro obrigatório para os economicamente mais débeis e facultativo para outros (com honorários médicos mais altos para estes) — parece-me ser condição essencial para que se possa resolver, dentro do necessário equilíbrio, o problema das relações entre o corpo médico e a previdência social.


M. C.



**SEPTICARBONE**  
ANTISSÉPTICO E ADSORVENTE  
INTESTINAL

**GASTRENERITE AGUDA. ENTERITES  
AGUDAS E CRÔNICAS. COLITES.  
DIARREIAS. INTOXICAÇÕES ALIMEN-  
TARES. FERMENTAÇÕES INTESTINAIS,  
ETC.**

**Tubo de 20 comprimidos**



**LABORATÓRIOS  
DO  
INSTITUTO  
PASTEUR DE LISBOA**

## Hospitais Cíveis de Lisboa

### Posse de internos

Tomaram posse dos lugares de internos graduados dos H. C. L., para que foram nomeados após provas públicas, os Drs. Mário Marques, Sá Nogueira, Eurico Lisboa, José Maria Martins, Orlando Carvalho e Moradas Ferreira, sendo os quatro primeiros internos de clínica médica e os dois últimos de Neurologia.

A posse foi-lhes conferida pelo enfermeiro-mor, Dr. Emilio Faro, que dirigiu palavras de felicitação aos empossados.

# OUVINDO ALGUNS MESTRES ESPANHOIS

## I

### D. Ricardo Royo-Villanova y Morales

L. A. DUARTE-SANTOS

Ao conhecido e eminente médico-legista espanhol Prof. ANTÓNIO PIGA, sucedeu, na cátedra da Universidade de Madrid e na direcção da Escola de Medicina Legal da capital do país irmão, o Prof. RICARDO ROYO-VILLANOVA, nome igualmente ilustre que saberá manter o elevado nível destes estudos numa nação que se orgulha de mestres como MAESTRE, LECHA-MARZO, PIGA, SANCHIS BANUS, PÉREZ DE PETINTO, AZNAR, etc.

O Prof. ROYO-VILLANOVA tem obra vasta e rica onde se mostra a sua inquietação de espírito e a impossibilidade de se mover em apertados compartimentos estanques, e por isso a sua transferência de Valhadolide para a Universidade Central foi por todos aceita como acto absolutamente natural.

Estávamos já em Espanha quando a Real Academia Nacional de Medicina o recebeu entre seus pares e tivemos ocasião de verificar como é grande o prestígio que disfruta o novo catedrático madrilenho.

Dicidido a ouvir alguns mestres espanhóis da medicina legal, ou a ela ligados, não podíamos deixar de começar pelo catedrático de Madrid.

*Antes de mais diga-me, D. Ricardo, tem gosto de ser professor de Medicina Legal ou preferia sê-lo de outra disciplina?*

Estou verdadeiramente encantado com a cátedra de Medicina Legal. Tenho verdadeira vocação por esta disciplina a que consagrei todas as minhas actividades e não a trocaria por nenhuma outra.

*Parece-lhe que o conceito de Medicina Legal tem evoluído e que hoje estamos bastante longe da velha Medicina Legal dos Tardieu, Brouardel, Hofmann?*

Efectivamente a Medicina Legal ampliou extraordinariamente o seu antigo conceito e, ainda que conservando a base sobre a qual se fundaram e lhe deram conteúdo os velhos mestres, requer hoje em dia mais amplos conceitos, não só judiciais, como também jurídicos, sociais e políticos. A Medicina Legal actual é algo mais, muitíssimo mais que a Tanatologia Forense e a Anatomia Patológica Judicial.

*Que qualidades lhe parece que mais necessárias são a um professor universitário e especialmente a um catedrático de Medicina Legal?*

Um professor moderno de Medicina Legal, além de uma sólida base cultural, necessita possuir uma formação doutrinária segura e sólida em todos os ramos da Medicina e também claros e sólidos conceitos de Medicina Social, Política e Jurídica.

*Necessitará o professor de técnicos*

*completos, como seus colaboradores, ou deverá ele próprio ser um técnico de todas as matérias que constituem a Medicina Legal?*

O Professor de Medicina Legal tem de contar com a colaboração indispensável de especialistas das mais importantes técnicas biológicas pois é materialmente impossível que ele por si só as domine a todas.

*Qual deverá ser a principal preocupação do catedrático de Medicina Legal perante os alunos e o ensino?*

A principal preocupação pedagógica do Professor de Medicina Legal deve ser a da formação prática na medicina forense acentando sempre sobre uma base doutrinária médico-legal e sobre os conceitos jurídicos e sociais fundamentais.

*A «Escuela de Medicina Legal» deu recentemente, já comigo a trabalhar aqui, uma entrevista a Rádio Nacional de Espanha. Pode resumir-me os pontos principais focados?*

Lembrou-se que a «Escuela de Medicina Legal» sucedeu, em 1929, ao «Instituto de Medicina Legal, Toxicologia e Psiquiatria Central de Espanha» que havia sido criado em 1914 para instaurar em Espanha os estudos superiores destas disciplinas e fomentar a investigação científica médico-legal. As necessidades criadas ao Instituto como Órgão Consultivo da Administração da Justiça, impuseram a nova organização que passou a ser: a) Instituição consultiva da Administração de Justiça; b) Organismo para o ensino superior da Medicina Legal; c) Centro para a Investigação científica médico-legal. Quere dizer a Escola tem hoje essencialmente três fins: servir a justiça, o ensino e a investigação.

Em 1943 se procedeu à reorganização da Escola de maneira a dar cabal satisfação aos fins a que se destinava.

Passaram a existir as secções de: Psiquiatria forense, Identificação, Investigação Criminal, Tanatologia Forense,

Clínica médico-legal, Biologia, Toxicologia, Medicina Social e, mais tarde, ainda as de Jurisprudência Médica, Química Legal, Radiologia. Cada uma destas secções é chefiada por um professor.

Na secção de *psiquiatria* estudam-se os problemas que o doente mental põe em relação ao Direito tanto civil (incapacidades, etc.) como pessoal (delinquência, imputabilidade, etc.).

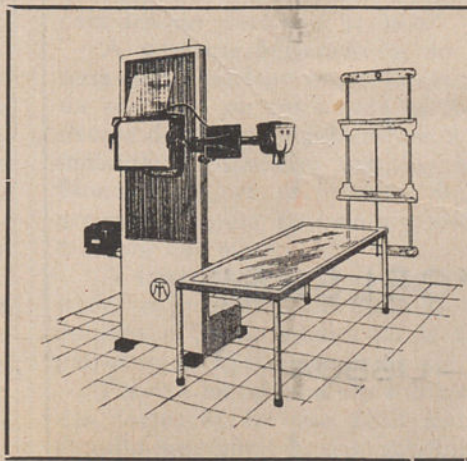
*Perdão, D. Ricardo, não se referiu ao novo Direito, o Direito do Trabalho?*

É claro que acentuei que cada vez mais os Tribunais do Trabalho nos solicitam pareceres sobre *problemas laborais* (acidentes, doenças profissionais) atendendo a que nós estamos colocados à margem das partes interessadas e oferecemos não só a garantia técnica dos meios de investigação próprios de um centro especializado, como a absoluta independência de um organismo oficial totalmente desligado, em todos os aspectos, não só de empresas, patrões e trabalhadores, como também dos organismos estatuais que tutelam o produtor. São as secções de Clínica Médico-Legal, Medicina Social e de Radiologia que mais intervêm neste aspecto.

*E quanto às outras secções?*

Os problemas de investigação criminal asoberbam a respectiva secção de Investigação Criminal e a de Tanatologia.

A secção de *Investigação Criminal* estuda grande variedade de problemas técnicos relacionados com a sua função de luta contra o delito. Problemas de criminalística médico-legal ligados a indícios biológicos do crime (impressões, manchas, pelos, etc.) e ao instrumento do crime (armas, pólvoras, projectéis, etc.) constituem o trabalho habitual desta secção, que contudo tem nos problemas técnicos ligados com o exame pericial de documentos a sua mais exaustiva tarefa: análise de documentos de autenticidade duvidosa, identificação de escritos, investigação de alterações fraudulentas em documentos públicos ou privados. leitura



## 10 NOVOS MODELOS

Aparelhos de Raios X para a radiografia e radioscopia de 10-20-50 e 100 miliam-pères. 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.

de escritos latentes de documentos queimados, etc., etc.

A secção de *Tanatologia* tem a sua maior actividade nos problemas ligados a restos cadavéricos. Os problemas necro-identificativos são frequentes e dá pareceres sobre muitos outros aspectos de ordem tanatológica que caem fora do âmbito habitual da Tanatologia Forense Clássica e que se não realiza na «Escola».

Na secção de *Biologia* realizam-se sobretudo investigações químico-biológicas, de ordem identificativa, desde a individualização celular em vestígios orgânicos até aos complexos problemas que levam à determinação da paternidade, além, é claro de todas as investigações.

de ordem civil ou penal, que entram na órbita da biologia forense.

As secções de *Toxicologia* e *Química Legal* são das mais sobrecarregadas resolvendo questões não só relacionadas com a análise de vísceras vindas de todo o país, como com uma esmagadora quantidade de casos de produtos químicos, farmacêuticos e alimentícios.

A secção de *Identificação* estuda todos aqueles problemas concernentes à identidade.

A secção de *Jurisprudência Médica* dá seus pareceres sobre problemas técnicos jurídicos e tem função pedagógica ensinando as noções jurídicas indispensáveis aos médicos forenses.

Para se avaliar do movimento global

destas secções citou-se que de Abril de 1939 a 31 de Dezembro de 1952 se elaboraram 6.553 pareceres.

No aspecto docente a «Escola» é o centro de estudos de Medicina Legal em que se habilitam os alunos da Faculdade de Medicina e se fazem, periodicamente, cursos superiores para médicos cabendo-lhe a formação de especialistas desta disciplina.

No campo da investigação ótimos frutos têm sido colhidos: numerosos livros, teses doutorais, trabalhos publicados em revistas nacionais e estrangeiras, alguns premiados por diversas corporações científicas. Nestes trabalhos tem-se procurado dar prioridade aos problemas que a prática médico-legal coloca e que requerem a valorização das especialíssimas circunstâncias que, geralmente concorrem nas actuações médico-forenses.

*E que pensa do futuro?*

Estamos à espera de uma nova organização que já foi proposta ao Governo pela direcção da «Escola» e que dará resultados apreciáveis tanto na eficiência na prática forense, como no ensino e na investigação. Criaram-se já novos serviços: *Clínica Infantil*, em relação com os Tribunais Tutelares de menores, *Estatística e de Antropologia*.

*Muito me agradou ter focado os assuntos que à Medicina Legal compete tratar. Não lhe parece que até muitos médicos têm noção errada sobre o valor, extensão e alcance da Medicina Legal?*

Julgo do maior interesse a divulgação, tanto nos meios médicos, como nos meios jurídicos, dos assuntos que à Medicina cabe tratar e dos árduos problemas judiciais, sociais e políticos que pode resolver ou orientar, com segurança, aqueles a quem compete solucioná-los.

*Que me diz do intercâmbio entre médicos-legistas dos nossos dois países e de uma Sociedade Luso-Espanhola de Medicina Legal?*

Julgo admirável a sua ideia de fundar uma Sociedade Luso-Espanhola de Medicina Legal e Ciências e disciplinas afins, para a qual me tem completamente à sua disposição e encantado de poder ser-lhe útil.

É claro que só me compete, muito sinceramente agradecer ao eminente Professor esta entrevista que é uma honra para «O Médico» publicar.

## Reunião de curso

Reuniram-se no dia 14 de Maio, num almoço de camaradagem, doze dos antigos alunos do curso médico que terminou em 1908 e do qual fazem parte os Profs. Francisco Gentil, naquele dia ausente, e Adelino Padesca; os Drs. José Pontes, D. Fernando de Lencastre, Pires Pereira, Couto Nogueira e Guilherme Brito Chaves.

Antes do almoço, que decorreu com a animação habitual destas reuniões, os convidados assistiram, na igreja de S. Domingos, à missa por alma dos numerosos professores e discípulos falecidos.

## NA MODERNA SULFAMIDOTERAPIA INTESTINAL

TRÊS PRODUTOS «CELSUS»  
DE COMPROVADA SUPERIORIDADE

# FTALIL-TIAZOL

# FTALIL-TIAMIDA

# FTALIL-KAPA

LABORATÓRIOS «CELSUS»

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

# MISERICÓRDIA

## Novo Boletim da Santa Casa da Misericórdia do Porto

*Acaba de aparecer o 1.º número dum boletim, intitulado «MISERICÓRDIA», dedicado «a todos aqueles, mortos e vivos, que têm prestado ou concedido à Santa Casa da Misericórdia do Porto a sua esmola, o seu interesse, o seu cuidado, o seu amparo, a sua solicitude e o seu carinho, por qualquer forma de piedade e de amor cristãos». Saudando a nova publicação, transcrevemos a seguir a apresentação, em cuja prosa facilmente se descortina o seu autor, o Prof. Luís de Pinã, que é actualmente o ilustre Provedor da Misericórdia do Porto. Depois, permitimo-nos também transcrever, do mesmo Boletim, o que o brilhante escritor Dr. Artur de Magalhães Bastos publica sobre os primórdios da grande instituição que tanto honra o Norte.*

### IN LIMINE

Se é certo que as instituições são aquilo que forem os seus governantes, não menos verdadeiro e real é que estes não podem deixar de ser também aquilo que essas instituições exigem que sejam.

Nestas circunstâncias, é fora de dúvida que, em primeiro lugar, haveria que procurar-se a verificação perfeita ou integral da segunda parte daquela afirmação.

A *Confraria de Nossa Senhora da Misericórdia*, a *Irmandade da Misericórdia* ou, mais popularmente e reconhecidamente, a *Santa Casa*, é instituição muito nobre e muito notável, desde princípios do século XVI, porque a têm governado, com raros intervalos desabonatórios, devotados e desinteressados servidores Irmãos que, muita vez, esgotam saúde, bens e comodidades no seu serviço.

Aqui, nesta obra, graças a Deus, não se amontoa a poeira dos séculos (e alguns já se contam), a esconder a beleza da obra que tem sido, indubitavelmente, aquilo que foram os seus governantes.

Nós sabemos bem, os que neste momento ocupamos, por eleição, os seus lugares de feitores, administradores, obreiros ou governadores, que não somos da excelente estirpe de tantos que nos precederam. E também saberemos, em nossa obscura modéstia, que não poderá a História da Casa apontar-nos como promotores de qualquer de suas glórias.

Autorizadamente reconhecemos, por outro lado, que a Santa Casa não encontrou ou encontra em nós aqueles que necessitava. Sincerissimamente nos sentimos assaz fracos e insuficientes para a momentosa Renovação que há tanto espera.

No mesmo sentido disciplinado com que obedecemos ao mandato que por eleição dos Irmãos nos foi cometido, crêmo-nos, porém, capazes de esforços heróicos para abrir os primeiros caboucos da ressurreição desta piíssima Confraria, em todos os seus campos e cantos.

Como premissa, entre mais provas já manifestadas, sai agora a lume este Boletim da Misericórdia, em dia de Santo António, padroeiro do grande Hospital que tem o seu nome, excelso nome que votos e a sorte escolheram,

há quase duzentos anos, de entre quatro que haviam sido propostos em Mesa: S. José, S. Sébastião, S. João de Deus e o Seu.

Quiz Deus que fosse Santo António o admirável patronímico da maior das obras da Santa Casa da Misericórdia do Porto e, se a Deus aprouver, pelos séculos dos séculos há-de manter-se em tão soberano senhorio.

Mas, a Irmandade não criou e sustenta, apenas, esta grande Casa hospitalar, a mais aparente de suas obras e, por isso, a que mais absorve e fascina a atenção de todos; em muitas outras depende os seus cuidados e a fazenda, cuja governação lhe foi cometida. Assim é que vivem o grande Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, o promitente Hospital-Sanatório Rodrigues Semide, os amáveis Recolhimentos a que se chama Hospitais Menores; a Igreja da Misericórdia e seus anexos, na Rua das Flores, como o edifício da sede, na mesma; os dois asilos para cegos (de S. Manuel e de Pereira Lima), o admirável Instituto de Surdas-Mudas, o Recolhimento de Órfãs de Nossa Senhora da Esperança; o Estabelecimento Humanitário do Barão de Nova Sintra, valiosa Escola-oficina para rapazes e raparigas; o incipiente Hospital de Convalescentes D. Francisco de Noronha, nessa formosa e famosa quinta senhorial da Prelada, a que está a prestar-se especial cuidado para a transformar em curiosíssima Velha-Novidade para o Porto, que sobejamente a desconhece...

Esta a imensa, variada e extraordinária empresa de assistência piedosa que outros Irmãos da Misericórdia, bafejados pela inesquecível benemerência de tantos doadores, edificaram e mantiveram através dos séculos ou dos anos, com denodo glorioso e heróico.

A nascente Misericórdia do Porto teria derruído, logo nos primeiros anos da sua vida, se outra vida se lhe não tivesse devotado singularmente, a desse inolvidável picheleiro que se chamou Nuno Rodrigues, personagem digna de ser preiteada um dia com a grandeza e o louvor que merece.

A Irmandade, de então, era igualdade: o picheleiro assentava-se ao pé do Juiz, o Conde à beira do Mesteiral, em genuína Fraternidade Cristã.

Pobre e mesquinha era a Misericórdia portuense em sua débil meninice. Acudiu-lhe aquele homem mecânico do

povo, como estaca forte a que se ampara frágil árvore: e a Misericórdia não morreu.

A fama do sucesso de Nuno Rodrigues chegou ao Paço de Lisboa. E é o Rei que reconhece a nobreza de alma desse Grão-Duque da Piedade Cristã, avô desse outro extraordinário emigrante Brás Cubas, que fundou no Brasil a primeira Misericórdia!

O Rei, dizíamos, escreve à Câmara do Porto esta extraordinária carta, em 1504: (1)

«Juizes, Vereadores, procuradores, e homens bons; nós, El-Rei, vos enviamos muito saudar. Nós temos sabido como Nuno Rois tem tomado, por sua devoção, mui grande cuidado das coisas da Confraria da Misericórdia, e que o tem assim bem feito e que Nosso Senhor é muito servido; e porque nos prazeria que ele fôsse para isso por vós favorecido e ajudado, vos encomendamos muito que, para este grande serviço de Nosso Senhor, e de que tanto prazer recebemos (de Nuno Rodrigues) ache sempre em vós todo favor e ajuda, e muito vo-lo teremos em serviço».

Como seria honroso que dos actuais governantes da Misericórdia se pudesse um dia dizer o mesmo que esse grande Rei português escreveu de Nuno Rodrigues, há quatro séculos e meio!

Falta-nos, sabemos-lo bem, a estrutura gigantesca daquele homem bom do Porto; mas não nos escasseia a força, não digo para imitá-lo, mas a coragem para o tomar como patrono da obra de Renovação em que confiadamente fomos lançados.

\*

Este Boletim, que surge agora, era um meio necessário a essa tarefa. Ele será o repositório fiel e constante do que se opera, de mais especial, na governação da Santa Casa. Ficará a ser um espelho do trabalho, mais do que um arquivo de sucessos; pretende-se que

(1) Segundo o valioso estudo de Magalhães Basto, em «O Tripeiro», IV. Agosto. 1952, intitulado *O picheleiro Nuno Rodrigues, portuense ilustre*.

Vd., também, de Leite Cordeiro, *Braz Cubas e a Capitania de São Vicente*. 1951. S. Paulo.

estas páginas sejam como finíssimas paredes de vidro, através das quais se veja distintamente o que se faz dentro da Misericórdia.

O Boletim será, além disso, o magnífico laço de união de todos os Irmãos da Confraria e da Mesa que a rege, por seu mandato: assim, como se pretende, ele será mais cofre de sugestões e de reparos, do que terreiro de louvores e encômios. Não ambicionamos estes, porque os não merecemos: mas aqueles, muito os desejamos.

A vida da Santa Casa passará, de hoje em diante, periodicamente, a ser mais vivida pelos Irmãos, por a conhecerem melhor. Oxalá ela o seja também de todos os que a devem fazer grande e próspera e de todos os que podem aliviar os seus imensos trabalhos de assistência cristã.

O Boletim que aparece neste soleníssimo dia de Santo António (quase de Santo António da Misericórdia, invocação nova que não surpreenderia os rigoristas de agiologios!) será o que todos os Irmãos quiserem que ele seja.

Colocamo-lo sob a sua vigilância, a sua generosidades, a sua devoção e o seu interesse. Destarte, temos fé que nasce em boa hora para vida útil, sobretudo útil.

De nós, apenas procuramos cumprir o que se recomenda no velho e belo Compromisso de 1646, em seu capítulo VII, relativamente aos Irmãos eleitos para os cargos da Confraria e ao cumprimento dos seus deveres, que farão por exercer

*livres de toda a paixão e affecto, e por lançar de si todo o espirito de contenção, que em semelhantes actos pode intervir, lembrando-se que repartem as cousas, não como senhores, mas como administradores e dispenseiros, assim de Deus Nosso Senhor, que em sua eleição os tornou por instrumento, como dos defuntos e de outras pessoas que confiaram deles o encargo e bem de suas almas, por onde só dirão aquilo que em suas consciências julguem ser mais serviço de Deus e de Nossa Senhora.*

Nas páginas deste Boletim não se dirá de outro modo seja o que for. E por isso se afirma, desde já e repetindo outras palavras do dito compromisso:

*Ter-se-á porém advertência, assim nisto como nas mais despezas, com estado e possibilidade da Casa, para se não darem maiores esmolos, nem fazerem maiores gastos do que a fazenda pode com facilidade fazer.*

Cooperação justa do Estado, benefícios de doadores, honesto trabalho de servidores, sobriedade nas intenções, probidade nos métodos, tudo ajudará à grandeza da obra.

A Nação deve imensíssima e sacrificada generosidade à Misericórdia do Porto, vai já para cinco séculos; à Misericórdia e à cidade em que ela se implanta como a maior das suas obras materiais e espirituais.

Que a Nação a ajude a viver, em cordial e equânime retribuição de tanta assistência prestada aos infelizes, aos enfermos, às crianças.

Que a Nação a ampare e acarinhe, em gesto franco de amoroso reconhecimento, sem esquecer aquelas flagrantes palavras de um Ministro que bem conhece a nossa obra e a obra de tantos que desinteressada e abnegadamente labutam em tarefas assistenciais privadas <sup>(1)</sup>:

«O Director Geral da Assistência, sem ignorar a lei, nem faltar aos ditames da sua consciência, tem que temperar pelo coração os rigores da primeira e fazer com que a justiça não desconheça a caridade. E porque esta constitui a flor mais bela da espiritualidade humana, o director-geral da Assistência abster-se-á de praticar qualquer acto que possa impedir o seu fecundo desabrochar, ainda que para tanto tenha de sacrificar os chamados direitos de uma burocracia do Estado que em toda a parte tende para absorver, regulamentar e fiscalizar a actividade dos individuos, mesmo quando esta se desenvolve em plano dominado pelo sentido espiritual da vida humana e com absoluto respeito pelos valores morais em que assenta a nossa civilização ocidental e cristã».

<sup>(1)</sup> Dr. Trigo de Negreiros, na posse do Sr. Director Geral da Assistência, Dr. Agostinho Pires. Notícia do «Diário da Manhã», 1 de Abril de 1953.

Em outro lugar disse Sua Excelência:

«Na verdade, cabendo à assistência oficial o encargo de suprir a iniciativa particular quando esta se revele insuficiente, a Direcção-Geral da Assistência estará atenta para que se preencha o espaço deixado em branco pela beneficência privada».

Em seguida proclamou o Ministro, aludindo à obra de assistência particular realizada

«graças à dedicação e zelo dos seus dirigentes e à generosidade dos seus beneméritos. Apoiar os primeiros e estimular os segundos é mais um aspecto a considerar na sua acção, que terá de desenvolver-se no sentido de tornar ainda mais fecunda a larga obra de apostolado social realizada por uns e outros».

A rematar, disse Sua Excelência:

«Na assistência mais do que em outro domínio, há-de ter-se em conta o realismo que inspira a nossa política e que permite aliar a rigidez dos princípios, certos e imutáveis, à flexibilidade de métodos da sua aplicação.

«As soluções geométricas e uniformes, por maior sugestão que ofereçam no campo especulativo ou teórico, não são de aceitar neste sector, tão certo é que as necessidades, e sobretudo os meios de as satisfazer, mudam de região para região e até localidade para localidade, dentro da mesma região».

Todos perdoarão estes largos traslados de um tão expressivo discurso de membro do Governo. Eles aí ficam como catecismo da melhor doutrina burocrático-assistencial.

Nós, os que servimos por Deus esta obra de piedade, jamais a esqueceremos. Que o mesmo grande Deus também não desmemorie aqueles que podem ou devem efectivá-la.

Em assistência privada, os agentes da superintendência oficial não esquecerão o velho preceito hipocrático: *primum non nocere*.

Eles deverão ter sempre em mente a suave apóstrofe da *Imitação de Cristo* (XV. 3), ao falar daquele que possui a verdadeira e perfeita caridade:

*não tem inveja a ninguém, porque não pretende nenhum favor particular, nem põe a sua alegria em si próprio.*

Esse procura apenas em Deus a sua felicidade,

*in Deo super omnia bona optat beatificari.*

Que Deus em tudo nos ajude.

O Provedor e Mesários  
da  
Santa Casa da Misericórdia

Dia de Santo António. 1953.

## Quinarrhenina Vitaminada

ELIXIR E GRANULADO

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

Soberano em anemias, anorexia, convalescenças 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

EM 1950: PROMICINA

EM 1953: ATOXIMICINA

Sinergismo de acção sem efeitos secundários

*Nova associação de antibióticos:*

Sulfato de dihidroestreptomicina — Sulfato de estreptomicina

Procaína penicilina G — Penicilina G potássica

*Vantagens:*

MAIOR EFICIENCIA

NEUROTOXICIDADE PRATICAMENTE NULA

# *Atoximicina*

Como a Estreptomicina, na sua toxicidade, tem particular preferência pelo ramo vestibular do VIII par e a Dihidroestreptomicina pelo ramo coclear do mesmo, a associação destes dois sais, em partes iguais, reduz consideravelmente os seus fenómenos neurotóxicos.

**RECONHECIDO EFEITO TERAPÊUTICO**

ADULTOS

FORTE

INFANTIL

Caixas com 1, 3 e 5 frascos

Caixa com 1 frasco

Caixas com 1 e 3 frascos

*Instituto Luso-Fármaco • Lisboa*

## PARA A HISTÓRIA DA SANTA CASA

### Do que é capaz a Caridade

Em 14 de Março de 1499, D. Manuel I dirigia-se aos homens da governança da cidade do Porto, dizendo-lhes:

*«Cremos que sabereis como em esta nossa cidade de Lisboa se ordenou uma confraria para se as Obras da Misericórdia se haverem de cumprir, e especialmente acerca dos presos pobres e desamparados que não tem quem lhes requeira seus feitos nem socorra as suas necessidades, e assim em outras muitas obras piedosas, segundo mais largamente em seu Regimento se contém, do qual vos mandamos dar o traslado.*

*E porque as Obras de Misericórdia, que por os oficiais desta confraria se cada dia fazem, redundam em muito louvor de Deus, de que nós tomamos muito contentamento por se em nossos dias fazer, folgariamos muito que em tôdas as cidades, vilas e lugares principais dos nossos Reinos se fizesse a dita confraria na forma e maneira que no dito Regimento se contém, e porém vos encomendamos que, considerando quanto isto é serviço de Deus vos queirais ajuntar e ordenar como em essa cidade se fizesse a*

*dita confraria. E além de em isso fazerdes serviço a Deus, e coisa que ante Ele haveis muito merecimento, nós vo-lo agradecemos muito e teremos em serviço».*

Não se pode afirmar que logo em 1499 tivesse sido fundada a Misericórdia do Porto; o que se sabe é que em 1502 ela foi instalada na Capela de Santiago, então existente no claustro velho da Sé, e ali se conservou até ser transferida, ao mear do século XVI, para a sua actual sede na Rua das Flores.

Díficeis foram os primeiros tempos da vida da Santa Casa portuense. Mas, protegida pela Rainha D. Leonor e sobretudo por D. Manuel I que lhe conferiu numerosos privilégios, e ainda graças à grande dedicação de um grupo de homens caridosos do Porto, ela conseguiu triunfar do naufrágio a que, no início da sua existência, esteve seriamente arriscada.

Marca, sob esse aspecto, uma data memorável na história primitiva da Irmandade, a carta Régia de 15 de Maio de 1521.

O Monarca Venturoso — sete meses antes de morrer —, considerando como a Misericórdia da nossa cidade do Porto em «bem regida e governada» e se mais caridade não fazia aos pobres era por não ter rendimentos, mandou-lhe anexar «os hospitais de Rocamador e de Santa Clara, e os de Cima de Vila... com todas as suas rendas e heranças» — apesar dos embargos contra

tal medida com que viera a Câmara do Porto, a cargo de quem até então estivera a administração desses antiquísimos hospitais.

Antes daquela data, a actividade da Santa Casa no campo da assistência tinha-se limitado a socorrer com algum pão e alguma roupa os que penavam de fome e de frio pelas ruas; a levar algum alimento e amparo aos que jaziam esquecidos e famintos nas prisões; a socorrer os que agonizavam na miséria, com a esmola de um medicamento, o bálsamo de uma palavra de esperança, o viático de uma oração; a dar aos pobres que morriam, um piedoso enterramento; aos desgraçados que iam padecer na força, um misericordioso acompanhamento e sepultura.

Com a anexação do Hospital-Albergaria de Rocamador não tardou a Santa Casa a recolher doentes pobres e a tratá-los de graça naquele velho estabelecimento — situado no lugar em que, mais tarde, viria a ser construído o Hospital de D. Lopo de Almeida, como se sabe, à esquina da Rua das Flores (só aberta no séc. XVI), e à esquerda da Rua dos Caldeireiros, quem sob esta rua e na sua parte inicial, primitivamente chamada Rua do Souto, por ser continuação da que, com tal nome, ainda existe do outro lado da Rua de Mousinho da Silveira.

Em terrenos, não muito distantes, doados à Santa Casa por uma benfeitora e situados na Rua das Flores, começaram algumas dezenas de anos

NUMA SÓ AMPOLA

**CALCIUM C BARRAL**

GLUCONATO DE CÁLCIO + VITAMINA C

EM PERFEITA ESTABILIZAÇÃO

Cada c. c. contém 0,10 gr. de Gluconato de Cálcio e 0,04 gr. de Vitamina C (800 U. I.)

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

**LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL**

Representantes no Porto: QUÍMICO-SANITÁRIA, LIMITADA



depois as obras de construção, da sede definitiva da Irmandade; a Casa do Despacho já ali funcionava em 1550, e a solene bênção da Igreja e respectivo adro foi feita pelo Bispo do Porto D. Rodrigo Pinheiro em 13 de Dezembro de 1559.

Todavia, todo o dinheiro que havia não era demais para se poderem cumprir as *Obras de Misericórdia*, obrigação imposta pelo compromisso; as esmolas e os legados que, aliás, em caudal sempre crescente, iam afluindo à Misericórdia do Porto, — alguns muito valiosos, feitos por portuenses falecidos no Oriente — não chegaram para construir a Capela-mor da Igreja.

Algumas dezenas de anos depois, no dia 29 de Janeiro de 1584, falecia em Madrid, onde vivia, o riquíssimo fidalgo D. Lopo de Almeida, capelão de Filipe II, legando todos os seus bens e rendimentos à Santa Casa da Misericórdia do Porto, para que esta sua «universal herdeira» os empregasse em estabelecer e manter um hospital para os pobres, e determinando também que se construísse uma capela consagrada a ele, testador. Então, a Santa Casa pôde satisfazer o seu velho sonho; resolveu cumprir esta última obrigação imposta pelo seu grande benfeitor, edificando a Capela Mor da Igreja da Rua das Flores, e mandando vir de Espanha e sepultado ali os restos mortais do piedoso D. Lopo de Almeida.

Quando os rendimentos cobrados dessa herança atingiram quantia suficiente para a construção dum Hospital em que se desse cabal cumprimento à vontade de D. Lopo, foram (aos 8 de Fevereiro de 1605) começadas as obras do novo edifício. Desse Hospital, erguido nos terrenos da antiga Albergaria de Rocamador, que então desapareceu, apenas resta, de pé, o respectivo claustro nas trazeiras dos prédios que, na Rua das Flores, se erguem nos chãos outrora ocupados pela velha Albergaria e por esse relativamente magestoso e vasto *Hospital de D. Lopo*.

Sob planta do architecto inglês John Carr, começou-se a trabalhar, em 1769, na abertura dos caboucos para o Hospital Geral de Santo António, por já então ser impossível recolher no edificio da esquina da Rua das Flores os milhares de doentes que de toda a parte a ele acorriam. O projecto era duma grandiosidade verdadeiramente assombrosa, como ainda se pode ver pelas cópias das plantas que existem no Cartório da Irmandade. É evidente que nos cofres da Santa Casa não havia dinheiro para semelhante construção: nem por isso hesitaram os Irmãos em lhe dar início porque sabiam que no Porto são possíveis *milagres* quando se sabe apelar para o coração...

Em fins do séc. XVIII, o Padre Agostinho Rebelo da Costa, falando da Misericórdia Portuense, que contava quase 2.000 Irmãos, já lhe chamava, sem lisonja nem exagero, «um monumento de piedade para todos os miseráveis».

Resavam na sua Igreja diariamente em Côro dezassete Capelães, havendo

trinta e quatro que diziam a missa diariamente, o que elevava o número a 51.

Nesse tempo a Misericórdia administrava, «para abrigo dos pobres e remédio dos enfermos — diz o mesmo autor — o *Hospital Real* na Rua das Flores; o dos *Expostos* na Rua dos Caldeireiros; o dos *Entrevados* em Cima de Vila; o das *Entrevadas*, a Santo Ildefonso; o dos *Lázarus*, no Campo de São Lázaro; os das *Lázaras*, que lhe está immediato; o das *Velhas*, na Rua dos Mercadores»; quanto ao «Hospital Novo», que se encontrava ainda «nos seus primeiros alicerces», esse seria tão grande que viria a ter, uma vez concluído, 20.609 portas e janelas, e, no vasto pátio central, uma sobreba igreja, que, desde a superfície da terra até o remate da cruz do zimbório, media 200 palmos de altura!

Enumerando os serviços que a Misericórdia prestava, o mesmo Rebelo da Costa refere as múltiplas dotações de órfãs; o socorro aos presos pobres da Cadeia da Relação; o tratamento gratuito de mais de 2.000 enfermos cada ano; o enterro, pelo amor de Deus, de mais de 400 pobres, anualmente; a administração dos *Meninos Expostos* (Casa da Roda), etc. — não falando da educação e ensino ministrado a meninas órfãs, no *Recolhimento de Nossa Senhora da Esperança*, fundado em 1724 com o legado de um devoto benfeitor.

Mas isso ainda não era nada comparado com o que é hoje!

No séc. XIX, outras instituições,

igualmente de assistência e caridade, se juntaram às que a Misericórdia já administrava: — o Estabelecimento Humanitário do Barão de Nova Sintra, o grandioso Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, o Instituto de Surdos-Mudos «Araújo Porto», o Asilo de Cegos de S. Manuel...

No decorrer do presente século, mercê do legado de Manuel José Rodrigues Semide, foi criado o Sanatório de Semide, não se devendo esquecer o Hospital para Convalescentes, na formosíssima Quinta da Prelada, legada à Misericórdia por D. Francisco de Noronha (Prelada).

\*

Perguntar-se-á: como foi possível a uma instituição particular, a uma Irmandade, sem intuitos lucrativos — e cujas únicas fontes de receita eram as esmolas que recolhia e os bens que lhe deixavam — estabelecer-se, criar raízes, atravessar cinco séculos e atingir tão extraordinário desenvolvimento?

Poderão dar-se para o facto completas explicações; mas a mais breve e a não menos exacta parece-nos ser esta: tão bela obra filantrópica foi possível porque na sua base esteve sempre esse sentimento tão cristão, tão português — e tão portuense! — que se chama a *Caridade*.

Artur de Magalhães Basto.

**Antem...**

**BALSAMO ANALGÉSICO**

**Hoje...**

**algiDerma**

Creme analgésico, antiflogístico, e anti-reumático

**Dores** reumáticas, artríticas, pleurais, musculares, intercostais

LABORATÓRIO Davi LISBOA

# REGULAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL

## Regulamento n.º 2 da OMS

O «Diário do Governo» (I série, N.º 90, de 2-5-1953) publicou o Decreto-Lei n.º 39.193, que aprova, para rectificação, o Regulamento Sanitário Internacional — Regulamento n.º 2 da Organização Mundial da Saúde — adoptado pela 4.ª Assembleia Mundial da Saúde e assinado em Genebra em 25 de Maio de 1951. Começamos hoje a publicar o texto do referido Regulamento.

A Quarta Assembleia Mundial de Saúde,

Considerando que um dos objectivos essenciais da cooperação internacional no domínio da saúde pública é a supressão das doenças, que serão necessários longos esforços antes que se obtenha este resultado; que o período de propagação das doenças transmissíveis subsiste e que, por conseguinte, se torna necessária uma regulamentação internacional para limitar a extensão das manifestações epidémicas;

Reconhecendo a necessidade de rever e unificar as disposições das diversas convenções sanitárias internacionais, bem como os acordos da mesma natureza actualmente em vigor e substituir e completar essas convenções e acordos com uma série de regulamentos sanitários internacionais mais bem adaptados às diversas modalidades de transporte internacionais e que permitam assegurar mais eficazmente o máximo de segurança contra a propagação das doenças de um país a outro, com um mínimo de entraves par ao tráfego mundial;

Considerando que a revisão periódica das medidas internacionais, baseada principalmente na evolução da situação epidemiológica, na experiência adquirida e nos progressos da ciência e da técnica, será deste modo facilitada;

Tendo em atenção os artigos 2, k), 21, a), 22, 23, 33, 62 63 e 64 da Constituição da Organização Mundial de Saúde

Adopta, aos 25 de Maio de 1951, o seguinte Regulamento, que se designa por «o presente Regulamento».

### TÍTULO I

#### Definições

##### ARTIGO 1

Para aplicação do presente Regulamento:

«Administração sanitária» designa a autoridade governamental que tem competência sobre o conjunto de um dos territórios aos quais se aplica o presente Regulamento, para nele assegurar a execução das medidas sanitárias previstas;

«Aeronave» designa uma aeronave que efectua uma viagem internacional;

«Aeroporto» significa um aeroporto designado como aeroporto de entrada ou de saída para o tráfego aéreo internacional pelo Estado em cujo território está situado;

«Autoridade sanitária» designa a autoridade directamente responsável pela aplicação, numa circunscrição, das medidas sanitárias adequadas que o presente Regulamento permite ou prescreve;

«Bagagens» designa os objectos de uso pessoal de um viajante ou de um tripulante;

«Caso importado» designa um caso introduzido num território;

«Certificado válido» quando se aplica à vacinação, este termo significa um certificado conforme as regras enunciadas e os modelos apresentados nos anexos 2, 3 e 4;

«Chegada» de um navio, aeronave, comboio ou veículo rodoviário significa:

- a) No caso de um navio de largo, a chegada a um porto;
- b) No caso de uma aeronave, a chegada a um aeroporto;

c) No caso de um navio destinado à navegação interior, a chegada a um porto ou a um posto fronteiriço, segundo as condições geográficas e os acordos celebrados entre os estados interessados, de harmonia com o artigo 104 ou segundo as leis e regulamentos em vigor no território de chegada;

d) No caso de um comboio ou veículo rodoviário, a chegada a um posto fronteiriço;

«Circunscrição» designa:

a) A menor secção de um território, que pode ser um porto ou um aeroporto, nitidamente delimitado e dispondo de uma organização sanitária apta a tomar as medidas adequadas que o Regulamento permite ou prescreve; para efeitos do presente Regulamento, tal secção constitui uma circunscrição, ainda que faça parte de uma unidade administrativa mais vasta, possuindo também organização sanitária;

b) Um aeroporto que disponha de uma zona de trânsito directo;

«Circunscrição infectada» designa:

a) A circunscrição onde exista um foco de peste, cólera, febre-amarela ou varíola;

b) A circunscrição onde exista uma epidemia de tifo ou de febre recorrente;

c) A circunscrição onde se verifique a existência da peste entre os roedores em terra ou a bordo de aparelhos flutuantes que façam parte da instalação portuária;

d) A circunscrição ou grupo de circunscrições onde as condições sejam aquelas que caracterizam uma zona de endemia amarilica.

«Dia» designa um intervalo de vinte e quatro horas;

«Director-geral» designa o director-geral da Organização;

«Doenças quarentenárias» designa a peste, a cólera, a febre-amarela, a varíola, o tifo e a febre recorrente;

«Epidemia» designa a extensão de um foco ou a sua multiplicação;

«Época de peregrinação», quando este termo se aplica aos navios de peregrinos, designa o período que começa quatro meses antes e acaba três meses depois do dia do Hadj;

«Estação sanitária» designa um porto, aeroporto ou posto fronteiriço onde se aplicam aos peregrinos as medidas sanitárias prevista no anexo A e que possui o pessoal, as instalações e o equipamento exigidos;

«Febre recorrente» designa a febre recorrente transmitida por piolhos;

«Foco» significa o aparecimento de dois casos de doença quarentenária resultantes de um caso importado, ou o aparecimento de um caso resultante doutro não importado. O primeiro caso humano de febre-amarela pelo *Aedes aegypti* ou qualquer outro vector doméstico da febre-amarela deve considerar-se um foco;

«Índice de *Aedes aegypti*» designa a relação, expressa em percentagem, entre o número de habitações numa zona limitada, bem definida, onde se encontraram criadouros de *Aedes aegypti*, e entre o número total de habitações dessa zona, tendo todas elas sido examinadas. Qualquer local ocupado por uma só família é considerado uma habitação;

«Isolamento», quando se aplica o termo a uma pessoa ou a um grupo de pessoas, designa a separação dessa pessoa ou desse grupo de todas as outras pessoas, com excepção do pessoal sanitário de serviço, de maneira a evitar a propagação da infecção;

«Médico de bordo», no caso de um navio de peregrinos, designa o médico cujo embarque é exigido nos termos do artigo B7; havendo dois ou mais médicos, este termo designa o de categoria mais elevada;

«Navio» designa um navio de largo ou um navio destinado a navegação interior que efectua uma viagem internacional;

«Navio de peregrinos» designa um navio que:

- a) Efectua uma viagem com destino ou procedência do Hedjaz durante a época de peregrinação;
- b) Transporta peregrinos na proporção, pelo menos, de um peregrino por cem toneladas de deslocamento bruto;

«Organização» designa a Organização Mundial de Saúde;

«Peregrinos» designa qualquer pessoa que vai em peregrinação; no que respeita aos passageiros de um navio de peregrinos este termo designa igualmente odo aquele que acompanha pessoas que vão em peregrinação ou que com elas viaja;

«Peregrinação» designa a peregrinação aos lugares santos do Hedjaz;

«Pessoa infectada» designa a pessoa que sofre de doença quarentenária ou que se julga estar infectada por tal doença;

«Porto» designa o porto de mar ou um porto de navegação interior normalmente frequentado por navios;

«Primeiro caso» significa o primeiro caso não importado de doença quarentenária sobrevindo numa circunscrição até então indemne dessa doença, ou donde esta tenha desaparecido há um espaço de tempo, pelo menos, igual ao mencionado no artigo 6;

«Suspeito» designa uma pessoa que a autoridade sanitária considera ter estado exposta ao perigo de infecção por doença quarentenária e julga susceptível de propagar essa doença;

«Tifo» designa o tifo transmitido por piolhos;

«Tripulação» designa o pessoal em serviço num navio, aeronave, comboio ou veículo rodoviário;

«Viagem internacional» significa:

- a) No caso de um navio ou de uma aeronave, uma viagem entre portos ou aeroportos situados em territórios de mais de um Estado, ou uma viagem entre portos ou aeroportos situados no território ou em territórios de um mesmo Estado, se o referido navio ou aeronave entrar em relações com território de qualquer outro Estado no decurso da viagem, mas

O «  **ORGANON** » apresenta

a mais completa gama de **Hormonas**

ANDROGENEAS

**Neo-Hombreol** — Testosterona e derivados

**Neosteron** — Metilandrostenediol

**Dimenformon** — Benz. estradiol

**Dimenformon-Emulsão** — Benz. estradiol (emulsão aquosa)

**Lynoral** — Etilnil-estradiol

**Kolpon** — Estrona (comp. vaginais)

**Menformon** — Estrona

ESTROGENEAS

**Ambinon** — Extr. do lobo anterior

**Cortrophine** — A. C. T. H.

**Gestyl** — Gonadotropina sérica

**Pregnyl** — Gonadotropina coriônica

**Piton** — Ext. do lobo posterior

HIPOFISÁRIAS

**Progestine Organon** — Progesterona

**Progestine Organon-Emulsão** — Progesterona (emulsão aquosa)

**Progestoral** — Pregneninolona

LUTEÍNICAS

(corpo amarelo)

**Cortine Organon** — Extr. total

**Doca** — Ac. desoxicorticosterona

SUPRA-RENAIS

**Thyranon** — Extr. de tiroide

TIROIDE

### Associações de hormonas

ESTROGENEAS + ANDROGENEAS

**Estandron** — (comp.) — Etilnil estradiol + metil testosterona

**Estandron** — (amp.) — Benz. estradiol + prop. testosterona

ESTROGENEAS + LUTEINICAS

**Di-Pró** — (comp.) — Etilnil estradiol + pregnenolona

**Di-Pró-Emulsão** — Benz. estradiol + progesterona

REPRESENTANTES:

**UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA**

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

# ENTEROBIÓTICO

Antibiótico-sulfamidoterápia associada para tratamento entérico

## COMPOSIÇÃO

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de sulfato)	0,015 Grs.
Bacitracina . . . . .	600.000 U.
Sulfato de Neomicina . . . . .	0,0075 Grs.
Ftalilsulfacetimida . . . . .	0,500 Grs.
Excipiente q. b. p. . . . .	1 comprimido

Em virtude de nenhum dos componentes do Enterobiótico ser absorvível pela corrente sanguínea em extensão apreciável, permite que seja utilizado em doses maciças sem qualquer perigo de efeitos tóxicos.

## APRESENTAÇÃO

Tubo de 20 comprimidos . . . . . **Esc. 42\$00**



**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 Magalhães, 32-1.º — Telef. 4556*

somente no que se refere a essas relações;

- b) No caso de uma pessoa, uma viagem que compreenda a entrada no território de um Estado que não seja o território do Estado onde a viagem começa;

«Visita de saúde» compreende a visita e inspecção do navio, aeronave, comboio ou veículo rodoviário, bem como o exame prévio das pessoas que se encontram a bordo, mas não compreende a inspecção periódica de um navio para determinar se há motivo para o desratar;

«Zona de endemia amarilica» designa uma região onde está presente o *Aedes aegypti* ou qualquer outro vector doméstico da febre-amarela, mas que não é manifestamente responsável pela persistência do vírus entre os animais da floresta tropical durante longos períodos;

«Zona de receptividade amarilica» designa a região na qual a febre-amarela não existe, mas onde poderia desenvolver-se se aí fosse introduzida;

«Zona de trânsito directo» significa uma zona especial, estabelecida no recinto de um aeroporto ou a ele ligada, com a aprovação da autoridade sanitária interessada e sob a sua vigilância imediata; destinada a facilitar o tráfego em trânsito directo, esta zona permite principalmente assegurar a segregação dos passageiros e da tripulação durante as paragens sem que tenham de sair do aeroporto.

## TÍTULO II

### Notificações e informações epidemiológicas

#### ARTIGO 2

Para aplicação do presente Regulamento todos os Estados reconhecem à Organização o direito de comunicar directamente com a administração sanitária do seu ou seus territórios. Todas as notificações e informações enviadas pela Organização à administração sanitária consideram-se como tendo sido enviadas ao Estado de que depende; todas as notificações e informações enviadas à Organização pela administração sanitária consideram-se como tendo sido enviadas pelo Estado de que depende.

#### ARTIGO 3

1. As administrações sanitárias devem enviar uma notificação à Organização por telegrama e o mais tardar dentro de vinte e quatro horas logo que sejam informadas de que uma circunscrição está infectada.

2. A existência da doença deste modo notificada confirmar-se-á sem demora pelos exames laboratoriais possíveis, sendo os seus resultados transmitidos imediatamente à Organização por telegrama.

#### ARTIGO 4

1. Com excepção dos casos de peste nos roedores, as notificações determinadas no parágrafo 1 do artigo 3 são prontamente seguidas de informações complementares acerca da origem e forma da doença, número de casos de óbitos, condições que contribuam para a extensão da doença, assim como as medidas profilácticas aplicadas.

2. Nos casos de peste dos roedores, todas as notificações determinadas, nos termos do parágrafo 1 do artigo 3, devem ser completadas com relatórios mensais acerca do número de roedores examinados e dos considerados pestosos.

#### ARTIGO 5

1. No decurso da epidemia, as notificações e informações determinadas no ar-

tigo 3 e no parágrafo 1 do artigo 4 devem completar-se por comunicações transmitidas regularmente à Organização.

2. Estas comunicações devem ser tão frequentes e minuciosas quanto possível. O número de casos e de óbitos deve ser transmitido, pelo menos, uma vez por semana. Devem indicar-se as precauções tomadas para combater a extensão da doença, em particular as medidas adoptadas para evitar a sua propagação a outros territórios pelos navios, aeronaves, comboios ou veículos rodoviários que saiam da circunscrição infectada. No caso de peste, serão especificadas as medidas tomadas contra os roedores. Tratando-se de doenças quarentenárias transmitidas por insectos vectores, especificam-se igualmente as medidas tomadas contra estes.

#### ARTIGO 6

1. A administração sanitária de um território onde fica situada uma circunscrição infectada que não faça parte de uma zona de endemia amarilica avisará a Organização logo que essa circunscrição volte a ficar indemne.

2. Uma circunscrição infectada pode tornar a considerar-se indemne quando forem tomadas e mantidas todas as medidas de profilaxia para evitar o reaparecimento da doença ou a sua possível extensão a outras circunscrições e quando:

- No caso de peste, cólera, varíola, tifo e febre recorrente, tiver decorrido após a morte, cura ou isolamento do último caso verificado um espaço de tempo igual ao dobro do período de incubação determinado no presente Regulamento e nenhuma circunscrição situada nas proximidades tenha sido atingida pela doença; todavia, no caso de peste, se houver igualmente peste entre os roedores, é necessário ainda que tenha decorrido o prazo fixado na letra c) do presente parágrafo;
- No caso de febre amarela fora de uma zona de endemia amarilica, tiverem decorrido três meses após o último caso humano ou um mês depois de ter baixado o índice de *Aedes aegypti* para 1 ou menos por cento;
- No caso de peste entre os roedores, tiver decorrido um mês após a supressão da epizootia.

#### ARTIGO 7

As administrações sanitárias devem notificar imediatamente à Organização os factos que demonstrem a presença do vírus amarílico em qualquer parte do seu território onde ele ainda não tivesse sido descoberto e marcar a extensão da zona atingida.

#### ARTIGO 8

1. As administrações sanitárias devem notificar à Organização:

- Qualquer alteração às determinações relativas a vacinações exigidas para viagens internacionais;
- As medidas que decidiram aplicar às procedências de uma circunscrição infectada, bem como a cessação das mesmas medidas, indicando a data da entrada em vigor ou da cessação.

2. Estas notificações são feitas por telegrama e, quando for possível, antes de a alteração se efectuar ou de as medidas entrarem em vigor por serem anuladas.

3. As administrações sanitárias enviarão, à Organização, uma vez por cada ano e em data por esta fixada, uma lista de recapitulação das exigências relativas às va-

cinações requeridas para as viagens internacionais.

#### ARTIGO 9

Além das notificações e informações indicadas nos artigos 3 a 8, as administrações sanitárias comunicarão todas as semanas à Organização:

- Por telegrama, um relatório acerca do número de casos de doenças quarentenárias e dos óbitos devidos a estas doenças registados no decurso da semana anterior em cada cidade contígua a um porto ou a um aeroporto;
- Pelo correio aéreo, um relatório indicando a ausência de casos daquelas doenças durante os períodos referidos nas letras a), b) e c) do parágrafo 2 do artigo 6.

#### ARTIGO 10

As notificações e informações indicadas nos artigos 3 a 9 são igualmente comunicadas pela administração sanitária, mediante pedido, às missões diplomáticas e consulados estabelecidos num território da sua competência.

#### ARTIGO 11

Logo que seja possível, a Organização envia às administrações sanitárias, pelas vias adequadas a cada caso, todas as informações epidemiológicas ou quaisquer outras que tenha recebido nos termos dos artigos 3 a 8 e do parágrafo a) do artigo 9. Indicará igualmente a ausência das informações determinadas pelo artigo 9. As comunicações de carácter urgente devem fazer-se por telegrama ou pelo telefone.

#### ARTIGO 12

Todos os telegramas ou chamadas telefónicas determinadas pelos artigos 3 a 8 e 11 gozam da prioridade exigida pelas circunstâncias. As comunicações enviadas em caso de urgência excepcional, quando houver perigo de propagação de doença quarentenária, far-se-ão com a maior prioridade concedida a tais comunicações pelos acordos internacionais das telecomunicações.

#### ARTIGO 13

1. Todos os Estados enviarão uma vez por ano à Organização, de harmonia com o artigo 62 da Constituição da Organização, informações relativas ao eventual aparecimento de qualquer caso de doença quarentenária provocado pelo tráfego internacional ou nele observado, bem como as decisões tomadas nos termos do presente Regulamento e as referentes à sua aplicação.

2. Com base nas informações exigidas pelo parágrafo 1 deste artigo, nas notificações e relatórios determinados pelo presente Regulamento e em quaisquer outras informações oficiais, a Organização prepara um relatório anual respeitante à aplicação do presente Regulamento e seus efeitos sobre o tráfego internacional.

## TÍTULO III

### Organização sanitária

#### ARTIGO 14

1. Em toda a medida possível, as administrações sanitárias providenciarão no sentido de os portos e aeroportos do seu território possuírem a organização e a aparelhagem indispensável para permitir a aplicação das medidas determinadas no presente Regulamento.

2. Todos os portos ou aeroportos devem estar providos de um serviço de água potável.

3. Todos os aeroportos abertos ao

tráfego internacional devem possuir um sistema eficaz para evacuar e tornar inofensivos os lixos, detritos e águas residuais e para aproveitar, depois de beneficiados, os géneros alimentícios e outras substâncias consideradas perigosas para a saúde pública.

#### ARTIGO 15

O maior número possível de portos de um determinado território deve poder dispor de um serviço médico dotado de pessoal, do material e dos locais indispensáveis e, em particular, dos meios para isolar e tratar rapidamente as pessoas infectadas, proceder às desinfecções, exames bacteriológicos, captura e observação de roedores para a pesquisa da infecção pestosa e, finalmente, aplicar todas as outras medidas adequadas e referidas no presente Regulamento.

#### ARTIGO 16

A autoridade sanitária do porto deve:

- a) Tomar todas as medidas convenientes para que, nas instalações portuárias, o número de roedores seja desprezível;
- b) Fazer todos os esforços para conservar as instalações portuárias ao abrigo dos ratos.

#### ARTIGO 17

1. As administrações sanitárias tomarão as disposições devidas para que um número suficiente de portos do seu território possa dispor do pessoal competente necessário para a inspecção dos navios, a fim de passar os certificados de isenção de desratização a que alude o artigo 52, devendo designar os portos que satisfaçam a estas condições.

2. Tomando em consideração a importância do tráfego internacional do seu território, bem como a distribuição do mesmo tráfego, as administrações sanitárias devem indicar, de entre os portos competentes de harmonia com o parágrafo 1 do presente artigo, os que, dispondo de aparelhagem e de pessoal necessários para a desratização dos navios, têm competência para passar os certificados de desratização dos referidos no artigo 52.

#### ARTIGO 18

Se o tráfego em trânsito o exigir, os aeroportos serão providos, o mais depressa possível, de zonas de trânsito directo.

#### ARTIGO 19

1. As administrações sanitárias devem designar como aeroportos sanitários um certo número de aeroportos do seu território correspondendo à importância do tráfego internacional do mesmo território.

2. Todos os aeroportos sanitários devem possuir:

- a) Uma organização médica que inclua o pessoal, o material e os locais indispensáveis;
- b) Os meios precisos para transportar, isolar e tratar as pessoas infectadas ou suspeitas;
- c) As instalações necessárias para desinfecção e desinsectação eficazes, destruição dos roedores, bem como para aplicação de qualquer outra medida adequada estabelecida no presente Regulamento;
- d) Um laboratório bacteriológico ou os meios convenientes para a remessa de produtos suspeitos a um laboratório congénere;
- e) Um serviço de vacinação contra a cólera, a febre-amarela e a varíola.

#### ARTIGO 20

1. Todos os portos situados numa zona de endemia ou de receptividade amarílicas, bem como as superfícies compreendidas no perímetro de todos os aeroportos assim situados, devem conservar-se isentos de *Aedes aegypti* no estado larvar ou no estado adulto.

2. Todos os locais situados numa zona de trânsito directo estabelecida em aeroportos que se encontrem numa zona de endemia ou de receptividade amarílicas devem estar defendidos dos mosquitos.

3. Todos os aeroportos sanitários situados numa zona de endemia amarílica devem:

- a) Para uso dos passageiros, das tripulações e do pessoal do aeroporto, possuir locais de permanência e dispor de locais de hospitalização, uns e outros defendidos dos mosquitos;
- b) Conservar-se isentos de mosquitos, por destruição sistemática das larvas e dos insectos adultos dentro do perímetro do aeroporto e numa zona de protecção de 400 m. em redor desse perímetro.

4. Para os efeitos do presente artigo, o perímetro do aeroporto indica a linha que circunscreve a zona onde se encontram os edificios do aeroporto e o terreno ou nível de água utilizado ou destinado a ser utilizado para o estacionamento das aeronaves.

#### ARTIGO 21

1. Todas as administrações sanitárias devem enviar à Organização:

- a) Uma lista dos portos do seu território classificados de harmonia com o artigo 17 para efeitos de concessão:
  - i) De certificados de isenção de desratização exclusivamente;
  - ii) De certificados de desratização e de isenção de desratização
- b) Uma lista dos aeroportos sanitários do seu território;
- c) Uma lista dos aeroportos do seu território que possuem zona de trânsito directo.

2. As administrações sanitárias notificarão à Organização todas as alterações ulteriores das listas indicadas no parágrafo 1 do presente artigo.

3. A Organização comunicará sem demora a todas as administrações sanitárias as informações recebidas de harmonia com as disposições do presente artigo.

#### ARTIGO 22

Quando a importância do tráfego internacional o justificar e a situação epidemiológica o exigir, os postos fronteiriços das vias férreas e estradas serão providos de instalações sanitárias para aplicação das medidas determinadas pelo presente Regulamento. O mesmo fica determinado para os postos fronteiriços que servem os cursos de água interiores quando a fiscalização dos navios de navegação interior se fizer na fronteira.

### TÍTULO IV

## Medidas e formalidades sanitárias

### CAPÍTULO I

#### Disposições gerais

#### ARTIGO 23

As medidas sanitárias autorizadas pelo presente Regulamento constituem o máximo

que um Estado pode exigir com respeito ao tráfego internacional para a protecção do seu território contra as doenças quarentenárias.

#### ARTIGO 24

As medidas e formalidades sanitárias devem ser começadas imediatamente, terminadas sem demora injustificada e aplicadas sem discriminação alguma.

#### ARTIGO 25

1. A desinfecção, desinsectação, desratização e demais operações sanitárias executam-se de forma a:

- a) Evitar todo o incómodo inútil e não prejudicar a saúde das pessoas;
- b) Não causar dano algum à estrutura do navio, aeronave ou outro veículo ou aos aparelhos de bordo;
- c) Evitar todos os riscos de incêndio.

2. Na execução daquelas operações em mercadorias, bagagens e outros objectos devem tomar-se as devidas precauções para evitar qualquer dano.

#### ARTIGO 26

1. A autoridade sanitária passará gratuitamente, a pedido do transportador, um certificado indicando as medidas aplicadas a qualquer navio, aeronave, carruagem de caminho de ferro, vagão ou veículo rodoviário, as partes do veículo que foram submetidas a operações, os métodos empregados e os motivos que levaram à aplicação das medidas. Tratando-se de uma aeronave, o certificado pode ser substituído, a pedido, por uma inscrição na declaração geral da aeronave.

2. A autoridade sanitária passa igualmente, a pedido e gratuitamente:

- a) A qualquer passageiro, um certificado, indicando a data da sua chegada ou partida e as medidas aplicadas à sua pessoa, bem como às bagagens;
- b) Ao despachante ou remetente, ao destinatário e ao transportador ou respectivos agentes, um certificado indicando as medidas aplicadas às mercadorias.

#### ARTIGO 27

1. As pessoas sujeitas a vigilância não ficam isoladas e têm liberdade para se deslocar. Durante o período de vigilância, a autoridade sanitária pode, se for necessário, convocar a apresentação dessas pessoas com intervalos determinados. Tendo em consideração as restrições indicadas no artigo 69, a autoridade sanitária pode também submeter essas pessoas a exame médico e colher as informações necessárias para comprovar o seu estado de saúde.

2. As pessoas sujeitas a vigilância que se desloquem para outro local, situado dentro ou fora do mesmo território, devem comunicar o facto à autoridade sanitária, que notificará imediatamente a deslocação à autoridade sanitária do local de destino dessas pessoas, as quais, logo que chegarem, se devem apresentar à referida autoridade. Esta última pode igualmente sujeitá-las às medidas indicadas no parágrafo 1 anterior.

#### ARTIGO 28

Excepto em caso de urgência que envolva perigo grave para a saúde pública, a autoridade sanitária de um porto ou de um aeroporto não deve, por motivo de uma outra doença epidémica, impedir um navio ou uma aeronave que não esteja ou não se suspeite estar infectada de doença quarentenária de descarregar ou carregar mer-

O INSTITUTO LUSO-FARMACO  
SEMPRE NA VANGUARDA

# Dibencilina

UM NOVO CAPÍTULO  
NA HISTÓRIA  
DA PENICILINA

## DIBENCILINA

N, N'-dibenziletilenadamina dipenicilina G  
*A penicilina de longa duração*

### COMPRIMIDOS

Com 2 a 3 comprimidos diários obtêm-se concentrações eficazes de penicilina no sangue.

### SUSPENSÃO ORAL

Com 2 a 3 colheres de chá (5 c. c.) contendo 300.000 unidades cada obtêm-se igualmente concentrações eficazes de penicilina no sangue.

### INJECTÁVEL

Com uma injeção obtêm-se concentrações eficazes de penicilina no sangue durante  
**CATORZE DIAS**

### A PENICILINA DE MENORES REACÇÕES ALÉRGICAS

3 por mil em contraste com 5 por cento das alergias causadas pela penicilina sódica e potássica

COM UMA ÚNICA  
INJECCÃO  
DESTE COMPOSTO  
DE PENICILINA  
ENCONTRAM-SE  
CONCENTRAÇÕES  
EFICAZES  
NO SANGUE  
DURANTE

14  
Dias



cadorias ou provisões, ou de embarcar combustível ou carburantes, água potável, víveres para consumo e provisões.

#### ARTIGO 29

A autoridade sanitária pode tomar todas as medidas práticas para impedir um navio de derramar para as águas de um porto, rio ou canal águas e substâncias residuais susceptíveis de as poluir.

#### CAPITULO II

#### Medidas sanitárias à partida

##### ARTIGO 30

1. Antes da partida de uma pessoa que efectue uma viagem internacional, a autoridade sanitária do porto, aeroporto ou circunscrição onde fica situado o posto fronteiriço pode, se o julgar necessário, proceder à visita de saúde dessa pessoa. O momento e o local desta visita são fixados atendendo às formalidades aduaneiras e outras, de forma a não entrar nem retardar a partida.

2. A autoridade sanitária indicada no parágrafo 1 do presente artigo tomará todas as medidas possíveis para:

- Impedir o embarque de pessoas infectadas ou suspeitas;
- Evitar que se introduzam a bordo de um navio, aeronave, comboio ou veículo rodoviário agentes possíveis de infecção, bem como vectores de qualquer doença quarentenária.

3. Apesar das disposições da letra a) do parágrafo 2 do presente artigo, qualquer pessoa que efectue uma viagem internacional e que à chegada for posta em vigilância pode ser autorizada a prosseguir a viagem. Se seguir por via aérea, a autoridade sanitária do aeroporto menciona essa situação sob vigilância na declaração geral da aeronave.

#### CAPITULO III

#### Medidas sanitárias aplicáveis durante o trajecto entre os portos ou aeroportos de partida e de chegada

##### ARTIGO 31

É proibido atirar ou deixar cair de uma aeronave, durante o voo, qualquer substância susceptível de propagar uma doença epidémica.

##### ARTIGO 32

1. Nenhum Estado pode impor qualquer medida sanitária aos navios que naveguem nas suas águas territoriais sem fazer escala por um porto ou pela costa.

2. No caso de, por qualquer motivo, o navio fazer escala, aplicam-se-lhe as leis e regulamentos sanitários em vigor no território, sem ultrapassar, contudo, as disposições do presente Regulamento.

##### ARTIGO 33

1. Além da visita de saúde, nenhuma outra medida sanitária deve tomar-se relativamente a um navio indemne, como se define no título v, que siga por um canal ou qualquer outra via marítima situados no território de um Estado com destino a um porto situado no território de outro Estado. Esta disposição não diz respeito a navios procedentes de uma circunscrição infectada ou que tragam a bordo uma pessoa procedente de uma tal circunscrição, enquanto não tiver decorrido o período de incubação da doença de que a circunscrição estiver infectada.

2. A única medida aplicável a um navio indemne que se encontre num ou noutro daqueles casos é a colocação a bordo, quando necessário, de guardas de saúde, para impedir qualquer contacto não autorizado

entre o navio e a costa e zelar pela aplicação das disposições do artigo 29.


3. A autoridade sanitária permitirá a qualquer navio que se encontre num dos casos acima indicados embarcar, sob a sua vigilância, combustível ou carburantes, água potável, víveres para consumo e provisões.

4. Quando da passagem por um canal ou por outra via marítima, os navios infectados ou suspeitos podem considerar-se como fazendo escala por um porto do território onde fica situado o canal ou a via marítima.

##### ARTIGO 34

Apesar de qualquer disposição em contrário do presente Regulamento, com excepção do artigo 75, nenhuma medida sanitária, além da visita de saúde, se impõe aos passageiros e tripulantes:

- Que se encontrem num navio indemne e não saiam de bordo;
- Em trânsito a bordo de uma aereo-



**LONGACILINA**

N, N'-Dibenziletlenadamina-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**

navo indemne, se não transpuserem os limites da zona de trânsito directo de um aeroporto do território através do qual se efectua o trânsito ou se, enquanto não for estabelecida esta zona no aeroporto, se sujeitarem às medidas de segregação determinadas pela autoridade sanitária para impedir a propagação das doenças. No caso de uma pessoa nas condições acima indicadas ser obrigada a deixar o aeroporto onde desembarcou e apenas com o objectivo de prosseguir a viagem partindo de um outro aeroporto situado nas proximidades, continua a gozar da isenção acima prevista, se a transferência se fizer sob a vigilância da autoridade ou autoridades sanitárias.

#### CAPITULO IV

#### Medidas sanitárias à chegada

##### ARTIGO 35

Os Estados devem, na medida do possível, conceder livre prática pela rádio a um navio ou aeronave quando, baseando-se nas informações que enviem antes da sua chegada, a autoridade sanitária do porto ou aeroporto para o qual o navio ou aeronave se dirigem julgar que não trará doença quarentenária ou não contribuirá para a sua propagação.

##### ARTIGO 36

1. A autoridade sanitária de um porto aeroporto ou posto fronteiriço pode sujeitar a visita de saúde, à chegada, qualquer navio, aeronave, comboio ou veículo rodoviário, bem como qualquer pessoa que efectue uma viagem internacional.

2. As medidas sanitárias suplementares aplicáveis a um navio, aeronave, comboio ou veículo rodoviário são determinadas pelas condições existentes a bordo durante a viagem ou no momento da visita de saúde, sem prejuízo, todavia, das medidas que o presente Regulamento permite aplicar a um navio, aeronave, comboio ou veículo rodoviário procedentes de uma circunscrição infectada.

##### ARTIGO 37

A aplicação das medidas previstas no título v, que dependem do facto de um navio, aeronave, comboio, veículo rodoviário, pessoa ou objectos provirem de uma circunscrição infectada, limitar-se-á às condições efectivas dessa circunscrição. Esta limitação fica subordinada à condição de a autoridade sanitária da circunscrição infectada tomar todas as medidas necessárias para impedir a propagação da doença e aplicar as medidas indicadas no parágrafo 2 do artigo 30.

##### ARTIGO 38

A chegada dum navio, aeronave, comboio ou veículo rodoviário, qualquer pessoa infectada pode desembarcar e ficar isolada. O desembarque é obrigatório se for pedido pela pessoa responsável pelo meio de transporte.

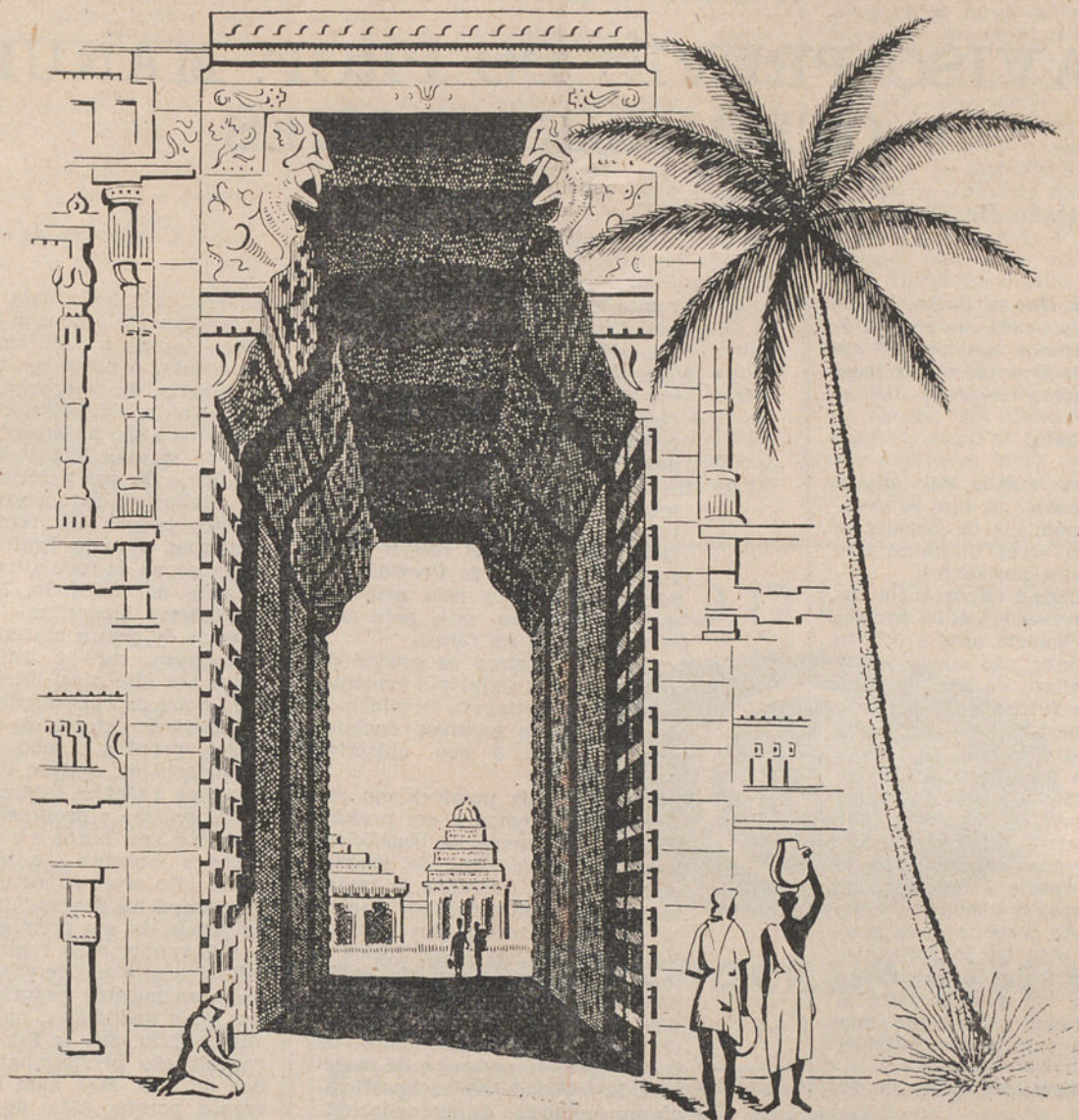
##### ARTIGO 39

1. Além da aplicação das disposições do título v, a autoridade sanitária pode sujeitar a vigilância qualquer suspeito que, no decurso duma viagem internacional, chegar, seja por que meio for, duma circunscrição infectada; essa vigilância pode manter-se até ao fim do período de incubação, como determina o título v.

2. Excepto nos casos expressamente determinados no presente Regulamento, o isolamento só substitui a vigilância quando a autoridade sanitária considerar excepcionalmente sério o perigo de transmissão da infecção pelo suspeito.

(Conclue no próximo número)





**RAUWOLFIA SERPENTINA**  
uma velha planta medicinal indiana

# RAUPINA

na moderna terapêutica da hipertensão

Frascos de 20 e 80 drageias a 2 mg.

Para o tratamento de manutenção — quando necessário

# RAUPINETAS

Frascos de 30 drageias a 1 mg.



AGENTES EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL:

**FERRAZ, LYNCE, LDA.**

Travessa da Glória, 6-2.º — LISBOA

## A MEDICINA EM S. BENTO

## O AVISO PREVIO DO PROF. MANUEL CERQUEIRA GOMES

## Discurso do Deputado Dr. Cerqueira Gomes

(Continuação do número anterior)

O Sr. *Cerqueira Gomes*: — Sr. Presidente e Srs. Deputados: visto em seus múltiplos aspectos, o assunto aqui em debate constitui uma das mais sérias e das mais graves questões do nosso tempo.

*Vozes*: — Muito bem!

O *Orador*: — Grave e séria, pelo gigantismo das suas dimensões. Já aqui se insistiu nas cifras astronómicas de tesouraria e na imensidade dos seres humanos que abrange em seus vastos horizontes.

Grave pela qualidade e importância dos problemas que envolve — os sérios problemas que se põem ao homem ante a doença e a morte e os problemas, não menos sérios e não menos dramáticos, do pão de cada dia, da segurança do futuro e do sustento da família. Estas questões têm, no nosso tempo, uma particular acuidade. O homem moderno preocupa-se mais com a doença e inquieta-se mais ante a visão da morte e a incerteza do porvir.

Grave problema ainda pelas suas interdependências e pelas suas repercussões no aspecto moral, no aspecto económico, no aspecto social, no aspecto ideológico e no aspecto político. A este respeito pode mesmo verificar-se que, pela feição eminentemente social do nosso tempo, os regimes e as ideologias tendem, em grande parte, a ser criticados e julgados através da maneira como resolvem esta grave questão.

*Vozes*: — Muito bem, muito bem!

O *Orador*: — De passagem, um comentário em relação ao caso português.

Temos um sistema de previdência. Com suficiências, com desvios? Sem dúvida. Mas em todo o caso, obra positiva, já com resultados volumosos, concretos e palpáveis e que se deve inteiramente à ansia construtiva que anima a política do regime.

*Vozes*: — Muito bem, muito bem!

O *Orador*: — Apesar de tudo, a obra, em vez de servir para prestigiar o regime, tem servido mais para críticas e vitupérios. É que os homens são mesmo assim. Esquecem depressa o que recebem. Não vêem o que já lhes foi dado. E só reparam no que lhes falta ou não satisfaz.

*Vozes*: — Muito bem, muito bem!

O *Orador*: — Há em toda esta questão um ponto de partida em que me parece estarmos todos de acordo: é o reconhecimento de que a actual organização da Previdência não satisfaz adequadamente os seus fins.

As críticas podem resumir-se assim: há insuficiência de serviços e desvios doutrinares na organização.

Vou limitar a minha intervenção exclusivamente ao departamento dos serviços médicos.

Em face das deficiências e dos desvios o que há então a fazer? Lógicamente, dar à organização maior eficiência e corrigir os desalinhos heterodoxos.

Enunciemos, resumidamente, os princípios basilares em que deve assentar a nossa organização da Previdência:

1.º Não deve estender-se a toda a população. Nem aos estratos populacionais de alto rendimento, que devem assumir, por si, os encargos da sua saúde, nem aos de

muito baixo nível e aos indigentes, que ficam ao abrigo da assistência pública;

- 2.º Alimentar-se financeiramente apenas da contribuição dos interessados. E, aliás, já perfeitamente respeitado na actual organização da nossa Previdência;
- 3.º Instituir-se a partir dos organismos corporativos. Assim se faz também entre nós. Apenas se inflectiu desta norma com a Federação das Caixas de Previdência; não propriamente pelo princípio da concentração, mas pela maneira como ela foi feita;
- 4.º Reduzir ao mínimo os gastos de administração. Princípio evidente, porque as receitas da Previdência devem, quanto possível, encaminhar-se para o seu objectivo próprio;
- 5.º Estender o mais possível, em superfície, em tempo e em profundidade, o esquema de benefícios;
- 6.º Assegurar a liberdade de escolha do médico e a liberdade de tratamento. E, como corolário, dispensar postos e instalações privativas e utilizar os consultórios e instalações particulares dos médicos para o serviço ambulatório dos beneficiários. Com isto se obterá uma grande economia — de instalações, de pessoal e de material. E mais: dá-se ao beneficiário um ambiente de maior intimidade e confiança, melhor adequado ao carácter reservado dos actos médicos, ao mesmo tempo que também se dignifica, pondo-o ao nível da outra clientela.

Porque esta discussão já vai longa e o essencial já está dito, só quero, por mim, considerar o último destes princípios basilares enunciados, ou seja: o da livre escolha do médico.

Na nossa Previdência está quase universalmente adoptado o sistema de médico privativo, com ordenado fixo. É isto um erro, um dos pecados mortais da organização.

O princípio da livre escolha do médico impõe-se: em nome da dignidade e do interesse do doente; da dignidade do médico e da sua valorização; da essência da medicina e do carácter irredutivelmente humano do acto médico.

a) É uma imposição da dignidade do doente e do seu interesse.

Há que dar liberdade de escolha ao homem em assunto tão delicado e que tão directamente o afecta: a sua saúde e a sua vida — dois dos seus bens mais preciosos. Não se trata aqui das liberdades retóricas, das falácias do liberalismo, mas de uma liberdade real e concreta do homem de carne e osso, melhor, de carne e espírito — o direito de o homem doente eleger o médico da sua confiança para se lhe entregar confiadamente.

Privar desta liberdade, impor o médico a quem sofre, a que se debate nas inquietações e angústias da doença é uma crueldade. Sabem-no bem os que algum dia foram doentes e estiveram ante as perspectivas da morte.

É ainda outra coisa: é um erro e um malefício, porque afecta e desvaloriza o rendimento dos actos médicos. Escolher o médico é entregar-se ao médico da sua confiança. E a confiança vence reservas,

aquieta emoções, afasta receios e abre mais rasgadamente o homem à devassa da medicina — ajuda o conhecimento da doença e do doente. A confiança ainda é fonte de fé, de alegria, de esperança, tónico da vontade — portanto terapêutica, porque as molas espirituais são poderoso factor de cura.

b) É uma imposição da dignidade do médico e da sua valorização.

Primeiro: raramente de outro modo o médico poderá ter remuneração material condigna. É uma profissão, bem sei, que exige acima de tudo altruísmo, desinteresse, espírito de sacrifício. Mas — deixemos os angelismos hipócritas — tem também exigências de ordem material. Carreira longa, trabalhosa, cara e difícil; profissão que exige um alto nível intelectual, moral, técnico e até de capacidade física; que obriga a constante esforço de readaptação — com livros, revistas e, não raro, visitas e até frequência de centros médicos — porque a ciência e a técnica médicas estão em permanente revisão e progresso; que impõe duro trabalho, sem horas e a desoras, com sacrifícios e emoções — o médico tem direito a um alto nível de vida. Este é até, vistas as coisas à luz das realidades humanas, uma exigência do seu prestígio social.

Segundo: só o regime de escolha permite boa selecção de valores médicos. É pelos seus méritos próprios, pela afirmação das suas qualidades, no terreno aberto da clínica livre, que se faz a escolha e a hierarquização profissional. É a democracia dos doentes. Mas aqui eu aceito a democracia, porque, além do mais, na base da escolha, da boa escolha, está o interesse vivo, pessoal, imediato de quem escolhe: o amor à saúde e o amor à vida.

Contrariamente, como é feita a selecção em regime de médicos privativos? Aqui será ainda, algumas vezes, a competência; mas muitas há-de ser o favoritismo, o compadrio, a afinidade de cor política, a afabilidade do candidato.

E assim há-de resultar, necessariamente, uma nítida diferença no resultado, conforme o modo de selecção.

Mas há mais. Quando a organização da Previdência enquadrar toda a população que, em boa regra, terá de abranger, pouco ou nada ficará, como terreno de trabalho, para os médicos que começam. É nas camadas de gente modesta, aquelas exactamente que entram na esfera da Previdência, que os novos iniciam os seus passos na vida profissional. E daí alastram e ascendem, conforme os méritos revelados. Mais ou menos todos os médicos com algumas qualidades para triunfar terão campo de trabalho e na proporção do valor afirmado. Em regime de médicos privativos não será assim. Logo à entrada ficarão dois grupos: os privilegiados, que ingressam nos quadros da Previdência, e os outros, sem campo de trabalho, esmagados e triturados pela engrenagem gigantesca.

O Sr. *Pereira de Melo*: — V. Ex.ª dá-me licença? Isso talvez não seja bem assim, porque, então, a razão reside por igual contra a existência de partidos médicos municipais.

O *Orador*: — Nesses casos, quando se trata de sectores localizados, o resto — digamos, o vasto campo de clínica livre — fica para assegurar a todos, que merecem, possibilidades de trabalho. Com o alastramento da organização da Previdência é que se fecham as portas aos novos.

O Sr. *Pereira de Melo*: — Também me

parece que não é bem assim, visto que lhes fica ainda uma larga margem para o exercício da medicina naqueles que vivem num nível superior.

O *Orador*: — Em primeiro lugar, não fica uma larga margem porque os que ficam acima serão forçosamente em minoria. Em segundo, eu referi-me aos médicos que começam e, como já disse e é notório, é nas camadas de gente modesta que os novos iniciam normalmente a sua carreira. Não é pelas alturas. Os grandes senhores não chamam os novos que começam. Diziam-me um colega: «Comecei pelas criadas e mais tarde é que vieram os amos. Primeiro vieram os operários e a seguir chegaram os patrões». Subtraindo à clínica livre os estratos populacionais que terá de abranger, a Previdência vai fechar as portas ao trabalho de muitos médicos novos.

Mesmo que a direcção das caixas queira fazer boa selecção, não terá, neste regime, muitas possibilidades de julgamento. Porque, exactamente, os novos só poderão revelar-se, dar mostras de capacidade nas camadas da população enquadradas na Previdência.

Terceiro: para o aperfeiçoamento e valorização profissional do médico há ainda grande diferença a favor do sistema de livre escolha. Neste o médico tem constantemente o estímulo da concorrência e os triunfos e os êxitos há-de conquistá-los dia a dia, pela qualidade do seu trabalho no exercício da clínica e debruçado sobre os livros e as revistas, num esforço permanente de melhoria e actualização científica.

*Vozes*: — Muito bem!

O *Orador*: — Enquanto que, contrariamente, no regime de médicos privativos, o médico se burocratiza, não tem estímulo, cai na rotina, no desleixo, no apagamento. A sua permanência na organização há-de depender, em grande parte, da boa vontade dos senhores das direcções. Estarão sobretudo assegurados os dóceis, os reverentes, os acomodaticios.

Tudo isto há-de reflectir-se na psicologia do médico. O médico formado em regime de trabalho livre é um homem forte, senhor de si, crente nas suas possibilidades, bem preparado até para as funções de comando e de animador que terá de exercer na sua vida profissional. O médico tem de ser um optimista, um dominador de almas, um indutor de energias. Com o sistema de médicos privativos e ordenados fixos vamos ter, seguramente, no futuro um progressivo rebaixamento do nível moral e material dos médicos. Não se sente já porque a organização não alastrou ainda até ao fim. Não se sentirá logo de princípio porque haverá, por algum tempo, as gerações de médicos educados e enriquecidos profissionalmente no sistema de medicina livre. Mas, passadas que estejam estas gerações, ver-se-á então a gravidade do problema. Aqui, como em tudo, os sistemas socialistas e socializantes queimam as reservas, dilapidam o património acumulado pelas gerações anteriores. Com a sua visão tão clara e o seu lúcido realismo, Gustavo Thibon venceu magistralmente este estigma do socialismo.

*Vozes*: — Muito bem, muito bem!

O *Orador*: — c) É uma imposição da essência da medicina e do carácter irreduzivelmente humano do acto médico.

O homem é um ser ao mesmo tempo individual e social, dois aspectos indissociáveis e que só por abstracção podemos olhar separadamente. E a medicina é uma ciência do homem e uma arte, baseada nessa ciência, ao serviço da pessoa humana. Tem, por seu lado, dois aspectos distintos, mas correlativos e complementares — prevenir e curar, conservar a saúde e recuperar a saúde ou, pelo menos, aliviar os sofrimentos: é a medicina preventiva e a medicina curativa.

Como ciência e arte ao serviço do homem, a medicina considera-o e serve-o nos

dois planos humanos — o individual e o social.

A acção da medicina preventiva desenvolve-se, em parte, na esfera individual; mas, sobretudo, no plano da vida colectiva, através de providências tendentes a melhorar o nível de saúde e de capacidade do organismo humano e a impedir o desenvolvimento de doenças ligadas às próprias condições da vida social. São umas dirigidas ao próprio homem, como as vacinações; outras ao seu meio ambiente, como a higiene do trabalho e o saneamento dos aglomerados urbanos. São providências que podem alargar-se até problemas de alcance mundial, como é o sistema internacional de defesa contra a propagação das moléstias pestilenciais. Para sua feição e sua amplitude este ramo da medicina é uma missão do Estado e das colectividades e está adequadamente confiado a técnicos especializados, dependentes dos Poderes Públicos.

A medicina curativa, a medicina cli-

nica, essa tem um carácter marcadamente pessoal. É exercida através de contactos humanos, directos, afectivos, íntimos entre o homem que sofre e o médico que lhe assiste. É o famoso «colóquio singular», de que fala admiravelmente Duhamel.

É nessa intimidade, é através desse diálogo afectivo e caloroso que o homem se abre, se desnuda e escancara de corpo e alma e, deixando reservas e pudor conta as suas misérias físicas e morais, tantas vezes humilhantes. É aí que o doente se afirma, não como um número social, um caso clínico que desfila diante de um técnico, mas um homem em diálogo humano com outro homem. Homem na plenitude do seu ser humano — carne e espírito. Carne e espírito, porque o homem é um todo, uma unidade psicofísica, e tanto na saúde como na doença. Há doenças originariamente do espírito, como as nevroses, ricas em reflexos orgânicos. E às doenças mais caracterizadamente orgânicas andam aliadas ma-

PRODUTOS



DEUTSCHE NOVOCILLIN GESELLSCHAFT  
MUNIQUE

**Especialidades farmacêuticas controladas permanentemente por uma clínica médica universitária, sendo cada carga examinada e aprovada oficialmente pelo Instituto de Investigação Científica ROBERT KOCH de Berlim.**

**PASIMICIN PÓ** — (Fracos pulverizadores de 20 gramas)

Composição: 1 gr. de Pasimicin contém 10.000 U. I. de sulfato de dihidroestreptomina e 2.000 U. I. de Penicilina Sódica G cristalina.

**PASIMICIN POMADA** — (Tubos de 25 gramas)

Composição: 1 grama de Pasimicin pomada contém 1.000 U. I. de Penicilina Sódica G cristalina e 5.000 U. I. de Sulfato de dihidroestreptomina.

**PASIMICIN INJECTÁVEL** — Sulfato de dihidroestreptomina equivalente a 0,5 gr. de dihidroestreptomina base + 300.000 U. de Penicilina Procaínica G cristalizada + 100.000 U. I. de Penicilina Sódica G cristalizada.

**PASICILLIN B INJECTÁVEL** — 300.000 U. I. de Penicilina Procaínica G + 100.000 U. I. de Penicilina Sódica G cristalina.

**TUBERCID (Hidrazida do ácido isonicotínico)**

Fracos de 100 comprimidos de 50 mg. cada.

Os produtos acima encontram-se já à venda

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL E PROVÍNCIAS ULTRAMARINAS

**SOCIEDADE FÁRMICA, LIMITADA**

Praça Sidónio Pais, 287-4.º D.º PORTO Telefone, 29560

nifestações da esfera neuropsíquica as mais variadas, não raro dominantes no quadro clínico, ainda que, aqui, secundárias na origem — umas resultantes de repercussões de ordem fisiológica, outras de proveniência emotiva e espiritual.

A verdade é que, mais ou menos, o homem adoce de corpo e de espírito. A vida orgânica e a vida psicológica entrelaçam-se e reflectem-se reciprocamente do modo mais íntimo. Na doença há entre o corpo e o espírito múltiplas acções e reacções, que complicam e enriquecem o quadro clínico.

É porque o homem é sempre carne e espírito e o doente adoce sempre de corpo e alma, nem o doente pode ser olhado e tratado como uma máquina nem o médico pode ser um técnico que monta e desmonta engenhos. Seria a mecanização do homem e a desumanização da medicina. E, por isso mesmo, o contacto do médico com o doente reclama do médico, a par da ciência, uma grande humanidade, e do doente, acima de tudo, uma ampla margem de confiança. E por isso mesmo ainda é que a essência do acto do médico está verdadeiramente nesse contacto humano.

Não pretendo dizer, entenda-se bem, que o lado técnico do caso possa, as mais das vezes, decidir-se no âmbito desse encontro pessoal nem que o problema da doença, na sua origem e nas suas consequências, haja de limitar-se ao aspecto individual. A devassa do caso clínico e as suas ligações e reflexos terão de projectar o contacto pessoal em espírito e em actos. O «colóquio humano» não é tudo, mas está no centro de tudo.

Não é tudo na ordem técnica. A prática da medicina, com o seu carácter actual, altamente científico, não pode hoje exercer-se quase nunca apoiada apenas no simples interrogatório e nos recursos pessoais de observação do médico. Há que apelar para o laboratório, e não raro para o concurso de técnicas e especialidades. Há até às vezes que recorrer a internamentos em centros de clínica médica ou cirúrgica.

Sem dúvida esta evolução da medicina científica trouxe um período de grande desorientação, que veio a reflectir-se largamente nos conceitos médicos e na prática clínica. A medicina tendia para um conjunto de técnicas desligado do homem e as especialidades parcelavam-no em fragmentos desgarrados, esquecidas da indestrutível unidade da vida. Parecia que iria perder-se de todo o espírito da medicina tradicional. Mas entramos já em período de reconsideração e de penitência e começamos a refazer-nos do desnorreamento das primeiras horas. De todos os lados, e até de além-Atlântico, onde o desvairo tinha ido mais longe, se levantam clamores e se pretende arripiar caminho. No último encontro internacional de Genebra (1952) foi este um dos assuntos discutidos e dos que mais interesse suscitaram. E ali se proclamou mais uma vez a boa doutrina. Há que harmonizar as exigências técnicas e científicas da medicina contemporânea com os valores humanísticos da medicina tradicional.

O homem não é feito de peças soltas. Tudo nele é interdependente. Interdependência da vida orgânica e da vida psicológica. Não há compartimentos estanques. E tanto na saúde como na doença. A observação do doente é um trabalho de análise. Muitos podem participar na análise — laboratórios, técnicos, especialistas. Mas o diagnóstico é uma obra de síntese. E, por sua vez, a terapêutica é uma conclusão ditada pelo conhecimento total do doente. É preciso relacionar todos os elementos dispersos da análise. É preciso integrá-los no todo psicofísico do doente. Ao médico assistente, que tudo coordena e centraliza, fica o encargo da integração e da síntese. O que a medicina moderna tem de impor afinal não é a dissociação do homem nem a desumanização das atitudes médicas. É a colaboração médica ao serviço do doente, ordenada no interesse do doente. O que veio foi ampliar as responsabilidades do médico, do médico verdadeiro e verdadeiramente assistente do doente, que terá de estar no

centro de tudo a pedir as colaborações oportunas, extrair-lhes o sentido e concluir com espírito de totalidade.

Também não está toda a realidade da medicina na visão individual do problema médico. Mais uma vez, aqui, o homem não é um ser destacado do seu ambiente. É preciso considerá-lo como homem e como doente, nos seus vínculos sociais e cósmicos. A própria doença está muitas vezes relacionada na sua origem ou na peculiaridade das suas feições com as condições do ambiente. E, por sua vez, tem, não raro, para a família e para a colectividade consequências mais ou menos amplas e que podem ser de ordem vária. Umas, por exemplo, para a economia familiar. Outras ainda de ordem profiláctica, como a oportunidade de internamento de um contagioso ou de um mental de índole anti-social.

É a projecção social do acto médico. É mais uma vez a indissociável natureza individual e social da pessoa humana.

Mas, insistamos, a intimidade pessoal das relações entre o doente e o seu assistente haverá sempre de estar no centro de tudo. E mais uma vez a essência deste contacto reclama simpatia humana, confiança do doente, condições que impõem, com lógica de ferro, a liberdade de escolha do médico pelo doente. Nem haverá confiança se o médico é imposto. Nem o médico se sente dignificado e com prestígio e autoridade para dar assistência conveniente a um homem que o não escolheu e pode muito bem até nem o amar nem intimamente o aceitar.

A verdade, vistas assim as coisas, em toda a sua realidade científica e humana, é que ante este problema nem temos a liberdade de optar. O direito à livre escolha do médico de sua confiança é uma imposição irrecusável da nossa filosofia do homem e até do nosso coração humano.

O que temos é de procurar adaptar esta exigência às nossas realidades.

Vejamos o problema de remuneração do médico em regime de livre escolha. Há duas modalidades — por capitação e por unidade de serviço. Tomo abertamente posição a favor da última. Parece-me preferível. Primeiro: em boa justiça, porque é a remuneração em função dos serviços prestados. Segundo: é a que mais confiança dá ao doente. O doente é naturalmente desconfiado e susceptível. Supõe muitas vezes, erradamente, que lhe não são prestados todos os cuidados devidos. E outro modo de remuneração pode dar ocasião e vulto às suas suspeitas. Podem assim envenenar-se as relações entre o doente e o médico. Desde que a remuneração seja feita por unidade de serviço não fica lugar para a suspeição.

O Sr. *Pereira de Melo*: — E terão as caixas de previdência as disponibilidades suficientes para pagar a todos?

O *Orador*: — A terceira razão da minha preferência é que a retribuição por unidade é a que mais estimula o médico, porque o remunera na medida do seu trabalho.

Tem inconvenientes? Tem, como tudo. Nesta magna e complexa questão da previdência as dificuldades e os inconvenientes surgem de todos os lados. Nenhuma solução está isenta de reparos. Há sempre que escolher apenas a menos má. Até o próprio princípio da Previdência levanta críticas e as mais graves. Tem contribuído para o relaxamento moral dos beneficiários, para agravar o seu espírito de imprevidência e perturbar seriamente, com os seus encargos, a produção, alteando o custo da vida. Se nos embaraçam os inconvenientes e as objecções, detemo-nos logo no limiar da questão.

Vejamos os dois inconvenientes em que se insiste: é caro e presta-se a abusos.

Respondo ao primeiro reparo. Mais dispendioso é, sem dúvida. Mas, embora as considerações económicas sejam de primeira importância na solução destes problemas, nem só as razões de ordem económica devem intervir. A verdade é que com esta modalidade presta-se uma assistência

de muito mais alto nível. E, por outro lado, também há que salientar uma compensação importante na ordem material. O aproveitamento dos consultórios e das instalações particulares dos médicos daria uma economia substancial à organização, dispensando instalações e material próprio e reduzindo o número de funcionários nos serviços.

Os abusos são, como em tudo que há homens, inevitáveis. Mas, pergunto: há que esperar um volume de abusos que possa invalidar as vantagens apontadas? Eu penso decididamente que não. Tenho em alta conta o nível moral da classe médica. E estou certo de que bem poucos serão capazes de trabalhar com menos dignidade neste clima de liberdade. Ainda assim haveriam de tomar-se as medidas possíveis para reduzir ao mínimo a inevitável margem de desmandos. O primeiro freio é o da participação do beneficiário nos encargos dos serviços clínicos. Pequena que seja esta participação, torna-o solidário da caixa e fiscal zeloso dos seus interesses, em defesa natural contra abusos e ganâncias. Fica a possibilidade do conchavo entre o médico e o doente. Mas para isto, para que um médico desça até ao ajuste degradante com a outra parte, é preciso que o rebaixamento moral seja tão fundo que só por excepção será possível. E as excepções não bastam. Por outro lado, haveria que criar um bom serviço de fiscalização, com sanções as mais pesadas e severas. O castigo dos abusos, com rigor implacável, não só eliminaria da classe os piores elementos, mas serviria de aviso profiláctico para muitas tentações. O sistema de caixas de área limitada contribuiria muito para o saneamento moral. Dentro delas o conhecimento mais próximo das situações permite facilmente localizar desmandos e denunciar abusos.

E agora outra questão. Fala-se hoje muito de socialização e colectivização da medicina. Que sentido podem ter estas expressões?

Dentro do espírito eminentemente social do nosso tempo procura-se assegurar a todos os homens, sem distinção, a possibilidade de assistência médica. Conforme os climas nacionais e as ideologias, inspirados por diferentes conceitos da sociedade e do homem, estão em funcionamento ou em projecto organizações do tipo mais diverso. Umas que abrangem a totalidade da população, outras mais moderadas, interessando apenas algumas áreas populacionais. Umas totalmente montadas e subordinadas ao Estado, outras, em que o Estado apenas intervém mais ou menos abertamente. Entre nós a Previdência destina-se aos que, pelo trabalho, auferem rendimentos que lhes não permitem afrontar os encargos eventuais, não raro elevados, da doença. Deixa de fora os de alto nível de possibilidades, que por si devem assumir as responsabilidades da sua assistência, e os de muito baixo nível ou indigentes, que ficam a cargo da assistência pública. Nestes estratos médios da população, os trabalhadores e as empresas, na maioria dos casos, contribuem com prestações periódicas, que vêm a ser, logo distribuídas ou capitalizadas, o apoio financeiro da organização. O Estado intervém na qualidade de promotor, orientador e fiscalizador. É o sistema do seguro social.

Com que verdade se fala, em relação a estas organizações, de socialização e colectivização da medicina? Há aqui que encerrar dois aspectos da questão: o da organização em si, nos fundamentos ideológicos e da sua ordenação administrativa, e o outro, inteiramente distinto, do modo de prestação dos serviços clínicos. No primeiro aspecto há sempre socialização, estatizada ou não, conforme os casos. As organizações do nosso tipo cabem talvez melhor as expressões «mutualização» ou «cooperação social». O termo «socialização», embora não contenha todo o socialismo, presta-se a confusões, ou porque para o socialismo se encaminha, ou porque muitos, como Mann,

lhe atribuem já significado particular e com um sentido que não podemos perfilhar.

Em relação ao segundo aspecto, tudo depende do modo como os serviços médicos são prestados. Se há livre escolha de médicos e liberdade de tratamento, como defendi, a medicina conserva o seu carácter próprio de ciência do homem e para o homem, baseada no carácter humano dos actos médicos. Os serviços da Previdência só intervêm para assegurar o custeio. As caixas apenas funcionam como centros administrativos. Há mutualização, cooperação, se quiserem até socialização, dos encargos e dos riscos de assistência médica. Mas a prestação dos serviços clínicos — a medicina — conserva o seu carácter próprio e específico. Não há socialização da medicina. Mas, se a organização alinha médicos privativos ou serviços privativos, então entramos francamente no caminho da socialização e, em todo o rigor, na burocratização da medicina. Mais: o caso tem um sabor francamente totalitário, porque, já vimos, esta maneira de prestar serviços médicos deforma gravemente a essência da medicina, rebaixando o seu rendimento humano no aspecto técnico e no aspecto espiritual. Há aqui invasão de uma esfera vedada ao Estado moderado e cristão, que, num sadio pluralismo, deve respeitar a ideologia e a essência de instituições autónomas, mormente quando estão em causa, como aqui, valores humanos de tão subido quilate.

Neste segundo aspecto podemos bem dizer que algumas organizações fortemente socializadas e até estatizadas, como na Inglaterra e na Suécia — socializadas e estatizadas no primeiro aspecto — é que estão na linha da nossa doutrina personalista e pluralista. E somos nós, em conflito com a nossa doutrina, socializantes e totalitários.

Sr. Presidente: sobre o destino do homem pesam hoje as ameaças mais sombrias. Depois de uma era de literalismo, em que os egoísmos individuais andaram à rédea solta, entramos no caminho sinistro de um mundo colectivizado, em que a personalidade está condenada à subversão total.

Dois extremos, irmãos desavindos, mas irmãos gémeos, ambos saídos no mesmo instante, em princípio, ao menos, do ventre nefasto do individualismo, porque o liberalismo e o colectivismo são as duas faces do mesmo erro, as duas faces ou, se quisermos, as duas lógicas do individualismo. Se considerarmos o homem ser autónomo e a sociedade uma soma aritmética de indivíduos justapostos, há dois modos de construir ou ainda, se quisermos, dois sentidos de visão para a construção da vida. Ou a partir do indivíduo isolado, da poeira solta — e é o liberalismo — ou a partir da soma, da poeira aglutinada em bloco — e é o colectivismo.

O primeiro será o preferido dos senhores, o segundo o preferido dos desfavorecidos. E o individualismo dos fortes e o individualismo dos fracos de que fala Valois, mas em todo o caso sempre individualismo.

A verdade, o remédio contra os dois erros ou, melhor, contra o princípio que é a raiz comum dos dois erros, ou, ainda melhor, a superação das verdades unilaterais que há no liberalismo e no colectivismo, está na nossa doutrina de sadio realismo, na nossa concepção personalista do homem e na nossa concepção orgânica da sociedade.

A sociedade não é uma soma de indivíduos autónomos justapostos, mas um todo orgânico constituído por sociedades menores, com a sua finalidade própria, e, portanto, os seus direitos, que devem subordinar-se, mas não serem sacrificados ao bem comum. E o homem, embora careça da sociedade onde se enquadra e apoia para se desenvolver e enriquecer, na plenitude do seu ser e da sua condição humana (meio, portanto, mas meio necessário), o homem é um grande senhor, universo moral dotado de autonomia e liberdade de escolha, enobrecido por um destino próprio e um fim transcendente.

Nesta hora em que o Mundo anda desorientado e perdido por escuros descaminhos, mantenhamos a nossa serenidade e o apego e amor à escala de valores que escolhemos e à concepção de vida que professamos e não nos deixemos arrastar na onda monstruosa de socialização que tudo ameaça submergir.

Que o alto conceito da nobreza do homem nos guie na solução deste problema — palpitante, tão humano, tão do nosso tempo — nos guie aqui como em tudo o mais.

Quando amanhã as decepções e as ruínas chamarem o homem à meditação e à revisão de conceitos e de valores se possa ainda dizer que aqui, no calcanhar da velha Europa, um pequeno povo, já mais de uma vez pioneiro e apóstolo, rico de espirituali-

dade e de história, manteve, no meio do desvaio do Mundo e da nova Babel confidencialidade ao alto património de verdades humanas, provado e entesourado pela experiência dos séculos.

E que o nosso exemplo e a nossa lição possam servir ao Mundo para a gestação de uma nova idade em que o homem sobressaia em toda a plenitude da sua realza espiritual.

Tenho dito.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O orador foi muito cumprimentado.

(Continua no próximo número)

## GELDIAZINA

NO TRATAMENTO  
DAS DIARREIAS  
DE ORIGEM  
INFECCIOSA



### GELEIA AGRADÁVEL AO PALADAR

FÁCIL E PRÁTICO CONTROLE DE  
ADMINISTRAÇÃO DA SULFADIAZINA  
ESPECIALMENTE NAS CRIANÇAS

Sulfadiazina 5 grs. — Pectina — Vitaminas  
do Complexo B — Pantotenato de cálcio —  
Extracto de banana — Excipiente açucarado  
não fermentescível — q. b. para 100 grs

Uma colher das de chá raza equivale a 0,20 grs. de Sulfadiazina

Laboratório  Farmacológico

J. J. FERNANDES, LDA.

LISBOA — PORTO — COIMBRA — FUNCHAL

## NO HOSPITAL MILITAR

**Almoço de confraternização de oficiais-médicos**

No refeitório do Hospital Militar Principal de Lisboa, realizou-se no dia 16 de Maio um almoço de confraternização dos oficiais-médicos que do mesmo fazem parte e dos Serviços de Saúde do Exército.

Presidiu o sr. general Abranches Pinto, ministro do Exército, estando presentes, entre outros, os srs. general Leonel Vieira, governador militar de Lisboa; general Santos Calado, director da Arma de Engenharia; brigadeiros Dr. Pinto da Rocha, director dos Serviços de Saúde Militares; e Sousa Gomes, director dos Serviços de Administração Militar; coroneis Mário Cunha, comandante-geral da Polícia de Segurança Pública; Libório Martinho e Pegado

Machado; tenente-coronel António Santos e major Kaulza de Arriaga, respectivamente chefes dos gabinetes dos ministros do Exército e da Defesa; coronel do Exército brasileiro Guimarães Abitam, que se encontra de visita a Portugal; tenente-coronel Henrique Assunção Cardoso, adido militar junto da Embaixada do Brasil; tenentes-coroneis Bastos Gonçalves, João Manuel Rodrigues Barros e Cunha e Peres Gomes.

No final o director do Hospital, sr. tenente-coronel médico Bastos Gonçalves, brindou pelos srs. Presidentes da República e do Conselho, Exércitos português e brasileiro e titular da pasta do Exército. Este agradeceu as saudações e desejou a todos as maiores felicidades.

**Partidas e Chegadas****Prof. Arsénio Nunes**

Em missão de estudo, partiu para a Suécia, Dinamarca, Áustria, Suíça e França o Prof. Arsénio Nunes, da Faculdade de Medicina de Lisboa.

**Prof. Pedro Monjardino**

Partiu para os E. U. A. o Prof. Pedro Monjardino, chefe do serviço de Ginecologia do Hospital do Ultramar, que, em missão oficial, foi participar no I Congresso Internacional de Esterilidade, que se realizou em Nova Iorque.

**Prof. Eduardo Coelho**

Regressou de Paris o Prof. Eduardo Coelho, que fez uma conferência integrada na Semana Internacional de Cardiologia e tomou parte nos trabalhos da sessão da Sociedade Francesa de Cardiologia.

**Prof. Jacinto Bettencourt**

Partiu para Santiago de Compostela, onde foi fazer uma conferência na Faculdade de Medicina daquela cidade, a convite do respectivo decano, o Prof. Jacinto Bettencourt.

**Prof. Salazar Leite**

Regressou a Lisboa o Prof. Salazar Leite, do Instituto de Medicina Tropical, que, em missão de estudo do Instituto de Alta Cultura, visitou os Estados Unidos da América.

**Dr. Tovar de Lemos**

Regressou da Holanda, onde foi tomar parte na Assembleia da União Internacional Contra o Perigo Venéreo, o Dr. Alfredo Tovar de Lemos, director do Dispensário de Higiene Social de Lisboa, que representou ali a Direcção-Geral de Saúde.

**Dr. Nobre Leitão**

Partiu para Inglaterra, de onde seguirá para vários outros países da Europa, a fim de, em missão oficial, estagiar em serviços da especialidade de otorrinolaringologia, o 1.º tenente-médico da Armada, Dr. Nobre Leitão.

**Dr. Moisés Baião da Silva**

Em visita de estudo a serviços de Hematologia e Hemoterapia, partiu para o estrangeiro o Dr. Moisés Baião da Silva.

**Dr. José Picoto**

Em gozo de férias, chegou a Lisboa o Dr. José Picoto, director dos Serviços de Saúde da Companhia dos Diamantes de Angola.

**Dr. Lemos Salta**

Regressou da Madeira e Açores, onde fora em missão oficial, o Dr. Lemos Salta.

*Novidade!***Em dores intensas**

**POLAMIDON»C«**  
»HOECHST«

Bem tolerado devido a um componente de acção vagolítica

Especialmente apropriado á clínica quotidiana

**Embalagens:**

Para uso oral: gotas a 1%, frascos de 10 cc  
tubos de 10 comprimidos a 5,25 mg

Soluto injectavel a 1/2%: 10 ampolas de 1 cc

**FARBWERKE HOECHST***vormalis Meister Lucius & Brüning*

Frankfurt (M)-Hoechst



Representantes para Portugal:

*Mecius Lda.*

Rua do Telhal, 8-1.º — LISBOA

# POLIDELTA

Complexo de vitaminas, aminoácidos e sais minerais indispensáveis ao organismo

## COMPOSIÇÃO

### FÓRMULA A (Drageia branca)

VITAMINAS (Em Miligrs.)		HIDROLIZADO DE PROTEÍNA (Amino-Ácidos em Miligrs.)	
Vitamina A (5.000 U. I.) .....	0,005	Arginina .....	1,425
Vitamina D <sub>2</sub> (500 U. I.) .....	0,0125	Ácido glutâmico .....	8,175
Vitamina E .....	0,5	Histidina .....	0,94
Vitamina C .....	37,5	Leucina e Isoleucina .....	1,64
		Lisina .....	2,365
		Metionina .....	2,365
		Fenilalanina .....	1,465
		Trionina .....	1,5
		Triptofana .....	0,45
		Valina .....	2,965
SAIS MINERAIS (Em Miligrs.)		Excipiente q. b. p. uma drageia	
Fosfato dicálcico..... 50			

### FÓRMULA B (Drageia corada)

#### VITAMINAS

#### SAIS MINERAIS

VITAMINAS (Em Miligrs.)		SAIS MINERAIS (Em Miligrs.)	
Vitamina B <sub>1</sub> .....	1,5	Pirofosfato de ferro .....	30
Vitamina B <sub>2</sub> .....	1,5	Sulfato de cobre .....	1
Vitamina B <sub>6</sub> .....	0,1	Hipofosfito de Manganésio .....	3
Vitamina B <sub>12</sub> .....	0,001	Sulfato de cobalto .....	0,5
Vitamina PP .....	5	Sulfato de zinco .....	1
Pantotenato de Cálcio .....	1	Iodeto de potássio .....	0,1
Bitartarato de colina .....	50	Molibdato de sódio .....	1
Inositol .....	25		
Excipiente q. b. p. uma drageia			

## APRESENTAÇÃO

Uma embalagem contendo um frasco de 25 drageias da fórmula **A** e um frasco de 25 drageias da fórmula **B**



**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

# V I D A M É D I C A

## E F E M É R I D E S

### Portugal

(De 23 a 28 de Junho)

*Dia 23* — Regressa da América o Dr. Gomes de Almeida, onde esteve como bolsheiro para estudos cirúrgicos e teve relevante actividade.

— É aprovado pelo Conselho Técnico de Obras Públicas o hospital subregional de Espinho, com lotação para 50 camas.

— Em Lisboa, na Sociedade de Ciências Médicas, o Dr. António Paúl, chefe de serviços do Dispensário de Higiene Social do Porto, profere uma conferência intitulada «Trabalhadores de tenra idade (subsídio para um plano nacional de higiene nas primeiras idades)». Preside o Prof. Xavier Mourato, ladeado pelo Prof. Costa Sacadura e Dr. Joaquim Martins, e é dispensada ao autor, no final, calorosa manifestação de apreço.

*24* — Em Marvão reúne a Comissão organizadora do cortejo de oferendas em benefício da Misericórdia local.

*26* — Em Lisboa, no Hospital do Ultramar, realiza-se mais uma reunião científica do corpo clínico sob a presidência do director, coronel-médico Dr. João Pedro de Faria, que usa da palavra para fazer a apresentação e o elogio dos conferencistas.

A propósito presta homenagem aos voluntários do serviço que há quatro anos vêm dispensando ao hospital uma colaboração admirável.

O Dr. Serrão de Mouta aborda o tema «Colaboração diferencial de cones e bastonetes na retina humana» e faz a revisão dos poucos trabalhos até hoje realizados sobre diferenciação citológica de cones e bastonetes por meio de reacções aos corantes, aludindo aos revelados trabalhos de Kolmer e Wolff. O autor apresenta micro-fotografias originais a cores, em que se observa este fenómeno em retina humana, obtido principalmente com os reagentes do método de Kul, mas aplicados de maneira especial. A coloração diferencial não se manifestou em olhos de alguns animais vertebrados estudados com este objectivo. Por fim, afirma que as investigações deste tipo podem contribuir para o esclarecimento de certos problemas da função visual.

O Dr. Domingos Filipe, que fala sobre «A física no laboratório e na clínica», faz o estudo histórico dos métodos físicos usados em biologia e medicina, esclarecendo, além disso, o seu interesse e a sua contribuição no desenvolvimento das ciências biológicas. Faz a história da electroforese e da cromatografia, descrevendo os fundamentos dos técnicos mais recentes, particularmente os conceitos fisico-químicos que permitiram as suas aplicações. Finalmente, põe em relevo o seu valor na investigação, no diagnóstico e na clínica.

— O Dr. António do Nascimento Leão, coronel-médico do quadro do Ultramar, entrega à Misericórdia de Aveiro 140 contos para a construção de um pavilhão de isolamento no seu hospital. Aveiro deve a este colega notáveis benefícios de ordem assistencial e artística.

*28* — Reúne-se em festa de confraternização o curso médico de 1918 da Universidade de Coimbra.

### Estrangeiro

O Dr. Louis Moss, membro do Real Colégio de Cirurgia, da Inglaterra, assistido pelo Dr. A. E. Maury, da Real Sociedade de Medicina de Londres, fez em Vichy uma conferência demonstração acerca de um novo processo de terapêutica do reumatismo por meio de adrenalina. O processo

baseia-se na verificação de que a adrenalina contrai os músculos quando aplicada em dose forte, mas afrouxa-os quando se aplica em doses fracas.

Além disso, os centros nevrálgicos do reumatismo — como também se verifica — estão por vezes muito distanciados dos pontos onde a dor se manifesta.

Os tratamentos feitos na Inglaterra, por este processo, deram 93 a 97 por cento de curas, com um número de recaídas insignificantes.

A cura ocorre entre 4 a 6 dias depois do tratamento. Esta nova terapêutica vai além do reumatismo, porque contribui em grande medida para o estudo da contracção muscular que abrirá novos horizontes nos domínios da obstetria e do Desporto.

## A G E N D A

### Portugal

Durante a semana do Congresso Internacional de Neurologia, que vai decorrer no novo Hospital Escolar de Lisboa, de 7 a 12 de Setembro, próximo, além das reuniões oficiais, efectuam-se: um curso superior e neurologia, organizado sob os auspícios da Comissão Internacional de Organização das Ciências Médicas, as reuniões da Liga Internacional Contra a Epilepsia, da Sociedade Luso-Espanhola de Neuro-Cirurgia e uma sessão comemorativa do centenário do nascimento do Prof. Van Monakow.

No dia 14, em Madrid, realizar-se-á a anunciada grande sessão de homenagem a Ramon y Cajal.

— Realiza-se em Copenhague, em Julho o VII Congresso Internacional de Radiologia, no qual Portugal será representado pelos radiologistas portugueses srs. Drs. Aleu Saldanha, Fernandes Lopes, Moura Relvas e Albano Ramos.

A Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica designou o Prof. Aleu Saldanha para presidir à delegação nacional ao referido Congresso.

### Estrangeiro

Em Freiburg, de 24 de Julho a 2 de Agosto, realiza-se a Semana Universitária de Dermatologia.

— Em Londres, de 26 a 30 de Julho, o XVIII Congresso internacional de Psicanálise.

— Em Londres, de 20 a 25 de Julho, o Congresso internacional de Editores Médicos.

## NOTICIÁRIO OFICIAL

### Diário do Governo

(De 19-6 a 24-6-953)

19-6

Dr. Henrique João de Baraona Fernandes, professor catedrático da Faculdade de Medicina de Lisboa — nomeado, para exercer, interinamente e em acumulação com as funções docentes, o cargo de director do Hospital Júlio de Matos, que vagou em consequência de o seu titular, Dr. António José Pereira Flores, ter atingido o limite de idade em 3 de Janeiro do ano corrente.

22-6

Dr. José António Pereira Nunes, médico de 1.ª classe do quadro médico comum do ultramar português — transferido, por

conveniência de serviço, da província de Cabo Verde, lugar de que não chegou a tomar posse, para a província de Angola, indo ocupar a vaga resultante da concessão da licença ilimitada dada ao médico de igual categoria Dr. Eugénio Augusto Portal Jorge.

— Dr. Manuel Sebastião Pedreira, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Angola — promovido à classe imediata, e colocado em Cabo Verde, indo ocupar a vaga resultante da transferência concedida ao Dr. José António Pereira Nunes.

— A Câmara Municipal da Mealhada, declara que para o provimento do 2.º partido médico, com sede no Luso, foi admitido o Dr. Francisco Avelino Duarte dos Santos.

23-6

Drs. Augusto Braga de Castro Soares, Bernardino Álvaro Vicente de Pinho, Artur João da Costa Andrade e Anibal do Couto Nogueira, respectivamente inspector Superior de saúde e higiene do quadro do pessoal técnico da Direcção Geral de Saúde, director dos serviços técnicos do mesmo quadro e inspector superior de saúde e higiene do referido quadro na situação de aguardando aposentação — nomeados, vogais do Conselho Superior de Higiene e Assistência Social.

— Dr. Fernando de Melo Caetano — contratado, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, interno do internato complementar dos serviços gerais de clínica médica, além do quadro (interno graduado), dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

24-6

Dr. Augusto Coelho dos Santos, médico civil — contratado para prestar serviço no batalhão n.º 4 da Guarda Nacional Republicana.

— Dr. Manuel Inácio Leite de Abreu Novais, médico civil — contratado para prestar serviço no batalhão n.º 4 da Guarda Nacional Republicana.

— Dr. Vicente Rocha, interno do internato complementar dos serviços gerais de clínica médica dos H. C. L. — exonerado, a seu pedido, a partir do dia 14 do corrente.

## Dr. John Barron

O Dr. John Barron, do Centro de Cirurgia Plástica e Facial, de Salisbury, que a Lisboa veio a convite do Instituto de Oncologia, como brevemente noticiaremos, esteve no hospital de S. José, para assistir a operações em que se fizeram plastias. Ali foi-lhe dado observar, ainda, numerosos doentes operados, com êxito, pelo Dr. Baptista Fernandes, que neles praticou diversas plastias.

## LABORATÓRIOS «UNITAS» E «SAÚDE»

### No Porto

Com o fim de melhorar os serviços de propaganda na zona norte do País, estes dois Laboratórios, que contamos entre os nossos prezados anunciantes, estabeleceram novas e amplas instalações na Praça Sidónio Pais, 287-3.º-F., desta cidade.



# 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.º 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, Lopo 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), 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 Antitrombotomosa 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), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emílio 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 Hosp. de S.to António) — PORTO

Lopos 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 (Deleg. de Saúde de Portalegre), 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 Gynæcologica 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.

# Intogine



ÓVULOS

COM INTERMÉDIO HIDROSSOLÚVEL

PENICILINA G POTÁSSICA 50.000 U. I.  
SULFANILAMIDA . . . . . 0,5 g.  
SULFATIAZOL . . . . . 0,5 g.

Por óvulo

Caixas de 6 e de 12

INFECCÕES GENITAIS FEMININAS  
VULVITES, VAGINITES, VULVO-VAGINITES  
CERVICITES, ULCERAÇÕES DA VAGINA  
ULCERAÇÕES DO COLO, LEUCORREIAS