

# O MÉDICO

SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 74  
29 de Janeiro de 1953

DIRECTOR E EDITOR:  
**MÁRIO CARDIA**

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

*Afeções*

GRIPALIS E POST-GRIPALIS

BRONCO-PULMONARES

3 *Ações*

- Antibiótica específica
- Imunizante inespecífica
- Modificadora do terreno

OTO-RINO-LARINGOLÓGICAS

GÊNITO-URINÁRIAS

ESTAFILOCO

UMA CONCEPÇÃO NOVA NA  
TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA

## OMNACILINA

AZEVEDOS

**S&P** LABORATÓRIOS AZEVEDOS  
MEDICAMENTOS DESDE 1775

### SUMÁRIO

	Pág.
POLÓNIO, Pedro — <i>Medicina Psicosomática</i> .....	123
MENDONÇA E MOURA, Álvaro de — <i>Sentido moral da organização social da medicina</i> .....	124
SEABRA, António — <i>Supurações pulmonares</i> .....	132
MOVIMENTO MÉDICO — <i>Resumos da imprensa médica</i> .....	139

### SUPLEMENTO

	Pág.
<i>A literatura que acompanha as especialidades</i> — António José Lúcio .....	83
<i>Ecos e Comentários</i> .....	84
<i>Oh Zé! Larga o pacote</i> — M. da Silva Leal .....	85
<i>O ano médico-literário de 1952 em Espanha</i> — Castillo de Lucas .....	86
<i>Noticiário diverso</i> .....	

# BALSÂMICO

## ZIMAIA

*Lucos e extractos vegetais*



**COMPLETA TOLERÂNCIA EM QUALQUER IDADE**  
**NÃO CONTÉM ALCALÓIDES**

LABORATÓRIO ZIMAIA

RUA DE ANDALUZ, 38 — LISBOA — Norte — PORTUGAL

# Medicina Psicosomática

PEDRO POLÓNIO

(Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa)

A medicina psicosomática que, nos seus poucos anos de existência, já conseguiu abrir vastas e novas perspectivas de diagnóstico e terapêutica, é mais que uma nova especialidade, ela constitui, precisamente em oposição à tendência para a especialização progressiva que ultimamente tem dominado a medicina, o núcleo de cristalização de uma reforma fundamental do pensamento médico. Graças a ela, o doente, um ser humano, passou a ocupar a posição central no exercício da medicina, em vez do portador anónimo de um coração ou de um fígado doentes.

Visto à luz da história, este interesse pela pessoa doente representa o retorno, agora em bases científicas, apoiado em investigações psicológicas e psicofisiológicas sistemáticas, a muito antigas e sempre vivas tradições clínicas.

A medicina moderna, forte dos admiráveis progressos que lhe deu a análise científica da doença e que em cerca de dois séculos permitiu triplicar a duração média da vida humana, recusava-se a aceitar tudo o que lhe parecia incompatível com a noção de medicina como ciência natural, sólidamente baseada na aplicação dos conhecimentos da física e da química ao organismo vivo, e o seu fim tornou-se a explicação do corpo humano e das suas funções apenas por mecanismo físico-químicos. A imensa soma de novos conhecimentos adquiridos fez que o lado psicológico da vida e da doença, que outrora parecia constituir toda a medicina, mas para o qual não existiam estudos científicos adequados, caísse forçosamente na penumbra e fosse mesmo olhado com intolerância, como um último reduto de ignorância que urgia aniquilar.

Deu-se este paradoxo de o médico sair da Faculdade desconhecendo totalmente o que ia constituir uma grande parte da sua vida clínica, e tantas vezes a principal base de uma actuação terapêutica eficaz, pois 40 a 60 % dos doentes que frequentam os consultórios não sofre de doenças orgânicas, mas sim de um desvio dos inumeráveis mecanismos reguladores neuro-endócrinos que mantêm em equilíbrio o funcionamento tão complicado dos nossos órgãos.

No seu sentido mais largo, fazer psicosomática significa que se atende não só ao órgão mas também à pessoa doente. Era esta a arte de curar do antigo médico de família que tinha acompanhado o doente, tantas vezes desde o nascimento, e lhe conhecia intimamente a biografia e modos individuais de reacção, o amigo de sempre, o conselheiro nas ocasiões de crise.

A medicina psicosomática procura desenvolver sistematicamente e aplicar cientificamente o que até aqui era uma arte longamente adquirida na prática clínica. Podemos esperar que, graças ao seu auxílio, o clínico geral venha a estar em condições de resolver cerca de 4/5 dos casos que apresentam problemas psicosomáticos.

A atitude psicosomática deve permear toda a actividade médica. Von Weizsacker cita casos de amigdalite psicogénicas, amigdalites em que o principal factor era constituído por uma diminuição da resistência orgânica condicionada por factores psicogénicos. A angina não surgiu por uma infecção ocasional mas em consequência de um acontecimento psíquico de importância vital.

Em sentido estrito designam-se hoje como psicosomáticas o grupo de doenças antigamente agrupado sob a designação de diátese artrítica e em cujos sintomas tem larga participação o sistema nervoso vegetativo, como a asma, a úlcera do estômago, a colite, o reumatismo, a hipertensão, o hipertiroidismo, as cefaleias, a enchaqueca, etc.

A relação médico-doente constitui a base dos tratamentos psicosomáticos. Encontramos nas pessoas doentes uma regressão a comportamentos infantis e primitivos. Mostram a dependência e o egoísmo das crianças, desinteressam-se de tudo para viver «o momento presente» exclusivamente preocupados com o seu sofrimento. O curso do pensamento é dominado pelos factores emocionais e assume feições primitivas pré-lógicas.

Esta regressão a fases infantis e primitivas do comportamento não se encontra exclusivamente no doente, mas também em muitos dos que o cercam. Também eles passam a regular-se por superstições e tabus, tiranizam o doente, fazem-no sofrer restringem-lhe a liberdade mais do que necessário, porque ao estar doente ligam subconscientemente o sentimento de culpa e expiação.

O médico é tratado em consequência desta regressão com os modos de comportamento usados outrora para com os pais e o feiticeiro da tribo. Cria-se por vezes uma forte ambivalência e o médico ora é olhado com uma confiança exagerada que lhe atribue poderes sobrehumanos, ora com desprezo e ressentimento pela sua incapacidade de curar, que é atribuída a malevolência pessoal. A intensidade destes sentimentos e suas oscilações procede de mecanismos emocionais primitivos e ultrapassa o que de razão se poderia compreender.

O médico deve aceitar a onipotência que o doente lhe atribue com a mesma neutralidade que a existência de sentimentos negativos e fazer por os tolerar com paciência. Procurar destruir a confiança excessiva, a «fé», no médico é raras vezes justificado, mas deve tentar colocar a sua intervenção por intermédio de explicações adequadas a um nível mais racional. Em ambos os casos deve mostrar a sua consideração pelo doente e desejo de apreciação conscienciosa do seu caso.

É fundamental obter uma biografia completa da vida anterior, interesses, ambições, desgostos, e proceder a um rigoroso exame clínico e laboratorial. O resultado dos exames deve ser apresentado com clareza e confiança. Estes doentes são extremamente sensíveis a qualquer forma de ansiedade ou insegurança e a sua tranquilização não resulta apenas das palavras usadas pelo médico, mas depende essencialmente da calma e segurança com que é tratado. A tranquilização do doente resulta do sentimento mais ou menos consciente que ele tem da energia, interesse e competência do médico. Este deve manifestar uma atitude tolerante e compreensiva, de elogio e aprovação aos êxitos e qualidades do doente, ao mesmo tempo que mostra um interesse real por todos os seus problemas e dificuldades.

Estabelecida esta relação básica, encoraja-se o doente a exprimir os seus sentimentos e a discutir os problemas que se prendem com a sua doença. Devem-se evitar perguntas directas e interrogatórios minuciosos que acordam facilmente sentimentos de antagonismo e bloqueiam toda livre expressão. Tanto quanto possível deve-se deixar o doente falar à vontade, o que mais facilmente lhe permite encontrar a maneira de exprimir os seus conflitos e dificuldades.

Não é de recomendar para o clínico geral a aplicação da análise profunda, narcoanálise e hipnose. São técnicas delicadas que consomem tempo e necessitam prática especializada. É mais útil ao clínico procurar resolver os problemas domésticos e financeiros do doente com a ajuda da assistente social ou dos vários serviços sociais de que possa dispôr. Entrevistas com outros membros da família podem ser muito úteis. A administração dos medicamentos, mesmo com indicação relativa, é vantajosa em todos aqueles doentes que neles depositam confiança mágica.

Só quando se tiver obtido uma relação afectiva com o doente se pode tentar, caso se julgue necessário, a explicação do mecanismo dos sintomas e uma terapêutica psico-analítica sumária em que se discutem as relações familiares, conflitos íntimos, sentimentos de dependência e frustração mas, evitando sempre interpretações directas.

A terapêutica psicosomática compreendida desta modo não representa nada de revolucionariamente novo, ela deriva da aplicação do método científico a conhecimentos muito antigos da arte de curar.

Os benefícios que ela traz são evidentes mesmo naquelas doenças em que não são aparentes factores psicogénicos, pois o homem reage sempre como um todo indivisível a tudo que o cerca.

# Sentido moral da organização social da medicina

ÁLVARO DE MENDONÇA E MOURA

Vivemos uma época torva, repleta de contradições, de incertezas, de desvairos, em que subsistir, ou simplesmente existir, parece representar já um triunfo. Ainda que a existência se limite a permanecer, se reduza a estar, como se viver assim ainda fosse Vida.

Vivemos uma época de embates contraditórios e, impulsionados pelos ventos que de manhã para a noite rodam, de quadrante para quadrante, muitos se deixam enfunar pelas lufadas para se abater, como velas pandas, quando o vento cai antes de virar de quadrante.

Carência de formação, ausência de base doutrinária, impulsividade temperamental, arrastam muitos ao combate, mais aos homens do que às ideias, comprazendo-se em esmagar aqueles que arvoram em símbolos dos erros que estigmatizam e esquecendo os males que essencialmente importava remediar e subsistem.

Assim tem sucedido entre nós com a organização social da Medicina. Após períodos de luta acesa e reacendida, por vezes e em sectores e oportunidades que permitem atribuir-lhe inconfessada intenção, tem vindo uma paz adormentada a consentir, por abulia, a persistência dos erros, supostos ou reais, que estavam na origem dos combates do passado.

Não parece lícito aceitar o conformismo fácil das épocas de decadência, nem interessa guerrear os Homens nem as Instituições. Do ponto de vista em que nos colocamos, partindo de premissas estabelecidas e certos de poder delas concluir, dentro do condicionalismo ético-social presente, na ordem das realizações, importa essencialmente firmar doutrina e prègá-la, para que as verdades tornadas actos não encontrem, ao realizar-se, o vácuo da incompreensão e, na pior das hipóteses, para que os erros, a concretizar-se, não caiam na indiferença que ao consenti-los lhes dê foros de verdades.

## MEDICINA SOCIAL

Poderia o título deste trabalho ter sido, como inicialmente se pensou, «Sentido Moral da Medicina Social», que nem por isso o conteúdo sofreria apreciável modificação, tão certo é, no nosso espírito, a organização social da Medicina só dever entender-se como provida de atributos inerentes à Medicina Social, a completar-lhe as características próprias.

Na verdade, se por Organização Social da Medicina quisermos definir apenas o colectivismo assistencial, ou a organização de uma clínica individual em série, não poderemos, em consciência, falar de Medicina Social e o sentido moral que lhe procurássemos mais não seria do que aquele que delimita e informa qualquer acto médico.

Pelo contrário, a Organização Social da Medicina, tal como a entendemos necessária dentro dos princípios da filosofia cristã, das realidades sociais do nosso tempo e do condicionalismo científico e tecnológico da actualidade, distingue-se da Medicina individual e da Medicina social por abarcar parcelas de uma e de outra, mais propriamente por projectar o conteúdo da primeira no ambiente desta última, ou, se preferirmos, por desencadear as possibilidades da Medicina Social dentro do enquadramento definido pelos direitos da Pessoa Humana. Indo buscar àquela a compreensão integral da Pessoa, filia na segunda tudo o que resulta da posição social do Homem, nascido na família, ligado à comunidade profissional, integrado na Sociedade Civil. E, porque assim se determina, comporta um sentido moral que resulta do seu objectivo, das circunstâncias que o condicionam, das potências que o dominam, das virtualidades que encerra, da finalidade última para que foi criado.

## CARÊNCIAS SOCIAIS

A Organização Social da Medicina volveu-se uma necessidade. Não importa aqui, neste momento, esmiuçar as razões. Importa antes saber que aqueles a quem coube levantar-lhe a orgânica, o fizeram, de maneira geral, sem estudo prévio do sis-

tema. Nem a base doutrinária, nem o travejamento estrutural, nem a dinâmica funcional, nem as repercussões económicas, nem o equilíbrio de sacrifícios, cuidados e participações, nem as potencialidades instituídas, nem os desvirtuamentos possíveis, nem o limite voluntariamente aceite da lei moral, constituíram preocupações dominantes dos iniciadores do sistema.

Importava, acima de tudo, criar a fachada, actuar em superfície, adular a massa, no estilo tão peculiar à nossa época<sup>(1)</sup>. E a Organização Social da Medicina, vasto mundo de ideias, de conceitos, de problemas, não passou, durante vasto tempo e não passa ainda hoje, para muitos, de assunto de ordem técnica, de mera parcela do imenso problema da Segurança Social, da realização prática da *prestação em espécies* a que o Seguro Social se obriga.

Isto, aliás, sem querer já discutir se a Previdência deve ou não ser prestadora de assistência, ou se é função específica do Seguro fornecer aqueles cuidados que tendam a diminuir-lhe os encargos financeiros.

## SOCIALIZAÇÃO DA MEDICINA

É justo dizer, todavia, que em certos sectores, que aliás têm dominado mais ou menos visível e completamente as múltiplas conferências internacionais em que este problema se tem debatido, mais no campo da aplicação, dos limites e dos suprimentos, do que no das bases e das doutrinas e sempre dentro da preocupação maior da Segurança Social e do Trabalho, se foi firmando doutrina, se extrairam as conclusões das premissas postas, se assentou numa finalidade. — a socialização da Medicina —. Importa referir que, pelo contrário, por muitos também, o problema tem sido encarado como se a organização, em que o acto médico passa a enquadrar-se, não violentasse a sua própria essência. E, muitos dos que ao estudo do assunto se têm devotado, sob a impressão das carências individuais, sob o influxo das tendências racionalistas do Estado Moderno, sob a pressão das massas populares para as quais o espaço dominado se tem tornado cada dia menor à medida que se estende, espaço efectivo, segundo a concepção de Forsthoff<sup>(2)</sup>, sob a consciência da desigualdade de distribuição dos recursos médicos pelas diversas regiões de cada país, sob o conhecimento da carência dos capitais fundacionais para suprir as deficiências generalizadas, têm confundido a necessidade de assegurar a cada homem a melhor assistência e de prover à melhoria geral da saúde, com a funcionalização dos médicos, como têm confundido a necessidade de racionalizar os cuidados clínicos, no sentido de os colocar ao alcance do maior número e acrescer-lhes a eficiência, com a nacionalização da Medicina.

Ainda outros, impressionados pela potencialidade do trabalho de «equipe», pela perfeição mecânica do trabalho em cadeia, pela vantagem de reunir em comum os conhecimentos que limitações propriamente humanas forçam a distribuir por vários cérebros, ignoram os males que resultam da fragmentação do todo que é a Pessoa, ou pretendem superá-los através da organização de centros de tratamento em que todos os conhecimentos e todas as técnicas assistenciais se conjuguem, mas ignoram deliberadamente os perigos da criação que visionam a qual, desprovida de sentido moral, adquire personalidade independente ao converter-se e, em vez de servir o Homem para cujo benefício foi criada, tende a desprezar o que de humano nele se contém e avolvê-lo objecto de si própria.

Outros, e não poucos, impressionados pelas divergências que notam entre o progresso das técnicas em geral, conduzindo sempre ao embaratecimento da unidade de produção e a Medi-

(1) Nota-se que tem sido atribuído a Bismark, criador do Seguro Social na Alemanha há mais de 80 anos, o designio de através dele atrair ou captar as simpatias da massa operária, como máxima finalidade.

(2) H. Serrano Guirado — El Seguro de Enfermedad y sus Problemas — Memória apresentada ao «Instituto de Estudios Políticos» — Madrid — 1950.

cina, cujo avanço contínuo parece ainda crescer-lhe o custo, não distinguem entre os factores que dominam aquele progresso técnico e os que, como factores técnicos, mais não fazem do que aumentar a eficiência da Arte médica. E não querem também distinguir entre o que representa de embaratecimento real e de progresso para a colectividade aquilo que, considerado superficialmente, em função da unidade — doente — pode semelhar acréscimo de encargos.

Nem tão pouco fazem a destriça entre o que, no acto médico, corresponde a elevação de encargos com o médico, com os meios auxiliares de diagnóstico, com a melhoria das instalações sanitárias, com o aumento constante do número, da qualidade, da apresentação, do luxo até, do material médico-cirúrgico.

E mesmo outros, que também os há, independentes perante as doutrinas e as seitas, perante as organizações do presente e as do passado, se esquecem habitualmente de aprofundar o tema e, ou não averigam devidamente as bases ético-filosóficas do problema, ou o fazem partindo de verdades feitas em conciliábulos internacionais de suspeita ou não imparcial formação e, como tal, acabam por não construir a sua verdade.

Esta verdade que tem de assentar numa ética e numa filosofia da vida e que, como tal, deve para nós ser diferente das mais que noutras bases assentam, para que nossa seja.

## DIREITO À SAÚDE

A organização social da medicina tornou-se uma necessidade. Uma daquelas necessidades que, sentidas por grande número, parece enquadrar-se no tipo das necessidades públicas de que fala Jordana de Pozas (3).

No sentimento da generalidade dos indivíduos, na indeterminação do sujeito, na difícil satisfação individual, se lhe filia o carácter de necessidade pública, traduzida no conceito de *direito à saúde*.

Simplemente, é lícito fazer o paralelo entre as concepções do direito à saúde e do direito ao trabalho;

— Um e outro são iniludíveis necessidades públicas;

— Um e outro constituem bens individuais cuja posse repercute sobre a família, sobre a Sociedade, sobre o próprio Estado;

— Ambos são fonte de riqueza, base de progresso material e mesmo espiritual, factores de ordem económica;

— Aquela e este, a saúde e o trabalho, estão na base do direito à Vida, tão necessários uma como o outro para satisfação do bem comum e da justiça social, de acordo com a mesma doutrina e com os ditames das Conferências internacionais de Filadélfia (1944) e de 1916 em Nova York, ao estabelecerem que a Segurança Social e a Sanidade devem seguir a par para conseguir pleno gozo e desenvolvimento da Vida (4).

Aquela — a Saúde — e este — o Trabalho — são indispensáveis para o sã equilíbrio do corpo social.

Simplemente, tal como em relação ao trabalho há que distinguir o *direito de trabalhar* do *direito ao trabalho*, também em relação ao problema da Saúde parece necessário fazer distinção. No caso do trabalho aceitamos como direito a *faculdade que todo o homem tem de dispendir livremente as suas energias com vista à realização da sua própria independência e dignidade*, para negarmos aquele que assistiria a todo o homem desempregado de exigir da Sociedade — o mesmo é que dizer do Estado, uma *ocupação retribuída*... porque qualquer das interpretações possíveis do *direito ao trabalho* pressupõe uma estruturação jurídica baseada em falsos princípios que são a negação das doutrinas que defendemos, como dizia, não há muito, o Prof. Marcelo Caetano, no parecer da Câmara Corporativa sobre a Reforma Constitucional.

Também, em relação ao problema da Saúde, o sentido moral que a nossa doutrina deve infundir-lhe, há-de forçosamente destriçar entre um direito à Saúde que se pretende traduzir na obrigação que ao Estado se atribue, de velar pela saúde de cada cidadão, de lha manter, de lha restituir se perdida, de lha fornecer se dela carecido, constituindo desta forma aquele em «*trust*» único, em monopólio assistencial, senhor da saúde e da doença dos seus súbditos, senhor dos hospitais e dos postos de socorros, senhor dos médicos e da Medicina, senhor da vida física dos doentes e da actividade profissional dos clínicos, e um direito à

saúde que corresponda à obrigação do Estado, mas também da Sociedade e das suas múltiplas parcelas, das Corporações e das Autarquias, das famílias e das sociedades particulares, de criar e manter aquelas condições e circunstâncias, aquelas possibilidades e recursos que consintam a cada homem gozar daquela saúde que já hoje se não define, no plano negativo, como ausência de doença, mas que, por se traduzir por *completo bem estar físico, mental e social*, mais imperativamente impõe a destriça que apontámos.

Se é certo que a *conservação da saúde é uma exigência social e que a energia colectiva é mais apta do que as individuais para realizar os fins sociais* (5), não podemos, todavia, ignorar que a saúde é, em primeiro termo, um bem pessoal, que só por intermédio do indivíduo se integra nos bens da comunidade.

Não podemos aceitar a transferência para o Estado de encargos que não está provado serem sempre e totalmente superiores à capacidade de energia dos indivíduos, das famílias ou de outras sociedades, especialmente quando, como neste caso, essa transferência redunde em aviltamento da independência da Pessoa em sector que abarca a totalidade do seu ser e ameaça, como veremos, por mero desvio de poder, exercer-se com menosprezo da sua finalidade expressa e da finalidade de cada Homem.

Temos de reconhecer que ao Estado incumbe velar pela Saúde da Grei, promovendo melhor distribuição de encargos assistenciais quando espontaneamente aquela se não realize, assegurando a protecção dos povos através da Medicina Social que só a ele incumbe, porque está acima dos recursos económicos, sociais e especialmente jurídicos dos indivíduos ou das sociedades particulares, tão certo é como diz Ch. J. Reverdy, ser a *Medicina Social a integração do acto médico numa disciplina colectiva*.

Temos de reconhecer que ao Estado incumbe, como defensor da comunidade e procurador do seu bem estar... facilitar as actividades espirituais, morais e económicas dos seus membros (6) isto é, instituir as normas, fundamentar os regimes legais, criar os condicionalismos que consintam pleno desenvolvimento da Pessoa, dentro daquele conceito de que ao Estado incumbe estabelecer as condições necessárias a fim de que os indivíduos possam progredir (7), o que, como também já dissemos algures, no campo da organização social da Medicina se pode traduzir pelas palavras de Gemelli: *Allo Statto non spetta il compito di proteggere la salute dell'individuo, ma allo Statto spetta il compito di porre le condizione necessarie affinche tutti i cittadini possano provvedere alle esigenze della propria salute, per conservarla, per combattere quelle cause che la minacciano*.

A isto, dentro o sentido moral que entendemos condicionar a organização social da Medicina, se deve limitar o papel do Estado no campo da Saúde, que bem latos são, assim mesmo, os seus deveres, se quiser e puder dar todo o seu contributo, para que pense ainda, ou para que outros sejam tentados a pensar, que lhe deva caber tudo o mais que no campo da Saúde forçosamente há-de ser da competência dos homens, das famílias e das sociedades privadas.

\*

Suposto assente o que ao Estado incumbe directamente, no problema da Saúde e feita a distinção que se impõe quanto ao direito à Saúde e ao Trabalho, que era possível estender ao direito à alimentação, a que se refere a Junta de Planificação dos Recursos Nacionais dos Estados Unidos, assente por igual que não basta a existência de adequada rede assistencial, mas se torna indispensável assegurar aos povos os recursos para que daquela possam servir-se, cabe agora perguntar quem deve assumir os encargos com a assistência individual, mórmente nas suas fases curativas e de recuperação, aceite já que a profilaxia e a medicina social, como integração na disciplina colectiva de que fala Reverdy, são por natureza função do Estado, tal como a Polícia para manter a ordem interior, o Exército para assegurar a defesa das fronteiras, ou, para além destas, a perenidade vitoriosa dos princípios morais em que assenta a Civilização, a Justiça para salvaguarda da paz dos espíritos e das consciências.

## DISTRIBUIÇÃO DE RESPONSABILIDADES

O indivíduo, a família, a autarquia, o agregado profissional, devem, separadamente ou em estreita colaboração, contribuir para assegurar a assistência na doença.

(1) Ver H. Serrano Guirado — loc. cit.

(4) H. Serrano Guirado — loc. cit.

(5) H. Serrano Guirado — loc. cit.

(6) H. Serrano Guirado — loc. cit.

(7) Gemelli.

À corporação pode admitir-se que deva competir função complementar, de certo modo social dentro do quadro profissional, se lhe couber a assistência recuperadora ou de readaptação que se impõe.

Quem, melhor do que a organização de cada mister, para instituir escolas de aprendizagem e adaptação par os diversos graus profissionais, as diferentes ocupações dentro da profissão, de molde a consentir ocupação vocacional, de molde a permitir distribuição de trabalho compatível com a saúde de cada qual, com a sua capacidade de energia?

Quem, melhor do que a Corporação, para avaliar a desvalorização profissional resultante de doença ou acidente e para mais adequada distribuição pelas diversas tarefas do mister, de forma a evitar sobrecargas de esforço, precoces esgotamentos, decadências irreversíveis?

E, se necessária a transferência de mister, quem melhor do que as organizações profissionais para acordar nas indispensáveis diligências, de forma a obter-se de cada homem o máximo de saúde compatível com o trabalho e o maior rendimento de trabalho que a saúde existente consinta?

Independente perante a sua organização profissional, que apenas lhe retribue, na doença, parcela maior ou menor do que aquilo com que para ela contribuiu enquanto em plena saúde, o trabalhador—e quem o não é?—permanece independente perante o Estado, frente ao qual e à sua tendência de absorção e de domínio, o defende a Corporação profissional tanto mais eficientemente quanto maior força o próprio trabalhador lhe conferir.

Sem risco de sofrer, da parte desta, o domínio e a escravização que no Estado se receia, tão certo é carecer a Corporação dos recursos daquele e estar sempre o Estado, e tanto mais quanto menos directamente ligado aos problemas, em condições de exercer a sua autoridade e arbitrar as possíveis pendências.

Transferido à Corporação o cuidado da assistência recuperadora, uma vez reconhecido que os meios de que carece, os fins que se propõe, os recursos de que necessita, ultrapassam de largo e de maneira geral, as possibilidades dos indivíduos e das famílias, nada impede, dentro do sentido moral que nos informa, atribuir ao Estado, como garante do bem comum, o direito de intervir para uniformizar critérios, federar instituições, racionalizar métodos, apressar a organização, sugerir modificações, tutelar organizações, desempenhar aquela função que lhe compete de velar *para que as leis e as instituições sejam tais... que da própria organização do Estado dimanem espontaneamente a prosperidade da Nação e dos indivíduos* (8).

\*

Fica então, perante nós, em toda a sua grandeza, a necessidade de assistência curativa. E é esta que especialmente assume projecção do maior destaque, já porque corresponde à concretização de um risco, já porque não está claramente definido quem deve cobri-lo, já porque as carências individuais e familiares nem sempre consentem a cada doente servir-se dos recursos existentes, já porque nem sempre esses recursos existem devidamente distribuídos pelo território de cada Nação, já porque a doença, afectando directamente o indivíduo, se repercute de modo mais ou menos imediato sobre a família, sobre a Corporação profissional, sobre a economia da Sociedade, sobre o rendimento e os encargos da Nação.

## EVOLUÇÃO DO SEGURO

As carências individuais e familiares lavaram, e não apenas nos nossos dias, a tentar suprir as deficiências assistenciais que provocam através de vários tipos de seguro, de que a avença foi talvez o mais primitivo e, sem dúvida, o menos eficiente.

As deficiências de distribuição de recursos assistenciais pelo território da Nação motivaram, e desde há muito, tentativas para fixar, nas zonas mais desafortunadas, médicos, farmacêuticos, parteiras, entre nós através da instituição de partidos camarários.

A repercussão familiar e social da doença determinou, por igual, as tentativas de seguro e, progressivamente, a intervenção do Estado.

Em qualquer caso, às carências verificadas se procurava

remediar assegurando os meios de as evitar. Pela avença de quantitativo previamente fixado se contornava a dificuldade e a ansiedade resultantes da incerteza dos dispendios. Através dos «partidos camarários» oferecendo, na proximidade relativa de cada possível emergência, os recursos indispensáveis. Num como no outro caso se supria a carência sem interferir na essência do acto médico, sem limitar qualquer das liberdades humanas.

\*

Perante o número avultado de pessoas e de famílias que não podem custear a assistência de que precisam e arcar com a totalidade dos encargos que esta implica, surgiu, como necessidade imperiosa e inelutável, o mutualismo.

Haviam-se alterado profundamente as condições económicas gerais, o encadeamento social e económico resultante da Revolução de 89 libertara o trabalhador para o colocar à mercê da lei da oferta e da procura, desprendendo-o das suas raízes tradicionais, da terra que o sustentava, da corporação que o defendia.

Os capitais fundacionais, desvalorizados, reduzidos, perdiam a possibilidade de assegurar a cooperação humana que até aí lhes estivera entregue.

Os patrimónios senhoriais, desaparecendo, deixavam o vácuo no campo do amparo amigo que durante séculos havia ligado fidalgos e mesteiros.

A Igreja perdia, por sua vez, muitos dos recursos e das liberdades que lhe consentiam ampla acção social.

E até as Confrarias, arrefecidas no seu entusiasmo, entibiadas na sua fé, esqueciam a maior das suas finalidades ao reduzir a prática das obras de misericórdia, quanta vez limitadas progressivamente mais e mais, ao agasalho dos viandantes ou dos pobres, à hospitalização.

Assim se havia já multiplicado o número daqueles que, desamparados, só no Estado esperavam encontrar amparo e apoio.

Era, todavia, a florescência do Estado liberal e neutro que os acolhia, indiferente à inquietação das massas populares, que o industrialismo, o capitalismo, o livre cambismo, sequência da evolução económico-social iniciada, acresciam de dia para dia.

E só a união dos próprios interessados, a sua agremiação quando, onde e logo que foi possível, lhes permitiu minorar a desdita, sobreviver.

É a fase, repetimos, do mutualismo. Era de defesa, em que laivos de romantismo marcam cada passo na senda do seguro, limitado nos seus intentos, voluntário na sua formação, insuficiente na realidade.

Entra-se progressiva, mas decididamente, na esteira do seguro obrigatório.

Compensação pecuniária estabelecida em função do salário, assistência médica a cargo do seguro, com a dupla finalidade de mais rápida e eficiente cura, de mais pronta recuperação profissional.

Só o Seguro obrigatório consentiu aquela protecção generalizada das massas carecidas, que o descuido, o desinteresse e a incompreensão do maior número não consentiu ao seguro livre realizar.

Mutação radical de conceitos, prenhe das mais graves consequências.

Ao Estado liberal do «laissez faire, laissez passer», que no plano legal garantia a liberdade do trabalhador, para consentir na prática a sua escravização económica, sucede-se o Estado intervencionista, procurando garantir realmente a liberdade humana através da minoração daquelas dependências dos desprotegidos, estendendo o conceito do seguro até transformá-lo, nos nossos dias, na Segurança Social. De escalão em escalão, prendendo o homem nas malhas da sua própria engrenagem, da engrenagem burocrática que forjara para o libertar das dependências que lhe amarguravam a existência, pode hoje falar-se deste processo de socialização como garantia da liberdade (9), mas é lícito lembrar, por igual, que *onde não há um mínimo de autoridade económica é sempre precária a liberdade* (10).

Agora se nos impõe, como possuidores de uma doutrina, averiguar das consequências deste encadeamento de factores.

(9) L. Sánchez Agesta—Los Derechos de la Seguridad Social — in H. Serrano Guirado. Loc. cit.

(10) Marcelo Caetano—Posição actual do Corporativismo Português — Lisboa — 1950.

(8) Carta Encíclica «Rerum Novarum».

BAlXA DE PREÇOS

# SYNERGISTIN

Um produto de Consagração Mundial  
3 Doseamentos 3 Exitos

**Synergistin Normal**—Sulfato de dihidroestreptomicina equivalente a 0,5 gramas de dihidroestreptomicina base 300.000 U. O. de Procaína Penicilina G Cristalizada, 100.000 U. O. de Penicilina G sódica Cristalizada.

1 Dose	Esc.	23\$00
3 Doses	Esc.	66\$00
5 Doses	Esc.	107\$00
10 Doses	Esc.	207\$50

**Synergistin Forte** —É igual à dose normal na Penicilina mas com 1 grama de Dihidroestreptomicina base.

1 Dose	Esc.	32\$00
3 Doses	Esc.	92\$50
5 Doses	Esc.	150\$00
10 Doses	Esc.	295\$00

**Synergistin Infantil**—Metade da dose normal

1 Dose	Esc.	15\$50
3 Doses	Esc.	42\$50

Esta substância está protegida e registada na Secção 505 da U. S. Food Drug and Cosmetic Act.

Apresentada em Portugal pelos :



**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*

2 PRODUTOS

“MERCK”

(U. S. A. e CANADA)

**PENSTREP**

(Penicilina mais Dihidrostreptomicina cristalizada)

PENICILINA

**PRODURAL**

---

Soc. Com. Crocker, Delaforce & C.<sup>a</sup> S. A. R. L.

Rua D. João V - 2

LISBOA

A intervenção do Estado, como consequência do fracasso que no campo social representam as tentativas bem intencionadas, mas insuficientes, do mutualismo, não pode deixar de ser tida dentro das finalidades da sua acção.

Simplemente, esta intervenção tem de ser, desde logo, re-freada para que não tenda, como é característica de toda a acção estatal, para a absorção e funcionalização das actividades particulares, para nova escravização do homem através da técnica e da planificação, para a *estatização sufocante das liberdades individuais*, nem para o *nacionalismo anárquico e egoísta*, que o Prof. Minoli apontava como escolhos a evitar, quando enunciava a necessidade de criar métodos para realizar os princípios da Segurança Social na XXIII Semana Social Católica Italiana em Setembro de 1949. E o sentido moral da doutrina que defendemos limita claramente a intervenção do Estado ao defini-la como supletiva das insuficiências dos indivíduos, das famílias, das sociedades menores e inferiores <sup>(11)</sup>.

Isto implica, forçosamente, adequação da acção estatal de carácter supletivo às acções dos indivíduos, das famílias ou das sociedades legítimas mas menores, insuficientes de per si.

Adequação que não pode impor revisão de fundamentos, negação de princípios, abandono ou desvio de finalidades, sem se negar a si própria.

Adequação que implica continuidade e complemento das acções iniciais mas insuficientes, sem adulteração das suas bases, das doutrinas nem das finalidades, porque só deste modo pode legitimamente dizer-se supletiva.

Adequação que constitui, ao concretizar-se por parte do Estado a acção supletiva que pressupõe, garantia da independência dos indivíduos e das sociedades, tradução efectiva da cooperação estatal para mais completa realização da liberdade, que é fundamento da Pessoa Humana.

Resta saber se, como alguns afirmam, a intervenção estatal, que está na génese do Seguro obrigatório, comporta como corolário e arrasta em si própria, como consequência, a extensão do Seguro a toda a população. Não se nega que a intervenção do Estado, determinante da obrigatoriedade, parece dever impor a generalização dos benefícios a toda a colectividade.

Neste sentido se pronunciaram recentemente a maioria dos delegados à Conferência Internacional do Trabalho de Filadélfia (1944), a Associação dos Médicos da União Sul-Africana (1943), a chamada Declaração dos Direitos do Homem.

Importa, todavia, distinguir.

Distinguir, em primeiro termo, e dentro do sentido moral que nos informa o pensamento, a finalidade do Estado, consubstanciação jurídica da Sociedade Civil, que existe para que o homem possa plenamente realizar-se como Pessoa e não apenas para que o homem atinja determinadas finalidades dentro da Sociedade, nem ainda para que preencha determinados designios do Estado.

Distinguir, seguidamente, a base moral em que assenta a intervenção estatal, a posição supletiva da sua função, a demarcar as extremas do seu poder.

Distinguir, ainda, a evolução do pensamento humano perante as carências acrescidas pelo desnível entre o progresso vertiginoso das potencialidades técnicas e as possibilidades efectivas de cada homem ou de cada família.

Distinguir, como sempre, na função do Estado, o que representa intromissão na vida dos indivíduos e das sociedades que estes forçosamente constituem ou são livres de constituir e o que representa projecção da própria essência do Estado, como realizador do bem comum, na orgânica da vida e da Sociedade, de forma a repudiar o que prejudique a plena floração de cada personalidade e a compreender, aceitar ou requerer, toda a intervenção que tenha por fim obstar às causas de desequilíbrio susceptíveis de conduzir à miséria sob qualquer das suas modalidades e aspectos. E com tanto mais afinco quanto a doença e a miséria repercutem entre si e se potencializam mutuamente <sup>(12)</sup>.

Distinguir o que, na intervenção do Estado, constitui motivo de responsabilidade geral e as razões que, apesar desta, implicam, necessariamente, a limitação do Seguro aos economicamente débeis.

Distinguir o que está na base do Seguro, desde a insuficiência do salário, que Lopez Nuñez considera o risco único, à suspensão ou perda dos proventos advindos do trabalho, às razões de inclusão dos beneficiários no grupo dos economicamente débeis, até à constatação de que o Seguro deve cobrir os riscos que se originam no estado de necessidade em determinado sector da comunidade social, como diz Serrano Guirado <sup>(13)</sup>.

Distinguir, em resumo, quais os factores capazes de originar carência, quais os limites de proventos para além dos quais os riscos a cobrir não são já susceptíveis de determinar dificuldade económica de projecção social, quais as bases do Seguro, qual o seu fundamento, quais as razões para a intervenção estatal e qual o limite desta, qual a parte de benefícios que ao Seguro deve competir, qual a zona de legítima intervenção do Estado, qual a repartição dos encargos do Seguro e quais, finalmente, as extremas da sua acção.

## SENTIDO MORAL DO SEGURO-DOENÇA

Isto implica para nós, tendo em linha de conta o sentido moral que nos dita o pensamento, a obrigação de estender o Seguro social à cobertura de todos os riscos capazes de invalidar temporária ou definitivamente o trabalhador, tanto aos que resultam de doença como aos que são consequência de acidente, que se não vê razão para estarem em regime diferente, e seja qual for o ramo de trabalho, o local de ocupação, o regime de salário, o mister ou a actividade profissional.

Ao princípio da *responsabilidade geral*, definido pela força da intervenção estatal, junta-se aqui o *princípio da equivalência*, aquele condicionando o último.

Se é da responsabilidade geral, no âmbito da Nação, a obrigatoriedade do Seguro, e se aquela responsabilidade geral, traduzida na prática através da acção estatal, limita o Seguro aos economicamente débeis em função da posição supletiva do Estado, não podemos, dentro da mesma lógica de pensamento, deixar de requerer que os benefícios do Seguro se estendam a todos os que, mercê de quaisquer circunstâncias, se encontrem abrangidos naquela situação económico-social. E isto porque não é lícito ao Estado *providenciar a uma parte dos cidadãos e negligenciar outra* <sup>(14)</sup> quando a sua situação implica por igual a protecção da Sociedade Civil.

Assim faz, por exemplo, o direito espanhol, bem mais impregnado de catolicismo do que o nosso, que limitando o âmbito do Seguro aos economicamente débeis, lhe estende o campo de aplicação desde os trabalhadores autónomos aos assalariados, desde os servidores domésticos aos trabalhadores rurais e ao trabalho prisional, evitando os paradoxos de uma legislação que, ignorando o princípio da solidariedade interprofissional, abarca nos benefícios do Seguro Social um mestre de traineira, um engenheiro, gerente ou contabilista de grandes organizações comerciais ou industriais a auferir proventos largos e fartas gratificações, mas abandona à sua sorte o trabalhador manual com salários de dezena e meia de escudos diários, se o seu mister o faz servir a Nação em sector ainda não abrangido pelo Seguro, como a Agricultura ou a Construção Civil.

Esquecendo o princípio mesmo da razão de ser do Seguro — cobertura de risco que individualmente se não pode garantir — o nosso Seguro abarca muitos daqueles que podem obter individualmente e com desafogo a necessária garantia, só porque pertencem a sectores que, mercê de várias circunstâncias, souberam ou puderam organizar-se, talvez até precisamente porque são mais poderosos e menos necessitados, mas não cuida de tantos outros que, mercê do desfavor da sorte, não só não conseguem individualmente alcançar garantia contra os riscos que o Seguro devia cobrir, nem tão pouco dispõem de potencialidades para criar a orgânica que os devia defender.

Não podemos esquecer, por igual, que a posição do Estado, como garante da obrigatoriedade do Seguro, deve arrastar consigo a realização daquele de acordo com o *princípio da proporcionalidade*. Este, definido como adequação às variáveis económicas e sociais dos diversos estratos humanos, deve consentir personalizar e proporcionalizar a ajuda, dentro mesmo do grupo dos

(11) Carta Encíclica Quadragésimo Anno.

(12) G. E. A. Winslow — *Le Coût de la Maladie et le Prix de la Santé* — Genève — 1952.

(13) H. Serrano Guirado — loc. cit.

(14) Carta Encíclica Quadragésimo Anno.

económica de débeis, primeiro para que se mantenha o sentido da suplência, que implica a constatação de incapacidade relativa; depois, para que estimule a actividade e o esforço individual. Seguidamente se impõe aceitá-lo para fomentar e incentivar a cooeração dos particulares, dos homens e das famílias, para que nem em tudo se recorra ao Estado ou ao que dele directamente dimana, como o Seguro obrigatório, o que, a não ser evitado a tempo, conduz fatalmente a um totalitarismo de que o homem só dá conta quando perdeu a possibilidade de o evitar. Finalmente se impõe o *princípio da proporcionalidade*, para permitir ao Seguro estender a sua garantia às prementes necessidades, às maiores carências, aos mais graves riscos — internamento, cirurgia, sanatorização, doença crónica e prolongada — liberto como assim ficaria dos encargos, pequenos em valor unitário mas pesados pelo volume global que o pequeno risco lhe traz e tantos, mesmo entre os económicamente débeis, se mostram susceptíveis de suportar.

Importa acentuar, sem dúvida, que a intervenção do Estado não deve aguardar, para que se concretize, que se verifiquem já condições de miséria ou de decadência económico-social, o que tem de traduzir-se na prática pela fixação generosa do limite do económicamente débil que, apesar de todas as dificuldades inerentes, deveria ser efectuada com base nos proventos familiares e não no salário, a menos que tivesse já sido atingido o estágio económico do salário familiar.

Importa acentuar também que, para os Estados, a *política social não é já considerada como intervenção nos simples casos de carência, mas como instrumento de modificação do sistema, em função da eliminação das causas de desequilíbrio* (15), o que, reduzindo em parte a função do Seguro Social, pela limitação do seu objectivo, o enquadra em mais ampla acção, essa evidentemente estatal pela intenção, pelos fundamentos, pelos objectivos, pela extensão, que pode definir-se como Segurança Social e se traduz na essência numa redistribuição da riqueza através da melhor distribuição do rendimento nacional.

Ao Estado incumbe então, através de réditos cada vez melhor proporcionados ao rendimento através do imposto, *estabelecer as condições necessárias a fim de que todos os cidadãos possam prover às exigências da própria saúde* (16), seja criando adequada armadura de medicina social, instituindo a indispensável rede assistencial, promovendo o Seguro obrigatório, incentivando o mutualismo e o seguro livre, facultando a todos os cidadãos os cuidados de institutos especializados, de laboratórios de pesquisas e de investigação, os benefícios de uma Universidade criadora de Ciência e formadora de Homens, seja providenciando na defesa da liberdade económica, base ainda de todas as liberdades, seja garantindo a genuinidade, a pureza e o justo preço para os produtos essenciais à vida e à defesa da saúde, tudo Instituições e possibilidades e potencialidades, para além dos recursos particulares e em relação aos quais a sua função é primordial. Tudo funções e Institutos que miram não a escravizar o homem ao Estado, mas, como diz Gemelli, a assegurar a cada um a possibilidade de elevar-se na escala social segundo a própria competência e as próprias aptidões.

## PRIMADO MORAL

Não parece descabido, ainda, averiguar da essência do Seguro, dos benefícios que deve conceder, dos recursos de que carece, dos encargos e sua distribuição, dos limites em que deve mover-se. E tudo isto em função do sentido moral que deve informar-lhe o desenvolvimento.

Compreende-se, no Seguro Social, a invalidez, o subsídio de morte ou de sobrevivência, a habitação económica, por vezes o desemprego involuntário, o risco de maternidade, o seguro de doença que é aquele que essencialmente nos ocupa, tão grandes são as suas possibilidades e os problemas que suscita, tão vastas as questões que levanta, tão primacial neste o papel do médico, aliás fundamental também em qualquer dos outros.

É evidente que, no Seguro de doença, a função do médico é duplamente determinante, já como garante da incapacidade que justifica a atribuição de subsídio em dinheiro, já como elemento de cooeração para reduzir o quantitativo global daquele pela

redução do tempo de doença, como para readaptação a novos estados hígidos, ou para manutenção da saúde dos beneficiários, ou, ainda, para melhoria das suas condições sanitárias.

Esta dupla função, porque se trata do exercício de actividade profissional que envolve necessariamente a pessoa humana, impõe especiais responsabilidades a concretizar-se dentro de outro princípio básico que já um dia designámos por *princípio do Primado moral*.

*Primado moral* que em defesa da liberdade do doente e do médico exige medicina de qualidade; exige a livre escolha do médico; impõe a liberdade de prescrição terapêutica e o segredo profissional. *Primado moral* que exige, para cada doente e em cada caso, a melhor, a mais eficiente assistência; que impõe, em cada caso, assistência integral, personalizada, adequada ao *caso clínico* mas, mais ainda, adaptada à *pessoa do doente*, capaz de modificar a sua essência e os seus métodos em função das circunstâncias e características que diferenciam os homens e de cada caso fazem um mundo à parte, em plena realização. Assistência personalizada, em que o Homem seja tratado como tal, por si mesmo, pelo seu valor humano e não porque se enquadre neste ou naquele sector, nem pelo que rende, nem pelo que produz, ou é capaz de produzir, nem mesmo pelo que traduz como elo de cadeia de que provém ou como cepa de linhagem que se antevê. Assistência total, impregnada de humanismo, que compreende a integridade do sofrimento da pessoa, as suas repercussões na esfera afectiva, emocional, social e moral. Assistência global, abarcando todos os casos de doença ou equiparáveis e cobrindo-lhes os riscos, seja qual for a sua duração e os recursos que exijam, as repercussões de toda a ordem que levantem. Assistência humana, em função da pessoa determinando todas as posições e atitudes. *Primado moral* que, quanto ao doente, se resume na exigência de medicina de qualidade, medicina da pessoa, medicina em profundidade, medicina etiológica, em oposição à assistência do caso clínico, à assistência sintomática e superficial a que conduz, na maioria dos casos, o seguro social quando envereda pela socialização da medicina. *Primado moral* que implica, para os médicos como para os doentes, a imposição de manter os princípios básicos do exercício profissional: *confraternidade médica, liberdade de escolha do médico, liberdade de prescrição, segredo profissional*. Aquela, como elemento de valorização colectiva do corpo médico. No interesse de toda a Sociedade, *liberdade de escolha*, condicionada pela extensão do Seguro e pelo princípio da responsabilidade geral. A *liberdade de prescrição* como defesa da liberdade de consciência do médico e da independência e da própria essência do acto médico. O *segredo profissional* como garante do interesse comum, como dever que deriva do VIII mandamento, na palavra do Sumo Pontífice. *Primado moral* que, em relação aos médicos, levanta o problema do valor moral do trabalho, equacionando, embora a alguns possa parecer paradoxal, tudo o que respeita aos encargos do Seguro, à sua distribuição e à comparticipação de cada classe e de cada elemento da Sociedade na sua manutenção.

Sabe-se que o Seguro Social pode considerar-se efectivado pela entidade patronal, obrigada a depositar periódicamente o contributo devido por cada trabalhador, a este se considerando apenas como participante na constituição do contributo patronal, tanto assim sendo que no direito espanhol, que não no nosso, a falta de depósito das contribuições pelos patrões não cerceia, nem limita, nem protela, os benefícios dos trabalhadores.

Sabe-se que, em certos sistemas, excluindo já aqueles que assumem aspectos que os distinguem fundamentalmente do tipo de seguro que, como portugueses, nos interessa apreciar, o Estado comparticipa directamente, de um ou de outro modo e em maior ou menor escala, na constituição dos fundos do Seguro Social.

Pode todavia afirmar-se, sem receio de desmentido e sem temor a quezílias doutrinárias, que toda a Sociedade, embora nem sempre o Estado, comparticipa sempre nos encargos do Seguro. E bem é que assim seja, como parte interessada na política social que visa a elevar o nível de vida geral, em acrescer o poderio económico, em valorizar a população, em aumentar o rendimento do trabalho, em acentuar o aumento demográfico.

Bem é que assim seja dentro da realidade da função supletiva que lhe cabe em relação às sociedades menores e como elemento de realização da Pessoa humana para permitir a plena floração da qual foi instituída em última finalidade.

(15) Gemelli — loc. cit.

(16) Gemelli — loc. cit.

Toda a Sociedade, afirmámos, comparticipa para o Seguro Social daquelas suas classes ou estratos que por carência económica não podem prescindir deste auxílio ou ameaçam ruir e desagregar-se perante os riscos que lhe cabe cobrir, criando novos problemas sociais de renovada acuidade. E não nos referimos apenas, aqui, àquela comparticipação que se traduz na execução e desenvolvimento da política social que integramos, genérica e genericamente, na Segurança Social, pois que esta é, necessária e primacialmente, obra do Estado. Queremos antes referir-nos àquela comparticipação que resulta da repercussão, directa e indirecta, dos encargos sociais sobre os preços de custo e de venda, tão certo é que a comparticipação patronal, e até a operária, se a tivermos, em boa doutrina aliás, como parte do salário justo, cativo para fins sociais, se vai reflectir sobre os preços de venda, mais resultando em encargo do consumidor do que em gravame da entidade patronal. Na verdade, para esta última, tem mesmo já servido de razão de acréscimo de lucros, quando estes, em consequência de um dirigismo burocrático e burguês, são fixados pelo Estado em função da totalidade dos encargos da produção...

Se, como fica dito, toda a Sociedade comparticipa directamente nos encargos do Seguro e, através destes, sobre o nível de preços, prova-se também que o faz proporcionalmente aos proventos de cada um dos seus membros, ao «standard» do seu viver. E, sendo assim, temos de ter como sumamente injusto que uma ou outra classe seja ulteriormente sobrecarregada com novos encargos para assegurar riscos que lhe não respeitam e para cuja compensação contribue já com a quota parte que como elemento da Sociedade Civil lhe deve caber.

Queremo-nos referir, sem subterfúgios, ao problema dos honorários médicos no Seguro-doença.

Inútil trazer para aqui referências à dignidade humana do trabalho, inútil trazer à colação as características especiais do trabalho médico, verdadeira interpenetração de duas personalidades em plena confiança.

Basta afirmar que o sentido moral que deve imperar na organização social da Medicina inibe a exploração do Corpo Médico tal como tem sido levada a cabo pelo rebaixamento de honorários no Seguro Social.

Comparticipa o Corpo Médico, como elemento da Sociedade, na constituição dos recursos do Seguro e não é legítimo que a função primacial que dentro do Seguro desempenha sirva para dele obter, através de autêntico imposto de classe, nova comparticipação para os proventos do Seguro.

Podem os processos de recrutamento do Corpo Médico variar, divergir os métodos de remuneração. O que tem de manter-se é a honestidade do contrato que liga os médicos ao Seguro. E um contrato só é honesto quando regula recíprocos direitos e encargos em perfeita independência, com respeito total pela moral, pela justiça, pela ética profissional dos que o subscrevem. Pode o Seguro possuir Corpo Médico privativo, só admissível, aliás em regime limitado aos economicamente débeis e suficientemente restrito para não projectar a sua influência no conjunto da Nação. Pode o Seguro aceitar o trabalho de todos os médicos que com ele desejem cooperar, facilitando deste modo a manutenção dos princípios basilares do exercício da Medicina.

Em qualquer caso, porém, a remuneração dos médicos deve ser estabelecida tendo em conta o número de actos médicos praticados, seja como factor único de apreciação, seja como elemento de correcção de sistema diverso, em que uma base fixa, ou variável em regime de capitação, constitua elemento fundamental dos honorários. E, mesmo então, se não deve esquecer que as tabelas a estabelecer não-de aproximarem-se dos honorários da clínica livre, desprovidas de excessos condenáveis, mas atendendo mais à relativa regularidade de actos médicos praticados do que ao seu volume, tão certo é não estarmos aqui perante

problemas de *lucro industrial*, em que o acréscimo de produção embaratece cada unidade produzida.

Não é lícito rebaixar os honorários médicos no Seguro-doença a pretexto de carência económica do próprio Seguro, quando igual critério se não adopte para fixar a remuneração das administrações, dos burocratas, do restante pessoal que para o Seguro trabalha. Não é lícito impor ao Corpo Médico sobrecarga especial de contribuição para o Seguro, traduzida no rebaixamento dos seus honorários, a pretexto de dificuldades financeiras, pois estas devem ser resolvidas pela cooperação de toda a Sociedade e não apenas de uma Classe. Não é lícito invocar o exemplo de desprendimento de que o Corpo Médico dá provas no desempenho gratuito, ou simbolicamente remunerado, de trabalho em Hospitais, Misericórdias ou outras instituições, porque a filantropia, ou a caridade, são virtudes espontâneas, mas não podem impor-se.

Não é lícito, moral, nem social, nem legalmente mesmo, abusar das dificuldades do Corpo Médico, usar, no pior sentido, da lei da oferta e da procura, aproveitando-se simultaneamente da posição de monopólio que se vai firmando, para rebaixar os honorários médicos, para pretender impor descidas periódicas de tabelas de serviços, sem ter em conta os índices de custo de vida, as oscilações dos salários em geral, as modificações das pautas alfandegárias, o encarecimento dos livros, a subida de preço dos instrumentos de trabalho, e sem atender a que, *na aceitação de certas soluções, em que as partes são, de um lado, o rico ou o forte e do outro lado o pobre ou o fraco, só a necessidade ou a fraqueza cede perante a prepotência do dinheiro ou da força.*

Assim se respeitarão, em relação aos médicos, as exigências do princípio do *Primado moral*.

*Primado moral* que, em relação ao Seguro, impõe em síntese o respeito pela equação PESSOA=LIBERDADE. De tal modo que não cerceie nenhuma daquelas liberdades essenciais, sem as quais a Pessoa, como tal, não pode realizar-se. De tal modo que não desvirtue a sua finalidade e instituído para auxiliar a Pessoa, não volva esta em elo da cadeia dos seus interesses que, ainda quando possam ser tidos pelos do Estado ou da Sociedade, se não segue que só por isso sejam legítimos, menos ainda sejam forçosamente os daqueles que se propõe socorrer. De tal modo que, nascido da insuficiente compreensão humana do *amor do próximo*, que farisaicamente cada um transfere como obrigação que por si engeita, não hipertrofie, até às proporções gigantescas que a sua orgânica lhe permite, o egoísmo que está na base do olvido dos Mandamentos. De tal modo que, servindo a Pessoa, lhe consinta continuar sendo ela própria, capaz de se dar ou de se recusar, de se salvar ou de se perder.

O Seguro Social é obra da Nação. Todos lhe devem contribuir. Mas recusamo-nos, no plano moral em que nos colocamos, a aceitar para a nossa Classe posição de desfavor. Recusamo-nos a desvirtuar o sentido do *Primado Moral*, em seu nome exigindo, para os doentes, a garantia técnica de Medicina de qualidade, para os médicos o respeito do valor humano e da dignidade do trabalho e para uns, como para os outros e para toda a Sociedade, o respeito pela Pessoa Humana. Respeito pela Pessoa Humana que inibe a sua fusão no colectivo e evita aquela degradação da Medicina que conduz ao aviltamento do médico e do doente através da estatização (17).

Dessa estatização que é por sua vez uma das facetas daquele socialismo *que mesmo depois de aproximar-se da verdade e da justiça... não pode conciliar-se com a doutrina católica, pois concebe a sociedade de modo completamente avêso à verdade cristã*, como se lê na «*Quadragesimo Anno*».

(17) Raoul de Gutchneere — Tese — III Congresso Internacional dos Médicos Católicos — Lisboa — 1947.

# REVISÃO DE CONJUNTO

## Supurações pulmonares

ANTÔNIO SEABRA

Consideramos que há uma supuração pulmonar quando se acumula exsudado purulento no seio do parênquima pulmonar e se apresentam alterações gerais em relação com o estado de infecção.

Incluimos portanto nesta designação um grupo de doenças que habitualmente são descritas em separado.

Entendemos, no entanto, que é lícito e conveniente fazer uma descrição unitária da supuração pulmonar compreendida como entidade clínica. Sabendo que esta ideia não é geralmente bem acolhida, insistimos nela por várias razões, baseadas, tanto na literatura que consultamos como na revisão das histórias do arquivo da secção do Dr. Fernando Nogueira do Serviço 2 do Hospital de S. José. A distinção entre abscesso e gangrena, já teoricamente mal definida, é, na prática e salvo os casos extremos, muito confusa, originando que a classificação seja mais baseada em critérios pessoais que em dados objectivos. E tanto dominam os critérios pessoais que, enquanto para a maioria dos autores os abscessos pulmonares são frequentes e as gangrenas são raras, para outros, como *Jimenez Dias*, são frequentes estas e raros aqueles.

A mesma dificuldade surge na distinção entre supurações parenquimatosas—abscessos ou gangrenas—e bronquectasias supuradas. Nestas, a partir de certo grau de retenção purulenta há sempre lesão, não só do peribrônquio mas também do parênquima e, quadros clínicos de abscessos ou gangrenas pulmonares podem ter tido ponto de partida brônquico. Por outro lado, as supurações parenquimatosas acompanham-se sempre de lesões das paredes brônquicas e deixam bronquectasias como sequela frequente.

Há ainda quadros clínicos e radiológicos de supurações pulmonares difusas, que não correspondem nem são classificáveis em nenhuma das situações classicamente incluídas no capítulo das supurações pulmonares. Tal o caso da fig. I, com a história clínica de supurações recidi-

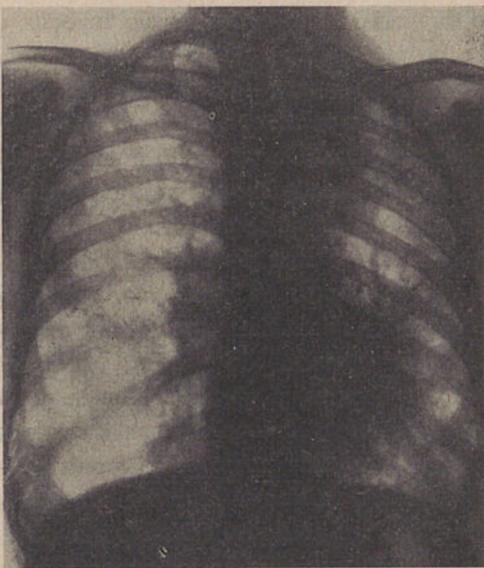


Fig. 1

vantes por agudização e transformação purulenta de um processo de bronquite crônica. As dilatações brônquicas são mínimas, como demonstrou o estudo tomográfico, mas a invasão do parênquima parece evidente. É o exemplo bem frisante de um caso em que o diagnóstico só pode ser de supuração pulmonar e em que, de resto, não tem qualquer interesse em relação à terapêutica, procurar estabelecer uma diagnose mais fina.

Este problema da indicação terapêutica a que voltaremos mais adiante, milita a favor da aceitação da supuração como entidade. Considera-se que o tratamento da supuração é médico e cirúrgico, resultando duma maneira geral a indicação deste, da falência daquele. Na terapêutica da supuração consideramos portanto duas fases, uma médica e uma cirúrgica. Ora o tratamento incruento da supuração é praticamente igual nos diferentes tipos e, ressalvado o caso da supuração por neoplasia (que deve ser evidentemente despistada o mais depressa possível), não é fundamental, para o internista, determinar se está em frente de um caso de bronquectasias infectadas com ou sem invasão parenquimatosa ou de um abscesso metapneumônico ou metastático.

Na fase cirúrgica e na fase de cura clínica é que a questão pode ter outro interesse.

Não pretendemos, portanto, defender que deva admitir-se a supuração pulmonar como uma doença na inteira acepção da palavra. Mas aceitamos que ela constitui uma entidade clínica, compreendendo duas doenças classicamente descritas mas de distinção confusa — os abscessos e as gangrenas pulmonares — e compreendendo ainda uma fase de outras doenças que são as bronquectasias, as bronquites, os quistos e os tumores. Como fase dessas doenças, fase caracterizada pela acumulação de pus, drenado ou não para o exterior, tem uma sintomatologia própria e um tratamento comum. Julgo por isso, perfeitamente justificada uma revisão baseada neste conceito.

### ETIOPATOGENIA E ANATOMIA PATOLÓGICA DAS SUPURAÇÕES

Na revisão que fizemos dos casos do nosso serviço de 1945 a 1951, encontramos 26 homens e 11 mulheres com supurações pulmonares, o que confirma a opinião geral que a doença é mais frequente no sexo masculino. 13 tinham o quadro anátomo-radiológico de abscesso pulmonar, as restantes eram mais ou menos difusas com maior ou menor componente brônquico.

Dos homens, 2 tinham menos de 30 anos, 3 mais de 60 e os 21 restantes estavam compreendidos entre estas duas idades. Pelo contrário 8 das 11 mulheres tinham menos de 30 anos.

Quanto à origem do processo, 10 homens e 3 mulheres apresentaram «d'emblée» a sintomatologia de supuração. Um homem tinha uma história de traumatismo torácico recente. 7 doentes (duas mulheres e cinco homens) tinham iniciado as suas queixas por uma pneumopatia aguda diagnosticada de pneumonia, bronquite aguda ou broncopneumonia; todos os restantes (16) tinham histórias de tosse e expectoração crônicas.

Não nos parece de interesse a distinção geralmente feita entre supurações primitivas e secundárias: para se dar a supuração são necessárias a invasão microbiana e condições locais que fixem o germen e favoreçam o seu desenvolvimento; estes factores tanto estão presentes num como noutro caso.

Parece estar assente que o acesso de germens infectantes pode fazer-se por via aérea ou hemática. Segundo *Kourilsky*, nas supurações inicialmente brônquicas, a infecção é aerógena e a partir da flora microbiana das vias aéreas superiores, estando portanto frequentemente em relação com infecções das amígdalas e dos seis perinasais; as infecções inicialmente parenquimatosas ou intersticiais são de origem metastática hematogena, embora nem sempre seja possível encontrar o foco de origem. Este, segundo o

3

# FORMAS DE APRESENTAÇÃO

**MIOCILINA**

SUSPENSÃO  
OLEOSA



**MIOCILINA R**

PARA SUSPENSÃO  
AQUOSA

**MIOCILINA A**

Frascos siliconados  
de  
300.000 e 500.000 U.

UMA SUSPENSÃO  
AQUOSA DE  
PENICILINA  
PRONTA A SER  
INJECTADA



LABORATÓRIOS

DO

**INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA**

# BISMUCILINA

## Bial

INJECTÁVEL

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

EQUIVALENTE A

PENICILINA . . . . . 300.000 U. I.

BISMUTO . . . . . 0,09 gr.

Por ampola de 3 c. c.

Caixas de 1 e de 6 ampolas



SÍFILIS (EM TODAS AS FORMAS E PERÍODOS)  
AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

-NA SÍFILIS— COM UMA SÓ AMPOLA, DUAS VEZES POR SEMANA, UM DUPLO EFEITO:

1. EFEITO RÁPIDO DA PENICILINA
2. EFEITO «PROFUNDO, ESTERILIZANTE E DURADOURO» DO BISMUTO

autor citado, encontra-se com grande frequência (31 %) em granulomas dentários.

Além das duas referidas há que admitir a via linfática nas infecções propagadas da vizinhança (empiemas, abscessos sub-frénicos) e a infecção directa nas feridas penetrantes.

Só nos focos de origem hematogena e só na fase inicial a infecção é monomicrobiana, geralmente a estrepto ou a estafilococos. Em todos os outros casos a infecção é mixta: estrepto e estafilococos dos diferentes tipos, micrococos catarrais, enterococos, bacilos de Pfeiffer, bacilos de Friedlander, anaeróbios, podendo encontrar-se fungos e amibas. É frequente a associação fuso-espirilar de Vincent e *Veritymer* citado por *Jimenez* produziu gangrena pulmonar em animais por inoculação destes agentes.

As condições locais que favorecem o aparecimento duma supuração pulmonar, são todas as lesões agudas ou crónicas dos pulmões e árvore brônquica, tanto por destruição de tecidos — nas diferentes formas de pneumonia típica ou atípica, no enfarte pulmonar, quisto hidático ou noplasmia — como pela retenção anormal de secreções que origina condições favoráveis à multiplicação dos germens retidos e facilita a invasão e destruição das estruturas subjacentes.

Pode dizer-se que o factor retenção existe sempre na etiopatogenia das supurações e, como a retenção é sempre devida a uma alteração da função própria do brônquio, resulta que este último intervém praticamente no desencadeamento ou na evolução de todas as supurações, justificando-se por isso duas palavras sobre a sua fisiopatologia:

A retenção pode ser devida a uma estenose seja esta por compressão extrínseca, seja por lesão da parede, ou seja ainda por obstrução do lume, devida a corpos estranhos ou à simples hipersecreção mucosa. A estenose por alteração da parede, tanto por uma lesão evolutiva como por uma cicatriz tuberculosa, sifilítica ou de outra natureza, é um achado relativamente frequente nas supurações pulmonares.

Mas a retenção pode dar-se sem estenose, por alteração da função vibrátil. Como é sabido, um epitélio cilíndrico com cílios vibráteis recobre toda a árvore brônquica desde o alvéolo até à glote. Os cílios têm um movimento contínuo nunca interrompido, inclinando-se para o alvéolo durante a inspiração e para a glote na expiração; só este último movimento é eficaz, não se sabe porquê, de forma que o muco desloca-se em direcção à laringe com uma velocidade constante de 155 mm/m. Na laringe, uma faixa vibrátil segue pelo espaço interarritnoideo até à entrada do esófago, onde são lançados normalmente por este mecanismo, o muco e os corpúsculos por ele arrastados.

Uma alteração, mesmo pouco intensa do epitélio vibrátil, pode ser suficiente para provocar uma retenção de secreções.

Estabelecida esta num doente de bronquite crónica, com ou sem dilatações mas sempre com alterações mais ou menos extensas da parede, exaltada a virulência dos germens existentes, dá-se a invasão da sub-mucosa, dos tecidos elástico, muscular e outros da parede brônquica e finalmente do próprio tecido peribrônquico. Assim se pode compreender e verificar a transformação de um catarro brônquico em bronquite purulenta e esta em supuração bronco-pulmonar. A existência prévia de bronquectasias facilita a evolução mas não é indispensável, embora seja sempre previsível o seu aparecimento como sequela.

O papel do brônquio e da bronquite é pois fundamental na patogenia das supurações e, ao conhecimento deste facto, é necessário dar especial relevo na terapêutica e, sobretudo, na prevenção das recidivas.

Como em todas as doenças infecciosas há também que entrar em linha de conta com os factores gerais que diminuem a capacidade de resistência do organismo: é citada a facilidade com que os diabéticos fazem supurações.

A anatomia patológica das supurações pulmonares é variável conforme as estruturas mais atingidas correspondendo aos clássicos abscessos, gangrena, etc. Têm uma característica comum que é a associação da esclerose simultaneamente com os processos de necrose parcial e supuração.

A esclerose pode progredir muito além da região inicialmente lesada, seguindo uma via sistematizada (esclerose perivascular, peribrônquica, interlobular ou intersticial), mas pode também ser não sistematizada ou mutilante invadindo o pulmão em todas as suas estruturas. Pode dominar o quadro clínico e anatomopatológico, atingindo os grossos brônquios e a pleura, com a respectiva retracção do mediastino e da parede torácica (fig. 2).

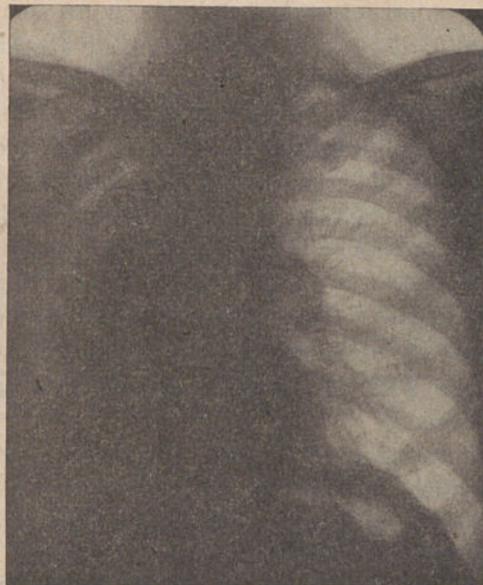


Fig. 2

A fibrose significa talvez a expressão de uma certa reacção defensiva, dado que é geralmente mínima nos doentes debilitados.

## ESTUDO CLÍNICO

No quadro clínico da supuração pulmonar encontramos duas ordens de sintomas: os originados pela situação séptica e os provenientes de alterações locais do órgão.

Entre os primeiros temos a *febre*, de intensidade e tipo variáveis, mas sempre presente, dependendo sobretudo da maior ou menor retenção de secreções — pode descer até à normalidade e tornar a elevar-se, pode ser alta de início com remissões e pode aumentar gradualmente — e a *leucocitose*, com neutrofilia, podendo subir a valores muito elevados. A estes dois sintomas juntam-se outros habituais: alterações da facies, suores, etc.

Os sintomas locais são todos os que podem aparecer em doenças pulmonares:

A *pontada* pode ser mais ou menos intensa, mais ou menos localizada em relação com a sede, extensão e etiopatogenia do processo.

Pode existir *dispneia*, também variável.

A *tosse* também depende da fase e extensão da supuração; pode ser uma tosse de irritação, quando a colecção purulenta não está drenada para o exterior, é geralmente intensa e produtiva quanto existe uma drenagem franca, as mais das vezes em relação com a posição do doente.

A *expectoração* é o sintoma dominante, clássico, patognomónico da supuração pulmonar. Ela nunca falta durante a evolução do processo, embora possa existir em certas fases. É sempre purulenta, até por definição, mas pode ser muco-purulenta ou sero-muco-purulenta dando no escarrador o conhecido aspecto em 3 camadas. Frequentemente contém sangue em maior ou menor quantidade. É sempre abundante e é quase sempre fétida.

Têm sido descritas características diferentes da expectoração conforme o tipo de supuração, falando alguns autores, por exemplo, em cór esverdeada nos abscessos post-pneumónicos.

Microscopicamente encontram-se fibras elásticas (resultantes de desintegração inflamatória da parede brônquica e parênquima pulmonar), dado a que se deu grande

valor, dizendo os antigos que elas eram frequentes nos abscessos, escassos nas gangrenas. Além destas, observam-se leucocitos, granulos de pigmento, gutículas de gordura, cristais de colestrina e outros, detritos parenquimatosos, além das várias bactérias infectantes.

Frequentemente aparecem as *vômicas* que podem surgir no início da doença, quer como primeiro sintoma em plena saúde aparente, quer após curto período febril, ou aparecer em supurações já instaladas, após uma interrupção ocasional da drenagem. A *vômica* pode atingir volumes inesperados; contém sempre maior ou menor quantidade de sangue e, por vezes, quase se observa apenas sangue, dando origem a um diagnóstico errado de hematemeses.

Os sinais objectivos são todos os possíveis em relação com as alterações anatómicas. Pode haver grande escassez de sinais, pelo menos no início. Podem encontrar-se apenas sinais de bronquite, o que é relativamente frequente nas supurações difusas. Podem encontrar-se sinais de condensação, mas há processos relativamente extensos e bem colectados que pela sua posição central não se revelam estetacusticamente.

Nas supurações colectadas e drenadas há geralmente sinais de cavidade e abundam os fervores de bolhas muito grossas. Sendo frequentes as reacções pleurais geralmente serosas ou fibrinosas mas por vezes purulentas é possível muitas vezes encontrar sinais de pleurisia a dominar o quadro.

A nossa casuística forneceu os seguintes elementos tirados da história e observação colhidas à entrada no Serviço:

- 100 % dos doentes tinham tosse e expectoração abundante que só em 6 dos 37 não tinha características de fetidez.
- 11 doentes (28 %) tinham tido expectoração hemorrágica e 12 hemoptises francas.
- A pontada encontrava-se na história de 22 doentes (56 %).
- Apenas em 5 casos (13,5 %) tinha havido dispneia e 3 destes tinham histórias de bronquite asmática.
- Quanto aos sinais físicos foram encontrados na observação de entrada sinais de bronquite em 23 (62 %), sinais de condensação (fervores crepitantes, sopros tubários e aumento de vibrações) em 21. Só em 6 doentes tinham sinais cavitáreos e apenas em 4 havia sinais plaurais nítidos. Em 3 doentes a auscultação foi normal.

Os sinais radiológicos também não são característicos ou, pelo menos precocemente, não há nenhuma imagem típica de supuração pulmonar (*Pilmore*) o que está em relação com a variabilidade das alterações anatomopatológicas. Há uma imagem típica de abscesso do pulmão: cavidade maior ou menor com nível líquido, mas esta pode aparecer em cavernas tuberculosas. Há outros aspectos que põem o diagnóstico provável de supuração pulmonar, como os apresentados nas duas radiografias das figuras 3 e 4, onde se observa respectivamente um ninho de bronquiectasias cercadas por uma zona de infiltração (fig. 3) e uma zona extensa de condensação com amolecimento central (fig. 4). A supuração pulmonar pode traduzir-se, radiologicamente, de várias maneiras e o que a radiologia nos dá principalmente é a extensão, o grau e a localização.

Fundamentalmente, no estudo clínico das supurações, é o exame broncoscópico, pelo qual se pode verificar a

localização exacta do foco ou focos de supuração, as vias de drenagem e a existência de lesões brônquicas cuja importância na patogenia e evolução já foi realçada. A bron-

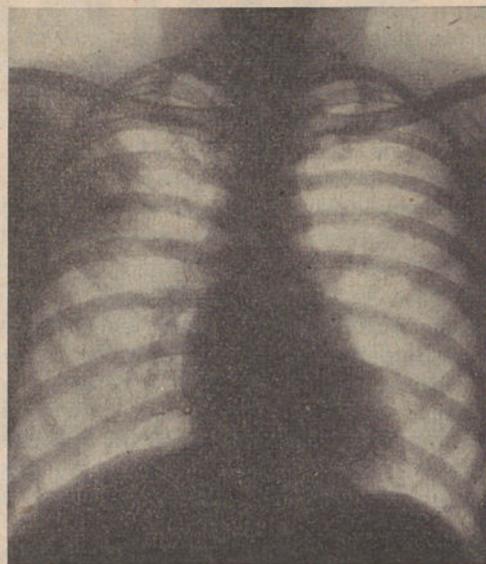


Fig. 3

coscopia pode revelar a existência duma neoplasia oculta por um quadro clínico de supuração. Ela deve pois fazer parte dos exames de rotina destes casos.

A broncografia é também, muitas vezes, de grande valor e o mesmo sucede com as radiografias de perfil que também devem ser consideradas como exame de rotina. As planigrafias podem igualmente fornecer indicações, especialmente sobre o estado da árvore brônquica.

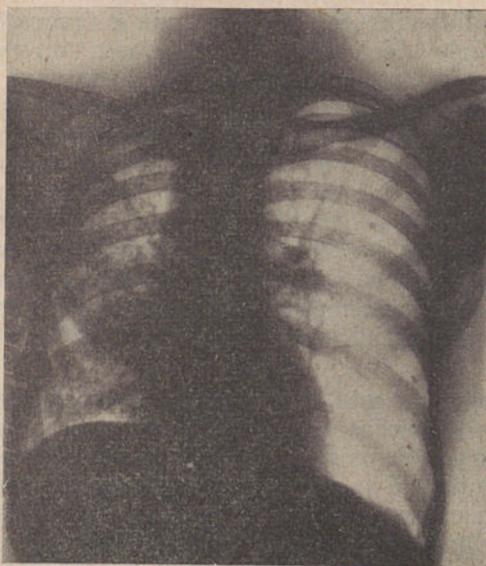


Fig. 4

O diagnóstico não oferece geralmente dificuldades senão enquanto falta a expectoração.

Diagnose diferencial, há que fazê-la com processos pulmonares inespecíficos não supurados — o que de resto é muitas vezes impossível de início, dado que a supuração pode ser uma complicação ou uma fase evolutiva destes processos — e com a tuberculose pulmonar; muitas vezes só a baciloscopia consegue resolver a dúvida.

O empiema, designadamente o empiema baciloso, pode confundir-se com a supuração pulmonar, sobretudo se dre-na para um brônquio. De resto, empiema e supuração coexistem, confundem-se e complicam-se por vezes.

O derrame pleural não purulento pode mascarar uma supuração fechada. A punção pleural, como elemento de diagnóstico pode falhar, por cair em plena coleção purulenta parênquimatosa.

O *decurso* dum processo supurativo pulmonar é bastante variável, tanto na forma dele se iniciar como na evolução. Por vezes ele instala-se muito rapidamente, como no caso seguinte:

H. n.º 61/48 ♀ M. J. Q. 35 anos: começou em plena saúde a queixar-se de pontadas no hemitorax esquerdo; três dias depois arrepios de frio, febre, suores e tosse; mais um dia passado apareceu expectoração esverdeada, abundante de cheiro fétido.

Outras vezes o processo instala-se de forma tórpida:

H. n.º 57/45 ♂ J. P. 46 anos: começou a queixar-se há 5 meses de astenia, pontadas e suores. Três meses depois começou a ter tosse e expectoração que se foi tornando gradualmente purulenta e fétida. Só há poucos dias abandonou o trabalho.

A evolução espontânea depende principalmente da boa drenagem havendo casos que curam sem tratamento.

A resposta à terapêutica é bastante diferente, em relação, evidentemente, com factores anatómicos e também, provavelmente, com factores imuno-alérgicos. Algumas vezes sobrevém uma curac línica e radiológica com bastante rapidez.

H. n.º 109/48 ♀ P. T. P. 44 anos: entra no serviço com uma história de pneumopatia aguda sofrida um mês antes, seguida de cura clínica que durou uma semana, após a qual teve um calafrio, e 24 horas depois uma vômita. Tem muita tosse, expectoração abundante, purulenta e fétida, temperatura acima de 39°, auscultação nota-se apenas diminuição do murmúrio na parte média do campo pulmonar esquerdo, e a radiografia mostra nessa região uma sombra densa e mal delimitada. Inicia tratamento com 600.000 U diárias de penicilina a 15/VII. A temperatura cai em crise no dia 19 e, a 23 já não tinha tosse nem expectoração pelo que foi suspenso o tratamento. Sai com alta a 28 sem sinais clínicos nem radiológicos.

Outras vezes, as mais das vezes, o processo é arrastado com melhorias e recaídas sucessivas.

Abandonado a si mesmo evolui geralmente para a morte, ou rapidamente como doença séptica, ou lentamente através duma cronicidade prolongada com as perturbações da fibrose (dipneia e cianose), dedos em baqueta de tambor e amiloidose.

A cura clínica não corresponde muitas vezes a uma «*restitutio ad integrum*» e as alterações anatómicas restantes são muito frequentemente sede de recidivas. Por vezes, como já foi dito, uma esclerose progressiva domina o quadro.

Com complicações imediatas possíveis há que citar os empiemas por propagação ou por abertura da coleção purulenta na grande cavidade; neste último caso origina-se um pio-pneumo-torax. A propagação a outros órgãos, tanto vizinhos como a distância, por via hemática, é uma raridade possível.

As grandes hemoptises são relativamente frequentes e podem ser causa da morte. A principal complicação, se complicação se pode chamar, é a possibilidade da recidiva.

## TRATAMENTO

No tratamento das supurações há a considerar dois aspectos distintos: tratamento da doença na fase evolutiva e a prevenção da recidiva possível depois de obtida a cura clínica.

Tanto num como noutro caso a terapêutica pode ser médica ou cirúrgica, sendo a indicação necessária e suficiente para esta a falência daquela. A introdução dos antibióticos no arsenal terapêutico trouxe uma notável melhoria nos resultados do tratamento médico, embora não afastasse a necessidade de recorrer à cirurgia num número de casos ainda relativamente elevado, embora variável de uma estatística para outra. No entanto, as novas armas de que a medicina interna dispõe permitem afirmar que o tratamento pode e deve tentar-se sempre pelos métodos incruentos e, conseqüentemente, permitem pôr de parte a teoria defendida há anos por *Neuhof* e *Touroff* da indicação cirúrgica inicial de certas supurações.

A terapêutica médica, a única que nos propusemos estudar, dispõe de várias técnicas que alguns autores descrevem como normas ou atitudes terapêuticas, mas que consideramos simplesmente técnicas ao serviço da mesma orientação geral.

Esta é a orientação universal de combate aos processos supurativos, tão velha como a medicina e que consiste em esvaziar o puz e combater a infecção por meios medicamentosos. E as técnicas citadas não são mais que processos de pôr em prática estas normas.

O esvaziamento do puz pode dar-se espontânea e completamente originando a cura natural que, como já disse anteriormente não é uma raridade. Geralmente, porém, a drenagem espontânea não é completa, pelo que, sempre que há saída da expectoração purulenta deve usar-se a *cura postural*. Esta pode ser feita de várias maneiras, desde a mais simples que consiste em procurar por tentativas a posição de maior saída de expectoração, até à apurada técnica de *Sutherland* e *Grant* que procedem ao estudo broncoscópico das vias de drenagem e estabelecem assim a posição de eleição na qual conservam o doente várias horas de dia e até de noite.

Quando a drenagem necessária não é alcançada espontaneamente ou com o auxílio de cura postural, há que recorrer a uma das duas técnicas mais recentes e que são o *esvaziamento broncoscópico* e as *punções transparietais*.

Uma e outras têm as suas indicações e os seus adeptos, com os respectivos resultados estatísticos. A indicação e a escolha de um destes métodos tem naturalmente que depender de vários factores, principalmente da posição do foco e portanto da acessibilidade deste a uma ou outra via.

A aspiração endobrônquica que é sempre aconselhável associar à broncoscopia feita com fim diagnóstico, pode ser repetida e utilizada como meio terapêutico principal. Embora pareça mais lógico reservá-la para quando não se obtém a drenagem por processos mais simples, há autores que defendem a primazia deste método, entre os quais *Flick* que, em 1926, apresentou uma estatística de 70 % de curas de abscessos pulmonares tendo a aspiração endobrônquica como único tratamento. Trata-se evidentemente de um processo pouco praticável, fora de um serviço especializado e difícil de repetir com frequências até por ser torturante para o paciente. Como complemento da broncoscopia, repe-

timos, deve sempre fazer-se e, por vezes, resolvendo uma atelectasia, modifica por completo a evolução do processo.

As aspirações repetidas fazem, os autores que as praticam, seguir a introdução de uma solução de antibióticos pela sonda. Também as punções transparietais são utilizadas no mesmo duplo sentido.

Já há 20 anos que *Fontaine* punccionou a parede torácica para tratar abscessos pulmonares, introduzindo violeta de genciana. Após a descoberta dos antibióticos, foi retomado o uso das punções por *Drouet* e colaboradores, em França, e *Castex* na Argentina. Podem fazer-se punções únicas ou múltiplas conforme a supuração é colectada ou difusa. *Castex* chega a fazer grande número de punções na mesma sessão sem inconvenientes e com bons resultados. A técnica não é complicada e apenas a escolha prévia do local ou locais de punção requer certa experiência. Extrai-se pela agulha a maior quantidade possível de pus e introduz-se penicilina (500:000 U por sessão). Como cuidados a ter aconselha-se o aquecimento do soro e a injeção prévia de atropina-papaverina para suprimir o reflexo vagal.

Trata-se portanto de um processo relativamente simples e inócuo, e que tem particular indicação nas colecções purulentas mal drenadas e pouco acessíveis à broncoscopia.

Não deve porém esquecer-se que a maioria das supurações drena espontaneamente por via brônquica e que a aplicação dos antibióticos «in loco» não parece oferecer vantagem sobre a via parentérica.

A escolha do antibiótico a usar pode fazer-se com rigor mediante o estudo laboratorial da sensibilidade das bactérias encontradas na expectoração. Na falta deste estudo, e de acordo com os resultados que ele geralmente fornece, a droga a usar é a penicilina por ser activa sobre a maioria dos germes infectantes. Foi graças à penicilina que o prognóstico das supurações se modificou radicalmente nos últimos 10 anos.

A divergência é grande quanto às doses a empregar, pois enquanto *Allix* e *Covas* preconizam como dose mínima 2 milhões de U por 24 horas, *Kourilsky* considera suficiente 200.000 U diárias. No nosso serviço tem-se aplicado na maioria dos casos a dose de 200.000 U de 4 em 4 horas, associando ao antibiótico um ou mais choques sulfamidicos (com 6 gr. diários de sulfadiazina) durante 20 dias, e os resultados têm sido plenamente satisfatórios.

É aconselhável durante ou após a terapêutica penicilínica, fazer um tratamento com estreptomina (1 gr. diário durante 15 ou 20 dias) dada a probabilidade da existência de bactérias gran-negativas (V. G. o bacilo de Friedlander) que encontrando-se inicialmente em regime de comensalismo passam a desempenhar o papel principal depois da cura penicilínica. Como já foi dito, a aplicação local de antibióticos não parece oferecer vantagem sobre a via parentérica. A inalação por aerossol também não respondeu às esperanças despertadas.

Resumindo tudo o que fica exposto: o tratamento das supurações pulmonares consiste na cura medicamentosa por antibióticos e no esvaziamento das secreções purulentas que, no caso de se não fazer espontaneamente ou com o auxílio duma posição escolhida, pode ser tentada por aspiração endobrônquica ou por punções transparietais, dependendo a escolha destas medidas principalmente da localização do processo.

Numa parte das supurações o problema não se resolve medicamente, e a intervenção cirúrgica tem indicações tanto nos casos em que a sintomatologia se mantém após um prazo determinado, como para aqueles que, curados sintomaticamente, deixam sequelas — cavidades, bronquectasias ou setenoses — que causam perturbações funcionais e tornam provável a recidiva.

O prazo ao fim do qual se deve desistir de tratar medicamente uma supuração é o problema mais difícil de resolver teoricamente. Duma maneira geral, os autores falam em 2 ou 3 meses, mas é evidente que são múltiplos os factores gerais ou locais que põem indicações ou contra-indicações cirúrgicas. Torna-se necessária a colaboração do internista, do broncoscopista, do radiologista e do cirurgião, mas a esta equipa é o bom-senso quem deve presidir e com voto de qualidade.

Dada a frequência de alterações locais irreversíveis após a cura da supuração, o prognóstico é sempre enegrecido pela possibilidade da recidiva. E aqui surge um outro capítulo da terapêutica que é o da prevenção daquela. Deve-se vigiar os brônquios do doente recomendando o maior cuidado com os catarros e utilizando frequentemente as antigas drogas expectorantes e antissépticas da árvore brônquica. No nosso Serviço, temos submetido numerosos convalescentes ao tratamento por auto-vacinas preparadas a partir da expectoração.

De grande interesse são as ideias de *Kourilsky* sobre o assunto. Este autor atribui, como já dissemos, papel preponderante aos focos sépticos, sinusais e amigdalinos nas infecções brônquicas, dentários nas parenquimatosas. De acordo com esta teoria baseada em vasta estatística, dá especial importância à remoção destes focos após a cura ou durante o tratamento da supuração. A sua estatística mostra que nos doentes em que foram encontrados focos sépticos e estes puderam ser extirpados não houve recidivas.

#### BIBLIOGRAFIA

- Ameuille e Lemoine* — Etudes de pathologie bronchique. Lisboa, 1948.
- Allix e Covas* — Sobre el tratamiento médico de los abscessos pulmonares. Rev. Clin. Esp. XL — 43 — 1951.
- Baumgartner, A.* — Traitement chirurgical des supurations pulmonaires non tuberculeuses — Teses do IXº Congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia. Madrid, 1932.
- Castex* e outros — Accion de la estreptomina injectada transtoracicamente sobre la flora microbiana de la expectoracion de supurados cronicos pulmonares. Pr. Med. Argent. XXXIV — 1885 — 1947.
- Coquelet* — Les supurations pulmonaires non tuberculeuses. Teses do IXº Congresso da Soc. Int. de Cirurgia. Madrid, 1932.
- Kourilsky* — Les supurations bronchopulmonaires. J. Franc. de Med. et Chir. Thor. IV — 113 — 1950.
- Lagos, M.* — Tratamiento quirúrgico de los procesos supurados non tuberculosos del pulmon. Teses do IXº Congresso da Soc. Int. de Cirurgia. Madrid, 1932.
- Lilienthal, H.* — The treatment of none tuberculeus supurations of the lung. IXº Congresso da Soc. Int. de Cirurgia. Madrid, 1932.
- Nicholson* — Supurative pneumonia. The Lancet CCLIX — 549 — 1950.
- Stivelman e Kavee* — The treatment of acute putrid lung abscess with peniciline and sulfadiazine. Ann. of Intern. Med. XXX — 343 — 1949.
- Soulas e Mounier Kuhn* — Bronchologie. Paris, 1950.

# MOVIMENTO MÉDICO

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

## RESUMOS DA IMPRENSA MÉDICA

**Tumores malignos primários do fígado. — Sanford (C. H.) — (Ann. Int. Med. — XXXVII: 304; Aug. 1952).**

As estatísticas demonstram a importância da cirrose hepática como factor etiológico em relação às neoplasias malignas do fígado. Esse factor encontra-se em alta percentagem de casos, que vai desde 39% (estatística de Smith) até 87,2% estatística de Strong e Pitts).

O sintoma inicial mais frequente é a dor; seguem-se-lhe, por ordem de frequência, o tumor, vagas perturbações digestivas e escite, com ou sem icterícia. As suas metastases mais frequentes são as pulmonares.

Em casos, raros, podem das crises dolorosas de tipo cólica, devidas a hemorragias dentro de focos de necrose.

O diagnóstico clínico baseia-se nos seguintes dados: fígado aumentado de volume, duro, doloroso, irregular ou nodular, com ou sem ascite e com ou sem icterícia. Reforçam a presunção diagnóstica a idade do doente superior a 40 anos e, sobretudo, o conhecimento da existência anterior duma cirrose hepática.

A laparotomia é o melhor método para confirmar o diagnóstico. A ressecção da massa tumoral, quando possível, pode prolongar apreciavelmente a vida do doente.

**«Doença do arranhão do gato»; linfadenite regional não bacteriana. Apresentação de 60 casos. — Daniels (W. B.) e Mac Murray (F. G.) (Ann. Int. Med. — XXXVII:697; Oct. 1952).**

Baseados na experiência de 60 casos desta afecção, conhecida também na Europa pelo nome de «doença de Mollaret», os autores descrevem o seu quadro anatomoclínico e referem algumas das suas características imunobiológicas.

Esta entidade (descrita primeiro na América por Foshay e na Europa por Debré) consiste, classicamente, numa linfadenite regional, com ou sem formação de pus estéril, que se segue a um arranhão do gato, e numa lesão inicial na pele.

Esta, que se apresenta em cerca de metade dos casos, pode ter

formas variadas: escoriação inflamada, pápula, pequena pústula, pequena úlcera com ou sem crosta, lesão semelhante a um pequeno furúnculo, etc.

A supuração, com pus estéril, verifica-se em cerca de 1/3 dos casos.

Em regra há história de contacto com gatos.

A afecção pode simular qualquer das várias adenopatias regionais de tipo inflamatório ou neoplásico.

Os gânglios axilares são os mais frequentemente interessados mas os cervicais também são, com frequência sede do processo.

A maioria dos pacientes têm um curto período em que «se sentem doentes», com febre e mal estar geral, mas a adenopatia, indolor ou supurada, pode persistir durante meses.

Os gânglios têm uma quadro anatomopatológico característico, embora não patognomónico.

Com o pus dos gânglios, ou com o macerado destes, pode preparar-se um antigénio que dá uma reacção intradérmica positiva às 48 horas nos portadores da doença.

Investigações realizadas até ao presente sugerem que esta afecção é provocada por um vírus afim do grupo linfogranuloma-psitacose.

**A exsanguino-transfusão no adulto — S. Becque-vort — «Bruxellas Médical» (32.º an., 7 Dez. 1952).**

A exsanguino-transfusão é uma operação facilmente realizável sob o ponto de vista técnico por uma equipa treinada que disponha de material apropriado.

Em presença duma anúria aguda, é susceptível de prolongar a vida durante um tempo suficiente para permitir que melhorem as lesões renais. No estado actual das coisas, esta técnica é preferível ao rim artificial que não está ainda bem «au point» e cujo emprego necessita de muito numerosos e difíceis exames de laboratórios. Parece aos A.A. melhor que a diálise peritoneal porque é menos perigosa.

A. e.—t., para apresentar o máximo de eficácia, deve atingir duas vezes pelo menos a massa sanguínea total.

## ECOS DA IMPRENSA MÉDICA

*Berk e Krumperman* (Am. J. Med. Sc. — Nov. de 1952) aconselham, para alívio das terríveis dores da pancreatite aguda, por vezes tão difíceis de debelar, a anestesia epidural, realizada ao nível da coluna lombar, entre L1 e L2.

\*

*Sotgiu, Cacciari e Frassinetti*, apresentam, no número de 1 de Outubro de 1952 de «La Presse Médicale», os seus resultados obtidos com um método radiológico de visualização vascular (da porta e da splénica) a que chamam «splenoportografia», e que se obtém injectando um líquido rádio-opaco no baço, através da parede abdominal. Referem que este método é absolutamente inofensivo e de resultados muito seguros, podendo ser de grande utilidade no diagnóstico das spleno-megálias, afecções do sistema porta e certas doenças do fígado.

Estes estudos sobre a portografia e splenoportografia foram iniciados por Sousa Pereira, no cadáver e no indivíduo vivo e laparotomizado (portografia intraoperatória).

\*

*Miller e Bass* apresentam, no número de Outubro de 1952 dos «Annals of Internal Medicine» um caso de sarcoidose, pulmonar e ganglionar, que melhorou muito, tanto do ponto de vista clínico como radiológico, pelo emprego da adrenocorticotrofina (ACTH). Até agora apenas um outro caso daquela afecção tratado por esta hormona tinha sido estudado suficientemente de molde a poder-se avaliar o efeito da droga em questão.

\*

Na «Minerva Médica» (8 de Out. de 1952), *T. Lucherini e E. Cecchi* assinalam a existência em cerca de 15% de casos de reumatismo agudo ou crónico duma coloração amarela na palma da mão e regiões plantas do pé.

*Thorn* e um grupo de colaboradores, apresentam no número de Novembro de 1952 dos «Annals of Internal Medicine» os resultados da sua experiência da adrenalectomia total, bilateral, nos doentes com hipertensão arterial grave, com ou sem insuficiência cardíaca e neuroretinopatia. A insuficiência renal constitui uma contra-indicação da intervenção, cujos resultados, mesmo em face da extrema gravidade dos casos em que foi realizada, parecem pouco animadores.

Os doentes sobreviventes ao acto operatório (13 em 15 casos) são sujeitos a uma terapêutica postoperatória adequada, recebendo cortisona (em injeção ou per os) e alguns desoxicorticosterona.

\*

*Mc Gurl, Jr.*, no número de Setembro de 1952 dos «Annals of Internal Medicine» refere um caso de periarterite nodosa, cujo diagnóstico foi comprovado por biopsia, influenciado muito favoravelmente na sua evolução pelo emprego do ácido para-aminobenzoico.

\*

*Engelje-Rössner*, em «Münchener Medizinische Wochenschrift» (17 de Out. de 1952) refere um caso de angina de peito nocturna desde 1947 numa mulher de 35 anos. Fizeram-se vários tratamentos sem resultado. Cura obtida com 15 mgrs. de avertan, no fundo da vagina, renovado todos os 15 dias.

\*

Na «Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde» (22 de Nov. de 1952), *Bos, Kho Lien Keng* refere o caso duma hipertensão essencial numa rapariga de 7 anos que viveu, dos 4 anos e meio aos seis anos, num campo de concentração em Java; aos 12 anos, curou-se com o hescametônio.

Um produto original "Delta"

# HIDROBIÓTICO—H

Sulfato de Dihidroestreptomicina + Hidrazida do ácido Isonicotínico  
em associação sinérgica

## COMPOSIÇÕES:

### NORMAL

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de Sulfato)	0,50 Gr.
Hidrazida do Ácido Isonicotínico . . . . .	0,10 Gr.
Água bidestilada apirogénica . . . . .	3 c. c.

### FORTE

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de Sulfato)	0,50 Gr.
Hidrazida do Ácido Isonicotínico . . . . .	0,20 Gr.
Água bidestilada apirogénica . . . . .	3 c. c.

## APRESENTAÇÃO:

NORMAL			FORTE		
1 Dose . . . . .	Esc.	15\$00	1 Dose . . . . .	Esc.	15\$50
3 Doses . . . . .	Esc.	43\$00	3 Doses . . . . .	Esc.	44\$50
5 Doses . . . . .	Esc.	70\$00	5 Doses . . . . .	Esc.	71\$50
10 Doses . . . . .	Esc.	138\$00	10 Doses . . . . .	Esc.	139\$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*

## SUPLEMENTO

### A LITERATURA QUE ACOMPANHA AS ESPECIALIDADES

Para que servirá o folheto que acompanha a maioria das especialidades farmacêuticas com a citação de autores, uma infundável lista das mais variadas indicações do produto, referências bibliográficas, etc., etc.?

Não se descortina, na actualidade, a sua conveniência.

A quem se dirige todo aquele elucídário laudatório do produto? Ao médico? Ao farmacêutico?

Seguramente nenhum laboratório pretende ensinar o médico ou o farmacêutico por tal processo. Mal iria a todos se o médico receitasse primeiro determinado produto e só depois de o doente o adquirir, de abrir o envólucro e de ler o folheto soubesse se estava ou não indicado. Tal processo seria simultaneamente ridículo e perigoso e muito bom apenas para, com toda a justiça, afugentar a clientela do clínico que assim procedesse. Os laboratórios quando desejam informar os médicos sobre os seus produtos dirigem-se-lhes directamente apresentando literatura adequada e em nível bem diferente do que empregam nos folhetos anexos aos envólucros.

Mal iria também ao farmacêutico se precisasse de tal processo para adquirir conhecimentos profissionais; aliás, só poderia aproveitar do que fosse escrito no próprio envólucro, pois o folheto mantinha-se a distância, visto dever fornecer o medicamento com o envólucro intacto. Coitado dele se tivesse de pedir aos clientes o favor de abrir ou de lhe consentirem a abertura dos envólucros para aprender os conhecimentos que os fabricantes das especialidades farmacêuticas entendessem conveniente prestar e ministradas com sujeição ao acaso das receitas apresentadas.

O ridículo de tais situações é suficiente para demonstrar que os folhetos não se destinam nem aos médicos nem aos farmacêuticos.

Quem será então o destinatário? Será o doente?

Mas que lucro tira a criatura, tantas vezes perturbada com dores e outros incómodos causados pela doença, de tais leituras onde encontra termos técnicos cujo significado lhe é totalmente desconhecido? Que utilidade terá para ele uma série de gráficos como de quando em quando se encontram? Pretende-se ensinar-lhe a evitar os perigos de dosagem errada ou a conhecer as contra-indicações? Mas o doente alheio à medicina terá a noção dos perigos em que anda envol-

vido? Não será o médico que tem de os conhecer e dar indicações concretas aos doentes conforme as circunstâncias peculiares a cada um deles? Pretender-se-á, porventura, ensinar o doente a medicar-se por si próprio? Mesmo que assim fosse, e não creio que alguém tenha tal ideia, poderia o doente aprender o suficiente para se orientar entre os escolhos sem conta causados por tal processo de se auto-medicamentar? Possuirá, aliás, o doente a cultura, sobre assuntos de medicina, suficiente para poder compreender e assimilar o conteúdo da literatura? Mesmo que a tivesse, nem sempre o seu estado de espírito lhe permitiria determinar-se devidamente mercê das perturbações causadas pela própria doença.

Se esta literatura não tem qualquer utilidade para o médico, farmacêutico ou para o doente, a quem se dedica o texto dos impressos? Caso curioso: a ninguém.

Todavia, não se trata só de papel inútil e, como tal, a pedir a eliminação pura e simples porque, pior ainda, é prejudicial.

O espírito do doente, ao ler os folhetos, é assaltado, muitas vezes, por fortes dúvidas e grandes receios.

É frequente encontrarem-se doentes que, ao lerem no folheto anexo ao tónico prescrito, entre várias indicações, a tuberculose, duvidam da sinceridade do médico quando este lhes garantiu que estavam debilitados mas não tuberculosos e ficam verdadeiramente deprimidos pela dúvida que teima em não se afastar do espírito. Por ter lido no folheto que uma pomada receitada para certa doença serve também para curar todos os eczemas, não falta quem a aplique num filho ou a recomende a pessoa amiga por supôr sofrer deste mal, dando o resultado de agravar o seu estado com um tratamento inadequado.

Ainda há pouco tempo, uma doente relativamente jovem ficou assustadíssima ao ler, no folheto, que o remédio, prescrito por determinado médico, se aplicava nas perturbações da menopausa, por lhe ter nascido a ideia de se encontrar no fim da juventude.

Pode-se dizer, com verdade, que o mal deriva dos doentes raciocinarem com falta de lógica, mas não é menos verdade também que estes factos ocorrem todos os dias.

Nestas condições, se o folheto não tem qualquer utilidade e cria situações desagradáveis impõe-se a necessidade de ser eliminado. Aliás, quando o médico prescreve uma fórmula ma-

gstral, ninguém junta literatura ao remédio. Então os perigos só existem quando se trata de especialidades?

Em tempos idos, esta literatura teve razão de existir, mas os motivos que a justificaram já desapareceram e, portanto, deve-se acabar de vez com ela para prestígio da medicina e utilidade dos doentes e, até, dos laboratórios, por se libertarem duma despesa considerável que se pode traduzir em lucro ou numa baixa de preço dos produtos.

Não se pretende, com esta medida, enganar o doente ou rodeá-lo duma atmosfera de mistério, mas tão somente evitar que surjam ideias erradas e se criem estados de espírito prejudiciais dificultando, por conseguinte, a recuperação da saúde.

Foi por ter deparado com vários inconvenientes provocados pela incompreensão da leitura dos folhetos referidos que resolvi recomendar aos laboratórios a utilidade de não se darem indicações sobre posologia e administração, quer nos envólucros das especialidades quer em folhetos anexos, exactamente como se procede com os produtos magistrais, tendo até já publicado algumas palavras sobre o assunto. Não encontrei quem discordasse, verifico que já bastantes especialidades não apresentam, nos envólucros, qualquer indicação, sobre posologia e aplicações, devo a alguns laboratórios a gentileza de me afirmarem que ainda não eliminaram os folhetos por tal não lhes ser consentido, mas reduzem ao mínimo o respectivo texto e sei que determinado laboratório já apresenta certos produtos sem aquelas indicações.

Claro está que não devem ser eliminados certos conselhos úteis, como, por exemplo, a aplicação ou abertura duma tampa especial, a utilização dum certo tipo de conta-gotas, a chamada da atenção para determinados aspectos que significam alteração do produto, a conveniência de se colocar o remédio em lugar fresco ou quente ou ao abrigo da luz, etc., etc..

Estas indicações é que não devem faltar.

Em suma: devem ser eliminadas apenas as indicações do produto, a respectiva posologia e qualquer reclamo referente às propriedades, quer nos envólucros quer em folhetos anexos.

**ANTÓNIO JOSÉ LÚCIO.**

(Cartaxo)

# Ecoss e Comentários

## TERMINOLOGIA MÉDICA

Na última reunião ordinária da Sociedade de Ciências Médicas foi este problema abordado pelo Prof. Costa Sacadura, tendo sido proposta pelo Prof. Cândido de Oliveira e aprovada pela Sociedade, a constituição duma Comissão permanente para estudar, rever e manter actualizada essa terminologia.

Este problema é duma enorme importância e se da proposta do Prof. Cândido de Oliveira e da decisão da Sociedade sair a sua resolução, muito lhes ficaria devendo a classe médica e a medicina nacional.

A diversidade de nomenclaturas, reinante no nosso meio, por exemplo entre as três Faculdades, a enorme dificuldade de traduzir certos termos e expressões criados noutras escolas e introduzidos entre nós em línguas estranhas, a imprecisão de algumas designações e a incerteza sobre a verdadeira grafia de certas palavras da linguagem médica, etc., tudo isso são aspectos importantíssimos daquele grande problema geral da terminologia médica.

Devemos dizer leucocito, à maneira de Lisboa ou pronunciar leucócito, como fazem os nossos colegas de Coimbra e do Porto?

Como traduzir o «stress» de Selye, e as «cation-exchange resines» ou o «shoulder-hand syndrome» dos autores ingleses?

Deve dizer-se tissular, tecidular ou tecidual, para designar qualquer coisa própria dos tecidos?

A linguagem escrita é um dos principais instrumentos científicos, e uma terminologia incorrecta e pouco precisa, portanto mais difícil de compreender, constitui grave traição a uma ciência e a uma cultura.

Ainda recentemente, num concurso para uma das Faculdades de Medicina, teve o candidato de se dirigir ao seu arguente, membro do corpo docente de outra daquelas Faculdades, pedindo a sua atenção para que a diferença das terminologias usadas por aquele e por este não dificultasse ao arguente a compreensão perfeita do assunto exposto pelo candidato.

Parece que andamos falando vários dialectos do mesmo idioma e que, além disso, não contentes por sermos obrigados a importar a maioria das nossas ideias médicas ainda temos de mandar vir de fora as próprias expressões e palavras em que elas devem ser transmitidas.

Mandemos vir «do estrangeiro», figurinos, ideias e meninos, vá lá!, mas ao menos tentemos vesti-los à portuguesa... quanto mais não seja à moda do Minho.

F. R. N.

## CONCURSOS

Ninguém poderá dizer que não é oportuno o artigo que no último número de «O Médico» publicou o Prof. Eduardo Coelho sobre concursos — quer se trate de vítimas, quer de beneficiários desse processo de escolher candidatos — beneficiários ou vítimas como concorrentes ou como membros de juris. Uns e outros, ao fim e ao cabo, sempre terão críticas a fazer a sistemas que dependem essencialmente da seriedade, do aprumo, da competência e da isenção dos que constituem os tribunais. Se tem havido actos indi-

gnos, atitudes ridículas, conluios vergonhosos — todos nós os conhecemos — em concursos universitários de Portugal e de outros países, o mesmo se poderá dizer acerca de concursos para a escolha de médicos em organismos estranhos às Faculdades. Há muito que dizer, sem dúvida, sobre programas, provas e outros pormenores; mas parece-me que mais importante é a composição do Tribunal.

Parece-me que neste assunto de concursos, muito mais do que o regime, importam as pessoas escolhidas para formarem os juris. Há um ponto, apenas, quanto a sistema, que julgo necessário implantar entre nós: acabando com o voto secreto, cada membro do juri tomar a responsabilidade da própria resolução, manifestando perante os candidatos e o público que assiste, logo a seguir às provas públicas, o seu voto. Com tal sistema de votação, é possível que continuem a actuar desafortunadamente alguns membros de juris de concursos; mas, sem dúvida, a grande maioria procederá com mais isenção e atenderá menos... aos próprios interesses.

M. C.

## PLETORA MÉDICA

O tema — plethora médica — é glosado em vários países, na imprensa médica, em conferências e reuniões sindicais. Recentemente, o Dr. Enrique Nogueira abordou o assunto num artigo intitulado «Médicos baratos» na «Gaceta Médica Española»; termina assim o artigo:

«Dir-se-ia que convém manter um proletariado médico, do qual podem extrair-se, para os serviços, trabalhadores baratos, obrigados a servir por qualquer preço e de qualquer modo, sem se reparar que estes médicos baratos são caríssimos a uma sociedade detestavelmente assistida. Mas isto repugna ao critério e ao sentimento cristão que inspira a actual obra do governo e se a plethora médica é um problema herdado da época liberalista que considerava mais lícito ter médicos aos montões e sem competência do que restringir a «sagrada liberdade» do que quizesse estudar e exercer a medicina, o nosso dever, urgente e indeclinável, é resolvê-lo — o que é bem simples — e, antes de tudo, não o agravar com nova série de licenciados aos quais se forneceu um ensino deficiente em planos escolares que não podem dar instrução razoável e sem se atender às portas de entrada ou saída das Faculdades. Ditosos os architectos e os engenheiros a cujos professores pediram, de joelhos, que apertassem menos nos exames!»

Estes comentários são feitos a propósito dum recente decreto do Governo espanhol que regula o ingresso nas Escolas especiais. Antes do decreto, de 500 candidatos às escolas de arquitectura, só eram admitidos 10; em 1951, já foram admitidos 500.

VITAMINA A  
VITAMINA A & D  
VITAMINA B<sub>1</sub>  
VITAMINA B<sub>2</sub>  
VITAMINA B<sub>6</sub>  
VITAMINA B<sub>12</sub>  
COMPLEXO B  
VITAMINA C  
VITAMINA D  
VITAMINA E  
VITAMINA K  
VITAMINA PP



FÓRMULAS E FORMAS  
COMUMMENTE USADAS  
EM TERAPÊUTICA



LABORATÓRIOS  
DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

## MOSAICOS NORTENHOS

## XLI

## Oh Zé! Larga o pacote

Somos uns desperdiçados! Deitamos tudo fora: pontas de cigarro, papéis grandes e pequenos, canetas velhas, peúgas rotas ou colarinhos esfarpelados...

Não presta... deita-se fora — é a norma de todos, como se as velharias nada valéssem!

Somos uns desperdiçados e quase se não enxerga quem assim não proceda!

Na época actual as coisas usadas só têm cotação se de móveis antigos se trata, ou de joias que se pareçam com as dos nossos avós; aos quadros com uma assinatura conhecida há mais de um século, também é de bom tom ligar importância...

Quanto ao resto... deita-se fora com um desdem que arripia.

Não presta!... e como não presta... lixo.

Somos assim e chacoteamos os raros que procedem doutro modo.

## EXEMPLOS DA VIDA CORRENTE

Se nos dizem que é possível fazer fortuna com papel velho... rimo-nos, dizemos que sim, mas continuamos a deitá-lo fora.

Se nos dizem que as pontas de cigarro ainda seriam aproveitáveis, porque contêm muito tabaco... concordamos, mas deitamos fora meios cigarros, para demonstrar a nossa tendência perdulária.

Se deitamos fora um jornal já lido e relido... logo nos dizem que ainda poderia prestar muito bons serviços, mas continuamos a abandoná-los.

E os exemplos poderiam desfiar-se sem fim, numa reprimenda a muitos dos nossos actos irreflectidos, sem que cheguem para nos convencer a abandonar o velho hábito de tudo deitar fora.

Quem se dará ao trabalho de escrever com um lápis já reduzido a proporções pequeníssimas?

Quem terá o cuidado de aproveitar os envelopes das cartas que recebe, para tomar umas notas, redigir uns apontamentos, ou conferir a conta do mercieiro?

Quem há que aproveite os programas dos Teatros ou dos Cinemas?

Que eu saiba e me lembre, só os selos usados se aproveitam, já lambidos e carimbados; esses sim, são muitos os que os guardam e coleccionam.

## HÁBITOS VELHOS

Somos uns perdulários e quando aparece alguém a remar contra estes hábitos de gente rica — rimo-nos, comentamos e acabamos por encolher os ombros. Afinal somos ridículos e teimosos, não há dúvida.

Para quê um fato novo, se os cotovelos se não vêm ainda ou se nas calças resta uma redinha que serve a decência?

Sejamos poupados — deixemo-nos de desperdícios que somados, podem constituir a base de um bom pecúlio. E pela vida fora, um pecúlio faz sempre geito...

Reconheço que também estou abrangido por esta crítica e, pensando bem, gostaria de poder reaver todas as caixas de fósforos que tenho deitado fora e que agora, vendidas, me dariam bom dinheiro.

Quanto conseguiria em escudos se tivesse guardado todas as carteiras e envólucros dos cigarros que tenho fumado?

E os cabos das escovas de dentes, as bisnagas da pasta com que os esfregamos, as latas de graxa e as rolhas, desde as mais pequeninas usadas nos frasquinhos de perfume, até aos batoques das pipas de vinho?

E os tubos dos variados comprimidos, os frascos de todos os tamanhos e feitios, as garrafinhas, garrafas e garrafões?

Se tudo guardássemos, quanto dinheiro não conseguiríamos com a sua venda e de quantos apuros não seriam capazes de nos livrar todas essas velharias que deitamos fora?!

## O PRINCÍPIO DE LAVOISIER APLICADO À ECONOMIA

Mas, porque deitamos fora os ossos dos animais que comemos — do capão, do frango, do perú, do coelho e do saboroso porco? Não valerão dinheiro?

E as espinhas dos peixes — também serão inutilidades que se desprezem?

E as latas de conserva, as cápsulas das garrafas, as câmaras de ar já arrombadas e os pneus carecas?

E as cascas das nozes, das avelãs, das castanhas da Índia, ou dos pinhões de Leiria?

E as cascas de laranja, em que tanta gente escorrega, as de tangerina ou de banana, de melão ou melancia?

E as grainhas, as pevides e os caroços?

Tudo se deita fora, esquecendo-nos que o princípio de Lavoisier também se aplica à economia: tudo se pode transformar em dinheiro e, afinal, este faz geito a toda a gente.

Bom exemplo nos dão os campónios de certas regiões que guardam cuidadosamente as caganitas de ratos; com elas fazem um chá quando na casa, ou nas redondezas, aparece um caso de cólica hepática e asseguram ser remédio que não sofre comparação com qualquer outro. Vejam lá! Até as caganitas de rato têm serventia!

## VIDA NOVA

Não resta dúvida: há necessidade de reagir contra tanto desperdício e reeducar o nosso povo, de forma a tornar-se mais poupado, mais económico. Essa reeducação, que levará tempo, há-de, necessariamente, reflectir-se no interesse da colectividade.

Têm estas minhas considerações grande oportunidade; desculpem os meus leitores que só agora desvende o motivo porque hoje lhes falei neste assunto. De facto, há quem presentemente reaja e não se pode deixar de realçar uma atitude, que sendo bem aproveitada e divulgada, pode ser a base desse movimento que, na verdade, seria de grande alcance económico se tivesse continuidade.

Sou dos que pensam que a vida vale mais pelas coisas pequenas, que pelas grandes que abalem pela espectacularidade.

Em boa hora aparece um exemplo, simples e despretencioso, mas que bem pode constituir a ponte de passagem para uma profunda modificação dos nossos hábitos.

É o caso, que em certo organismo de grande projecção no nosso meio, os vencimentos aos seus funcionários são entregues dentro de uns envólucros; pois foi agora determinado que os funcionários, no fim do mês, podem levar o dinheiro, mas têm que deixar ficar o pacote, que pode servir para as vezes seguintes.

*Oh Zé! Larga o pacote*, será a palavra de ordem para os distraídos, esquecidos ou impertinentes.

É assim que se começa. Pois se os funcionários levam o magro dinheiro, para que hão-de levar também o pacote, que, pelo caminho, ou já dentro de casa, seria para deitar fora?

Eu compreendo que de começo haja más vontades e certos aborrecimentos, mas é indubitável o grande significado da ordem de serviço que determina esta nova orientação no sentido da economia e para os recalitrantes só pode haver uma resposta, dita em voz de comando e com ar convicto: — *Oh Zé! Larga o pacote!*

As grandes campanhas começam sempre por qualquer coisa insignificante. O que agora foi determinado naquele organismo é das tais pequenas insignificâncias que merecem aplauso e que devem ser tomadas a sério. Entrou-se decididamente em regime de economia — ainda bem.

*Oh Zé! Leva o dinheiro... mas deixa o pacote!*

## A MEDICINA EM ESPANHA

## O ano médico literário de 1952

(Do redactor-delegado em Madrid  
de «O Médico» DR. CASTILLO DE  
LUCAS)

Os dedicados às letras não são muito devotos dos números, preferem que võe a fantasia sobre o conjunto de uma obra ou trabalho a sujeitarem-se a uma rígida estatística que, além de não ser muitas vezes absolutamente exacta, não dá ideia do sentido humano que determina as proporções relativas num computo minucioso do número de livros, artigos e trabalhos médico-literários publicados num ano para assim fazer o balanço que por estes únicos dados seria comparável a um de natureza comercial.

Difícil seria fazer, de mais, este balanço numéricamente e com um sentido crítico, embora realizado com a melhor boa-fé, já que sempre haveria anuições desagradáveis e críticas não conformes com o critério pessoal do autor nunca infalível. Guia-nos só um interesse geral evidenciando o sentido humanístico dos escritores médicos e da utilidade dos seus trabalhos para as publicações científicas.

Em seis conclusões várias resumi panoramicamente o labôr médico-literário do ano findo.

1.º — Pensamos que o ano de 1952 foi um dos mais pródigos em trabalhos médico-literários e artísticos. Em quase todas as revistas científicas recebem-se e solicitam-se publicações para-médicos, destacando-se o «Boletim del Consejo General de Colégios médicos», pela maneira como cuida da ilustração destes trabalhos.

A imprensa diária e os semanários gráficos têm colaboradores médicos que cumprem a sua difícil tarefa com toda a discrição.

Realizaram-se duas exposições de pintura, uma no Congresso Internacional de Cirurgia, onde muitos médicos, pintores apresentaram notabilíssimos trabalhos laureados nas suas diversas secções; destacamos o do doutor Cerra por ter obtido a medalha de honra. A outra realizou-se em Elche, cidade de tão grande tradição artística.

2.º — Importância transcendente teve o discurso do doutor Manuel Izquierdo na inauguração das sessões literárias da Associação Espanhola de escritores e artistas médicos, que versou a vulgarização da medicina, assinalando os perigos que representam para a saúde em geral e para o prestígio do médico a propaganda e difusão na imprensa e na rádio dos conceitos científicos, meios de diagnóstico e formas de tratamento que os profanos imediatamente interpretam a seu modo, *automedicinando-se* — pois nas farmácias não se exige receita para muitos produtos — sem pedir os auxílios do médico e além disso criam desagradáveis discussões que

obrigam o facultativo por razões sociais a mudar de critério pois que a medicina não é diagnóstica. O doutor Palancas que é também escritor médico proferiu um brilhante discurso de encerramento como chefe supremo da «Sanidad».

3.º — O Conselho Superior de Investigações Científicas ampliou o Instituto Arnaldo de Vilanova de História da Medicina, dirigido pelo professor Dr. Laín Entralgo, com novas secções; em todas trabalha-se intensamente como o demonstra a revista



DR. GREGORIO MARAÑÓN

do Instituto Intitulada «Archivo Hispano-Americano de História de la Medicina» e as numerosas teses de doutoramento sobre os mais diversos temas históricos, biográficos e bibliográficas médicas.

4.º — Existe um grande intercambio médico literário entre os diversos centros especializados das Republicas Hispano-Americanas e Europeias, principalmente entre médicos que cultivam a antropologia cultural médica, termo que em diversas nações vai substituído o de folklóre médico. O Dr. Fernando de Castro Pires de Lima, de Portugal, pronunciou uma conferência no «Consejo Superior de Investigaciones Científicas, presidida pelo sábio Dr. Ramon Menendez Pidal, sobre «La sirena en la tradición popular», que publicou num livro prefaciado pelo Dr. Marañón, como testemunho de apreço por tam ilustre médico escritor português.

5.º — O grémio de livreiros de Madrid prestou homenagem ao Dr. Marañón. Todos os escaparates das livrarias expuseram as obras do insigne mestre em lugar de destaque durante uma semana. Aquele grémio

obsequiou-o com um banquete no qual o homenageado pronunciou um discurso sobre «O conceito dos livros», glosando aquela frase de Plinio que se transformou um rifão e que Cervantes cita no Quixote (II parte. cap. III. L:IX) «Não há livro tão mau que não tenha nada bom».

Nem sempre se sabe encontrar esta parte boa antes pelo contrário o vulgo enche-se de todo o mal que o homem escreve em circunstâncias anormais, como nos diz o adágio: «o livro mau é gazua do diabo» e triste é que «o livro bom é para poucos e o mau para todos» além de que «o livro bom das penas é alívio» e devemos-lhe carinho e gratidão porque «os livros bons são mestres que não ralam e amigos que não pedem».

6.º — O centenário do nascimento de Cajal foi motivo de muitos estudos médico-literários. Iniciou-se em 1 de Maio na Associação de Escritores Médicos e prolongou-se pelos Congressos e Colóquios Internacionais e Científicos, tantos quantos se celebraram, assim como em brilhantes cenas de todas as Academias. Os trabalhos literários do glorioso mestre como as saborosas «Cartas de Férias», as amenas e exemplares auto-biografias como são «A minha vida e recordações» e «O mundo visto aos 80 anos», as profundas e agudas máximas e pensamentos de «Xícaras de café», etc. foram durante o ano muito glosadas pelos mais ilustres conferencistas de Espanha.

Com esta formosa roupagem literária as obras de História e Anatomia patológica de Ramon y Cajal, do mesmo modo que as de Endocrinologia e Clínica Médica de Marañón destacam-se na nossa época como no futuro, pois ambos os mestres, académicos de número de «la Lengua Española», serão sempre citados no Dicionário de Autoridades do mesmo modo que figuram os clássicos da Medicina, Andrés Laguna, o Divino Valles, Daza Chacón e outros tão ilustres na ciência da sua época como nos estudos humanísticos.

Os bons livros de Medicina reúnem a verdade da sua doutrina e experiência científica com a beleza e a clareza de exposição, que os tornam verdadeiramente didáticos; a estes, tal como os dos citados e ilustres mestres, que educam e deleitam, refere-se o velho rifão que diz: «a boa leitura distrai, ensina e cura». Pois que se os livros não são agradáveis e claros são inúteis, tal como o diz o povo: «Ler e bem entender é o único caminho para saber».

Janeiro de 1953.

CASTILLO DE LUCAS

No caso  
de infecções da cavidade  
bucal e da garganta

(gingivites, estomatites,  
anginas tonsilares, etc.)

e, profilaticamente,  
antes e depois de intervenções nos  
dentes e nos maxilares

# Penifen

(PASTILHAS DE PENICILINA E SURFEN)

Eficazes sob o ponto de vista  
antibiótico e quimioterápico

1 pastilha contem 2.000 U.I. de Penicilina  
e 3 mgr. de Surfen

\*

Frenação segura  
do reflexo tussígeno  
por meio da

# TICARDA

Eficácia perdurável  
Destituído de opiáceos  
Bem tolerada até por creanças

Gotas Comprimidos

FARBWERKE HOECHST



vormals Meister Lucius & Brüning

Frankfurt (M)-Hoechst



Representantes da Portugal: "MECIUS", Lda., Rua D. Pedro V, 7-1.º  
Lisboa

Ph 2-Po.

# BISMOCETINA

## APRESENTAÇÃO:

Caixa com 2 supositórios contendo cada um:

Cloranfenicol levógiro 0,20 g.

Canfocarbonato de bismuto quantidade equivalente  
a 0,03 g. de bismuto metálico.

## Indicado no tratamento de:

Amigdalites, anginas, estomatites, gengivites  
resfriamentos com complicações oro-faríngeas

Apendicite aguda e crónica.

## LABORATÓRIOS LESEQUE

## UM PROGRESSO NA SULFAMIDOTERAPIA

# DIMERAZINA

XAROPE, SOLUÇÃO A 10% COMPRIMIDOS, A 0,50 GR.  
NÃO É UMA SUSPENSÃO TUBOS DE 20 COMPRIMIDOS

INFECÇÕES COLIBACILARES, GONOCÓCICAS  
PNEUMOCÓCICAS, MENINGOCÓCICAS,  
ESTREPTOCÓCICAS, ESTAFILOCÓCICAS, ETC.

EFICAZ NO TRATAMENTO DA TOSSE CONVULSA

LARGOS INTERVALOS DE ADMINISTRAÇÃO  
ASSOCIADA A OUTROS ANTIBIÓTICOS,  
A DIMERAZINA REFORÇA A SUA ACÇÃO

ELEVADA POTÊNCIA

VASTO CAMPO DE ACÇÃO

ÓPTIMA TOLERANCIA

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

Representantes no Porto: QUÍMICO-SANITÁRIA, LDA.

# CRÓNICA DE GOA

## Hospital de Mapuçá

O individuo nem sempre está feliz neste mundo. A felicidade integral, a verdadeira felicidade só se encontra nos Céus. Merecê-la-emos se tivermos cumprido o nosso dever na terra, se tivermos a consciência limpa ao deixarmos este mundo.

Um grande pensador, procurando definir a Vida, perorava que ela não é mais do que uma alternativa de alegria e de tristeza, de riso e de lágrima, de felicidade e de infelicidade. Efectivamente, a Vida é uma grande Escola de provação.

Se alternativas desta natureza se verificam na vida de um individuo que tem um cérebro para pensar e agir e um coração e uma alma para sentir e compreender os diversos fenómenos de que a Vida se enche, com igual razão se deve verificar também o mesmo na vida das coisas que para mais são criadas e dirigidas pelo próprio homem. Não é de espantar, pois, que um Hospital ao lado de dias prósperos que tem, tenha também dias aziagos.

O Hospital é a casa onde toda a criação humana — rica ou pobre, aristocrata ou plebeia — encontra cura, alívio ou consolação para os seus males físicos e morais. O Hospital recolhe toda a Dor e todo o Sofrimento de quem quer que seja. E semeia sorrisos aí onde há prantos, alegria aí onde há tristeza, optimismo aí onde há pessimismo. O Hospital como o Consultório Médico são templos sagrados onde a alta e pura compenetração dos deveres constitui a condição *sine qua non* e a primeira necessidade e onde o equilibrio moral deve acompanhar evidentemente esta condição imprescindível.

Vieram estas considerações a talhe de foice a propósito de um Hospital.

É o Hospital de Mapuçá, que tem, como todos os Hospitais de Goa, a sua história.

Estando a pensar e a reflectir nele, os nossos olhos depararam com um pedaço de prosa rica em sentimentos pró-

prios de uma alma grande e generosa e amiga do próximo. Foi no conciso e preciso relatório do Presidente sido da Câmara Municipal de Bardez, Dr. Jaime Valfredo Rangel, subordinado ao título de «*Quatro anos de vida municipal — 1940-1943*». Eis o que diz nas *Considerações Gerais*, em sentidas palavras que não deixarão de comover as almas bem formadas:

«Cada dia mais se faz sentir a necessidade de um serviço hospitalar neste Concelho.

Concelho de mais de 100.000 mil habitantes, vê-se ele destituído de todos os socorros médicos organizados, especialmente cirúrgicos.

É certo que os Hospitais de Pangim e de Ribandar estão não muito longe, mas há sempre e quando menos se espera, necessidades urgentes e emergências aflitivas que reclamam maiores facilidades para socorros imediatos competentes.

Os dois referidos hospitais vão, presentemente, impondo restrições para receber gente pobre.

É pela gente pobre que reclamo uma instalação mesmo modesta no Hospital do Asilo de Nossa Senhora dos Milagres de Mapuçá e nele, por estar já construído e pronto com tudo o que é necessário para o seu funcionamento, desde a sala de operações, instrumental cirúrgico, camas, colchas e lençóis, até o tanque para água e a fossa séptica.

Se tudo isto se fazia e se fez para, no fim, nada se fazer, melhor seria que nada se fizesse. Modelou-se o corpo de barro, tão belo e perfeito; falta-lhe o sopro que insuffle nele a vida.

Os ricos podem obter socorros em toda a parte. Os pobres carecem deles em qualquer parte que se achem. Se os hospitais existentes em outros Concelhos, outrora nadando em riqueza, não podem hoje alojar pobres quando é precisamente agora que a necessidade dessa assistência mais se faz sentir, o hospital do Asilo,

pela força do título que leva, está a pedir que se lhe transforme em guarida para doentes pobres.

A Câmara estenderia a sua acção talvez em demasiado levando-a até ao hospital do Asilo, mas ao menos deixo aqui formulados os meus ardentes votos para que esse desejo colectivo se torne realidade com carácter de um serviço público, imprimindo vida e animação àquele belo cazarão jazendo por anos inanimado e morto.»

Palavras realmente tocantes! Falta-lhe o sopro que insulfasse nele a vida. Tornava-se mister que o desejo colectivo, que devia ter preponderância sobre qualquer outra necessidade por ser justo, oportuno e de absoluta urgência, pois se tratava de assistência médico-social no Concelho de mais de 100.000 mil habitantes que é o de Bardez, se transformasse em realidade com carácter de um serviço público, imprimindo vida e animação àquele belo cazarão jazendo por anos inanimado e morto! E quem isso fez foi a Câmara da digna presidência do Dr. Jaime Rangel que, como homem superior e de visão larga que é, nunca perdeu de vista as necessidades mais urgentes do Concelho e promoveu nele melhoramentos de real utilidade e valor que falam por si e não carecem de comentário.

Evidentemente, a Câmara imprimiu vida e animação àquele cazarão — tão belo e vistoso — que jazia por anos inanimado e morto, subsidiando-o e, consequentemente, amparando-o. De lá para cá, o Hospital de Mapuçá entrou em vida activa e tem vivido dias bem prósperos, graças ao impulso inicial dado pela benemérita Câmara Municipal do Concelho.

Façamos a propósito um pouco de história.

O bemquisto e saudosíssimo cavalleiro João Baptista Mendonça, de Colvale, construiu a suas expensas, em 1875, o velho Asilo de Mapuçá, em comemoração do salvamento da Rainha Maria Pia e dos Príncipes em Cascais. Seguidamente, o Asilo era mantido com o auxílio de subscrições e colecta entre os habitantes de Mapuçá. E o Asilo veio acolhendo desde então, dentro das suas parcas possibilidades, os indigentes que nele encontram conforto material e moral. Era, porém, natural que a cidade de Mapuçá quizesse também ter um seu Hospital, à semelhança das cidades de Margão e de Nova-Goa e da aldeia de Ribandar. A ideia meritória nasceu das forças vivas do brioso Concelho de Bardez: os saudosos Dr. Caetano do Rosário Faria e Adv. Caetano Filipe Saldanha, o Adv. Cipriano da Cunha Gomes e o dinâmico Dr. Florêncio Mariano Ribeiro.

Poz-se à frente da grande ideia o Dr.

**MARTINHO & CIA.**

Tudo o que interessa a medicina e a cirurgia

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

# TONOGLAN

AMPOLAS • GOTAS • COMPRIMIDOS

APRESENTADO NAS FORMAS

**TONOGLAN-M**  
(MASCULINO)

**TONOGLAN-F**  
(FEMININO)

TÓNICO GERAL HORMONO-VITAMÍNICO  
PARA TRATAMENTO DOS  
ESTADOS DE DEPRESSÃO FÍSICA E PSÍQUICA  
POR INSUFICIÊNCIA GLANDULAR

ASTENIA, DEBILIDADE, FADIGA MENTAL,  
HIPOFUNÇÃO HIPOFISO-GONADAL,  
ATRASOS DO DESENVOLVIMENTO, ETC.

HORMONAS  
VITAMINAS E+C  
FÓSFORO ORGÂNICO

LABORATÓRIO  **ÚNITAS, LDA.**  
C. DO CORREIO VELHO, 8 LISBOA



Florêncio Ribeiro, ao tempo delegado de Saúde de Bardez, que estava naturalmente indicado por dever do ofício para empreender a obra gigantesca.

E ele não conheceu canseiras nem fadigas; sujeitou-se a não poucos sacrifícios até que visse realizada a grandiosa obra.

Levantado o belo cazarão, não descansou o Dr. F. Ribeiro. Deixou-o inteiramente em condições de perfeito funcionamento: montou a sala de operações, adquiriu instrumental cirúrgico, camas, colchas e lençóis e ainda fez o tanque para água e a fossa séptica.

Restava apenas entrar o Hospital em verdadeiro funcionamento, em franca actividade. Faltava dinheiro. A glória de dar o primeiro impulso a essa obra colossal jazendo até então em fria inércia, financiando o seu funcionamento, coube ao Dr. Jaime Rangel, inteligência penetrante e coração sensível e aberto a todas as obras sociais em benefício especialmente da gente necessitada, como muito bem se depreende do trecho do seu relatório que acabamos de citar logo de início.

Efectivamente, o ao tempo Presidente da Câmara — 1944 — convencendo-se da necessidade inadiável de um serviço hospitalar no Concelho tomou uma deliberação, de larga projecção social, em sessão da Câmara, depois de ter abordado pessoalmente e convencido da utilidade o sagaz Governador Coronel José Cabral que então timonava a barca do Estado, e votou ao Hospital de Mapuçá, não obstante os poucos recursos de que ao tempo a Câmara dispunha por se estar em pleno período anormal de guerra que repercutiu funestamente nas finanças particulares e públicas, um subsídio de Rps. 6.000/ que dando-lhe um empurrão para a frente fê-lo entrar em vida activa. No ano seguinte de 1945 este subsídio passou a ser de Rps. 5.000/ e até ao presente tem-se mantido o mesmo durante todos os anos.

E, aos 27 de Outubro de 1945, sendo Encarregado do Governo Geral deste Estado e hoje Governador Geral, então Tenente-Coronel e ao presente Brigadeiro Paulo Bénard Guedes, se efectuava solenemente a sua inauguração.

É de justiça pois recordar que o Hospital de Mapuçá deve a sua vida e a sua prosperidade que tem vindo gozando desde 1944 ao belo gesto da Vereação Municipal de 1944.

O Dr. Florêncio Mariano Ribeiro não se limitou pois a delinear planos no papel e a encher os jornais de reclamos próprios. Fez o devido: cumpriu o seu dever com a nítida compreensão do que ele é. Conseguiu, além disso, por seus puros esforços uma autorização especial do Governo para uma lotaria anual a favor do Asilo de Mapuçá a fim de ver vingado o seu grandioso projecto. A primeira emissão desta lotaria foi feita em 1923-1924 e assim continuou até 1941.

De 1941 até 1946 houve um acordo entre a lotaria de Mapuçá e a lotaria da Santa Casa de Misericórdia de Goa. Em 1946 com a criação da Provedoria de Assistência Pública, as lotarias da Santa Casa, do Hospício de Margão e do Asilo de Mapuçá vieram a constituir pertença desta que, por sua vez, passou a ser a patrona suprema de todas as Instituições de Caridade em Goa.

Colvale tem relações de sentimento para com o Hospital de Mapuçá. O filantropo João Baptista Mendonça, o Fundador do Asilo de Mapuçá, é natural de Colvale. E Colvale foi também uma es-

pécie de mãe carinhosa para o Hospital de Mapuçá. São as pedras da Fortaleza de Colvale que levantaram altaneiro aquele elegante Edifício que recolhe com união toda a Dor e todo o Sofrimento de toda a gente de Bardez e ainda de fora de Bardez e que bem pode dizer hoje aos bardezanos: «por cada pedra minha dou-vos são um filho vosso...».

Bem merecem os que semeiam o Bem.

O Padre António João de Miranda deixa um exemplo e uma obra inextinguíveis traduzidos no Hospital do Hospício do Sagrado Coração de Maria de Margão, que tem prestado e vem prestando à gente goêsa serviços de inestimável valor.

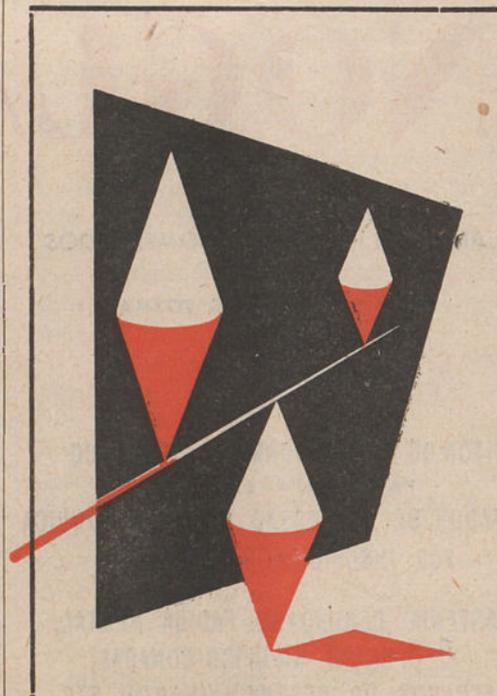
No recinto do Hospital do Hospício do Sagrado Coração de Maria de Margão existe um monumento levantado para perpetuar condignamente o nome do seu Fundador, o Padre António João de Miranda. Justiça merecida.

O Dr. Florêncio Mariano Ribeiro é não menos merecedor da gratidão pública. É uma dívida que está em aberto. Para a vermos saldada, reclamamos uma igual consagração como a dada ao saudoso Padre Miranda, ao Dr. Florêncio M. Ribeiro no recinto do Hospital de Mapuçá. É de direito que a tenha e é de dever que se lhe dê. Cá fica a lembrança.

Reclamamos mais. Entre as lápides que existem à entrada do Hospital de Mapuçá deve haver uma lápide em que perdure o nome do Dr. Florêncio Mariano Ribeiro, o Fundador do Hospital, e o nome do Dr. Jaime Rangel que o tirou da inércia em que jazia por anos, bem assim do Dr. Álvaro de Gouveia e Melo, ilustre Director de Administração Civil sido deste Estado, que veio reforçar com toda a boa vontade o esforço inicial da Câmara, oferecendo valioso subsídio da Provedoria de Assistência Pública de que foi a alma e o seu genial organizador, para que a benemérita Instituição — o Hospital do Asilo de Nossa Senhora dos Milagres de Mapuçá — tivesse fôlego e dias melhores e também dos insignes cirurgiões Drs. José Baptista de Sousa e Pundolica Gaitondó, que tão dedicadamente trabalharam a bem do próximo neste Hospital. São dívidas que restam por serem saldadas e temos fé que os competentes procurarão desobrigar-se delas o mais cedo possível.

Mapuçá, Bardez, Goa, Índia Portuguesa, Julho de 1952.

**VENTURA PEREIRA.**



**FRENANTOL**

**NOVA SUBSTÂNCIA  
DE SÍNTESE, ORIGINAL**

para-oxi-propiofenona  
composto H-365

**NOVO CAPÍTULO  
NA QUIMIOTERAPIA**

frenador hipofisário  
Comprimidos de 0,05 e 0,25 g.



**LABORATÓRIOS  
DO  
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA**

*Rápida resposta com*  
**Terramicina** 

*na gonorreia*

Obtiveram-se de 80 a 100% de resultados... nas uretrites masculinas. Uma única dose de 1 mg foi o suficiente para tornar negativos os frotis no prazo de 24 horas, <sup>1, 2, 3</sup>.

*na sífilis*

Foram comunicadas 2 rápidas respostas em 2 casos de sífilis primária tratados com Terramicina.

*no cancro mole*

Desaparecimento completo das lesões no período de 6 dias, <sup>4</sup>.

*no linfogranuloma venéreo*

Obtiveram-se bons resultados e não foi necessário fazer exames posteriores ao tratamento... <sup>5</sup>.

*no granuloma inguinal*

As lesões sararam rapidamente, a droga foi muito bem tolerada e não se registaram insucessos, <sup>6</sup>.

A Terramicina é bem tolerada e constitui o antibiótico de eleição, entre os de largo espectro antimicrobiano, para o tratamento de grande número de infecções causadas por bactérias, rickettsias, espiroquetas e certos vírus e alguns protozoários.

Apresentada em várias formas farmacêuticas para administração oral, intravenosa e tópica.

1. Hendricks, F. D., et al.: J. A. M. A. 143:4 (Maio) 1950.
2. Hiramatsu, N., y Sayanagi, T.: Sogo Igaku 8:4 (Fevereiro) 1951.
3. Schoch, A. G., y Alexander, L. J.: Ann. N. Y. Acad. Sc. 53:457 (Set.) 1950.
4. Tsuchiya, F., et al.: Japanese Med. J. 1427:2408 (1 Set.) 1951.
5. Wright, L. T., et al.: Antibiotics and Chemotherapy 1:193 (Junho) 1951.
6. Greenblatt, R. B., et al.: Am. J. Syph., Gonorr. & Ven. Dis. 36:2 (Março) 1952.

PFIZER INTERNATIONAL SERVICE CO., INC.

25 Broad Street, New York 4, N. Y., U. S. A.



O MAIOR PRODUTOR  
 DE ANTIBIÓTICOS DO MUNDO

TERRAMICINA  
 COMBIOTICO  
 PENICILINA  
 ESTREPTOMICINA  
 DIHIDROSTREPTOMICINA  
 POLIMIXINA  
 BACITRACINA  
 COTINAZIN  
 PRONAPEN

# O MÉDICO

SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
& PARAMÉDICOS

Numerosos assinantes e colaboradores de «O Médico» dirigiram-nos saudações amigas a propósito do início da nova série. Também na imprensa se fizeram referências elogiosas a este periódico. A todos, os nossos agradecimentos.

Com a nova série e o novo formato, vai-se afirmando ainda mais o êxito de «O Médico» — nunca excedido, tanto pelo que se refere à expansão como à colaboração, por outro periódico médico português da actualidade ou do passado. O interesse que

tem despertado esta revista é cada vez maior. Isso deve-se, principalmente, à excelente colaboração que sempre tem apresentado e, por isso, no n.º de 1 de Janeiro de «O Médico», publicamos os nomes dos colegas que aqui colaboraram em 1951 e em 1952 — nada menos do que 140 autores de artigos originais e inéditos — incluindo os nomes mais ilustres da medicina nacional.

Hoje, desejamos referir-nos a outros colaboradores também valiosos, sem os quais não seria possível man-

ter-se «O Médico» nas condições em que se apresenta: os nossos prezados anunciantes. Publicando a seguir os nomes dos laboratórios e de outras casas que aqui anunciaram em 1952, manifestamos-lhes assim a nossa simpatia.

## Lisboa

Laboratórios *Delta*  
*Sociedade Industrial Farmacêutica,*  
S. A. R. L.

*J. A. Baptista d'Almeida, Ltd.*

Laboratórios *Celsus*

Laboratório *Dávi*

Laboratório *Atral, Ltd.*

Farmácia *Barral*

Produtos *Ciba, Ltd.*

*M. Rodrigues Loureiro*

*Companhia Portuguesa Higiene*

*Abecassis (Irmãos) & C.ª*

*Evans Medical Supplies, Limited —*

Liverpool e Londres

*Mecius, Ltd.*

Farmácia *Silva Carvalho*

Laboratório *Unitas, Ltd.*

*Soc. Com. Crocker Delaforce & C.,*

S. A. R. L.

*Soc. Port. Produtos Wander, Ltd.*

*Ferraz, Lince, Ltd.*

*Bayer, Ltd.*

*Pfizer Overseas, Inc. — New York*

Laboratórios *Lab*

*Abbot Laboratórios, Ltd.*

Laboratório Farmacológico *J. J. Fernandes, Ltd.*

*Coll Taylor, Ltd.*

*Eduardo d'Almeida & C.ª*

Farmácia *Daire*

Laboratórios *Andrómaco*

*Companhia União Fabril*

Laboratório *Zimaia*

*May & Baker Ltd. — Inglaterra*

Farmácia *Liba*

*H. Zum Hingste*

*Gimenez Salinas & C.ª*

Farmácia *Alvalade*

Laboratórios *Leseque*

Laboratório *Normal*

Laboratório *Sanitas*

*Siemens Reiniger*

Laboratório *Franco*

*Quimifar, Ltd.*

Farmácia *Gama*

Laboratório *Saúde*

*La Roche & Cie*

*Schroeter & Almeida*

*Armazéns Pereira & Ferreira.*

## Porto

Laboratórios *Bial*

*Martinho & C.ª Ltd.*

Farmácia *Central*

*Bacelar & Irmão*

*Sociedade Fármica, Ltd.*

*Junta de Turismo de Aregos*

Laboratório *Estácio*

*Casa de Saúde da Avenida*

Laboratório *Isis*

*Albino Pinheiro Xavier, Filhos.*

## NOVIDADE TERAPÊUTICA

UM NOVO VASODILATADOR  
CORONÁRIO DE SÍNTESE

# CORALGIL

— comprimidos —

ANGINA DE PEITO,  
INFARTO DO MIOCARDIO,  
SINDROMAS ESTENOCARDICOS  
EM GERAL



LABORATÓRIOS "CELSUS"

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

# Fenicolírio

COLÍRIO DE CLORANFENICOL

SIMPLES

4:1.000

FORTE

8:1.000

Com largo espectro de acção para o tratamento  
das afecções oculares



Feridas oculares . Hordéolos . Blefarites . Conjuntivites  
Dacriocistites . Queratites . Ulceras da córnea  
Oftalmia neonatorum . Oftalmias gonocócicas  
Tracoma . Cirurgia ocular.

---

*Laboratório Saúde, L.<sup>da</sup>*

Rua de Santo António à Estrêla, 44

LISBOA

# Liga Portuguesa de Profilaxia Social

## Conferência

A convite da Liga Portuguesa de Profilaxia Social, o Prof. Alvaro Rodrigues realizou no Porto, no salão do Clube Fenianos Portuenses, uma conferência em que abordou o tema: «O estado actual da luta contra o cancro em Portugal», que a numerosa e selecta assistência ouviu com o maior interesse.

Presidiu o Prof. Francisco Gentil, director do Instituto Português de Oncologia, ladeado pelos Drs. Domingos Braga da Cruz, governador civil do Porto; Prof. Fernando Magano, representando o Reitor da Universidade do Porto; Dr. Montalvão Machado, delegado de saúde do Porto; Prof. Hernâni Monteiro, Director do Instituto de Anatomia do Porto; Eng.º Adriano Rodrigues, professor da Faculdade de Engenharia; Prof. Joaquim Bastos; Dr. Albano Ramos, pela Ordem dos Médicos; Dr. João Correia Guimarães, pelo Clube Fenianos e Dr. Gil da Costa, pela Liga de Profilaxia Social.

O Dr. Gil da Costa, depois de se referir à série de conferências da Liga apresentou as homenagens dos seus Directores em termos de alto apreço, ao Prof. Francisco Gentil, e fez a apresentação do Prof. Alvaro Rodrigues, lendo parte do seu extenso e muito valioso *curriculum vitae*.

Foi, depois, concedida a palavra ao Prof. Alvaro Rodrigues. Focando, em primeiro lugar, o notável incremento que o cancro vem ostentando ano após ano em todos os países do Mundo, o autor entrou em considerações com a razão de ser desse incremento e a sua relação com o aumento da duração média da vida.

Fala, em seguida, das linhas principais da luta contra o cancro, que são a profilaxia, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado.

No campo da profilaxia, depois de citar os factores diversos que podem influir no desenvolvimento do cancro, fala no cancro profissional e na maneira de o evitar, refere-se às

lesões precancerosas e o seu tratamento adequado e, por último, fala da necessidade do tratamento devido de muitas lesões inflamatórias crónicas que podem originar o cancro.

A propósito do diagnóstico precoce e do tratamento adequado, historia as diversas fases da luta contra o cancro entre nós, e o papel notável do Prof. Francisco Gentil. Mostra as condições económicas estabelecidas pelo Governo português e fala, por último, na influência do Instituto Português de Oncologia no combate à doença e, ainda, no papel que na propaganda e na aquisição de certas condições económicas representa a Liga Portuguesa de Luta contra o Cancro.

Relata, em seguida, o notável trabalho produzido no Instituto Português de Oncologia, quer no domínio da investigação científica, quer no que respeita à assistência aos doentes; apresenta o notabilíssimo movimento das suas consultas externas, onde ocorrem cerca de 600 doentes cada dia e o movimento notável dos seus serviços de Cirurgia, de Rohtgenterapia e de Curioterapia e a lotação das suas enfermarias, que albergam um total de 624 doentes internados. Fala, depois, do renome mundial do Instituto, hoje considerado um dos centros médicos mais notáveis de todo o Mundo.

Foi projectado, em seguida, um filme mostrando as modernas instalações do Instituto Português de Oncologia.

Por último, aponta a necessidade de se completar o projecto de luta contra o cancro em Portugal, estabelecido pelo Prof. Francisco Gentil, no sentido da criação de quatro centros regionais anti-cancerosos (Porto, Coimbra, Évora e Portimão) ligados ao órgão central (o Instituto), e exorta o Porto a contribuir para a criação do seu centro regional anti-canceroso, necessidade que urge cada vez mais.

No final do seu trabalho, foi o ilustre conferente muito aplaudido e cumprimentado.

# Na Maternidade Dr. Alfredo da Costa

## Foi comemorado o 20.º aniversário da sua inauguração

Há vinte anos — fê-los no dia 5 de Dezembro — inaugurou-se a Maternidade Dr. Alfredo da Costa, de que foi primeiro director o Prof. Augusto Monjardino. Para celebrar o facto, o pessoal que serviu sob as suas ordens, e ainda ali presta serviço, promoveu naquele dia uma homenagem à sua memória. As 9 horas, na capela da Maternidade, foi celebrada missa por alma não só do Prof. Monjardino, como também pela dos funcionários falecidos. Seguiu-se uma sessão, à qual presidiu a directora do Instituto Maternal e da Maternidade, Dr.ª D. Maria Luisa Vanzeler, que estava ladeada pelos filhos do homenageado, D. Maria de Ornelas, D. Georgina Amorim Ferreira e Dr. Pedro Monjardino, e pelo neto, sr. João Pulido Valente Monjardino. Falaram, a enaltecer as qualidades e a obra do Prof. Monjardino, a Dr.ª D. Maria Luisa Vanzeler, o Dr. António de Sousa, pela comissão, e o Dr. António Henriques de Sousa, chefe dos serviços administrativos da Maternidade, tendo este entregue ao Dr. Pedro Monjardino o titulo de propriedade do mausoleu que o pessoal promotor da homenagem mandou construir no cemitério do Alto de S. João para guardar, para sempre, os restos mortais do ilustre extinto.

A sessão foi depois encerrada, após palavras de agradecimento do Dr. Pedro Monjardino, e, no átrio do edificio, no plinto do busto do patrono da Maternidade, foi descerrada, pelo neto do homenageado, uma lápida da autoria da escultora sr.ª D. Maria Isabel Gentil Berger, comemorativa da homenagem. Seguidamente, dirigiram-se todos para o cemitério do Alto de S. João, onde se fez a trasladação dos ossos do Prof. Monjardino, do jazigo em que se encontravam, para o mausoleu. A urna, coberta com a bandeira da Maternidade Alfredo da Costa, foi transportada pelo Dr. D. Fernando de Almeida, pelos médicos, enfermeira-chefe, sr.ª D. Hortense Esteves, pelas enfermeiras, tesoureiro José Maurício Cardoso, pelo pessoal administrativo e continuo Francisco Ramos.

Junto do mausoleu falou o Dr. Francisco Felix Machado. Assistiram à cerimónia cerca de duzentas pessoas, muitos médicos, enfermeiras, pessoal de todas as categorias da Maternidade, e amigos do extinto, dentre os quais se notava o Prof. Costa Sacadura, principal colaborador do Prof. Monjardino na direcção da referida Maternidade, da qual foi subdirector.

A noite, o pessoal da Maternidade reuniu-se num jantar de confraternização, ao qual presidiu a Dr.ª D. Maria Vanzeler, que estava ladeada pelos Drs. Carvalho Dias e Salazar Leite.

## 1.º Congresso de Medicina Interna da União Médica Mediterrânica

Em Palma de Maiorca, vai realizar-se desde 1 a 3 de Maio do ano corrente o 1.º Congresso de Medicina Interna da União Médica Mediterrânica. As sessões serão especialmente dedicadas ao estudo das doenças do Mediterrâneo e decorrerão no antigo Palácio da Lonja, em cujo vestibulo ficará instalada a secretaria.

As línguas oficiais são o espanhol, o francês e o italiano.

Ao mesmo tempo, realiza-se a 1.ª reunião de Hematologistas e Hematoterapeutas Espanhois, cuja comissão organizadora é constituída pelos Drs. Armengol, Ginfols, Miserachs e Oppenheimer, de Barcelona.

São presidentes do 1.º Congresso de Medicina Interna da União Médica Mediterrânica os Profs. Soriano (Espanha), Giraud (França) e Bastai (Itália) e secretário geral o Dr. José Cañadell (Plaza de Adriano, 13 — Barcelona), a quem devem ser dirigidos os pedidos de inscrição até 31 de Março próximo.

**Or + bismuth**  
**= Au-Bi-Ol, TOSSE**

pour l'injection intraglutéale  
aux maladies rhumatismales, érythématoïdes, l'angine non-spécifique, la syphilis séro-résistante,

présente un enrichissement des possibilités thérapeutiques.

**E.TOSSE & CO, HAMBURGO**

REPRESENTANTE GERAL: SALGADO LENCART  
Rua de Santo António, 203 — PORTO

SUB-AGENTE: A. G. ALVAN  
Rua da Madalena, 66-2.º — LISBOA

## Prof. Jiménez Diaz

A convite do Instituto para a Alta Cultura veio a Portugal fazer uma série de seis conferências nas três Faculdades de Medicina, o Prof. Jiménez Diaz, da Faculdade de Medicina da Universidade Central de Madrid.

Das conferências realizadas em Lisboa, a primeira efectuou-se no Hospital Escolar, no dia 20, tendo o Prof. Jiménez Diaz falado de «As esteatorreias». O conferencista foi apresentado ao numeroso auditório, constituído por mestres, médicos e alunos, que enchiam por completo a sala da Biblioteca daquele Hospital, pelo Prof. Adelino Padesca, que se referiu ao extraordinário labor científico do Prof. Jiménez Diaz, que — disse — é um dos clínicos mais conceituados e respeitados em todo o Mundo. Tratadista ilustre, deve-se-lhe um valioso «Tratado de Medicina», justamente con-



PROF. CARLOS JIMÉNEZ DIAZ

siderado como dos primeiros. Clínico-investigador dos mais notáveis, o Prof. Diaz é autor de valiosos trabalhos, sendo dignos de nota os que se referem à alergia, a nefropatias e a cardiopatias.

O ilustre conferencista, que foi ouvido com o maior interesse, durante mais de uma hora, ilustrou a sua brilhante lição com numerosa documentação.

O Prof. Jiménez Diaz voltou a fazer-se ouvir no dia seguinte, no anfiteatro de fisiologia da Faculdade de Medicina, falando, desta vez, de «A função da parde arterial como reguladora da pressão sanguínea».

A apresentação do conferencista foi feita pelo director da Faculdade, Prof. Toscano Rico, que teve palavras de agradecimento para o Instituto de Alta Cultura, por ter proporcionado a vinda até nós daquele notável médico e investigador.

Tomando a palavra, o Prof. Jiménez Diaz expôs, primeiro, a posição actual do problema da hipertensão arterial, que constitui, hoje, uma das mais importantes doenças, fazendo referência a numerosos trabalhos portugueses sobre o assunto. Mostrou, depois, os métodos e resultados das suas experiências com os seus colaboradores, no Instituto de Madrid, em virtude dos quais demonstra a existência de substâncias activas hipertensoras no sangue de animais com hipertensão experimental segregadas pela própria parede arterial. Continuando, afirmou que a artéria não pode considerar-se como um simples canal, mas como um órgão metabólico com actividades próprias que, além de outras funções, servem para regular a pressão sanguínea. Quanto à produção de tais substâncias de regulação — disse — realiza-se ela por fermentos existentes na parede.

O Prof. Diaz, depois de afirmar que a hipertensão essencial, de base familiar e hereditária, podia ser uma peculiaridade ou mutação bioquímica «disenzimática» como outras enfermidades de base constitucional, assinalou o que considera os possíveis horizontes daquela concepção.

O conferencista terminou por agradecer o convite do Instituto de Alta Cultura, e aos

colegas, professores e médicos as atenções de que fora alvo.

De manhã, o Instituto para a Alta Cultura oferecera, no Restaurante Alvalade, um almoço em honra do Prof. Jiménez Diaz, que, no dia seguinte, partiu para Coimbra, onde, na Faculdade de Medicina, foi efectuar mais duas da série das suas conferências. Intitula-se a primeira «Funções renais e sua projecção patológica» e aborda na segunda o tema «Factores etiopatogénicos da cronicidade — Horizontes terapêuticos». Ambas se realizam na sala nobre dos Hospitais da Universidade.

No Porto, na Faculdade de Medicina, sob a presidência do Prof. Almeida Garrett, fala sobre «Autointoxicação intestinal». No dia 25 de manhã, ainda no Porto, o Prof. Jiménez fala na Faculdade de Medicina sobre «Endocardite abacteriana e doença por autoplasmotóxica».

Escutado atentamente durante a sua exposição, que o eminente catedrático espanhol faz ilustrar com projecções de gráficos e de preparações anátomo-patológicas, termina por agradecer ao Instituto de Alta Cultura, o convite que lhe havia dirigido para realizar conferências no nosso País e incita os estudantes que o escutam a dedicar-se à Medicina com entusiasmo e paixão, pois só desse modo podem ser úteis à ciência que se dispõem servir e ao seu próprio país.

No final, o Prof. Dr. Jiménez Diaz é largamente ovacionado pela assistência, entre a qual se encontram diversos professores da Faculdade e os principais vultos da medicina portuense.

## FALECIMENTOS

Faleceram:

— Em Lisboa, o Dr. Américo José de Assunção, de 52 anos, médico, natural daquela cidade, pai do Dr. Américo José da Silva Assunção.

— Em Sacavém, o sr. José Pedro Lourenço, irmão do Dr. Artur Lourenço Raimundo, médico em Valença do Minho.

— Em Alenquer, o Dr. Duarte Rosa Ramos, de 60 anos, médico, proprietário e director da «Casa de Saúde Dr. Rosa Ramos». O extinto era cunhado dos Drs. Afonso Vilela, médico em Torres Vedras, e Alfredo Broni, médico em Merceana.

— Em Vila Viçosa, o Dr. Evaristo Augusto Duarte Gerald, de 75 anos, médico, natural de Oliveira do Hospital, pai do Dr. António de Lima Duarte Gerald.

— No Crato, a sr.<sup>a</sup> D. Maria Margarida dos Santos Farraia, mãe dos Drs. José e João dos Santos Farraia, este último, médico em Cernache do Bonjardim.

— Em Paredes, o Dr. António Augusto de Macedo Malheiro, de 63 anos, que desempenhava as funções de médico municipal daquela vila.

— Em Évora, o Dr. Manuel Seredo Moniz, de 71 anos, médico do Hospital da Misericórdia daquela cidade.

— Em Coimbra, no Hospital Militar, o sr. António José Barbosa, pai dos Drs. Américo José Figueiredo Barbosa, médico em Quaios

## Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge

Do nosso ilustre amigo Dr. Fernando da Silva Correia, director do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, recebemos a seguinte carta:

Lisboa, 29 de Dezembro de 1952

Ex.<sup>mo</sup> Senhor editor do Jornal «O Médico»

No número 68, pág. 703, do Jornal que V. Ex.<sup>a</sup> dirige, num artigo da autoria do Ex.<sup>mo</sup> Sr. Dr. José Lopes Dias, vem uma referência ao Instituto Superior de Higiene que pode ser mal interpretada, para o esclarecimento da qual informo V. Ex.<sup>a</sup> e os seus leitores do seguinte:

O Centro Nacional de Salmonelas, em relação oficial com o «International Salmonella Center» de Copenhague, está a cargo do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana e não do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, como se poderia depreender do referido artigo.

Evidentemente que o Instituto Superior de Higiene realiza estes estudos, mas não lhe cabe a função de estar em relação com os outros Centros estrangeiros no que se refere a este assunto.

Pela publicação desta nota muito grato lhe ficará

O Director,

*Fernando da Silva Correia*

(Figueira da Foz), e António Figueiredo Barbosa.

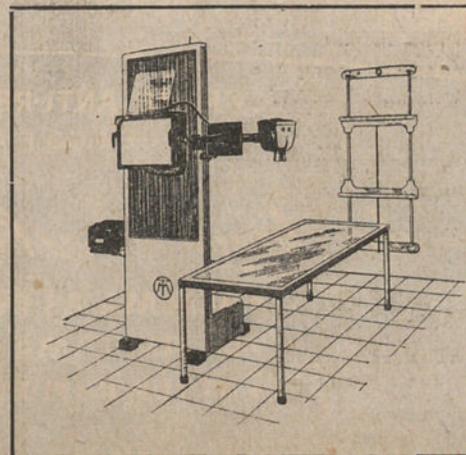
— Em Lisboa, a sr.<sup>a</sup> D. Catarina Borges Horta e Costa, avó do Dr. Fernando de Cisteiros Ferreira Horta e Costa.

— Em Coimbra, o Dr. Eduardo Rodrigues Mano, de 37 anos, segundo-tenente-médico da Armada.

— Em Sanfins do Douro, a Dr.<sup>a</sup> D. Rosina Soares da Costa Anjos, médica, esposa do Dr. Serafim dos Anjos.

— No Sardoal, a sr.<sup>a</sup> D. Florinda da Conceição Milheiro, mãe do Dr. António Dias Milheiro, médico em Abrantes, avó do Dr. José Neto Milheiro, capitão-médico da Aviação, em Sintra, e bisavó do Dr. António Milheiro Farraia, tenente-médico na Escola de Infantaria de Mafra.

— Em Vila Nova de Ourém, o Dr. Joaquim Francisco Alves, de 74 anos, médico naquela vila.



## 10 NOVOS MODELOS

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

Enviamos catálogos e descrições sem compromisso.

**SOCIEDADE COMERCIAL MATTOS TAVARES, LDA.**

A maior organização de Raios X em Portugal

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

# HOMENAGENS

**Ao Dr. D. Fernando de Lancastre**

No Dispensário Central Rainha D. Amélia, antigo Dispensário de Alcântara, em Lisboa, foi homenageado no dia 9 de Novembro o Dr. D. Fernando de Lancastre, ex-director daquela instituição de assistência, pelos serviços ali prestados durante 44 anos, até Junho último, quando atingiu o limite de idade, altura em que, por este facto, lhe foi prestada bem significativa homenagem, como, então, «O Médico» noticiou.

Iniciativa da direcção do Atlético Clube de Portugal, interpretando não só os desejos da sua massa associativa, como até os da população de Alcântara e Santos-o-Velho, a homenagem de agora, de reconhecimento pela grande obra de benemerência que aquele dedicado clínico desenvolveu, especialmente durante os 34 anos em que foi director do Dispensário, teve a colaboração das Juntas das Freguesias acima citadas, das 42 colectividades culturais, desportivas, recreativas e de beneficência existentes naquela zona da cidade, dos seus habitantes e de numerosos amigos e admiradores pessoais do ilustre médico.

Floriram-se e engalanaram-se de colchas as janelas das imediações do Dispensário, na avenida Infante Santo, e uma delegação de internados da Escola de S. Pedro, em Alcântara, impecáveis nos seus uniformes da M. P., com tambores e clarins, formou para prestar as devidas honras. Seguiram-se delegações das 42 colectividades que se associaram à homenagem, tendo-se formado, após a chegada do homenageado, uma imponente parada. O Dr. D. Fernando de Lancastre, depois de passar em revista as delegações postadas em sentido, foi convidado a assistir à inauguração, feita pela sua neta — menina Isabel Maria — de uma lápida que consagra o reconheci-

mento do povo de Alcântara e Santos-o-Velho nos seguintes termos:

«O povo das freguesias de Alcântara e Santos-o-Velho, em reconhecimento pela notável obra humanitária realizada durante 44 anos com incedível saber e devoção pelo director deste Dispensário, ex.<sup>mo</sup> sr. dr. D. Fernando de Lancastre, rende respeitosa e bem merecida homenagem ao ilustre clínico e desvelado protector da infância — 1908-1952».

Seguiu-se, na sala de espera do Dispensário, decorada com bandeiras, flores e os estandartes das colectividades homenageantes, uma sessão solene. Assistiram os srs. capitão Rui de Pina, representando o sr. general-comandante da G. N. R.; coronel Carlos Carvalho, em nome do sr. general D. Fernando Pereira Coutinho, presidente nacional da Cruz Vermelha Portuguesa; Dr. Pedro Franco, pelo comissário nacional da Mocidade Portuguesa e numerosos amigos pessoais do festejado.

A sessão foi presidida pela directora do Instituto Maternal, Dr.<sup>a</sup> D. Maria Luísa Vanzeller, em representação do sr. ministro do Interior, ladeada pelo Dr. D. Fernando de Lancastre e por sua esposa. Tomaram também lugar na mesa o Prof. Francisco Gentil, general Domingos de Oliveira, Dr. José Pontes, os representantes das juntas de freguesia de Santos-o-Velho e Alcântara, srs. Moreira Rato e Mário Botelho Moniz Sequeira, respectivamente, o Dr. Sebastião Perestrelo Brito e Abreu, actual director do Dispensário e o sr. Manuel José da Costa, presidente do Atlético.

No meio de entusiásticas aclamações, de vibrantes e repetidos aplausos, foram oferecidas ao homenageado e a sua esposa

numerosos e lindíssimos ramos de flores, alguns trazidos por «crianças» tratadas, há trinta e mais anos, pelo eminente clínico homenageado e outros por crianças descendentes das primeiras. Foram momentos de viva emoção os de esta cerimónia e que puseram lágrimas nos olhos de muitos.

O sr. general Domingos de Oliveira, em nome do povo de Alcântara saudou o Dr. D. Fernando, em singelas e sentidas palavras, seguido do Dr. José Pontes, que foi seu companheiro de curso e em fogoso improviso disse das suas virtudes pessoais e dons de médico.

O Dr. Sebastião Perestrelo Brito e Abreu, que falou a seguir, fê-lo em nome dos médicos e de todo o demais pessoal do Dispensário.

Depois de dizer que lhes foi muito agradável e desvaneceu os seus corações a ideia da nobre direcção do prestigioso Atlético de Portugal, em honrar, honrando-se também, a personalidade do Dr. D. Fernando, acrescentou:

— Conseguir no decorer duma profissão liberal, como a nossa, conquistar a simpatia unanime da clientela e mais ainda alcançar a gratidão das multidões e dos doentes que nele confiaram, é atingir as culminâncias da carreira, é, profissionalmente, ter que se dar por satisfeito, é ter a certeza de que não errou no caminho da missão para que o Destino o escolheu. A raros é dada essa glória, e poucos se poderão orgulhar de a ter conseguido melhor que o Sr. Dr. D. Fernando de Lancastre, como bem o demonstrou hoje esta manifestação sincera de simpatia e de reconhecimento às suas virtudes profissionais. E que o Dr. D. Fernando, além de ser um desses clínicos de elite, pelo saber e pela inteligência, é também, pelos dotes de coração dum virtuosismo sem paralelo. Tratar abnegadamente, durante 44 anos, crianças, sem nunca mostrar o mais pequeno enfado, — usando sempre do máximo carinho e condoimento para com o sofrimento alheio, é não só ter feito uma obra meritória, a todos os títulos, mas

## REUMATISMO?

*A experiência demonstra que*



### algiDerma

CREME ANTI-REUMÁTICO,  
ANALGÉSICO E ANTIFLOGÍSTICO

*dá bons resultados*

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

*Davi*  
LISBOA

A mais recente terapêutica da

HIPERTENSÃO

# VIRILOIDE

(alcalóides activos do Veratrum viride)

# VIRILOIDE LM

(alcalóides activos do Veratrum viride,  
ácido fenil-etil-barbitúrico e hexanitrato de manitol)

Frascos de 50 e 100 drageias

★

Para a QUIMIOTERAPIA da  
TUBERCULOSE

# BIODRAZIL

DRAGEIAS

(Hidrazida do ácido isonicotínico)

Frascos de 50 e 100 drageias

★

MEDICAMENTOS

DO

LABORATÓRIO FIDELIS

Rua de D. Dinis, 77 - LISBOA

até de carácter nacional, pelas muitas vidas que deve ter salvo e pelo muito que ajudou a melhorar a raça, mormente no bairro em que nos encontramos. A excelsa rainha D. Amélia, quando fundou este Dispensário, foi para servir, e de olhos postos, no povo que ela tanto amava, e para quem a felicidade do mesmo era o anseio permanente da sua alma ardendo em caridade. O Dr. D. Fernando de Lancastre continuando a olhar e a estimar os filhos do povo da Rainha interpretou da maneira mais condigna o pensamento da sua e nossa soberana. Que poderá pois faltar ao Dr. D. Fernando de Lancastre para se poder julgar completamente satisfeito como cidadão, como médico e como português? Nada, que eu saiba, e estou seguro porque o conheço bem, que coisa alguma também, poderia ser mais grata ao coração de Sua Excelência do que ver esta

multidão de mães e os mais ilustres bairristas a aplaudi-lo reconhecidos, a maioria dos quais quando pequeninos, em gerações sucessivas, passaram pelas suas mãos competentes e foram aliviados dos males que os afligiam.

#### O DISCURSO DO HOMENAGEADO

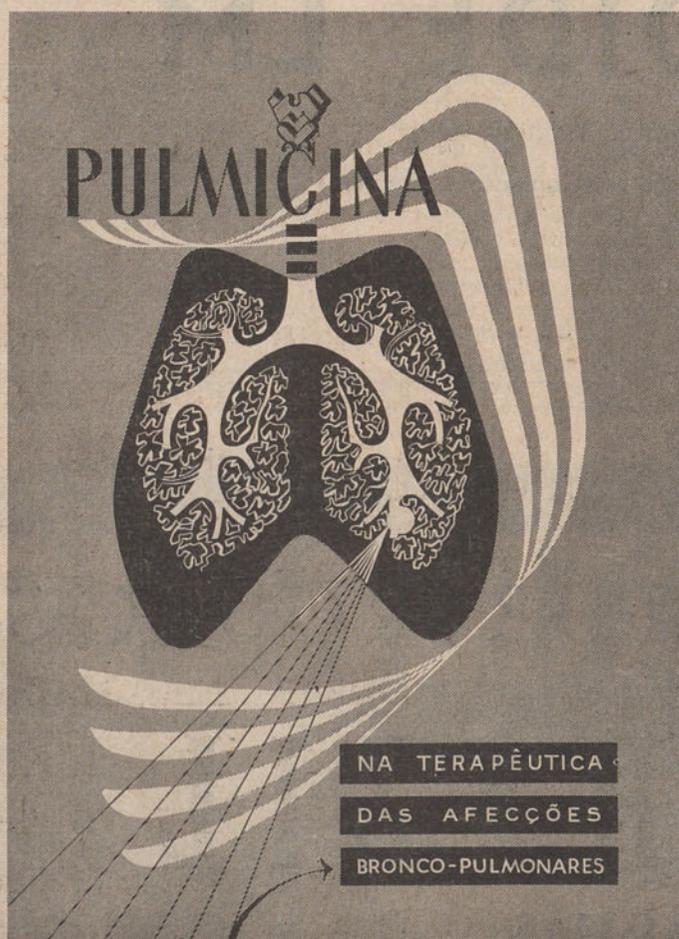
O Dr. D. Fernando de Lancastre começou por dizer que devia ao Atlético Clube de Portugal imensas gentilezas, agora excedidas com a colaboração num louvor que julgava demasiado para o pouco que fez, ou o deixaram fazer. Se durante 34 anos na direcção do Dispensário, tanta vez ansioso perguntou a si próprio se estaria no bom caminho, isto é, se cumpria o seu dever, devia a todos, naquela ocasião, uma res-

posta afirmativa e isso, mais do que tudo, enchia de sossego a sua consciência. Este era o resultado máximo daquela generosa festa, que despertava na sua alma ondas de gratidão. A todos dizia do coração: muito obrigado. Atrevia-se porém — e esperava que lho não levassem a mal — a destacar dois nomes: o de S. M. a Rainha D. Amélia e o do excelentíssimo Prof. Dr. Augusto da Silva Carvalho. Se, devido à Rainha, à sua inteligência, à sua generosa caridade e à sua bela visão social, temos este Dispensário por ela fundado e sustentado, até Outubro de 1910, pelo seu bolso, ao Prof. Silva Carvalho devemos a sua organização e equipamento magnificamente adequados ao fim a atingir, tudo feito com o poder das suas belas faculdades de espírito renovador. Lembrava-se que em 1893, data da fundação, nada ou quase nada existia em Portugal de semelhante para a criança e a sua inauguração constituiu um verdadeiro acto revolucionário para o modo de encarar os grandes problemas de pediatria e pericultura. Afirmou, a seguir, que nos cinquenta e nove anos da sua existência o Dispensário esteve sempre na vanguarda da luta pela saúde e revigoramento da criança portuguesa. E citou que em 1951 foram tratadas 3.466 crianças e 856 mulheres, que houve 194 partos e o índice da mortalidade foi de 0,7 %. Pede a quem de direito para amparar o Dispensário, pois não só o merece como, pelos seus enormes serviços, tem jus a esse amparo, dando-lhe os meios indispensáveis à sua nobre função. O pouco que fez na direcção do estabelecimento — disse em sequência — deve-o aos seus queridos assistentes e ao restante pessoal, sem esquecer os Irmãos Missionários do Espírito Santo. Recordou os tempos quando o Dispensário estava anexado aos Hospitais Civis, e era considerado como qualquer coisa fora de portas, em que teve o apoio da Imprensa, a qual lhe deu o trunfo de que dispôs para jogar contra as esferas superiores e tão eficaz foi que tornou possíveis os progressos conquistados para o Dispensário. Manifesta-lhe a sua gratidão e prosseguindo disse que passou uma boa parte da sua vida em Alcântara, lembrando que, em 1910, quando foi nomeado médico do Dispensário, um jornal levantou reparos por terem nomeado um monárquico, quando havia tantos republicanos carecidos de colocação. Consultados pelo ministro do Interior, Dr. António José de Almeida, os influentes políticos de Alcântara, foram eles, que em nome do povo, o não deixaram sair do Dispensário.

Agora é também o povo de Alcântara que o quer convencer com a sua iniciativa, a coberto duma suposta dívida de gratidão, que bem andaram em não o deixarem sair em 1910. E depois de renovados agradecimentos, concluiu com um voto ardente pedindo a Deus que o Dispensário possa ajudar a transformar crianças pouco vigorosas em portugueses robustos para maior brilho e glória do nosso querido Portugal.

A encerrar a sessão, a Dr.<sup>a</sup> D. Maria Wanzeller, em nome do sr. ministro do Interior, da direcção do Instituto Maternal, no seu próprio, como antiga colaboradora do homenageado e natural da freguesia de Alcântara, abraçou-o, testemunhando a gratidão de todos, o que foi sublinhado com entusiásticas aclamações e demorados aplausos.

## A primeira preparação Nacional apresentada aos Ex.<sup>mos</sup> Clínicos



## FLUIDEZ ABSOLUTA

EXECUTADA PELO PRÓPRIO CLÍNICO AO PROCEDER À SUSPENSÃO-SOLUÇÃO EXTEMPORÂNEA

#### FÓRMULA

ESTREPTOMICINA . . . . .	0, 5 gr.	Fenol . . . . .	0,02 gr.
PENICILINA PROCAÍNICA . . . . .	300.000 U. O.	Essências antissépticas . . . . .	0,15 >
Quinina básica . . . . .	0,05 gr.	Vitamina A. . . . .	1000 U. I.
Canfora . . . . .	0,17 >	Vitamina D <sub>2</sub> . . . . .	200 U. I.

Em 1 frasco-ampola de 1,5 c. c.

1 ampola de 2 c. c. com veículo apropriado

Laboratório Farmacológico



J. J. Fernandes, Limitada

LISBOA — PORTO — COIMBRA — FUNCHAL

## BAlXA DE PREÇOS

Novamente os Laboratórios Delta, põem à disposição da Ex.<sup>ma</sup> Classe Médica, a

# DELTACILINA em DOSES,

tornando-a assim, como já fora, a primeira penicilina preferida pela economia das suas embalagens.

<b>Deltacilina</b>	150.000 U. O.	1 Dose	Esc.	10\$00
		3 Doses	Esc.	24\$00
	300.000 U. O.		Esc.	12\$50
	400.000 U. O.	1 Dose	Esc.	14\$00
		3 Doses	Esc.	40\$00
		5 Doses	Esc.	62\$50
		10 Doses	Esc.	120\$00
	600.000 U. O.	1 Dose	Esc.	17\$00
		3 Doses	Esc.	49\$00
		5 Doses	Esc.	77\$50
		10 Doses	Esc.	150\$00
	800.000 U. O.	1 Dose	Esc.	20\$00
		3 Doses	Esc.	58\$00
		5 Doses	Esc.	92\$50
		10 Doses	Esc.	180\$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

# V I D A M É D I C A

## E F E M É R I D E S

### Portugal

(De 18 a 25 de Janeiro)

**Dia 18** — Regressa a Lisboa, de Bombaim, onde foi tomar parte na reunião do Comité Executivo da União Internacional Contra o Cancro e da sua comissão de pesquisas, de que é secretário, o Prof. Lima Basto.

**20** — Em Lisboa, perante professores das Faculdades de Medicina e Ciências, corpo clínico do Hospital de S. José, médicos dos outros hospitais, o director geral de Saúde, Dr. Augusto Travassos, representantes do Instituto Britânico e outras individualidades, é inaugurada no salão nobre do Hospital de S. José, a série de conferências por cientistas britânicos do Centro de Investigações Nucleares de Harwell, que coincide com a inauguração da exposição de elementos e aparelhagem destinados a aplicações pacíficas da energia atómica, na ciência médica, em diagnósticos e terapêutica, e para fins industriais e de defesa civil.

**21** — Em Lisboa, reune-se, pelas 22 horas, no anfiteatro do hospital de Santa Marta, a Sociedade Portuguesa de Pediatria, com a seguinte ordem de trabalhos: Drs. Silva Nunes, Rosado Pinto e Amílcar Gonçalves — «Anomalia das vias biliares, sobrevivência de seis meses»; Dr. Mário Cordeiro, «Artrite reumatoide e cortizona (um caso documentado com filme)» e Dr. Mário Braga, «Epidermolise bolhosa (forma distrofia com lesões tipo albugapuloide)».

— Em Coimbra realiza-se mais uma sessão científica nos Hospitais da Universidade. O Prof. Mosinger fala sobre «A patologia dos órgãos hemolinfopoiéticos e a sua importância prática».

— Ainda em Lisboa, o Dr. W. K. Sinclair fala sobre «O manuseamento e a medição de isótopos radioactivos num hospital», na sala de conferências do Hospital de S. José.

**22** — Em Coimbra, realiza-se às 21 horas, na consulta externa de cardiologia dos Hospitais da Universidade, a reunião quinzenal dos médicos internos dos mesmos hospitais, sendo apresentadas comunicações dos Drs. Evaristo Pereira e Freitas Pereira, respectivamente, sobre «Pericardites agudas hemorrágicas» e «Eclampsia» que são objecto de longa discussão.

— Na salad os Actos Grandes da Faculdade de Medicina de Lisboa, realiza-se a última sessão do concurso para professor extraordinário de Medicina Interna, lugar a que se candidataram os Drs. Oliveira Machado e Morais David.

Após a prestação das últimas provas reune o júri. Depois da reunião deste é concedida a seguinte classificação: ambos os candidatos são aprovados em mérito absoluto, ficando também aprovado em mérito relativo o Dr. Morais David que fica sendo o novo professor extraordinário da Faculdade de Medicina de Lisboa.

**23** — São publicadas no «Diário do Governo» as portarias que constituem o quadro de direcção e chefia do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, delegações, subdelegações e estabelecimentos ou serviços do mesmo dependentes.

— No Porto, no Instituto Britânico e na Faculdade de Medicina, os cientistas britânicos repetem as suas conferências sobre isótopos. Semelhantemente ao havido em Lisboa também se inaugura uma exposição de material.

— No Porto, pelas 21 e 30, no salão nobre do Hospital Militar Regional n.º 1 tem lugar uma conferência médica, subordinada ao tema: «A contribuição da cirurgia na tuberculose pulmonar».

O conferente é o capitão médico Alberto de Salis Amaral.

**24** — Realiza-se a reunião mensal do Conselho Geral da Ordem dos Médicos. No decorrer dos trabalhos é considerada a próxima eleição do novo bastonário e o Conselho insiste com o Prof. Manuel Cerqueira Gomes para que consinta na propuzitura do seu nome para nova reeleição, assegurando-se assim a continuidade da acção na realização dos fins superiores da Ordem.

**25** — Em Braga, a Mesa do Hospital de S. Marcos presta homenagem ao Dr. Alberto Cruz, director clínico daquele hospital.

### Estrangeiro

— No Brasil, estado de Pernambuco, grassa uma epidemia que já ocasionou a morte de 55 crianças menores de um ano. A doença tem evolução aguda, informa a imprensa diária, sob a forma de soluços sobrevindo a morte ao fim de 6 horas de crise.

— Anunciam de Toronto — a imprensa diária — que o diagnóstico do sexo se poderá fazer pelo terceiro mês da gestação com margens de erro de cinco por cento.

— Em Madrid, a Real Academia de Medicina inaugurou solenemente o ano académico. O acto foi presidido pelo Professor Enriquez de Salamanca e pos Profs. Carro, Peña, Cesares Gil e Matilla.

O tradicional discurso doutrinário foi proferido pelo Dr. Martin Gonzales Alvarez, que desenvolveu o tema «Descida da mortalidade infantil: progresso de Espanha».

— Ainda em Madrid e na Real Academia Nacional de Medicina (Instituto de Espanha), realizou-se uma votação para o preenchimento da vaga de académico de número, existente na secção de Psiquiatria, Medicina Legal, Filosofia e História da Medicina, determinada pelo falecimento do Dr. Piga. Foi designado por unanimidade o Dr. R. Royo-Villanova e Morales, catedrático da Faculdade.

## A G E N D A

### Portugal

#### Concursos

Estão abertos:

Para o provimento do cargo de médico municipal do partido rural da freguesia de Alegrete (Portalegre).

— Para o provimento do cargo de médico do 2.º partido municipal com sede em Dornelas (Aguilar da Beira).

— Para o provimento do cargo de médico municipal do partido n.º 1, com sede em S. Pedro do Sul.

— Para o provimento do lugar do 4.º partido médico, com centro e residência na povoação de S. Marcos (Silves).

Em Coimbra, com a assistência do ministro do Interior e do enfermeiro-mor dos Hospitais Cívicos de Lisboa, realiza-se no dia 2 do próximo mês de Fevereiro a inauguração oficial dos serviços de radioterapia, recentemente instalados nos Hospitais da Universidade.

### Estrangeiro

A Sociedade Dinamarquesa de Pesquisas Alergológicas comunicou à Sociedade Portuguesa de Alergia que vai promover, em Copenhaga, de 21 a 23 de Maio, o II Congresso Europeu de Alergia, que será presidido pelo Dr. Ernest B. Salen, de Estocolmo.

Os assuntos a tratar são: «Alergia e as Hormonas cortico-suprarrenais» e «Alergia e Infecção».

## NOTICIÁRIO OFICIAL

### Diário do Governo

(De 6-1 a 20-1-953)

Dr.ª Maria Adelaide da Veiga de Sousa Vahia Carneiro — nomeada para o lugar de médica escolar do distrito de Lisboa.

7-1

É nomeada a comissão instaladora e administrativa do novo Hospital Escolar de Lisboa, sendo constituída pelos seguintes Srs.: Tenente-coronel de infantaria, na situação de reserva, António Emilio Simões da Mota, Prof. Dr. Adelino da Costa Paesca e Dr. Joaquim José de Paiva Correia.

9-1

Dr. Álvaro Pereira de Ataíde — nomeado médico analista do quadro complementar de cirurgiões especialistas do Hospital do Ultramar (Angola).

14-1

Dr. António Meliço Silvestre, professor catedrático da Faculdade de Medicina de Coimbra — considerado em missão oficial fora do país.

— Dr. Carlos Larroudé Gomes, 1.º assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa e director do Serviço de otorrinolaringologia do Hospital de Santo António dos Capuchos — concedida equiparação a bolseiro fora do país.

— Dr. Luís Augusto Duarte Santos, 1.º assistente de Medicina Legal da Faculdade de Medicina de Coimbra — concedida equiparação a bolseiro no país e fora dele.

— Dr. Manuel Augusto Vaz Serra Costa, médico do Hospital Infantil de S. Roque da Misericórdia de Lisboa — prorrogada a bolsa de estudo fora do país.

15-1

Atinge o limite de idade o Dr. Alberto Gomes, cirurgião director de Serviço Clínico dos H. C. L.

— Dr. Álvaro Franco Silvano — nomeado médico municipal do partido com sede em Velas (Ilha de S. Jorge—Açores).

17-1

Dr. José Joaquim Alvares Moura, médico municipal do concelho de Miranda do Corvo — nomeado subdelegado de Saúde, interino, do referido concelho.

— Dr. Manuel Diogo Gamboa da Costa — nomeado definitivamente médico escolar para o distrito do Funchal.

20-1

Dr. Amílcar Alves da Silva, interno do internato complementar dos Serviços Gerais de clínica cirurgica, além do quadro — rescindido, a seu pedido, o respectivo contrato.

— Constituição do júri do concurso para provimento de lugar de professor catedrático da cadeira de Fisiologia da Faculdade de Medicina de Coimbra:

*Presidente*: — Dr. Maximino José de Morais Correia, reitor da Universidade de Coimbra.

*Vogais*: — Dr. Feliciano Augusto da Cunha Guimarães, professor catedrático do 2.º grupo da Faculdade de Medicina de Coimbra; Dr. Joaquim Moreira Fontes, professor catedrático do 2.º grupo da Faculdade de Medicina de Lisboa; Dr. José Toscano de Vasconcelos Rico, professor catedrático do 2.º grupo da Faculdade de Medicina de Lisboa; Dr. José Afonso Dias Guimarães, professor catedrático do 2.º grupo da Faculdade de Medicina do Porto; Dr. Elísio Filinto Milheiro Fernandes, professor catedrático do 2.º grupo da Faculdade de Medicina do Porto; Dr. Armando Tavares de Sousa, professor catedrático da cadeira de Histologia (1.º grupo da Faculdade de Medicina de Coimbra); Dr. Augusto Pires Celestino da Costa, professor catedrático da cadeira de Histologia (1.º grupo) da Faculdade de Medicina de Lisboa).

# O MÉDICO

SEMANÁRIO  
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 Larroudé, 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 (Dir. de Serv. Técn. 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 Disp. 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 de Nazareth (Dir. do Hosp. de S.to António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hosp. de S.to António) — PORTO

Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Dir. do Sanat. Sousa Martins da Guarda), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matozinhos), J. Pimenta Presado (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 (Sub-director do Hospital de Santo António)

DELEGADOS: MADEIRA — Celestino Maia (Funchal); ANGOLA — Alexandre Sarmento (Nova Lisboa); 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

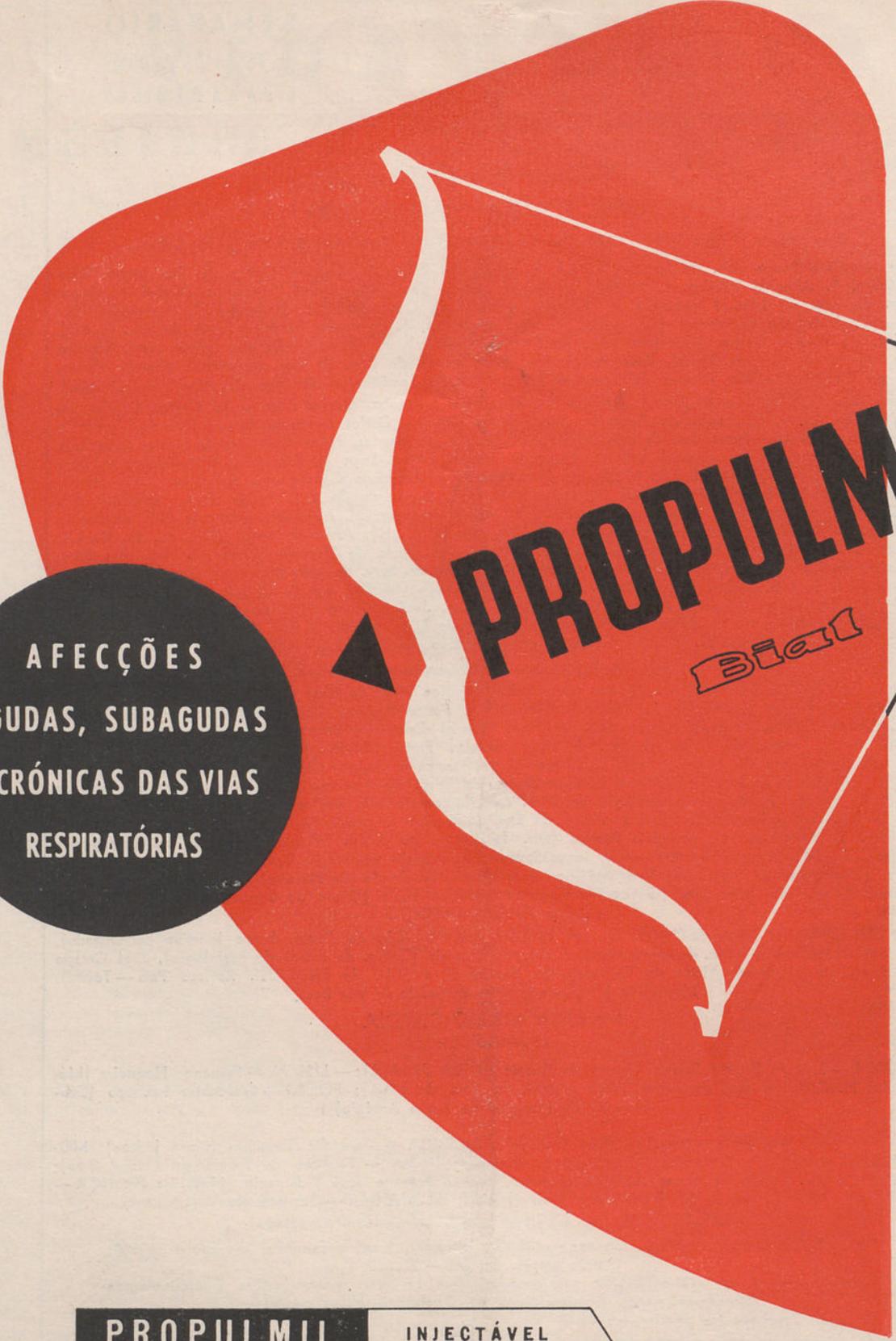
Ultramar — 220\$00

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.



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

**PROPULMIL**  
Biat

**PROPULMIL INJECTÁVEL**

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

**PROPULMIL SUPOSITÓRIOS**

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

**PROPULMIL INFANTIL SUPOSITÓRIOS**

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