

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 168
18 de Novembro de 1954

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

Afecções

3 ACCÇÕES

- Antibiótica específica
- Imunizante inespecífica
- Modificadora do terreno

«... Combatendo o síndrome infeccioso por três vias diferentes, encurta o período agudo da doença, modificando o terreno e prevenindo as recaídas...»

APRESENTAÇÃO

INFANTIL — 0,25 g de Estreptomicina +
+ 150.000 U. O. de Penicilina

NORMAL — 0,50 g de Estreptomicina +
+ 400.000 U. O. de Penicilina

FORTE — 0,50 g de Estreptomicina +
+ 400.000 U. O. de Penicilina

OMNACILINA

AZEVEDOS

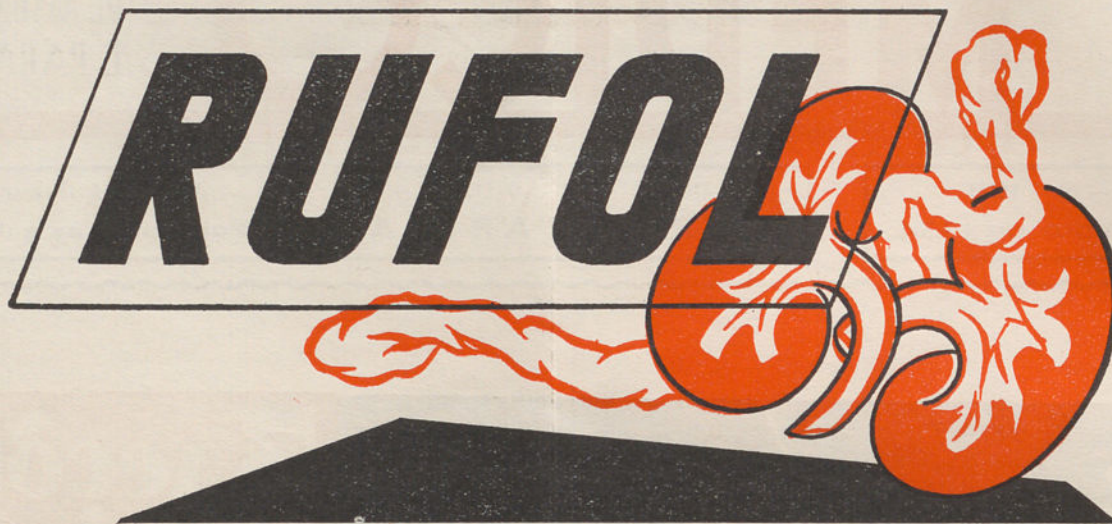
LABORATÓRIOS AZEVEDOS
MEDICAMENTOS DESDE 1775

SUMÁRIO

	Pág.
MÁRIO TAVARES DE SOUSA — <i>Polinevrite coqueluchosa</i>	969
AURELIANO DA FONSECA — <i>Estudo epidemiológico da tinha do couro cabeludo no Norte de Portugal</i>	973
MOVIMENTO MÉDICO — ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — <i>Pneumonia crónica</i>	986
<i>A Vitamina T em Pediatria</i>	988
<i>Resumos da Imprensa Médica</i>	991

SUPLEMENTO

	Pág.
<i>A colaboração entre a Assistência Social e a Previdência</i> — MÁRIO CARDIA	731
<i>Écos e Comentários</i>	732
<i>A Medicina Interna nos Estados Unidos</i>	736
<i>Noticiário diverso.</i>	



SULFAMETIL-TIODIAZOL

Tratamento da colibacilose das vias urinárias

Sulfametil-tiodiazol 0,1 g.

Boião de 20 comprimidos



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

Polinevrite coqueluchosa

MÁRIO TAVARES DE SOUSA



Entre as múltiplas complicações do foro neurológico que a coqueluche pode provocar, alguns autores incluem a polinevrite. Muitos outros, porém, não lhe fazem qualquer referência. *Nelson*, num artigo publicado em 1939, põe em dúvida a etiologia coqueluchosa atribuída por outros investigadores a algumas complicações nervosas sobrevivendo no decurso da coqueluche e, entre elas, a polinevrite. A mesma prudente reserva adoptam *Julien Marie* e *E. Eliachar*, quando ao tratar do capítulo das complicações da tosse convulsa na *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, em 1953, escrevem que as paralisias periféricas de tipo polinevrítico são excepcionais, nem sempre estando formalmente demonstrada a sua etiologia coqueluchosa.

É inegável que a polinevrite coqueluchosa, se de facto existe, como julgamos pelas observações que adiante descreveremos e pela nossa, constitue uma complicação extraordinariamente rara, o que torna perfeitamente compreensíveis as opiniões que expusemos. Uma breve resenha dos casos publicados parece-nos, sem dúvida, de grande utilidade para um melhor conhecimento do assunto, pelo que lhe dedicaremos alguns momentos.

Sydenham, havia já notado que crianças com coqueluche podiam apresentar perturbações da marcha, mas os primeiros autores que atribuíram à polinevrite coqueluchosa as perturbações que descreveram, foram *Surmay* (1865), *Moebius* (1887) e *Moussous* (1891), sendo porém as suas descrições bastante imprecisas, pelo que se lhes não pode conferir um valor decisivo.

Em 1898, *Leroux*, reuniu 38 observações de coqueluche com perturbações diversas, de ordem neurológica, tendo classificado as paralisias em centrais, medulares e periféricas.

Guinon, descreve em 1901 um caso de polinevrite generalizada numa criança de 5 anos e, em 1904, *Moussous* e *Cruchet* relatam uma forma idêntica, mas precedida por crises convulsivas, numa criança de 2 anos e meio.

Simionesco, em 1901, refere um caso de polinevrite coqueluchosa num homem de 29 anos, o que pela idade do doente, constitue ainda uma excepção dentro da raridade já assinalada da complicação em causa.

Além dos casos referidos, do de *Meynier* (1927) e de outro de *Logez Albo* (1935), em crianças de 5 anos, este último com uma forma de predomínio sensitivo, como o que nos foi dado observar, apenas conhecemos mais três observações de *Dutilh*. Estas últimas, porém, referem-se a doentes que tinham sido tratados com injeções de Phosote (fosfato de creosota), o qual pode conter em pequenas percentagens o tri-orto-fosfato de cresil responsável, por si só, pelo aparecimento de muitos casos de polinevrite. Assim aconteceu em muitos doentes tuberculosos tratados com injeções de Phosote (embora se possa pensar que a tuberculose seja capaz de originar polinevrites, o que todavia não é geralmente aceite), sendo também o fosfato de tri-cresil incriminado pelo aparecimento das polinevrites chamadas «apiolicas» e pelos milhares de casos de polinevrite ocorridos nas intoxicações americanas da Jamaica, etc. *Claire Dutilh*, esforça-se por fazer ressaltar o

papel da coqueluche baseando-se em determinadas particularidades do aspecto e da evolução clínica; referindo o facto de em mais de 200 crianças tratadas com Phosote, muitas sem ser por coqueluche, não ter aparecido qualquer outro caso de polinevrite e ainda porque a dose de tri-orto-cresil contido em 1 c.c. de Phosote (dose empregada, em séries de 12 a 18 injeções) seria, em sua opinião, insuficiente para provocar polinevrites. Este último ponto parece mais discutível, pois nas recentes intoxicações descritas por *Staehelein* na Suíça em 1941, por *Creutzfeld, Tydow*, etc., em Kiel e por *Pluvillage, Alajouanine* e colaboradores, na França, em 1942 e 1943, se verificou que a simples ingestão de algumas batatas fritas em azeite contendo 0,4 por mil do ácido tri-orto-cresil-fosfórico era suficiente para provocar o aparecimento de polinevrites graves.

Observação pessoal—No dia 20 de Setembro de 1950 apareceu-nos um Colega, preocupadíssimo, pois trazia consigo uma filhinha doente, que acabara de internar num quarto particular dos Hospitais da Universidade e pedia a nossa comparência junto da doentinha. Pessoa com grandes simpatias em Coimbra, durante as diversas etapas do internamento pedira a todos os colegas que encontrara a sua opinião, pois estava aflito supondo tratar-se dum tétano agudo, para o qual todavia não encontrava justificação suficiente, pelo que chegou a admitir a contaminação das ampolas injectadas ou do material empregado na sua aplicação. Quando chegamos junto da doente, tinha já sido observada por numerosos médicos, os quais na sua maioria achavam pouco provável o diagnóstico de tétano, não conseguindo porém encontrar uma hipótese satisfatória. Tratava-se de uma menina de 8 anos de idade, Maria Isabel C. M., saudável e bem constituída, apenas referindo no passado duas ligeiras crises de sub-icterícia.

Em meados de Agosto, estando numa praia, apareceu com tosse que rapidamente se tornou quintosa, tomando as características da coqueluche. No dia 21 de Agosto deixou a praia e voltou novamente para a terra da sua naturalidade, onde começou uma série de injeções de vacina anti-coqueluchosa «Saúde» (curativa). Nos dias intercalares, tomava injeções de cálcio. Em 26 de Agosto, subida da temperatura, que se manteve vários dias, atingindo 39° e 40°. A febre cedeu em 31, não se notando reacção térmica após a aplicação das vacinas, que prosseguiu então. Nos princípios de Setembro, tomou 3 injeções de Quisan (ascorbato de magnésio), que teve de abandonar por provocarem reacções febris.

Em 12 de Setembro, como estivesse bastante melhorada, saiu, tendo dado um passeio de automóvel. Em 13, apanhou chuva e a tosse recrudesceu. Nos dias 14, 15 e 16, quatro a cinco semanas sobre o início da coqueluche, começou a notar dificuldades na marcha, andando com as pernas afastadas e em extensão.

Na madrugada do dia 17, crise de choro convulsivo, não se queixando de dores, querendo ficar sempre agarrada à mãe. Nessa tarde, dores nos membros inferiores,

principalmente à esquerda, com contracturas musculares fixando as pernas em extensão. Nos dias seguintes, agravamento progressivo, sendo as dores intoleráveis, contínuas, mas com exacerbações frequentes espontâneas e principalmente despertadas por qualquer movimento ou simples contacto com a roupa da cama. Feita uma punção lombar o liquor não apresentava alterações químicas ou citológicas apreciáveis. Como não notasse melhoras ou simples acalmia com a administração de brometos e luminal, injectou, no dia 19, 20.000 u. de soro anti-tetânico desalbuminado e trouxe a doentinha para Coimbra no dia seguinte. Quando a vimos, encontrava-se apirética, com regular estado geral, apenas o pulso um pouco agitado. Não havia trismo. A posição adoptada, em decúbito dorsal com ligeira flexão dos membros inferiores, podia semelhar o opistotonos. Havia uma hiperestesia cutânea muito acentuada que tornava difícil uma exploração perfeita, pois o mais ligeiro contacto exagerava as contracturas e arrancava gritos lancinantes. Não podia fazer espontaneamente quaisquer movimentos com os membros inferiores que se encontravam levemente afastados, semi-flectidos, contracturados, com os pés em equinismo. Babinski — negativo. Os reflexos tendinosos pareciam muito enfraquecidos, mas não era possível explorá-los devidamente. Havia sudoração nitidamente aumentada a nível dos membros inferiores. Sem alterações do funcionamento dos esfíncteres.

Devemos confessar que, embora nos parecesse tratar-se de uma polinevrite de predomínio sensitivo, não a atribuímos logo à coqueluche, naturalmente por nunca termos visto nenhuma. Assim, pareceu-nos indicado aplicar um supositório de Espasmo-Cibalgina e injectar vitamina B₁ em doses elevadas. Para sossego do Pai... e também nosso, aplicamos mais 40.000 u. de soro anti-tetânico. Iniciaram-se também aplicações de diatermia, com duas sessões diárias. As dores cederam um pouco, mas foi ainda preciso durante alguns dias administrar também Optalidon para conseguir adormecer, sendo nas primeiras noites o sono muito leve, entrecortado por sobressaltos e gritos provocados pelas dores despertadas por qualquer mudança de posição. Ao fim de uns 8 dias de terapêutica sedante intensiva, como as dores fossem muito menores, recorreu-se também à balneoterapia quente, com leve maçagem, procurando realizar alguns movimentos passivos. Ainda a pedido do Pai, que pensava então numa coxalgia, foram feitas radiografias das articulações coxo-femorais, que nada revelaram de anormal.

Passados mais quinze dias, era já possível sentar a doentinha numa cadeira de rodas, embora em atitude pouco correcta. As melhoras foram-se acentuando progressivamente, sendo porém mais lentas nas extremidades dos membros, notando-se especial dificuldade na normalização dos movimentos das articulações tibio-társicas. Havia ainda alguns acessos de tosse, que com o tempo se iam tornando menos intensos e menos frequentes.

Ao fim de quatro meses a coqueluche estava completamente curada e ao mesmo tempo desapareciam também as últimas perturbações das extremidades, podendo a doentinha andar perfeitamente, sem dores ou quaisquer limitações de movimentos.

Resumindo: Polinevrite de predomínio sensitivo, aparecendo numa criança de 8 anos, pela quarta ou quinta semana após o início de uma coqueluche de mediana intensidade, em seguida a um recrudescimento dos acessos quintosos, instalando-se progressivamente e tendo uma evolução benigna, paralela à da própria coqueluche.

As polinevrites da coqueluche seriam, de acordo com as descrições feitas, de uma grande raridade mesmo entre as complicações nervosas. Teriam o máximo da frequência entre os 3 e os 8 anos, enquanto que o das encefalites estaria situado antes dos 2 anos (a coqueluche tendo o seu máximo entre os 2 e os 5 anos). Habitualmente de início lento e progressivo, sem febre, aparecendo pela sexta, sétima ou oitava semana da coqueluche, podem revestir várias formas: polinevritica pura, de predomínio sensitivo, generalizada, etc., sendo porém mais frequentes as formas sensitivo-motoras de tipo paraplégico ou, mais raramente, quadriplégico. Consoante a modalidade realizada, assim predominarão as paralisias ou simples paresias com dificuldade da marcha, diminuição ou abolição dos reflexos, hipotonia sem atrofia acentuada, predomínio das lesões nas extremidades, ausência de perturbações esfíncterianas, ou, nas formas de predomínio sensitivo, as hiperestesias, dores provocadas à pressão e alongação dos nervos, algias profundas, etc. O líquido cefalo-raquídeo seria normal, apenas *Dutilh* refere ligeira albuminorraquia (0,40) e discreta hipercitose (2,5). A evolução, habitualmente benigna, far-se-ia em 6 a 18 meses.

A observação que descrevemos, única que tivemos o ensejo de realizar até hoje, parece-nos constituir, pelas suas características clínicas e pela sua evolução, uma forma relativamente benigna de polinevrite coqueluchosa e cremos que algumas dúvidas e apreensões que tivemos no início, encontram justificação no pouco relevo que, em virtude da sua raridade, se lhe dá habitualmente nos tratados da especialidade.

BIBLIOGRAFIA

- Alajouanine, Boudin, Coury et Villey*—Intoxication familiale collective à forme polynévritique par ingestion d'une huile contenant du tri-ortho-phosphate-crésyl. «Soc. Méd. des Hôp. de Paris», 17 déc. 1943.
- Ducros, J.*—Les polynévrites apolioliques. «Thèse». Paris, 1938.
- Dutilh, C.*—Les polynévrites de la coqueluche. «Thèse». Paris, 1942.
- Guinon*—Polynévrite, suite de coqueluche. «Soc. Méd. des Hôp. de Paris», 12 juil. 1901.
- Julien Marie et E. Elhachar*—«Encyclopédie Médico-Chirurgicale». Maladies Infectieuses. Paris.
- Leroux*—Mémoire sur les paralysies de la coqueluche. «Jour. de Clin. et Thérap. Infant.», mars-avril 1898.
- Logez W. Albo*—Complications nerveuses de la coqueluche. «Annales de médecine interne», t. 4, n.º 5, 1935.
- Meynier, E.*—Complicanze nervose della pertosse. «Clinica e Igiene Infantile», Torino II, jan. 1927.
- Moebius*—Polynévrites de la coqueluche. «Centralb. f. Nervenheilk», 1887.
- Moussous*—Polynévrite aigue généralisée survenue au cours de la coqueluche. «Jour. de Méd. de Bordeaux», mai 1891.
- Moussous et Cruchet*—Sur une forme clinique des paralysies de la coqueluche. «Congrès de Médecine Française», 1904.
- Nelson, R. L.*—Neurological complications of whooping cough. «The Jour. of Pediatrics», jan. 1939.
- Pluvinage, R.*—Les polynévrites dues à l'acide tri-ortho-crésyl-phosphorique. «Gaz. Méd. France», 1943, n.º 21.
- Roger, H. et Recordier*—La polynévrite consécutive à l'usage thérapeutique du phosphate de créosote. «Gaz. des Hôp.», n.º 39, 1933.
- Simionesco*—Pseudo-tabès après la coqueluche. «Soc. de Neurol. de Paris», 4 juil. 1901.
- Stahelin*—«Schweiz. Med. Wschr.», 1941, t. I.
- Surmay*—«Archives Générales de Médecine», 1865.
- Tidow, R. e Nekarda, O.*—Beobachtungen bei Magenkranken im kriege. «Deutsche Med. Wschr.», 1943, p. 175.

(Comunicação ao IX Congresso Espanhol de Pediatria — Santiago de Compostela, 1954)

P V R

Imunoterápia não específica associada à Penicilina

COMPOSIÇÃO

Dibenziletilenadiazina Dipenicilina G.	600.000 U.
Penicilina G Procaínica	300.000 U.
Penicilina G Potássica	100.000 U.
Soro imunizante não específico de antigénios lipo-proteicos e sais biliares associados a essências antissépticas, à Quinina básica e às Vitaminas A + D q. b. para	1 Dose

SUPOSITÓRIOS E INJECTÁVEL

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

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

DIESTREPTO

Sulfatos de estreptomina e dihidroestreptomina em associação sinérgica para anular os efeitos tóxicos e exaltar o valor antibiótico

COMPOSIÇÕES

ADULTO

Cada dose contém:

Estreptomina base (Sob a forma de sulfato)	0,5 Grs.
Dihidroestreptomina base (Sob a forma de sulfato)	0,5 »
Soro fisiológico apirogénico	5 c. c.

INFANTIL

Cada dose contém:

Estreptomina base (Sob a forma de sulfato)	0,25 Grs.
Dihidroestreptomina base (Sob a forma de sulfato)	0,25 »
Soro fisiológico apirogénico	3 c. c.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

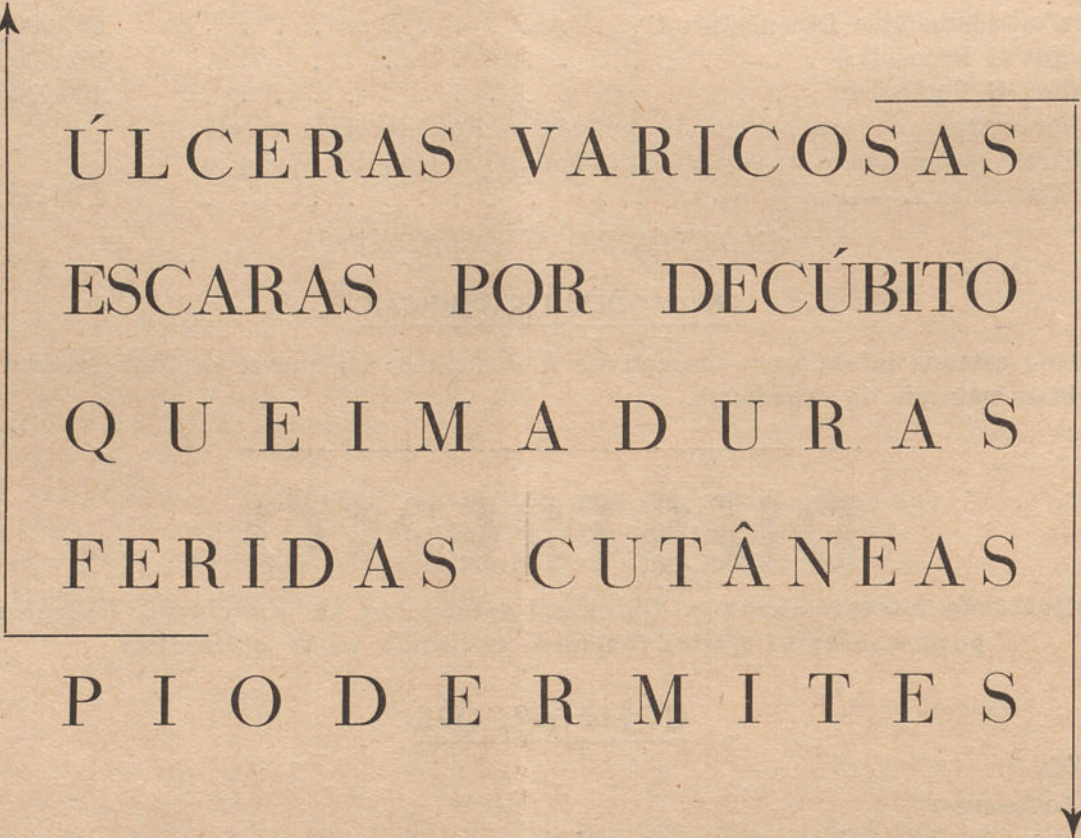
Todas as da estreptominaoterápia, sem efeitos secundários com o poder antibiótico exaltado.



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

Avenida Elias Garcia — MASSAMÁ-QUELUZ-Telef. QUELUZ 27
EXPEDIENTE — Av. Duque Loulé, 108, 1.º — Lisboa — Telef. 42602
PROPAGANDA — Av. Duque Loulé, 108, 2.º — Lisboa — Telef. 42816
Delegação no Porto — Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º — Telef. 21383
Deleg. em Coimbra — Av. Fernão de Magalhães, 32-1.º — Telef. 4556

Dermoplasmina



ÚLCERAS VARICOSAS
ESCARAS POR DECÚBITO
QUEIMADURAS
FERIDAS CUTÂNEAS
PIODERMITES

Dermoplasmina c/ cloroanfenicol

M. RODRIGUES LOUREIRO

Rua Duarte Galvão, 44 — LISBOA

CONCESSIONÁRIO EXCLUSIVO DO

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO V. BALDACCI-Pisa

Estudo epidemiológico da tinha do couro cabeludo no Norte de Portugal

Inquérito e factores epidemiológicos

(Conclusão)

AURELIANO DA FONSECA

B) *Inquérito sobre a tinha*

Inspecionaram-se todas as escolas do concelho e observaram-se 4.264 crianças, identificando-se 446 casos de tinha; fora da população escolar, identificaram-se mais 114 casos. No total encontraram-se 560 crianças com tinha (Mapa n.º 11).

	Sexo masculino	Sexo feminino	Total	Percentagem
Tinha tricofítica	216	292	508	90,7
Tinha microspórica	3	5	8	1,4
Tinha favosa	21	17	38	6,8
Infecções mixtas	2	4	6	1,1
Total	242	318	560	100,0

Foi possível identificar a espécie em 203 casos de tinha tricofítica:

	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total	Percentagem
T. Violaceum	93	74	67	82,2
T. Acuminatum	9	9	18	8,9
T. Crateriforme	10	4	14	6,9
T. Glabrum	1	2	3	1,5
T. Roseum	—	1	1	0,5
Total	113	90	203	100,0

Na tinha microspórica identificou-se sempre o «M. Felineum»; no favo identificou-se o «Achorium Schönlein».

Nas infecções mistas identificou-se a concomitância do «T. Violaceum-M. Felineum» em 1 caso do sexo masculino, «T. Violaceum-T. Acuminatum» em 2 casos do sexo feminino; os restantes 3 casos eram de «Achorium Schönlein-T. Violaceum».

A distribuição etária foi a seguinte:

Idade	Tinha tricofítica			Tinha microspórica			Tinha favosa			Infecções mixtas			TOTAL
	SEXO		M+F	SEXO		M+F	SEXO		M+F	SEXO		M+F	
	M	F		M	F		M	F		M	F		
0-3 anos	5	12	17	—	—	—	2	1	3	—	—	—	20
4-6 >	16	36	52	2	2	4	3	5	8	—	—	—	64
7-9 >	102	169	271	1	3	4	5	6	11	2	2	4	290
10-12 >	81	66	147	—	—	—	9	3	12	—	2	2	161
13-15 >	12	9	21	—	—	—	2	2	4	—	—	—	25
Total	216	292	508	3	5	8	21	17	38	2	4	6	560

B) *Conclusões:*

O concelho de Vila do Conde está situado no litoral, desenvolvido em planície e possuindo um clima húmido. A agricultura e a indústria são a base económica da região. A mulher, colabora no trabalho em 47,4 % em relação ao total de elementos activos e 24,5 % em relação ao total da população feminina.

A tinha foi identificada nesta região em 10,0 % da população escolar.

FREGUESIAS DO CONCELHO DE VILA DO CONDE	POPULAÇÃO RESIDENTE			POPULAÇÃO ESCOLAR OBSERVADA			CASOS DE TINHA		
	SEXO		TOTAL	SEXO		TOTAL	SEXO		TOTAL
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino		Masc.	Fem.	
ARCOS — (S. Miguel)	400	380	780	48	27	75	3	1	4
ÁRVORE — (S. Salvador)	970	1.020	1.990	75	84	159	5	6	11
AVELEDA — (Santa Eulália)	530	520	1.850	55	43	98	2	1	3
AZURARA — (Santa Maria)	560	700	1.260	56	51	107	12	2	14
BAGUNTE — (Santa Maria)	680	710	1.390	59	69	128	22	17	39
CANIDÉLO — (S. Pedro)	300	290	590	26	31	57	2	1	3
FAJIZES — (S. Pedro)	420	440	860	54	37	91	5	9	14
FERREIRO — (Santa Marinha)	180	200	380	23	33	56	3	5	8
FORNEL — (S. Martinho)	570	620	1.190	70	56	126	—	4	4
GIÃO — (Santo Estêvão)	720	790	1.510	80	70	150	—	6	6
GUILHABREU — (S. Martinho)	750	790	1.540	69	64	133	1	3	4
JUNQUEIRA — (S. Simão)	960	1.010	1.970	80	104	184	8	19	27
LABRUGE — (Santiago)	730	820	1.550	73	66	139	2	3	5
MACIEIRA DA MAIA — (S. Salvador)	760	740	1.500	77	80	157	3	—	3
MALTA — (Santa Cristina)	400	390	790	34	31	65	3	1	4
MINDELO — (S. João Evangelista)	800	840	1.640	90	76	166	8	2	10
MODIVAS — (S. Salvador)	610	640	1.250	41	65	106	1	1	2
MOSTEIRO — (S. Gonçalo)	370	390	760	31	33	64	—	—	—
OUTEIRO MAIOR — (S. Martinho)	160	190	350	14	18	32	1	1	2
PARADA — (Santo André)	170	150	320	14	18	32	4	1	5
RETORTA — (Santa Maria)	320	350	670	14	37	51	2	5	7
RIO MAU — (S. Cristóvão)	680	750	1.430	78	82	160	5	18	23
TOUGUES — (S. Vicente)	350	380	730	40	39	79	2	4	6
TOUGUINHA — (N.ª S.ª da Esperança)	390	440	830	46	39	85	6	10	16
TOUGUINHÓ — (S. Salvador)	590	620	1.210	63	49	112	13	23	36
VAIRÃO — (S. Salvador)	530	700	1.230	61	124	185	2	—	2
VILA CHÁ — (S. Mamede)	710	930	1.640	73	66	139	—	7	7
VILA DO CONDE — (S. João Baptista)	5.310	5.980	11.290	580	489	1.069	125	165	290
VILAR — (Santa Maria)	560	600	1.220	42	55	97	—	1	1
VILAR DO PINHEIRO — (St.ª Marinha)	680	790	1.470	64	80	144	2	2	4
TOTAIS	21.170	23.170	44.340	881	772	1.653	46	57	103

Nas crianças não escolares, conviventes com as crianças escolares nas quais encontramos a doença, registámos a percentagem de 21,4 de crianças igualmente infectadas.

A doença dispersa-se praticamente por todas as freguesias do concelho; todavia tem a sua principal incidência na sede do concelho, entre a população piscatória, à qual pertencem 81,7 % dos 290 casos verificados na vila.

É interessante referir que o bairro piscatório encontra-se a norte da vila, continuando-se com o bairro piscatório da Póvoa de Varzim.

CONCELHO DE VILA NOVA DE GAIA

A) Estudo corográfico, sanitário e demográfico:

O concelho de Vila Nova de Gaia, pertence ao distrito do Porto, ocupa uma área de 167 quilómetros quadrados, entre o Rio Douro que lhe serve de limite norte e leste e o Oceano Atlântico que o banha numa grande extensão, a oeste. A sul, limita-se com os concelhos de Espinho e da Vila da Feira.

Toda a superfície é ondulada, com pequenas elevações que oscilam entre 150 e 250 metros de altitude e em cujos vales circulam pequenos rios e ribeiros que desaguam no Rio Douro ou directamente no Oceano.

O clima é manifestamente influenciado pelo Oceano, exceptuando as regiões mais no interior. A temperatura média anual é de 14° a 16°, com oscilações médias de 9° a 25°. A humidade, porém, é que altera um pouco a suavidade da temperatura, com o elevado índice de humidade de 78,8 % que de noite ultrapassa os 90 %.

A flora da região é sobretudo constituída por coníferas resinosas, particularmente ao longo da margem do Rio Douro. As culturas principais são o milho, batata e feijão; há também abundantes árvores de fruto.

As comunicações entre as povoações são fáceis, pelas numerosas estradas que se cruzam em todas as direcções. A sede do concelho e a cidade do Porto são as localidades para onde se desloca a população.

As condições sanitárias gerais do concelho podem ser consideradas razoáveis, dentro da característica rural da quase totalidade da região. Todavia, na vila, dada a heterogeneidade do meio, existe manifesta diferença, conforme se considera a zona residencial, situada a cota elevada, ou as zonas ribeirinha e piscatória da Afurada, situadas na encosta do Rio Douro cujas condições são deficientes.

O casario dispõe-se irregularmente em todas as povoações, e de modo disperso. Nas localidades ao longo do rio a aglomeração é mais apertada.

O número de habitantes é de 133.800 (63.900 do sexo masculino e 69.900 do sexo feminino), distribuídos por 23 freguesias e 233 povoações, com uma densidade de 120 habitantes por quilómetro quadrado. Há 30.800 famílias, 41,7 % das quais são constituídas por 1 a 3 pessoas, 44,3 % por 4 a 6 pessoas, 13,5 % com 7 a 10 pessoas e apenas 0,5 % são constituídas por 11 a 18 pessoas. O número de casais é de 25.700, sendo 20.900 com filhos, numa relação de 81 %.

Entre os casais com filhos, 72,2 % tem 1 a 3 filhos, em 22,2 % há 3 a 6 filhos, em 5,4 % há 7 a 10 filhos e em 0,2 % há 11 a 16 filhos.

A distribuição etária é a seguinte:

Idade	Sexo masculino	Sexo feminino	Totais
0-4 anos	7.950	7.500	15.450
5-9 >	6.190	5.900	12.090
10-14 >	6.400	6.150	12.550
15-19 >	6.590	6.760	13.350
20-49 >	28.010	21.570	49.580
50 e mais anos	8.760	22.020	30.780
Total . . .	63.900	69.900	133.800

As pessoas activas são em número de 52.100 (37.900 do sexo masculino e 14.200 do sexo feminino) com a seguinte distribuição profissional: agricultura — 6.200 (5.000 do sexo masculino e 1.200 do sexo feminino); indústria (têxtil, calçado, madeiras e metalurgia) — 23.400 (15.760 do sexo masculino e 7.640 do sexo feminino); pesca — 900 (quase todos do sexo masculino); outras actividades (comércio, transportes, construção e serviços administrativos) — 21.600 (15.800 do sexo masculino e 5.800 do sexo feminino).

Portanto, vemos que a indústria ocupa 44,8 % da população, seguindo-se o comércio, transportes e serviços administrativos com 41,8 % e depois a agricultura em 11,9 %.

A mulher colabora com o homem em 20,9 % em relação ao total de indivíduos do sexo feminino e em 48,8 % em relação ao total de indivíduos activos.

As populações das diferentes freguesias vivem intimamente umas com as outras, em virtude de numerosas festas e romarias em quase todas as localidades que são sobretudo frequentadas pelos habitantes da região.

B) Inquérito sobre a tinha

Quase todas as escolas do concelho foram visitadas (149 escolas e 36 postos de ensino) e observadas 11.837 crianças, entre as quais se encontraram 285 casos de tinha (126 no sexo masculino e 159 no sexo feminino).

A tinha tricofítica predomina numa percentagem de 85,9 %; segue-se a tinha favosa com 12,7 % e depois a tinha microspórica em 1,4 %.

	SEXO		TOTAL	Percentagem
	Masculino	Feminino		
Tinha tricofítica	99	146	245	85,9
Tinha microspórica	3	1	4	1,4
Tinha favosa	24	12	36	12,7
Total	126	159	285	100,0

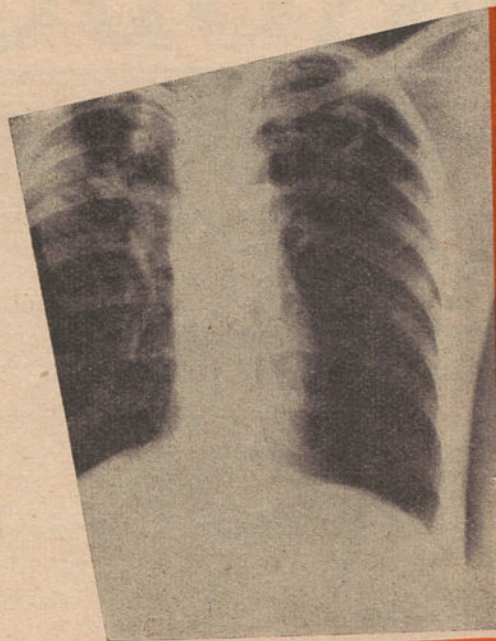
Foi possível identificar a espécie em 94 casos de tinha tricofítica, predominando o «T. Violaceum» em 72,3 %.

	SEXO		TOTAL	Percentagem
	Masculino	Feminino		
T. Violaceum	23	43	66	71,2
T. Acuminatum	12	6	18	18,5
T. Crateriforme	7	2	9	9,2
T. Glabrum	1	—	1	1,1
Total	43	51	94	100,0

Na tinha microspórica evidenciou-se o «M. Felineum» em todos os casos.

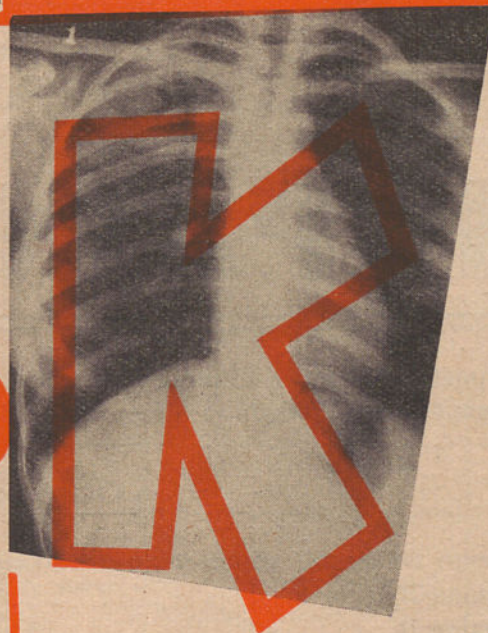
A distribuição etária é a seguinte:

Idade	Tinha tricofítica			Tinha microspórica			Tinha favosa			Total
	SEXO			SEXO			SEXO			
	M	F	M+F	M	F	M+F	M	F	M+F	
4-6 anos	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1
7-9 >	40	60	100	3	1	4	6	5	11	115
10-12 >	59	78	137	—	—	—	18	7	25	162
13-15 >	—	7	7	—	—	—	—	—	—	7
Total	99	146	245	3	1	4	24	12	36	285



**UMA
NOVA
HIDRAZIDA**

B



D-GLUCURONOLACTONA ISONICOTIL-HIDRAZONA

ACTIVA CONTRA AS ESTIRPES DE B. K.
RESISTENTES À MEDICAÇÃO CONHECIDA

COMPRIMIDOS DE

Hidraglutone

MENOR TOXICIDADE
MAIOR ACTIVIDADE
ANTIBACIOSA

UMA NOVA ARMA CONTRA A TUBERCULOSE

INSTITUTO LUSO-FARMACO-LISBOA

PROPANIODO

Iodoterápia injectável e oral

O Propaniodo é uma solução aquosa de α -iododihidroxiopropano ($\text{CH}_2\text{I}-\text{CHOH}-\text{CH}_2\text{OH}$) a 10 %.

Este sal orgânico de nossa preparação contém 62,87 % de iodo metalóide e é muito bem suportado, podendo dizer-se indolor, quando injectado, não provocando acidentes de iodismo.

Indicações terapêuticas

Todas as do iodo, podendo ser injectado por via hipodérmica, intramuscular e endovenosa.

Apresentação

Frasco conta-gotas de 20 c. c.
Caixa com 5 ampolas de 2 c. c.

HEPATONELBA

Composto vitamino-mineralizado de extracto super-concentrado de fígado altamente activo (segundo a técnica de Subbarow e Jacobson).

Composição

Extracto de fígado super-concentrado equivalente a 10 microgrs. de Vitamina B ₁₂	
Vitamina B ₁	0,002 Grs.
Vitamina B ₂	0,0005 »
Vitamina B ₆	0,001 »
Vitamina PP	0,010 »
Pantotenato de cálcio	0,001 »
Citrato de ferro	0,005 »
Glicerofosfato de sódio	0,20 »

Apresentação

Frasco de 300 gramas de xarope
Caixa com 5 ampolas de 2 c. c.

POR VIA ORAL E INTRAMUSCULAR



Instituto de Biologia Aplicada

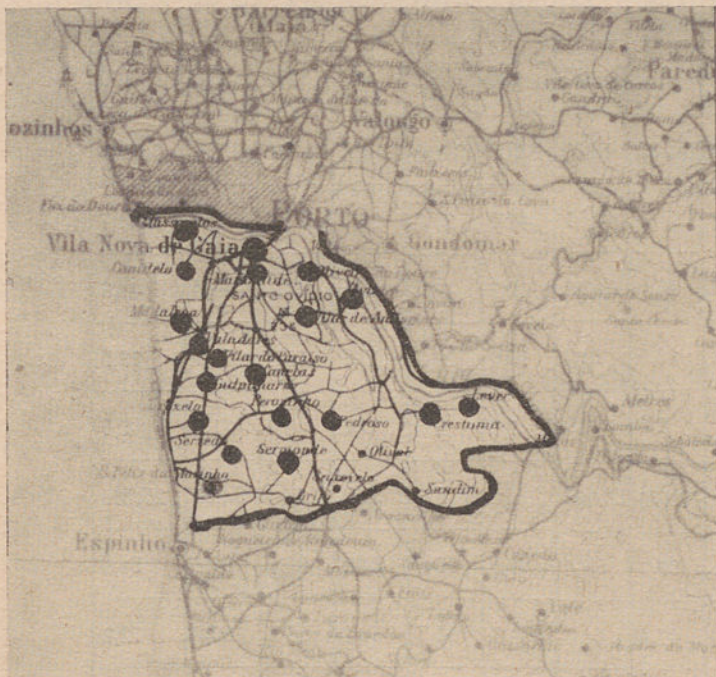
Zona Norte
R. dos Mártires da Liberdade, 87
Telefone, 25069 PORTO

Serviços Centrais
Rua Eça de Queiroz, 4
Telefone, 42639 LISBOA

Zona Centro
Av. Fernão de Magalhães, D-3.º-E
Telefone, 4842 COIMBRA

C) *Conclusão:*

O concelho de Vila Nova de Gaia está situado em terreno ondulado entre o Rio Douro e o Oceano. É uma região essencialmente industrial e comercial, possuindo clima temperado, mas húmido, sobretudo ao longo da margem ribeirinha.



MAPA N.º 14

Em quase todas as freguesias deste concelho foram identificados casos de tinha na percentagem de 2,4 em relação ao total de crianças examinadas. Esta doença já é conhecida nesta

região desde há muitos anos, todavia, tem-se difundido últimamente.

— * —

Terminada a descrição do estudo realizado nestes concelhos, vamos apreciar os resultados no seu conjunto:

- Na composição familiar não há diferenças sensíveis entre os diferentes concelhos, embora sejam muito diversas as condições corográficas, climáticas e económico-sociais;
- As condições de salubridade são de modo geral deficientes e idênticas nas localidades agrícolas e no meio piscatório; nas regiões industriais, nas vilas e nas cidades, as condições de salubridade são razoáveis, no seu conjunto;
- Não há relação entre a incidência da tinha e o valor industrial ou agrícola do concelho;
- Não há qualquer relação, dentro de cada concelho, entre a percentagem de mulheres que trabalham e a maior ou menor incidência de tinha;
- Verifica-se que a tinha tem mais elevada incidência nos concelhos do litoral, diminuindo à medida que se caminha para o interior;
- Determinando os valores relativos, obtidos entre o número de casos registados em cada concelho, e apenas na população escolar, e o número de crianças em idade escolar examinadas, verificámos que a ordenação dos concelhos é sensivelmente a mesma observada com os valores absolutos;

FREGUESIAS DO CONCELHO DE VILA NOVA DE GAIA	POPULAÇÃO RESIDENTE			POPULAÇÃO ESCOLAR OBSERVADA			CASOS DE TINHA		
	SEXO		TOTAL	SEXO		TOTAL	SEXO		TOTAL
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino		Masculino	Feminino	
AFURADA — (S. Pedro)	1.640	1.880	3.520	198	200	398	6	8	14
ARCOZELO — (S. Miguel)	3.380	3.910	7.290	321	342	665	2	13	15
AVINTES — (S. Pedro)	3.640	3.770	7.410	345	316	661	14	14	28
CANELAS — (S. João)	1.750	1.780	3.530	168	142	310	10	8	18
CANIDELO — (Santo André)	1.300	1.120	2.420	210	196	406	6	2	8
CRESTUMA — (Santa Marinha)	1.070	1.180	2.250	146	126	272	2	4	6
GRUJO — (S. Salvador)	2.450	2.940	5.390	281	174	555	—	—	—
GULPILHARES — (Nossa Senhora da Esperança)	1.760	1.890	3.650	122	126	248	3	2	5
LEVER — (Santo André)	1.200	1.290	2.490	149	131	280	3	3	6
MADALENA — (Santa Maria)	1.970	2.050	4.020	179	153	332	—	2	2
OLIVAL — (Santa Marinha)	1.250	1.380	2.630	170	173	343	—	—	—
OLIVEIRA DO DOURO — (Santa Eulália)	4.450	4.880	9.330	466	435	901	26	19	45
PEDROSO — (S. Pedro)	5.120	5.070	10.190	3.777	3.395	7.172	2	2	4
PEROSINHO — (S. Salvador)	1.420	1.490	2.910	142	123	265	3	3	6
SANDIM — (Santa Maria)	1.840	2.050	3.890	220	222	442	—	—	—
S. FELIX DA MARINHA — (S. Félix)	2.610	2.970	5.580	304	319	623	16	18	34
SEIXEZELO — (Santa Maria)	440	550	990	53	52	105	—	—	—
SERMONDE — (S. Pedro)	280	310	590	41	27	68	3	15	18
SERZEDO — (S. Mamede)	1.870	2.150	4.020	177	190	367	—	2	2
VALADARES — (S. Salvador)	2.340	2.690	5.030	220	208	428	7	7	14
VILA NOVA DE GAIA — MAFAMUDE — (S. Cristóvão)	5.560	6.580	12.140	394	317	711	8	5	13
VILA NOVA DE GAIA — (Santa Marinha)	12.260	13.620	25.880	825	802	1.627	4	6	10
VILAR DO ANDORINHO — (S. Salvador)	1.870	1.940	3.810	191	174	365	6	18	24
VILAR DO PARAÍSO — (S. Pedro)	2.330	2.510	4.840	191	184	375	5	8	13
TOTAIS	63.900	69.900	133.800	6.141	5.696	11.837	126	159	285

CONCELHOS		ALIJÓ	BAIÃO	BRAGA	GONDOMAR	MELGAÇO	PAREDES DE COURA	PÓVOA DE VARZIM	SANTO TIRSO	VIANA DO CASTELO	VILA DO CONDE	VILA NOVA DE GAIA
Número de habitantes		24.000	29.460	34.000	71.030	17.790	16.000	37.000	63.400	70.300	44.340	133.800
Densidade populacional (por km ²)		83	176	475	511	425	120	432	313	230	276	120
Número de famílias		5.900	7.550	16.400	16.100	4.300	3.709	8.050	13.400	14.300	9.720	30.800
Percentagem do número de pessoas nas famílias	1 a 3 pessoas	46,6	47,6	34,8	39,6	44,1	41,6	37,7	37,7	34,9	38,9	41,7
	4 a 6 pessoas	40,7	39,7	41,0	45,6	42,8	40,5	40,0	40,5	41,4	41,4	44,3
	7 a 10 pessoas	12,0	12,2	21,2	13,5	12,2	16,2	17,2	19,8	18,3	17,9	13,5
	11 a 20 pessoas	0,7	0,5	3,0	1,3	0,9	1,7	4,5	2,2	5,4	1,8	0,5
Número de casais		4.200	5.790	13.300	13.760	3.100	2.600	6.700	11.100	11.700	8.200	25.700
Percentagem de casais com filhos		86,7	88,4	84,3	83,9	85,4	84,6	86,6	84,5	86,4	85,4	81,0
Percentagem do número de filhos nos casais	1 a 3	61,7	60,2	54,5	67,4	64,6	54,3	56,7	54,4	55,5	62,2	72,2
	4 a 6	32,0	30,3	32,3	25,7	27,4	33,1	31,8	32,0	31,9	28,3	22,2
	7 a 10	6,1	9,1	12,4	6,7	7,9	11,7	10,9	12,7	11,8	9,2	5,4
	11 a 18	0,2	0,4	0,8	0,2	0,1	0,9	0,6	0,9	0,8	0,3	0,2
População activa		9.500	10.000	30.500	27.250	7.400	5.700	14.600	26.600	23.600	17.700	52.100
Percentagem da mulher no trabalho	em relação ao total de indivíduos do sexo feminino	22,0	10,3	20,5	16,5	23,1	16,2	25,2	26,8	36,3	24,5	20,9
	em relação ao total de população activa.	27,8	16,0	42,0	21,4	42,3	25,0	35,0	32,8	16,8	47,4	48,8
Percentagem da população activa em cada ramo da actividade	Agricultura	78,0	70,0	28,0	16,4	81,1	79,0	41,2	25,0	38,4	33,4	11,9
	Pesca	—	—	—	0,4	—	—	7,2	—	3,1	6,6	1,7
	Indústria	6,0	8,5	29,0	47,1	3,4	5,2	18,2	51,3	16,9	31,1	44,9
	Comércio, transportes, serviços administrativos, etc.	16,0	21,5	43,0	36,1	15,5	15,8	33,4	23,7	41,6	28,9	41,5

CONCELHOS	POPULAÇÃO ATÉ AOS 14 ANOS DE IDADE									TOTAIS		
	0 - 4 anos			5 a 9 anos			10 a 14 anos			EM CADA SEXO		NOS DOIS SEXOS
	SEXO		TOTAL	SEXO		TOTAL	SEXO		TOTAL	M	F	
	M	F		M	F		M	F				
ALIJÓ	1.480	1.410	2.890	1.370	1.810	2.680	1.190	1.230	2.420	4.040	3.950	7.990
BAIÃO	1.780	1.710	3.590	1.550	1.570	3.120	1.550	1.500	3.050	4.980	4.780	9.760
BRAGA	5.890	5.210	10.600	4.210	4.060	8.270	4.800	4.360	9.160	14.400	18.630	28.030
GONDOMAR	4.630	4.580	9.210	3.600	3.410	7.010	3.500	3.520	6.820	11.750	11.310	23.040
MELGAÇO	890	880	1.720	930	880	1.810	900	810	1.710	2.720	2.520	5.240
PAREDES DE COURA	1.010	970	1.980	830	870	1.750	780	800	1.580	2.670	2.640	5.310
PÓVOA DE VARZIM	2.840	2.630	5.470	2.740	2.110	4.250	2.050	1.910	3.960	7.030	6.650	13.680
SANTO TIRSO	4.660	4.330	8.890	3.600	3.350	6.950	3.880	3.450	7.330	12.140	11.130	28.270
VIANA DO CASTELO	4.100	3.960	8.060	3.640	3.590	9.230	3.550	3.390	6.940	13.290	10.940	24.230
VILA DO CONDE	8.050	2.870	5.920	2.400	2.450	4.850	2.370	2.160	4.530	7.820	7.480	15.300
VILA NOVA DE GAIA	7.950	7.500	15.450	6.190	5.900	12.090	6.400	6.150	12.550	20.540	10.550	40.090
TOTAIS	37.880	36.000	73.780	32.510	29.500	49.210	30.970	29.800	60.050	101.360	94.580	195.940

ANTIANÉMICOS



*na mais elevada purificação
e dosagem obtida até hoje*

VIA PARENTERAL — intramuscular ou endovenosa.

PERNAEMON — Cxs. 6 e 100 ampolas de 2 c. c. a 4 micgr. Vit. B₁₂

PERNAEMON FORTE — Cxs. 3 e 100 ampolas de 2 c. c. a 20 micgr. Vit. B₁₂

O que caracteriza o Pernaemon e Pernaemon Forte

- Indolor e quase incolor.
- Isento de substâncias (pigmentos castanhos) nocivos ou inactivos próprios dos extractos crus.
- Administração por via endovenosa em consequência da sua pureza.
- A coloração rósea que apresenta é devida à Vit. B₁₂ que faz parte integrante do extracto o que lhe confere um mais elevado poder antianémico.

VIA ORAL — (Produtos novos)

BIFACTON

- Contém Vit. B₁₂ combinado com factor intrínseco de Castle, altamente concentrado, de modo a assegurar a assimilação total da vitamina.

Cada comprimido contém, 0,5 Unid. orais F. E. U.

Emb. — 30 comprimidos

FERRO BIFACTON — Contém, por dragea — 100 mgr. — tartarato ferroso, 10 mgr. Vit. C e Bifacton na quantidade de 0,05 Unid. orais F. E. U.

Emb. — 100 drageas

N. B. — Literaturas e amostras enviam-se à Ex.^{ma} Classe Médica

REPRESENTANTES:

UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA

Rua da Prata, 250-2.º — Lisboa / R. Alexandre Braga, 138 — Porto

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

PROPULMIL
Bial

PROPULMIL INJECTÁVEL

PENICILINA G PROCAÍNICA 400.000 U. I. VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D₂ 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.

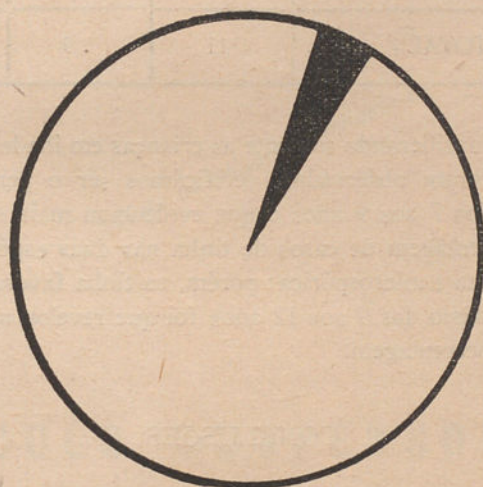
PROPULMIL SUPOSITÓRIOS

PENICILINA G PROCAÍNICA 300.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I.
VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D₂ 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 D₂ 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.

CONCELHOS	População até aos 14 anos de idade			População escolar observada			Casos de tinha						TOTAL
	SEXO		M+F	SEXO		M+F	Na população escolar			Na população não escolar			
	M	F		M	F		M	F	M+F	M	F	M+F	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M+F		
ALIJO	4 040	3.950	7.990	1.313	1.267	2.580	4	7	11	1	6	7	18
BAIÃO	4.980	4.780	9.760	1.560	1.322	2.882	13	24	37	—	—	—	37
BRAGA	14.400	13.630	28.030	4.454	4.456	8.910	86	116	202	—	—	—	202
GONDOMAR	11.730	11.310	23.040	3.711	2.628	6.339	47	58	105	—	—	—	105
MELGAÇO	2.720	2.520	5.240	991	877	1.868	15	18	33	2	2	4	37
PAREDES DE COURA	2.670	2.640	5.310	881	772	1.653	46	57	103	—	—	—	103
PÓVOA DE VARZIM	7.030	6.650	13.680	2.003	2.064	4.067	215	297	512	94	137	231	743
SANTO TIRSO	12.140	11.130	25.270	4.038	3.662	7.700	74	132	206	—	—	—	206
VIANA DO CASTELO	13.290	10.940	24.230	3.348	3.162	6.510	146	188	334	—	—	—	334
VILA DO CONDE	7.820	7.480	15.300	2.238	2.191	4.429	194	252	446	48	66	114	560
VILA NOVA DE GAIA	20.540	19.550	40.990	6.141	5.696	11.837	126	159	285	—	—	—	285
TOTAIS	101.360	94.580	195.940	30.678	28.097	58.775	966	1.308	2.274	145	211	356	2.630



POPULAÇÃO ESCOLAR OBSERVADA

com tinha
 sem tinha

CONCELHOS	Porcentagem de casos de tinha em relação às crianças observadas		
	Sexo masculino	Sexo feminino	Total dos dois sexos
ALIJO	0,4	0,4	0,4
BAIÃO	0,8	1,8	1,3
BRAGA	1,9	2,6	2,3
GONDOMAR	1,3	2,2	1,7
MELGAÇO	1,5	2,1	1,8
PAREDES DE COURA	5,2	7,4	6,2
PÓVOA DE VARZIM	10,7	14,4	12,6
SANTO TIRSO	1,8	3,6	2,7
VIANA DO CASTELO	4,4	5,9	5,1
VILA DO CONDE	8,7	11,5	10,0
VILA NOVA DE GAIA	2,0	2,8	2,4
DESVIO PADRÃO (*) ...	3,4	4,4	3,9

g) Dentro de cada concelho, verificou-se que, de modo geral, há maior incidência da tinha nas localidades que se situam em zonas de clima húmido;

h) Verifica-se em todos os concelhos uma frequência mais elevada de tinha no sexo feminino. No total de

(*) A determinação do desvio padrão foi realizada no Instituto Nacional de Estatística por amabilidade do Ex.^{mo} Snr. Dr. Amaro Guerreiro, a quem patenteamos os nossos agradecimentos.

casos a diferença é de 15 % em relação ao sexo masculino;

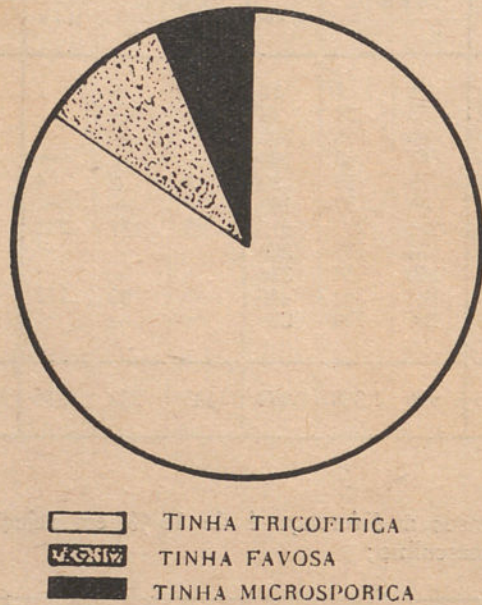
CONCELHOS	Sexo masculino	Sexo feminino	Diferença
ALIJO	36,4	63,6	26,2
BAIÃO	35,1	64,9	29,8
BRAGA	42,5	57,5	15,0
GONDOMAR	44,8	55,2	10,4
MELGAÇO	45,4	54,6	9,2
PAREDES DE COURA	44,7	55,3	10,6
PÓVOA DE VARZIM ...	41,9	58,1	16,2
SANTO TIRSO	35,9	64,1	28,2
VIANA DO CASTELO ...	43,8	56,2	12,4
VILA DO CONDE	43,5	56,5	13,0
VILA NOVA DE GAIA	44,2	55,8	11,6



i) Os géneros de tinha identificados nos diferentes concelhos foram os seguintes:

CONCELHOS	Tinha tricefítica	Tinha microspórica	Tinha favosa	Infeções mistas
ALIJO	6	—	12	—
BAIÃO	37	—	—	13
BRAGA	143	42	4	—
GONDOMAR	98	2	5	—
MELGAÇO	33	—	4	—
PAREDES DE COURA	99	4	4	—
PÓVOA DE VARZIM ...	555	76	132	—
SANTO TIRSO	182	17	7	—
VIANA DO CASTELO...	323	—	11	—
VILA DO CONDE	508	8	38	6
VILA NOVA DE GAIA	245	4	36	—
TOTAL	2.209	149	253	19

A tinha tricofítica identificou-se em 83,9 % dos casos; a tinha microspórica em 5,7 % e a tinha favosa em 9,6 %.



- j) Apreciando cada género de tinha em relação ao sexo, verificámos que as tinhas tricofítica e microspórica foram identificadas com maior incidência no sexo masculino;

SEXO	TINHA TRICOFÍTICA		TINHA MICROSPÓRICA		TINHA FAVOSA		INFECÇÕES MIXTAS	
	N.º de casos	Porcentagem	N.º de casos	Porcentagem	N.º de casos	Porcentagem	N.º de casos	Porcentagem
Sexo masculino . .	885	40,1	74	49,6	142	56,2	10	52,6
Sexo feminino . .	1.324	59,9	75	50,4	111	43,8	9	47,4
TOTAL .	2.209	100,0	149	100,0	253	100,0	19	100,0

- k) A determinação das espécies tricofíticas foi possível apenas em 48,8 % dos casos:

Tinha tricofítica	Sexo masculino		Sexo feminino		Total	Porcentagem
	N.º de casos	Porcentagem	N.º de casos	Porcentagem		
T. violaceum . .	361	71,3	411	71,8	772	71,6
T. Acuminatum .	90	17,8	102	17,8	192	17,8
T. Crateriforme .	39	7,8	41	7,2	80	7,5
T. Glabrum . .	7	1,4	5	0,9	12	1,1
T. Granulosum .	2	0,3	5	0,9	7	0,6
T. Roseum . .	7	1,4	8	1,4	15	1,4
Total . . .	506	100,0	572	100,0	1.078	100,0

IDADE	TINHA TRICOFÍTICA			TINHA MICROSPÓRICA			TINHA FAVOSA			INFECÇÕES MIXTAS			TOTAIS		
	SEXO		M+F	SEXO		M+F	SEXO		M+F	SEXO		M+F	SEXO		Nos dois sexos
	M	F		M	F		M	F		M	F				
0- 3 anos	3,2	2,1	2,5	6,8	4,0	5,4	4,9	2,7	4,0	—	—	—	3,6	2,3	2,8
4- 6 "	5,2	13,1	9,9	22,9	28,0	25,5	12,7	18,0	15,0	—	10,6	10,6	7,2	14,2	11,3
7- 9 anos	47,0	50,3	48,9	52,7	50,7	51,7	23,9	38,8	30,4	70,0	57,8	57,8	44,8	49,3	47,4
10-12 "	41,0	31,6	35,4	16,2	17,3	16,8	43,7	32,4	38,7	30,0	31,6	31,6	39,6	31,1	34,6
13-15 anos	3,4	2,9	3,2	1,4	—	0,6	9,9	5,4	7,9	—	—	—	4,0	2,9	3,4
16-20 "	0,2	—	0,1	—	—	—	4,2	1,8	3,2	—	—	—	0,7	0,1	0,4
21 e mais	—	—	—	—	—	—	0,7	0,9	0,8	—	—	—	0,1	0,1	0,1

Na tinha microspórica obtivemos cultura positiva na quase totalidade dos casos, evidenciando-se sempre o «M. Felineum»; no favo apenas fizemos cultura dos casos duvidosos, encontrando sempre o «Ach. Shonlein».

Entre os casos da infecção mista verificámos as seguintes associações:

	Sexo masculino	Sexo feminino	TOTAL
T. Violaceum — T. Acuminatum	—	2	2
T. Violaceum — M. Felineum	3	3	6
T. Violaceum — Achorium — Schonlein	2	2	4
T. Violaceum T. Rubrum	1	—	1
T. Acuminatum — M. Felineum	3	2	5
T. Acuminatum Achorium — Schonlein	2	—	2
TOTAL	11	9	20

- l) Considerando somente as crianças em idade escolar que foram observadas, verificámos ser o período etário dos 7 aos 9 anos o que evidenciou mais elevada percentagem de casos de tinha nas duas espécies tricofítica e microspórica; porém, na tinha favosa, o período etário dos 9 aos 12 anos foi que revelou mais elevada percentagem.

CONCLUSÕES

- 1.º — Realizou-se um inquérito sobre a existência da tinha em 11 concelhos diferentes do Norte de Portugal, tendo-se observado 58.775 crianças das escolas (30.678 do sexo masculino e 28.097 do sexo feminino) entre as quais identificaram 2.274 crianças com esta doença (996 do sexo masculino e 1.308 do sexo feminino). A percentagem de crianças com tinha em cada concelho oscilou entre 0,4 e 12,6.
- 2.º — Dos números referentes aos onze concelhos observados, extraem-se desvios padrões de 3,4 para o sexo masculino, de 4,4 para o sexo feminino e 3,9 para o total dos dois sexos.
- 3.º — Embora seja elevado o número de casos observados, não é possível generalizar os resultados a todos os concelhos do Norte, porquanto é de supor que os restantes concelhos apresentem comportamento tão diverso como os onze observados e, assim, é natural esperar-se uma dispersão elevada e, conseqüentemente, de confiança reduzida.

Uma novidade do I. L. F.



VEÍCULO SUSPENSOR

ANTITÓXICO E ANTI-HISTAMÍNICO

SINERGISMO DE ANTIBIÓTICOS DE ACÇÃO IMEDIATA E PROLONGADA
VASTO ESPECTRO ANTIBACTERIANO
ACÇÃO ANTIBIÓTICA SOBRE AS BACTÉRIAS GRAM-NEGATIVAS E GRAM-POSITIVAS
ACÇÃO ANTI-HISTAMÍNICA E ANTITÓXICA

MULTIBIOTIC

NORMAL — Frasco contendo:

N,N'-Dibenziletlenadamina dipenicilina G	400.000 U.
Procaína-penicilina G	300.000 U.
Penicilina cristalizada G potássica	100.000 U.
Sulfato de Estreptomina	0,25 gr. base
Sulfato de Dihidroestreptomina	0,25 gr. base

Ampola contendo:

Maleato de 1-paraclorofenil-1-(2-piridil)-3-dimetilaminopropano	0,001 gr.
Polivinilpirrolidona	0,04 gr.

Além da forma NORMAL, o MULTIBIOTIC apresenta-se também na forma FORTE, contendo \diamond 0,5 gr. base de Sulfato de estreptomina e \diamond 0,5 gr. base de Sulfato de Dihidroestreptomina

Mesmo para a insuficiência
cardíaca latente é necessário

LANATOSIDE A+B+C
PANDIGAL

— *elimina a discrepância entre a potência
tencionada do doente e a potência efectiva*

PANDIGAL é especialmente apropriado para este efeito por causa da sua eficácia bastante intensa e devido ainda a que o seu período de latência não é demasiadamente longo no organismo.

GOTAS

COMPRIMIDOS

AMPOLAS

Um produto de

P. BEIERSDORF & CO. A. G. — HAMBURGO (ALEMANHA)

Representante

Pestana & Fernandes, L.^{da}

Secção de Propaganda — R. Prata, 153-2.º Esq. — Lisboa

- 4.º — No que se refere ao comportamento dos dois sexos, a análise mostra que de facto existe diferença entre eles, pois na maioria dos concelhos observados são significantes as diferenças encontradas, tanto entre as percentagens de doentes do sexo masculino e feminino como entre a razão dos sexos na população escolar e nas crianças com tinha.
- 5.º — Verificou-se que esta doença tem particular incidência nas localidades do litoral, diminuindo em valores absolutos e relativos à medida que se caminha para o interior.
- 6.º — Verificou-se que a tinha tem sido conhecida no litoral desde há dezenas de anos; as referências da sua existência nas localidades do interior é tanto mais recente quanto mais nos afastamos da costa.
- 7.º — Embora, de modo geral, as povoações se situem sobretudo nos vales ou planícies, verificámos, porém, a existência de maior incidência de tinha nas localidades ribeirinhas; nas regiões montanhosas a doença só muito raramente tem sido identificada.
- 8.º — Ainda que se tenha registado mais elevada incidência de casos de tinha no litoral, ou ao longo das áreas fluviais, verificámos, todavia, que em idênticas condições oro-hidrográficas a doença se tem mostrado mais frequente nas regiões de clima mais húmido.
- 9.º — A deficiência de salubridade habitacional assim como a promiscuidade são condições que favorecem a difusão e desenvolvimento da tinha.
- 10.º — A propagação da tinha deve ter-se dado pelos seguintes meios:
- a) directamente da criança a criança,
 - b) por intermédio dos pentes,
 - c) por intermédio das máquinas de cortar cabelo (menos frequente e só para considerar nas crianças do sexo masculino).

Verificámos que a tinha tem sido endémica no litoral, com particular predominância na população pescatória, o que é facilitado pela contínua flutuação dos seus componentes.

As crianças que frequentam as praias das localidades de pesca facilmente se contagiam e transportam para as suas terras a doença que em breve é contagiada a outras.

O considerável aumento de crianças a frequentar as praias, verificado anualmente nas duas últimas décadas, é, concerteza, a razão justificativa da propagação da doença para o interior do País.

- 11.º — São condições favoráveis à fixação dos fungos e ao seu desenvolvimento:

- a) os cabelos compridos e sobretudo os ondulados,
- b) a lavagem pouco frequente da cabeça.

Devemos considerar que, se os cabelos compridos da maior parte das crianças do sexo feminino facilitam o desenvolvimento da tinha, também é certo que são uma dificuldade à passagem dos cabelos con-

tagiantes vindos do exterior. No sexo masculino, os cabelos curtos facilitam o contacto dos cabelos doentes, mas, por outro lado, torna-se mais difícil a sua fixação, em virtude da maior mobilização do cabelo, maior arejamento mais facilidade em lavagens, etc.

- 12.º — Considerando apenas os dois períodos etários dos 7 aos 9 anos e dos 10 aos 12 anos de idade (correspondentes à idade escolar), verificámos que a tinha tonsurante tem mais elevada incidência no primeiro período.

Na tinha tricofítica a diferença de *doentes* entre o primeiro e segundo períodos etários é apenas de 13,5 % (60 % no sexo masculino e de 18,7 % no sexo feminino), enquanto que na tinha microspórica a diferença é de 34,9 % (36,5 no sexo masculino e de 33,5 % no sexo feminino).

A diferença de 13,5 % justifica-se, quer pela curabilidade espontânea de alguns casos, quer porque muitas crianças só fazem a 3.ª classe primária e abandonam depois a escola, facto que é sobretudo verificado no sexo feminino; a diferença de 34,9 % poderá ter justificação idêntica, mas deverá considerar-se o facto importante de ser a tinha microspórica sobretudo frequente na primeira infância.

Nalinha favosa, porém, a incidência da doença é mais acentuada no período etário dos 10 aos 12 anos no sexo masculino (diferença de 19,8 %) e no período dos 7 aos 9 anos no sexo feminino (diferença de 6,4 %); no total dos dois sexos a incidência é a favor do segundo período, com a diferença de 8,3 %. Poderá compreender-se o aumento da doença no sexo masculino do primeiro para o segundo período, sobretudo pela rara possibilidade da doença curar espontaneamente; a diminuição da doença no sexo feminino justifica-se, como na tinha tonsurante, pela saída de muitas crianças do meio escolar após a 3.ª classe, facto que se verifica em regra antes dos 10 anos.

De tudo isto, parece podermos concluir não ser na idade escolar que as crianças encontram as principais condições de estágio da tinha; será possivelmente o período etário dos 4 aos 8 anos que reúne o ambiente propício à propagação e difusão da doença.

— * —

Agradeço ao Ex.º Sr. Dr. Augusto Travassos, Director Geral de Saúde, as facilidades concedidas para a realização deste trabalho.

Agradeço também a colaboração prestada pelas seguintes entidades: Senhores Delegados de Saúde dos Distritos de Aveiro, Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo e Vila Real, respectivamente, Drs. Francisco José Mateus, António Pestana da Silva, António Emilio Sendas, Domingos Ferreira Afonso e Cunha, Cândido Rocha e Sá e Manuel Borges da Fonte; os Senhores Subdelegados de Saúde dos concelhos de Alijó, Baião, Melgaço, Paredes de Coura, Póvoa de Varzim, Vila do Conde e Vila Nova de Gaia, respectivamente, Drs. António Sampaio, Arnaldo Barbosa, Sérgio da Silva Saavedra, José Eduardo Oliveira, Américo Graça, Serafim Moreira Ramos e Mário de Castro; Presidentes das Câmaras de Baião, Póvoa de Varzim, Vila do Conde e Santo Tirso, respectivamente, Dr. Agostinho Serpa Pinto Monteiro, Capitão António Mota, Drs. Carlos Pinto Ferreira e Dr. Alexandre Lima Carneiro; e os Directores Escolares dos Distritos de Aveiro, Braga, Bragança, Guarda, Porto, Viana do Castelo, Vila Real e Viseu, respectivamente, Srs. Manuel Cardoso Ribeiro, Abílio Fernandes, Mário Gonçalves Nogueira, Albino Alves de Matos, José Lobato Júnior, Alexandre Barbosa Canejo, Alberto Lopes Moreira e Afonso de Frias.

Resta-me, finalmente, agradecer aos meus colegas Drs. Mário Basto, Wilhelm Osswald, Casimiro de Macedo e Manuel Santos Silva Lisboa a colaboração prestada na execução deste trabalho, principalmente na realização dos numerosos inquéritos.

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

Pneumonia crónica

A. GONZALEZ, E. J. LIBONATTI

e
E. CASTIGLIONI

ETIOLOGIA

Em 80 a 90 % de casos de pneumonia crónica, pôde ser individualizado o *Diplococcus pneumoniae* só ou associado a outros microorganismos como o *Streptococcus hemolyticus*, *Staphilococcus aureus*, *Hemophilus influenzae* e a *Klebsiella pneumoniae*, de Friedlander.

Para Kindberg, este último gérmem seria de grande importância patogénica e caracterizar-se-ia pela rápida fusão e cavernização do bloco pneumónico.

Na doente, que foi motivo deste trabalho, pôde isolar-se o *Diplococcus pneumoniae* não se tendo efectuado a prova de Neufeld que nos permitiria determinar o grupo a que pertencia; além disso, observou-se a presença do *micrococcus catarrhalis*.

PATOGENIA

Não é bem conhecido o mecanismo patogénico. Ignora-se porque motivo não se produz a resolução da condensação pneumónica, resolução que, em definitivo, depende da virulência do gérmem e suas toxinas, por um lado e, por outro lado, da reacção do organismo, que luta por meio dos anticorpos e fermentos trópticos.

Ficaria, então, uma inflamação crónica com hiperemia da zona irritada, produzindo-se um exsudato rico em fibrinogénico ao nível do tecido correctivo peribronquiovascular, perialveolar e intra-alveolar.

Produz-se, logo, a transformação e organização do exsudato fibrinoso em tecido colagénico, existindo, além disso, uma intensa proliferação do tecido correctivo.

À luz dos conhecimentos actuais, concede-se importância, em fibroplastia, à acção que exercem as hormonas cortico-adrenais, em especial dos mineralocorticóides, cuja hormona mais característica é a DOCA, cujo agregado, *in vitro*, provoca uma intensa hipertrofia e hiperplasia celular nas culturas do tecido conjuntivo com aumento das granulações muco-proteicas intra-celulares e da substância fundamental extra-celular ou cimento, com formação final duma trama de fibrilhas colagénicas muito densa.

Em contrapartida, o agregado de cortisona inibe o desenvolvimento dos fibroblastos das culturas *in vitro*, com atrofia e ausência completa de mucoproteínas e neoformação de fibrilhas.

De acordo com a teoria de Selye, a fibrose pulmonar da pneumonia crónica, se bem que depende da irritação causal e suas toxinas, pode ser influenciada pelos mecanismos do síndrome geral de adaptação.

A este respeito têm-se publicado casos em que o tratamento com ACTH e cortisona tem dado resultados esperançosos.

ANATOMIA PATOLÓGICA

Na pneumonia crónica pneumocócica, o *substratum* anatómo-patológico seria a organização conjuntiva do exsudato pneumónico intra-alveolar.

No ano de 1918, Buruford introduziu o termo de pneumonite para designar as complicações pulmonares benignas da gripe.

Os últimos trabalhos publicados dividem a pneumonite em dois grupos:

- 1.º — As pneumonites agudas;
- 2.º — As pneumonites crónicas.

Entende-se por pneumonite aguda a inflamação pulmonar, predominantemente intersticial, de curso em geral favorável, com uma grande discordância entre os fenómenos estetoacústicos e as imagens roentgenológicas.

Entre as pneumonites agudas, estudam-se as virósicas, as alérgicas e a chamada doença de Hamman-Rich.

Dentro do vasto campo da pneumonologia, foi introduzido nos últimos anos, pelos autores americanos, o termo de pneumonite crónica, que podemos definir, segundo Meakins, como processos flegmáticos crónicos e recidivantes do tecido pulmonar que conduziriam a uma esclerose progressiva, podendo, nalguns casos, chegar à formação de cavidades pulmonares e bronquiectasias.

Dentro deste conceito entraria a maior parte da patologia pneumonológica e, em primeiro lugar, pelas suas características anátomo-patológicas típicas, a tuberculose. Além desta, descrevem-se, neste capítulo, as bronquites crónicas, bronquiectasias, supurações pulmonares, pneumoconioses, atelectasias, micoses, sífilis, pneumonia lipóidica, estase pulmonar, pneumonite por gases de guerra e pneumonite por raios Roentgen.

Em rigor, dentro da definição de pneumonite crónica englobar-se-iam todos os processos da patologia pulmonar que produzem esclerose.

Croxato, Brea, Gilardon e Rotger consideram pneumonites crónicas secundárias aquelas que acompanham ou se seguem aos processos pulmonares acima descritos e, como pneumonite crónica primitiva, «aquela em que o mais próximo exame anátomo-patológico não descreve processo algum de certa individualidade, capaz de explicar a sua origem» e que sob o ponto de vista clínico «apresentam-se como pneumopatias sub-agudas ou crónicas de carácter inflamatório, que evoluem por surtos e remissões para a melhoria, mas sem alcançar a cura».

Estas pneumonites seriam tributárias da cirurgia, denominando, estes autores, esta entidade patológica com o termo de «pneumopatia cirúrgica».

O termo de pneumonite tem-se generalizado, abusando-se do mesmo na prática médica corrente, incluindo-se nesta denominação uma série de processos pulmonares, antes dispersos, que têm como denominador comum a componente inflamatória.

Robert Cooper dizia que este processo não existia para os anatómo-patologistas e que era utilizado, somente, pelos médicos e radiologistas e que se, por razões de necessidade ou conveniência, era mister conservar o vocábulo, este devia figurar entre aspas.

No seio das cavidades alveolares existe uma intensa proliferação do tecido correctivo.

À inspecção, o pulmão apresenta uma coloração vermelho-pardacenta com algumas zonas de coloração acinzentada. A consistência é firme e não existe a crepitação característica do tecido pulmonar.

A pleura vizinha encontra-se fortemente espessada, devido à existência de processos de sínfise, desenvolvidos entre ambos os folhetos. A superfície de secção pulmonar apresenta um aspecto granuloso e, ao exame microscópico, observa-se que o tecido conjuntivo intersticial tem, inicialmente, escassa participação, não acontecendo o mesmo na componente conjuntiva da parede dos bronquíolos respiratórios, que sofre um intenso processo proliferativo que traz como consequência a invasão secundária dos alvéolos.

O epitélio alveolar torna-se cúbico, produz-se intensa descamação das células, adoptando os alvéolos uma aparência glandular semelhante à que apresenta o pulmão nos primeiros estádios da vida, chamada a fetalização pulmonar.

Os vasos sanguíneos encontram-se dilatados existindo um grau variável de antracose. Com o decurso do tempo, todo o tecido intersticial é afectado e o pulmão converte-se num bloco conjuntivo opaco, produzindo-se retracções importantes da massa pulmonar, constituindo a chamada esclerose pneumónica, carnificação do pulmão ou cirrose pulmonar de Corrigan à qual *Letulle*, quando a antracose era intensa, chamou pneumonia apizorrada.

SINTOMATOLOGIA

O quadro clínico da pneumonia crónica pode ser muito variável.

Instalada a pneumonia lobular e chegada ao período de estado, esta prolonga-se para além do habitual; a resolução do processo não se produz dentro dos limites clássicos e a doença tende a prolongar-se.

Este prolongamento começa, verdadeiramente, a partir do duodécimo dia e o que interessa, sobretudo, é a persistência anormal dos sinais físicos ao nível do ou dos focos iniciais da infecção.

Podem observar-se novas localizações, às vezes instaladas em formas apiréticas, outras vezes com novos acessos febris quando o doente já se encontrava em apirexia e, noutras ocasiões, quando a febre persiste, observam-se poucas variantes da curva térmica.

A febre persistente, atípica, mantém-se entre 37°,5 e 38°,5, de temperatura axilar, podendo ou não, ter remissões matinais, dando ao paciente o aspecto característico dos febricitantes crónicos, com anorexia marcada, emagrecimento, palidez da pele e mucosas, insónias, língua seca e saburrosa.

Pode apresentar-se dispneia mais ou menos intensa e tosse que toma, frequentemente, o carácter coqueluchóide paroxístico, fazendo-se, em ocasiões, com predomínio matinal, sendo penosa, intensa e maçadora.

A expectoração é mucopurulenta abundante e, em certas ocasiões, de carácter hemoptóico, sobretudo quando acompanha a instalação dum novo foco congestivo.

A fenomenologia estetoacústica é, a cada passo, o fiel reflexo das lesões anátomo-patológicas pulmonares.

A inspecção pode ser mais ou menos rica em sinais, podendo observar-se um tipo de respiração especial, condicionada pela localização e extensão das lesões pulmonares.

A palpação revela, frequentemente, frémitos e vibrações vocais aumentadas ao nível das zonas correspondentes ao parênquima afectado, dependendo esta sintomatologia da maior ou menor superficialidade do foco e da persistência da permeabilidade dos brônquios vizinhos.

À percussão existe macicez e submacicez.

A auscultação revela-nos a existência dum sopro suave ou tubárico, ralas subcrepitanes de bolhas médias ou grossas algumas vezes concordantes e que persistem, agrupadas em focos.

No aparelho circulatório pode haver hipotensão e taquicardia.

O laboratório revela-nos anemia, leucocitose e eritrosedimentação acelerada. Alguns autores citam com frequência a albuminúria.

RADIOLOGIA

O exame roentgeniano mostra, geralmente, a sombra característica do bloco pneumónico constituído, adoptando a típica forma triangular com a base periférica e o vértice hilar, descrita por *Weil* e *Moriquand*; outras vezes, observam-se sombras cujos limites não são precisos nem definidos, podendo tomar todo um lóbulo ou disseminar-se em um ou ambos os pulmões.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico das pneumonias crónicas suscita alguns problemas difíceis de resolver:

1.º *Pneumonia caseosa* — Tem um começo brusco, semelhante ao da pneumonia comum mas, quase sempre, não é tão agudo nem violento. Apesar de tudo, o doente causa impressão de gravidade.

Existe geralmente um período prodrómico com astenia, anorexia, enfraquecimento, pequenos surtos febris, que o doente refere.

Na pneumonia caseosa, há mais polipneia que dispneia; não há obnubilação e, em lugar de rubefacção do rosto do pneumónico, mostra palidez acentuada.

A febre é de tipo hectico, a expectoração pode ser hemática, pode existir hemoptise mas nunca existe o escarro ferruginoso ou em groselha. O exame do escarro é decisivo para o diagnóstico, já que se na primeira ou segunda semana não se descobre o bacilo de Koch, este aparece, primeiramente, em escasso número e em grande quantidade à medida que o processo avança.

Na nossa doente foram reiteradamente negativos os exames bacterioscópicos directos, assim como o conteúdo proveniente da lavagem gástrica e as secreções obtidas da lavagem brônquica. A eritrosedimentação foi sempre muito alta e a leucocitose intensa, o que não é habitual na pneumonia caseosa. A evolução clínica e as imagens roentgenológicas são a favor da etiologia pneumocócica do processo.

2.º *Sífilis pulmonar terciária* — A frequência desta afecção tem sido objecto de acaloradas discussões entre clínicos e anátomo-patologistas. Estes só admitem a sífilis pulmonar quando é comprovada na autópsia, sendo muito raros os casos registados nas diferentes estatísticas. Assim, *Fournier*, entre 3.249 autópsias de sífilis terciária, só encontrou 14 pneumopatias; *Gürich*, em Hamburgo, em 23.179 autópsias realizadas em 10 anos e *Clayton*, em 13.000 peças do Museu Médico de Washington não encontrou nenhum caso seguro.

A pneumonia sífilítica tem um começo insidioso, com febre discreta, tosse e astenia. Existe dispneia de esforço e, muitas vezes, crises de dispneia asmatiforme. Em certas ocasiões a tosse tem um carácter canino.

Dum modo geral, as alterações pulmonares exteriorizam-se por um síndrome de condensação, frequentemente associado a derrames pleurais do tipo serofibrinoso ou hemorrágico.

A falta de antecedentes pessoais sífilíticos, a negatividade das reacções serológicas e a ausência doutras manifestações luéticas em mucosas ou vísceras permite-nos descartar a sífilis, apesar da ectasia da crossa aórtica que pensamos ser de natureza arteriosclerótica.

3.º *Actinomicose* — Este processo é muito raro que tenha uma localização pulmonar primitiva; vulgarmente pode ser secundária a uma localização primitiva nas raízes dentárias, mandíbulas, criptas amigdalinas ou fossas nasais.

A actinomicose pulmonar primitiva pode confundir-se com o quadro que apresenta a nossa doente quando adopta a chamada forma pneumónica. Esta modalidade é muito rara nesta enfermidade, começando, bruscamente, como a pneumonia crupal, estabelecendo-se logo, paulatinamente, o síndrome característico: evolução tórpida, manifestações gerais de emagrecimento, anemia, astenia e sinais objectivos como tosse e expectoração mucopurulenta que logo se torna fétida, sanguinolenta, contendo os grãos amarelos característicos. Com o decorrer do tempo, o processo que era intrapulmonar invade a parede costal, dando lugar à formação de abcessos, que logo se abrem e fistulizam, segregando-se por estas fistulas um pus fluído com grãos opacos amarelados.

4.º *Neoplasias* — O diagnóstico diferencial com as neoplasias do pulmão estabelece-se pelo começo e evolução da

doença, pelo crescimento paulatino das imagens roentgenológicas, com modificação da forma e tamanho das mesmas.

Também serão de auxílio inestimável os dados sugeridos pelos métodos complementares de diagnóstico; os roentgenianos especiais (broncografia e tomografia), os broncoscópicos e os métodos de laboratório: biópsia tumoral, pesquisa de células neoplásicas nos escarros ou no líquido proveniente da lavagem brônquica.

Nalguns pacientes nos quais a neoplasia apareceu bruscamente, com febre, arrepios, pontada e expectoração hemoptóica, pode ser difícil estabelecer o diagnóstico diferencial com a pneumonia.

Na nossa doente a ausência de sinais endoscópicos directos e indirectos, a ausência de células neoplásicas no líquido proveniente da lavagem brônquica, a regressão progressiva das imagens radiográficas, a franca melhora clínica exteriorizada pelo reaparecimento do apetite, aumento de peso, desaparecimento da astenia, da dispneia, diminuição da intensidade e frequência da tosse e da expectoração, acompanhados duma normalização da velocidade de sedimentação e do desaparecimento da anemia hipocrômica e ferropénica, permitem afastar as neoplasias broncopulmonares.

PROGNÓSTICO

As pneumonias crónicas podem seguir o curso das escleroses pulmonares em geral ou aparecer no decurso delas, uma complicação supurada do foco com febre elevada ou morte repentina do paciente.

CONCLUSÕES

- 1) Doente que começa a sua afecção com um quadro clínico tumultuoso, exteriorizado por uma série de sintomas e sinais próprios duma pneumopatia aguda: começo brusco, pontada, arrepios, febre, tosse e expectoração ferruginosa.
- 2) A semiótica pulmonar põe em foco um síndrome de condensação ao nível do pulmão direito, esclarecido pelo exame roentgenológico.
- 3) Os exames de laboratório, juntamente com os dados precedentemente citados, confirmam-nos a etiologia pneumocócica do processo.
- 4) A evolução especial, atípica, da pneumonia crupal, com atraso das crises e prolongamento anormal dos fenómenos estetoacústicos que persistiram durante um mês, permitem-nos afirmar que estamos em presença duma pneumonia crónica. O diagnóstico ainda é justificado pela idade da doente, o terreno e o antecedente de ter padecido de crises repetidas de bronquite asmática.
- 5) O estado clínico-radiológico actual mostra-nos a evolução do processo para uma esclerose pulmonar post-pneumónica, como dizem os autores alemães, ou pneumonite crónica secundária, segundo os autores norte-americanos que tendem a relacionar com um critério unicista, as diferentes escleroses pulmonares.

(«La Semana Médica» — n.º 3.149 de 20 de Maio de 1954).

A Vitamina T em Pediatria

EDUARDO PEREIRA RAMIREZ

e
ISIDORO KOFMAN

A vitamina T foi descoberta, em 1945, pelo zoólogo austríaco da Universidade de Graz, Wilhelm Goetsch, que a obteve dos corpos de formigas e termitas (formigas brancas). Posteriormente, estabeleceu-se que provinha de certas leveduras e fungos (tórulo utilis e ascomicetos) com os quais se alimentam esses insectos, motivo porque se chamou, também, *torutilina* ou *termitin*.

Goetsch, trabalhando com termitas que produziam ovos absolutamente idênticos numa mesma postura, separava-os em 2 grupos, submetendo logo as larvas dum deles a uma alimentação com fungos e leveduras do tipo *torulo utilis*, que davam origem a insectos com cabeça de maior tamanho e mandíbulas mais fortes.

Tem-se observado, também, que as termitas sul-americanas e a mosca drosófila, apresentam um crescimento e uma reprodução mais rápidos, se juntamente com a vitamina T, se administra quantidade suficiente de proteínas.

Estendendo a observação aos vertebrados (rãs e cobaios) onde o crescimento é mais complexo pela participação do sistema endócrino, comprovou-se que, embora em menor grau, também há aceleração de crescimento, aumento de peso e maior resistência do organismo. O aumento de peso dos animais de experiência foi, em média, de uns 20% maior que normalmente. A mortalidade foi menor.

A vitamina T, o complexo vitamínico T, de estrutura química desconhecida durante as primeiras experiências, contém grande quantidade de bases púricas e pirimidínicas, em combinação com a desoxúribose, substância que intervém na formação do ácido timonucleico, componente fundamental dos cromossomas.

Os preparados de vitamina T utilizados até ao momento (*torutilina*, *torutilin* ou *termitin*) contêm, juntamente com o complexo T, alguns dos componentes do complexo B (anemina, riboflavina, piridoxina e cobalamina) e, também, aminoácidos o que foi demonstrado por investigações cromatográficas. Porém, pôs-se em dúvida se o estímulo dos processos de assimilação seriam devidos à acção do complexo B; demonstrou-se, porém, que esses efeitos não se conseguiam sem o factor T.

Actualmente, preparam-se extractos de tórula, muito concentrados e purificados, dos restos de proteínas e complexos B, que se aplicam em injecções intramusculares ou endovenosas.

Todas as vitaminas conhecidas, até ao momento, são necessárias para o desenvolvimento do organismo, não ocorrendo o mesmo com o complexo T, que não parece ser absolutamente necessário para a vida. O factor T põe em actividade reservas biológicas latentes, que na sua ausência não se tornam ostensíveis. Segundo Goetsch, é provável que esta vitamina tenha uma acção maior quando se encontra acompanhada duma alimentação rica em proteínas.

São múltiplas as acções terapêuticas do complexo vitamínico T, conhecidas pelos estudos de diversos investigadores que estabeleceram: 1) estimulação do apetite e do crescimento (daí a sua indicação em distrofias, anorexias, convalescenças e debilidade geral); 2) influência do metabolismo da água pelo qual intervém na regeneração: a) da pele (é activa na cura de quemaduras feridas e úlceras) e b) do sangue, diferindo da vitamina B₁₂ por não ser um factor antipernicioso; 3) actua favoravelmente, sobre a formação dos ossos, em casos em que a vitamina D tem fracassado (osteoporose e raquitismo); 4) resulta eficaz no choque histamínico, segundo as descrições de Kupka, de Zurique; 5) utilizou-se na doença celíaca, com bons resultados, sobretudo se se juntam ácidos gordos não saturados, como o linoleico (toucinho) e 6) certa acção na diátese exsudativa.

Depois dos trabalhos experimentais, começaram as aplicações no homem. Lucas, do Hospital Virchow de Berlim, observa no seu Serviço de Tuberculose, tratando 7 doentes com vitamina T, durante um lapso de tempo que oscila entre 4 e 8 semanas, um aumento rápido do apetite e um estímulo sobre o estado geral em 6 deles. O peso aumentou em 2 casos e em 5 doentes aumentou a hemoglobina em 10%. Autores austríacos afirmam terem utilizado a vitamina com êxito em casos de desnutrição ou debilidade geral e como estimulante de resistências orgânicas durante períodos de doença e convalescença.

Têm-se obtido resultados mais satisfatórios em pediatria. A administração da vitamina provocou efeitos favoráveis sobre o desenvolvimento somático imediato nas crianças e sobre alguns

sintomas que exteriorizam a existência duma perturbação geral da nutrição, não corrigível com os meios dietéticos e medicamentosos habituais.

O primeiro que utilizou a vitamina foi o Prof. Nussbaumer (de Klagenfurt, Alemanha), em 1949. Este investigador fala de resultados espectaculares em lactentes distróficos e crianças com peso e desenvolvimento inferior ao que corresponde à idade, que começaram a aumentar bem e com regularidade de peso, por aumento de apetite.

Glanzmann (da Suíça), em 1950, afirma que pode corroborar os resultados de Nussbaumer em alguns lactentes que não aumentavam de peso, durante muito tempo. Ao administrar a vitamina, produzia-se uma curva de peso com subida regular. Por vezes, teve de aumentar a dose, progressivamente, até encontrar uma quantidade óptima, diferente em cada caso. Noutros casos, mais raros, não obteve resultados favoráveis.

Torres Marty (de Espanha), em 1950, afirma que a vitamina T aumenta a força muscular e melhora as respostas psicomotoras, estimulando o apetite e favorecendo o crescimento e desenvolvimento corporais.

Ruiz Ubeda (de Espanha), em 1952, trata 4 casos, estabelecendo que 3 foram «maravilhosamente influenciados», desaparecendo a anorexia e aumentando consideravelmente a curva ponderal. O restante, que não melhorou, curou uma anemia que tinha, em início.

O NOSSO TRABALHO

Neste trabalho foram tratadas 8 crianças de idade inferior a 2 anos (4 não tinham, ainda, atingido 1 ano) e nenhuma chegava a pesar 10,5 kgs. Todas tinham um peso inferior àquele que lhes correspondia em relação à idade, sendo esse, juntamente com a anorexia, o motivo de consulta por parte das mães.

A todas estas crianças fez-se um exame clínico geral, antes do tratamento, a fim de afastar qualquer provável processo patológico. Todo o grupo foi previamente submetido, no início do tratamento, a um período de observação durante o qual se corrigiu a sua alimentação, com um regimen completo e equilibrado, cuidando a administração de proteínas e vitaminas, indicando as medidas higiénico-dietéticas pertinentes.

Algumas crianças tinham sido observadas desde o nascimento e tinham recebido a alimentação adequada, com o suplemento de polivitaminas das que circulam habitualmente no nosso meio. Em todos, utilizamos a via oral, em dose variável, segundo o peso e a idade, segundo este esquema: até um ano, 3 a 10 gotas (2 vezes por dia) e depois de um ano, 15 a 20 gotas, (3 vezes por dia). O tratamento prolongou-se entre 15 e 40 dias, sem aumentar a dose nalguns casos e sem repetir o tratamento noutros, pela escassíssima quantidade de vitamina que possuíamos para efectuar as nossas experiências.

Quase todas as crianças foram seguidas, durante 3 períodos: 1) de observação preliminar, durante a qual se indicaram, ou se reiteraram as medidas higiénico-dietéticas pertinentes (que se prolongaram com posterioridade); 2) de tratamento propriamente dito, isto é, período de ingestão da vitamina; e 3) de exame e contróle posterior.

O contróle da curva ponderal, assim como o interrogatório das mães, foi efectuado por nós. O critério seguido na apreciação dos resultados do tratamento foi o seguinte: 1) o aumento de peso; 2) o aumento do apetite, apreciado pelas informações das mães e 3) a associação de ambas as circunstâncias, simultaneamente. Sobre estas bases estabeleceu-se se existia ou não uma melhoria do estado geral.

Em 3 dos 8 casos, houve um aumento acentuado do apetite,

LABORATÓRIO ULZURRUN, LIMITADA

Para tratamento da anorexia infantil:

na tosse convulsa, bronquites, asma, etc.:

Aetina
xarope

Anoretat
tabletes

nas asmas:

Asmotrat
comprimidos

na anemia perniciosa — post partum — etc.:

Hepatrat
com arsénico, com Vit., líquido,
injet. = 1 % - 2 % - 3 % - 5 %

na epilepsia:

Luhical
comprimidos

no glaucoma agudo e crónico:

Mioticol
em gotas

para tratamento do crescimento,
raquitismo, etc.:

Omnival
líquido

na tuberculose, especialmente pulmonar:

Pasidrazida
comprimidos granulado

fragilidade dos vasos capilares

Rutinotrat
comprimidos

nos vómitos:

Vomipax
comprimidos

Amostras e literaturas à disposição da Ex.^{ma} Classe Médica

ZONA INDUSTRIAL DOS OLIVAIS
TELEF. 399051 LISBOA

Um **NOVO** e Superior

Antibiótico

de amplo espectro



Acromicina

TETRACICLINA **Lederle**

Absorção mais rápida. Reações Secundárias mínimas. Maior estabilidade.

A **ACROMICINA**, um novo antibiótico de amplo espectro, produzido pela equipa de investigação Lederle, tem demonstrado uma maior eficácia em experiências clínicas, com as vantagens de uma mais rápida absorção, de uma mais pronta difusão nos tecidos e nos líquidos orgânicos, duma tolerância superior e de uma maior estabilidade, resultando em níveis sanguíneos altos e prolongados.

A **ACROMICINA** pode agora adquirir-se nas seguintes formas farmacêuticas: Cápsulas de 250 mg., 100 mg., e 50 mg.; Spersoids*, Pó Dispersível, 50 mg. por cada colher das de chá, cheia (30 g.); Intravenosa, de 500 mg., 250 mg. e 100 mg. Gotas Pediátricas, frascos de 10 cm³ com 1 gr.; 5 gotas — 25 mg.; Suspensão oral, frascos de 30 cm³ com 1,5 g. de Acromicina.

Outras formas de dosagem serão postas à disposição das Ex.^{mas} Classes Médica e Farmacêutica, tão depressa a investigação o permita.

* Marca Comercial Registada



**Um nome que simboliza
supremacia na investigação
e na produção farmacêuticas**

Lederle Laboratories Division, AMERICAN Cyanamid COMPANY
30, Rockefeller Plaza, New York 20, N. Y.

Representantes Exclusivos para Portugal e Ilhas:
ABECASSIS (IRMÃOS) & C.^A
RUA CONDE REDONDO, 64-3.º — LISBOA
RUA DE SANTO ANTÓNIO, 15-2.º — PORTO

S U P L E M E N T O

A COLABORAÇÃO ENTRE A ASSISTÊNCIA SOCIAL E A PREVIDÊNCIA

Anuncia-se que os Serviços Médico-Sociais — Federação de Caixas de Previdência (mais vulgarmente denominados «a Federação») vão, finalmente, internar, nos hospitais, os seus beneficiários que necessitam das operações cirúrgicas que não podem realizar-se em regime ambulatorio, pagando a Federação esses internamentos. Tendo insistido, desde há alguns anos, nessa indispensável assistência que a Federação deve aos seus beneficiários, é com grande satisfação que nos referimos a tão importante resolução, que muito honra os dirigentes do nosso mais importante departamento de seguros sociais para a doença. Certamente que, logo a seguir — quando as circunstâncias financeiras o permitam — a Federação internará, também, à sua custa, os tuberculosos e os outros doentes que devem ser atendidos nos hospitais.

Estamos, pois, em presença dum grande acontecimento, que deve ser devidamente salientado: a colaboração entre a Previdência e a Assistência, com o fim de ocorrer às grandes despesas que têm os hospitais. É este, aliás, o critério seguido na maior parte dos países: os seguros não mantêm hospitais privativos (e, em geral, também não têm serviços ambulatorios próprios); servem-se do que existe para a assistência na doença aos outros cidadãos. O seguro dá a assistência, que é prestada onde melhor e mais economicamente convenha. Em Portugal, seguiu-se outro caminho; organizaram-se «postos» privativos. Poder-se-ia, com melhor rendimento e mais economicamente, aproveitar muito do que existia e poderia, com a colaboração da Previdência, tornar-se mais eficiente para bene-

fício de toda a população, sobretudo dos economicamente débeis. Mas não vale a pena insistir em censuras, pois parece que não se pensa em alterar, desde a sua estrutura — como muitos, em Portugal, desejaríamos — o que está em vigor. Procuremos, pois, aceitando as realidades presentes, contribuir, com os nossos comentários e os nossos reparos (que desejamos sempre que sejam construtivos), para que, mantendo embora o que actualmente existe de basilar, melhoramos a assistência aos doentes e as condições em que trabalham os médicos.

A cooperação entre a Assistência e a Previdência abre amplos horizontes à nossa Assistência Social. Começa a Federação — segundo nos informam — por pagar aos hospitais de Lisboa, Porto e Coimbra — os internamentos hospitalares para a cirurgia. Desde já fazemos um reparo: porque não se estende esse pagamento de serviços a outros hospitais, que, agora, por lei, são obrigados a internar os doentes das suas áreas regionais, pois os doentes só podem ir para os hospitais daqueles centros se esses hospitais não estiverem em condições de os atenderem? Por que é que a Federação paga a um doente que necessita de fazer uma apendicectomia num hospital de Lisboa, Porto ou Coimbra — e não paga também quando o doente é operado em Braga, em Castelo Branco ou em Évora?

Entrando-se na tão necessária colaboração entre o Subsecretariado de Estado da Assistência Social e a Previdência Social, tudo indica que não se limita essa cooperação (que não deve ter apenas o aspecto financeiro) ao sector hospitalar. Há também serviços ambulatorios dependentes daquele Subsecretariado cuja acção

interessa conjugar com serviços de seguros como os da Federação. Sob este aspecto, impõe-se, por exemplo, que os seguros sociais cooperem com vários serviços que estão adstritos à Direcção Geral de Saúde, sobretudo no combate às doenças evitáveis, como o tracoma, o sezonismo, a tinea, as doenças venéreas, etc.

No campo da medicina do trabalho — que vai, segundo informações que nos chegam, organizar-se em breve (finalmente!) — então, essa colaboração entre as Caixas de Previdência e a Direcção Geral de Saúde (que, evidentemente, dirigirá os serviços da medicina do trabalho) é indispensável.

O dinheiro de que o País pode dispor para a acção sanitária não é tanto, que nos permitamos o luxo de mantermos multiplicação de serviços semelhantes, com as mesmas finalidades.

Um último comentário desejo fazer ao próximo internamento hospitalar dos operados da Federação. É indispensável não esquecer a remuneração dos clínicos que nos hospitais vão tratar aqueles doentes. A Federação, que paga aos seus médicos privativos, não pode achar razoável que os cirurgiões e os seus ajudantes que vão operar os doentes da Federação nos hospitais não tenham honorários especiais e se contentem com as insignificantes remunerações mensais que, até agora, têm consentido em receber para tratarem doentes pobres que não beneficiam da ajuda de organismos que têm obrigação de os atenderem na doença. Sobre este assunto, voltaremos a falar em breve.

MÁRIO CARDIA

ECOS E COMENTÁRIOS

SEGURANÇA SOCIAL

Se bem que tenhamos razões, de ordem técnica e doutrinária, para discordar de várias passagens do Relatório que um grupo de peritos da O. M. S. apresentou, a pedido desta, à Organização Internacional do Trabalho quanto ao plano de cuidados médicos dentro da chamada «Norma Mínima de Segurança Social», não deixa de ser proveitosa a sua leitura e o comentário daquelas passagens que permitem situar o plano e o ponto de vista em que o grupo se colocou e explicam muito das posições assumidas.

*

Notemos desde já, e sem aplauso, que o «grupo» entende que os cuidados médicos do Seguro devem estender-se a uma proporção, tão elevada quanto possível, da população.

Mas notemos, por igual, que se acrescenta logo depois que, no caso de não poderem aqueles estender-se a toda a população, deve conferir-se prioridade às camadas populacionais de menores recursos.

No fundo, aqui por motivos de impossibilidade reconhecida, em nosso entender por causas de doutrina, nos encontramos quase de acordo em limitar o Seguro aos economicamente débeis. O Seguro obrigatório, entenda-se, pois só este está em causa.

*

Outro ponto que importa comentar, é a extensão dada ao plano de cuidados médicos dentro do esquema do Seguro, tal como o referido grupo de peritos o entende. Desde os serviços construtivos (saneamento, ensino da higiene alimentar) aos serviços preventivos (vacinações, exames médicos periódicos, etc.), aos serviços terapêuticos e aos serviços de readaptação, tudo fica englobado no conjunto de cuidados médicos dentro do esquema proposto para a referida «Norma Mínima de Segurança Social».

Mas, aqui, reside essencialmente a diferença; divergência de qualidade e de princípio entre o tema proposto — a Segurança Social — e aquilo de que dispomos e que se pretendeu igualar-lhe — o Seguro na doença — correspondendo apenas, limitadamente, aos serviços terapêuticos do esquema anterior.

O mais, saneamento, higiene alimentar, medicina preventiva, serviços de readaptação, situam-se para além do esquema do Seguro, tal como entre nós se concebe, e ampliam-se para novos sectores de actividade, em que todos, desde o indivíduo à família, do grupo profissional às autarquias e ao próprio Estado, têm a sua

palavra a dizer e a sua acção própria a desempenhar, cada grupo suprindo o que o indivíduo, ou o agrupamento anterior na ordem natural, não pôde levar a cabo.

*

Outro ponto definido pelos peritos foi o da comparticipação dos interessados no custo dos cuidados médicos que cada um recebe, contra a qual assumiu posição, como factor susceptível de enterrar o recurso àquela

assistência que se torne necessária, limitando essa comparticipação a valor meramente simbólico.

Isto nos traz à ideia as «senhas de consulta ou de visita» em vigor nos nossos S. M. S., cujo valor simbólico de contribuição pessoal para os encargos do serviço prestado pode benevolmente aceitar-se. Mas, por igual, nos traz ao espírito aquela outra contribuição dos interessados imposta pelo recurso ao serviço de urgência do Seguro na Doença entre nós, cujo valor, representando talvez mais de 50 % do salário médio diário do trabalhador e igualando, na totalidade, o custo dos honorários do médico no mesmo serviço, não pode ser tido como meramente simbólico.

*

Também o grupo de peritos assentou na vantagem de ir unificando as administrações dos diversos serviços de cuidados médicos, começando pela coordenação das suas actividades nas mais altas esferas e descendo, sucessivamente, até ao nível das actividades locais.

Quem conhecer os dados essenciais do problema português pensará, por certo, ser mais fácil e possivelmente mais exequível principiar pela cooperação no plano local. Como não há muito escrevemos, o acordo local de interesses entre os diversos sectores de cuidados médicos — S. M. S., Misericórdias, Laboratórios de Análises Clínicas, Dispensários, etc. — depende de simples bom senso, espírito de mútuo sacrifício e compreensão, sentido do interesse nacional. A cúpula ornamental de um Ministério da Saúde, traduzindo no mais alto nível a desejada colaboração das administrações, há-de ser o desenvolvimento lógico de situações criadas, mais do que centro de irradiação de situações a criar.

M. M.

OS ARTIGOS DA IMPRENSA MÉDICA

Na 4.ª reunião dos redactores da imprensa médica, que há poucos meses se realizou em Haia, o Dr. Jens Bjerneboe apresentou uma comunicação sobre a responsabilidade do autor e do editor na publicação de manuscritos na imprensa médica.

O número de jornais de medicina é calculado, actualmente, em cerca de 9.000 periódicos. Destes, a maioria é constituída por revistas de especialidades; isto é, ao contrário do que se pode supor, só uma minoria é de periódicos de carácter geral.

É cada vez maior o número de comunicações que se apresentam sobre assuntos de medicina; por exemplo: apenas sobre aureomicina, foram



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

apresentado em forma de stick
com excipiente especial

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



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA

ACÇÃO ANTIBIÓTICA COM REFORÇO DAS DEFESAS NATURAIS

IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE DE PNEUMOCOCOS,
MICROCOCOS CATARRAIS, ESTAFILOCOCOS, ESTREPTOCOCOS,
ENTEROCOCOS, B. DE PFEIFFER E B. DE FRIEDLANDER.

IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + DIHIDROESTREPTOMICINA +
LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE DE PNEUMOCOCOS, MICROCOCOS
CATARRAIS, ESTAFILOCOCOS, ESTREPTOCOCOS, ENTEROCOCOS
B. DE PFEIFFER E B. DE FRIEDLANDER.

APRESENTAÇÃO:

IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA

Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA

IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA + 0,25 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA (INFANTIL)

Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA

Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA

Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA

Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA + 1 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA (FORTE)

A CADA FRASCO CORRESPONDE UMA AMPOLA
DE LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

CAIXAS DE 1, 3, 5 e 10 DOSES

LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8-LISBOA

DEPÓSITO EM ANGOLA: JALBER, L.^{DA} - CAIXA POSTAL, 710 - LUANDA

publicados em 1953 mais de 8.000 trabalhos; mais numerosas ainda são as comunicações sobre hormonas, vitaminas, penicilina, estreptomocina, ácido paramino-salicílico e terramicina.

Perante esta abundância de trabalhos, o Dr. Jens Bjerneboe declara que se deve evitar a publicação de artigos sobre assuntos semelhantes; e é este — diz — o primeiro dever do editor; pelo que respeita a artigos originais — diz ainda aquele colega — o autor deve escolher com cuidado o título do seu trabalho, de modo a chamar a atenção dos leitores, e redigir os seus trabalhos empregando um estilo que esteja ao alcance de todos os médicos e não apenas dum pequeno grupo de especialistas. Os autores de artigos científicos devem sempre utilizar termos exactos e precisos. O Congresso da União Internacional da Imprensa Médica, que se realizou em Bruxelas no ano de 1953, emitiu o voto de que se empregasse uma nomenclatura internacional.

A dois abusos se referiu o Dr. Bjerneboe: o abuso das abreviações e a demasiada extensão de alguns trabalhos. A propósito, cita-se o célebre artigo que publicou em Fevereiro de 1935 o Prof. Dermagk sobre as sulfamidas; este artigo, que ocupava apenas três páginas, teve uma repercussão extraordinária.

A uma última referência da comunicação do Dr. Bjerneboe desejamos aludir. Um editor (no estrangeiro, chama-se editor o responsável pela publicação dum jornal, desempenhando o papel de, entre nós, em geral é atribuído ao director ou ao redactor principal) pode mandar corrigir um artigo que não esteja em condições razoáveis para ser publicado; mas, neste caso, o autor é sempre o responsável pelas ideias e as opiniões expostas no trabalho. A este respeito, lembra-se um caso passado com o notável patologista alemão Prof. Virchow. A revista que ele dirigia tinha publicado alguns artigos cujo estudo estava longe de corresponder ao que se devia esperar. Virchow comentou: «No meu jornal, todos têm direito de se redicularizar».

HIBERNAÇÃO ARTIFICIAL

Durante as sessões que a Academia de Cirurgia de Paris dedicou à hibernação artificial, todos os que tomaram a palavra estiveram de acordo em que se trata duma técnica que só deve ser confiada a anestesistas muito experimentados; as indicações são aliás restritas: 5 a 10 %. A hibernação artificial representa uma técnica interessante, por vezes mesmo é um grande recurso, mas é ainda demasiadamente nova para permitir uma generalização que parece concluir-se dos elogios excessivos de alguns órgãos da imprensa noticiosa. É certo que conseguiu chamar a atenção dum grande sector da medicina, sobretudo dos cirurgiões, e a prova está no grande sucesso que tiveram as sessões da Academia de Cirurgia de Paris, com a presença de notáveis individualidades, como Gosset, Leriche, Laborit, Talfiemer, Sénèque, Sauné, etc.

NOVO GÊNERO DE INTERNATO CLÍNICO

No Hospital Charing Cross, de Londres, os estudantes do último ano do curso de medicina têm lugar obrigatório, de 3 semanas; cada estudante habita em casa dum médico de clínica geral durante aquele período e acompanha todó o seu trabalho diário, de noite e de dia. A princípio, os estudantes não receberam bem esta inovação, mas, depois, vendo as suas vantagens, pretendem ficar mais tempo do que as 3 semanas. Para ajudar as despesas, cada estudante paga semanalmente 21 shelings.

CONGRESSO INTERNACIONAL DE AUTO-CLUBES MÉDICOS

Muitas pessoas supõem que a ideia dos Auto-Clubes Médicos fracassou, não havendo razões para continuarem. No entanto, estas organizações continuam florescentes nalguns países, como na Austria, onde,

em Viena, se realizou, recentemente, um Congresso da União Internacional dos Automóveis — Clubes Médicos, tendo como tema principal: O médico e a segurança da circulação.

A MEDICINA E A IMPRENSA DE INFORMAÇÕES

Na última Assembleia Geral da Associação da Imprensa Médica Belga, tratou-se, mais uma vez — como tem sucedido noutras reuniões de organismos médicos — das «repercussões nefastas que provocaram e provocam sempre no público a aparição, em certa imprensa estrangeira de informação, de artigos não controlados sobre a cura de diversas afecções de facto ainda incuráveis e de que a imprensa belga fez eco. Foi decidido que uma comissão de cinco membros da Associação se ponham em contacto com um número igual de representantes dos cinco quotidianos de maior circulação na Bélgica, com o fim de tentarem, ao mesmo tempo, de fazerem cessar a publicação destes artigos tendenciosos e mentirosos, assim como a aparição das perigosas consultas médicas por correspondência».

RESPIGANDO DA IMPRENSA MÉDICA

Dos números, últimamente aparecidos, das revistas médicas, respigamos:

Na «Presse Médicale» (19 de Dezembro de 1953), Moretti publica um trabalho do Instituto de Medicina Tropical de Bordeus sobre os cancros primitivos do fígado.

Sauer, Dearing e Wollaeger relatam, em «Proc. of Mayo Clinic» (18 de Nov. de 1953) dez casos de complicações gastro-intestinais graves (com duas mortes) durante o tratamento pela cortisona.

«La Prensa Médica Argentina» (Nov. de 1953): trabalho sobre um novo método de apreciação da acidez gástrica livre sem tubagem gástrica por meio duma resina servindo de indicador.

O «Concours Médical» (10-4-1953) diz que a mortalidade por acidentes de transporte representa entre 15 e 24 anos uma causa de morte tão importante como a tuberculose.

Ketelbant, em «Sealpel» (20-2-54) afirma que a condução dum automóvel é responsável pelas lombalgias e lombo-ciáticas.

«Journal International de Chirurgie»: artigo de Setkovic sobre Aplicação local e geral dos antibióticos (estreptomocina) nos operados.



Bismogenol

O MAIS PODEROSO ADJUVANTE DOS ANTIBIÓTICOS MODERNOS

A aplicação combinada de BISMOGENOL e Penicilina provoca uma multiplicação do efeito total, o que se torna vantajoso não sómente no tratamento da LUËS mas também nitidamente em todas as infecções STREPTOCÓCICAS (Heite e outros). O BISMOGENOL e a Penicilina podem ser administrados em seringa mixta; a vantagem especial que isso permite está na possibilidade de um ajustamento exacto das doses individuais.

REPRESENTANTE GERAL: SALGADO LENCART

Rua de Santo António, 203 — PORTO

SUB AGENTE: A. G. GALVAN — R. da Madalena, 66-2.º — LISBOA

E. TOSSE & C.^A

HAMBURGO



REBITE POLIVITAMÍNICO DA RESISTÊNCIA ORGÂNICA

VICOMBIL

Bial

DRAGEIAS — XAROPE

VITAMINA A . . . 5.000 U. I.	VITAMINA B ₂ . . . 0,002 g.
VITAMINA D ₂ . . . 500 U. I.	VITAMINA B ₆ . . . 0,003 g.
VITAMINA C . . . 0,075 g.	VITAMINA B ₁₂ . . . 0,001 mg.
VITAMINA E . . . 0,01 g.	VITAMINA P. P. . . 0,02 g.
VITAMINA B ₁ . . . 0,003 g.	ÁCIDO FÓLICO. . . 0,2 mg.
PANTOTENATO DE CÁLCIO . . . 0,005 g.	

Por drageia
ou

Por colher das de sobremesa = 10 g.

Drageias: Frascos de 20 e de 50
Xarope: Frascos de 100 e de 200 g.

ESTADOS NORMAIS E PATOLÓGICOS: DESENVOLVIMENTO, ESFORÇOS FÍSICOS E INTELECTUAIS, FADIGA, FALTA DE FORÇAS, ESGOTAMENTO, GRAVIDEZ, AMAMENTAÇÃO, PERTURBAÇÕES GASTROINTESTINAIS E ALIMENTARES, INFECÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS, CONVALESCENÇAS

A MEDICINA INTERNA NOS ESTADOS UNIDOS

Tratar da Medicina Interna nos Estados Unidos da América é como falar da medicina, sem distinção de especialidades. A Medicina Interna é o núcleo onde convergem ou, melhor, irradiam todas as especialidades.

É indiscutível que existem diferentes modalidades nos conhecimentos e na prática da medicina inerentes à raça e à nação, o que acontece, também, em qualquer manifestação artística. Análogamente à linguagem musical que, na sua universalidade, dá lugar a módulos de expressão diferente, não é igual o pensamento e realização médicas dum professor latino e dum anglo-saxão. Os problemas que impõe a prática da medicina, são quase os mesmos em toda a parte, mas a maneira de abordá-los e resolvê-los difere de povo para povo. Sempre tem acontecido assim e os próprios historiadores têm distinguido uma medicina helénica, e a têm separado da que praticavam os egípcios ou os árabes. Como o diferente colorido que dá, a personalidade humana, o meio ambiente, e que se desenvolve a literatura e os costumes, estabelecem-se os cambiantes médicos que distinguem os povos uns dos outros.

Contrastando com esta medicina nacional, a corrente universalista de todas as culturas e civilizações, tende à expansão, conquistando vontades e povos ao mesmo tempo que desaparece o sinal geográfico da terra de origem.

Nada melhor para unir nações e fazer desaparecer fronteiras que os progressos científicos que, na sua linguagem universal, tendem a uniformizar os povos. O homem da terra conserva a tradição e, portanto, as diferenças, enquanto que o cientista tende, cada vez mais, a perder personalidade racial para adquirir outra indistinta que torna homóloga aos homens de todos os continentes.

Esta oposição entre tradição e progresso exemplifica-a o médico que, se pela sua vertente universal tende a confundir-se com o de outras latitudes, pela sua vertente humana conserva, ainda que esfumadas, as características antropológicas do seu lugar de origem.

As grandes etapas da medicina — Nos Estados Unidos todas as manifestações culturais e artísticas são recentes. A sua história é de poucos séculos; o primeiro livro que se editou foi, no século XVI, no México, tendo sido imprimido pelos espanhóis.

A Medicina, nesta nação, não conheceu o alvorecer da europeia, ainda que, como é natural, não seja mais do que a continuação da nossa.

A história da medicina americana nasce no solo do nosso continente, e o seu início coincide com os alvares do renascimento médico.

Depois de Hipócrates, os conhecimentos médicos que legou este grande mestre perdem-se durante muitos séculos. Em geral, os precursores antecipam-se a uma ou mais gerações, mas assombra-nos que só após 15 séculos a medicina hipo-

crática fosse devidamente apreciada, saindo do caos da magia e da astrologia.

O renascimento, que procura afanosamente sair do labirinto impenetrável que charlatães e alquimistas haviam imposto à medicina, encontra no gesto revolucionário de Paracelso, queimando na praça pública aqueles livros impregnados de sofismas, o caminho que devia conduzir-nos à medicina verdadeiramente científica.

Porém, ainda passaram *dois séculos*, em que o avanço foi lento e inseguro, brilhando com luz própria personalidades como Sydenham, Harvey e Fernel,

no meio dum *protomedicato* que ainda não tinha eliminado, de todo, o lastro estéril do passado.

O comentário histórico destes longos séculos não necessita, na sua exposição esquemática, de mais do que breves linhas. São relativamente poucos os nomes que merecem citar-se durante aqueles séculos.

A medicina não entra com passo firme num futuro prometedor até finais do século XVIII e, sobretudo, no século XIX. Apenas aparecem alguns homens: na França, Corvisart, Louis e Lâennec; na Áustria, Avenburgger; na Itália, Morgagni; na Espanha, Virgili e Gimbernat.

Os médicos dedicam novamente, as suas atenções à natureza da qual não deviam nunca separar-se. O nosso Gimbernat, o célebre anatómico, quando lhe perguntavam em que textos estudava, respondia que o seu livro era o cadáver. Este era o começo duma época definitiva cujo eco alcançou os nossos dias para nunca mais acabar.

Com Lâennec, nasce a medicina anátomo-clínica. O conteúdo biológico e experimental virá, pouco depois, personificado em Claude Bernard.

Durante toda esta etapa tão cheia de acontecimentos, a medicina, no continente americano, está em acção, como preparando-se para o salto magnífico que há-de dar-se nos nossos dias.

Potencialidade económica e progressos médicos — O auge maravilhoso da medicina americana actual, está em contínuo crescimento que pela sua rápida renovação se compara ao esplendor da puberdade. Em poucos decénios vimos passar a medicina deste continente dum balbuciar quase infantil a um desenvolvimento magnífico e prometedor.

Onde residem as causas desta inesperada pujança? São vários os factores que se integram neste crescimento. A força das raças emigrantes que, transplantadas, encontram no novo ambiente uma força criadora que converte o velho em novo e o caduco em pujante. Transplantar é rejuvenescer.

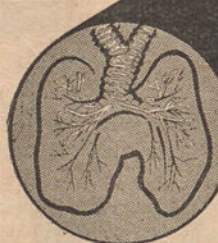
Mas a grandeza do seu destino não se alcançou no alvorecer da sua história até que aqueles homens souberam dominar com o seu esforço uma terra feraz, mas indómita, de horizontes ilimitados, mas inculca. A riqueza que o americano soube conquistar com o seu esforço é, sem dúvida alguma, um dos factores mais importantes para explicar o seu progresso científico.

A primeira etapa da civilização consiste no domínio e cultivo da terra; a cultura dos povos não começa senão com o seu bem-estar económico.

Agora, a América tem sábios e investigadores porque, antes, teve colonizadores dignos da melhor acepção deste vocábulo. Os seus médicos e cientistas são os filhos daqueles homens rudes e esforçados que contribuíram com o seu trabalho para mudar a face duma natureza pró-

PELA PRIMEIRA VEZ PREPARADO EM PORTUGAL,
A PARTIR DA PENICILINA, POR PROCESSO
ORIGINAL ESTUDADO NOS NOSSOS LABORATÓRIOS

PULMAXIL N



Iodidrato do éster β -dietilamino-etílico
de benzilpenicilina

PARA SUSPENSÃO AQUOSA

Acumulação electiva de penicilina no
tecido pulmonar

Caixa de 1 frasco de 500.000 U.
(+ 1 ampola de excipiente)



LABORATÓRIOS

DO

**INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

diga, mas anárquica, em riqueza e bem estar.

A hora zenital deste vigor económico coincide com o despertar da medicina científica nos Estados Unidos.

É difícil impulsionar a medicina pelas rotas do progresso em países economicamente débeis. Estes apenas podem aproveitar-se de muitas descobertas que se fazem noutras nações. Devemos distinguir o progresso da medicina da prática médica. Refiro-me ao primeiro, quando procuro realacioná-lo com a riqueza duma nação. Outra coisa, muito diferente, é o exercício profissional.

Em todas as nações, sem distinção de categoria económica, existem práticos bem preparados capazes, como os demais, de cumprir brilhantemente a sua missão. As nações menos ricas não devem temer, no que se refere à assistência médica; os seus profissionais podem ter a melhor preparação e eficácia.

Refiro-me aos trabalhos de investigação, origem das inovações médicas do nosso tempo. Em épocas não muito distantes, o investigador era, com frequência, pobre e só tinha o imprescindível para viver. O caso de Cajal, em Espanha, é um exemplo do que pode uma vocação quase mística e uma inteligência prodigiosa, sem esperar ajuda de meios materiais.

Mas, não esqueçamos que o caso de Cajal, como de outros sábios da sua época, é mais difícil que ocorra nos nossos tempos. Quando Cajal investigou a histologia do sistema nervoso, entrou em terra virgem, onde cada passo era uma descoberta. Cajal investigou numa época e em tecidos em que tudo estava por descobrir e em que bastava deixar cair um pouco de tinta sobre uma preparação histológica para fazer uma descoberta, frase esta que, dita com o seu habitual gracejo, ouvi pronunciar ao Dr. Pablo Umbert.

Hoje em dia, a investigação, nas ciências biológicas, é cara e muito mais difícil. Se soubéssemos o que gastam algumas firmas de produtos farmacêuticos para a obtenção de determinados produtos, isso produzir-nos-ia assombro. Aconselho os que me escutam a que visitem os laboratórios das indústrias farmacêuticas das principais casas europeias e americanas. Quando observarem a quantidade de aparelhos, substâncias químicas, número de técnicos e habilitação de grandes locais industriais, darão conta do que custa qualquer investigação do tipo biológico. À tal ponto tem chegado o aumento de processos de investigação em ciências biológicas, que são muitas as técnicas difíceis de realizar nos laboratórios das Universidades. Sustentar um modesto laboratório e escola de fisiologia custava, em Espanha, pouco mais de cinquenta mil pesetas anuais, há 20 anos. Hoje, não é possível levar a termo o mesmo trabalho, com quantidades dez vezes superiores.

Os Estados Unidos contam com meios económicos poderosos para apetrechar convenientemente as suas Universidades o que redundará em benefício dos resultados logrados. A cortisona é um exemplo a dar. Toda a obtenção deste produto foi levada a cabo, na América, por Kendall e Hench. Depois da sua descoberta, veio

uma larga etapa de preparações comerciais para obter um produto economicamente mais acessível. Durante dois anos, a Europa esteve assistindo, de longe, a todas estas manipulações, sem obter mais do que pequenas quantidades de produto, graciosamente oferecidas pelos Estados Unidos, para iniciar as suas experiências.

Numa época quase contemporânea obtém-se, na Europa, a descoberta do primeiro antibiótico mas, em pouco tempo, os Estados Unidos exploram a consequência da descoberta, extraindo uma extraordinária série de novos antibióticos.

Deste facto, podemos fazer duas considerações. Em primeiro lugar, depreendemos que, apesar de tudo o que dissemos, hoje em dia, a importância do homem e do seu génio são, por vezes, transcendentais. Fleming descobre a penicilina pelo simples facto de ser um observador perspicaz num laboratório modesto. Porém, a descoberta fica limitada, embora o seu alcance seja extraordinário. Os laboratórios americanos, melhor apetrechados em material e homens, alcançam, em seguida, as últimas consequências da descoberta.

MEDICINA EUROPEIA E LATINA — A ÉPOCA DOS GRANDES MESTRES: O SEU ACTUAL DECLÍNIO

A medicina, na América, é o resultado dum mecanismo de perfeito encaidamento, em que cada médico é uma peça dum complexo mecanismo que funciona coordenadamente com os outros.

Até há poucos anos, a medicina, no nosso continente, era muito diferente. Especialmente nos povos latinos, mas também no centro e norte da Europa e em Inglaterra, a medicina de cada país estava representada por um pequeno número de personalidades médicas.

Destacavam-se, no meio da massa anónima do corpo médico de cada nação, uns tantos nomes famosos. A medicina era um feudalismo vinculado a uns poucos «grandes» e todos os demais constituíam a gleba, em atitude submissa. O que ocorria entre os médicos era semelhante ao corpo social destes povos europeus. Um núcleo aristocrático e intelectual impunha-se ao resto da massa.

Hoje, em toda a parte e sobretudo na América, a situação modificou-se. Com as correntes democráticas, a medicina também se democratizou; a cultura, como a riqueza, já não é monopólio de uns poucos, existindo uma divisão mais equitativa. Entre o professor e os outros médicos que exercem sem especial relevo, não existe o abismo cultural que existia nos princípios do século. O nível médio do médico prático é muito mais elevado tendo-se encurtado mais a distância que os separava dos professores.

Até há pouco tempo, o médico europeu olhava com certo desdém o colega americano. A medicina daquele país parecia-lhe demasiado mecanicista porque necessitava, para lograr um diagnóstico, do concurso de meios que a nós nos parecia excessivos. Ao homem latino, que presta culto à personalidade acima de tudo, parecia-lhe de qualidade inferior o procedi-

mento americano, gregário e frio em que, para estabelecer um diagnóstico médico, se necessitava do concurso de vários colegas.

Mas, com o progresso técnico e científico da medicina, o exemplo da América propagou-se à Europa e, hoje, estamos todos de acordo que é muito melhor que o clínico genial ou o especialista solitário, o trabalho em comum onde vários participam coordenadamente para o mesmo fim; uma especialidade de funções e actividades, que converte cada médico num instrumento duma massa de trabalhadores compacta e unida.

Medicina individual e medicina de equipa — Pouco a pouco, a medicina deixa de ser individual para ser colectiva. Sem menosprezar a importância do factor humano nem a eficácia do «olho clínico», acreditamos, contudo, na eficácia da passagem, em cadeia, do enfermo através do «mecanismo de exploração», integrado por diversas técnicas, sempre que tudo funcione ordenadamente debaixo da superior visão dum chefe clínico que preste sentido e unidade à metódica exploração. Este proceder que pode parecer inexpressivo e frio, não o é quando se conserva o espírito de equipa e a relação, em todo o momento, dos seus componentes. Esta metodização também tem a sua personalidade, a sua individualidade e este é o mérito do director de equipa, que é capaz de criar, num conjunto de individualidades dispersas, uma personalidade robusta e eficaz.

O valor do homem não fica, de modo nenhum, diminuído neste trabalho colectivo, pois este, sem um guia que coordene e relacione todo o trabalho, lograria apenas uma dispersão de actividades sem conexão nem eficácia.

O diagnóstico médico não é só a simples instituição dum clínico, mas a resultante de dados dispares, concordantes ou antagónicos, que a superior visão do chefe da equipa deve avaliar. Porém, a medicina não é, entre nós, nem nos Estados Unidos nem em nenhum país, a soma de factores e dados analíticos; é necessário, sempre, a sagacidade e a arte do homem nesta ciência inexacta que é a medicina.

Quando falamos de medicina de equipa, não desvalorizamos o factor individual, mas, limitamo-nos a indicar que é pernicioso a dispersão e o isolamento das actividades que levam à solução dum problema médico. Nem o clínico geral, nem o especialista, nem o analista, nem o radiólogo podem viver separados; devem morar sob um mesmo teto. Considerarem-se independentes é um erro grave como o seria pretender limitar as suas actividades.

Os dados do laboratório e a chapa radiográfica, deverão ser interpretados e discutidos com o clínico, única forma de dar o valor real aos dados fornecidos.

Os trabalhos e livros publicados na actualidade são consequência desta medicina de equipa.

São poucos os que são fruto de uma única pessoa; a maioria tem a colaboração de dois, quatro ou mais colaboradores que participaram na sua elabo-

ração. A maioria dos trabalhos impressos com o nome dum único autor, ou são simples revisões ou artigos periódicos de actualização dum determinado problema.

Medicina preventiva — Graças às modernas aquisições, a medicina vai adoptando um aspecto profiláctico, actividade que substitue o terreno afortunadamente diminuído pelos novos progressos. Esta medicina preventiva tem o seu auge na América do Norte e não deve ser assimilada pela higiene que, adstrita aos poderes públicos, tem uma missão de carácter colectivo.

Separados desta higiene pública, funcionam na América do Norte centros de medicina preventiva, onde se exercitam na prática do «check-up» que os sul-americanos qualificam de estrangeirismo, de «chequeos».

Consiste na exploração sistemática dum indivíduo, aparentemente são, mediante exame clínico e provas funcionais com o fim de descobrir a existência de enfermidades latentes, na fase subclínica. A investigação do cancro visceral incipiente, as hiperglicemias do cinquentenário, as fases iniciais da hipertrofia prostática, a insuficiência coronária, a hipertensão arterial, as infecções luéticas ou tuberculosas dissimuladas, são exemplo de muitos problemas que todas as pessoas sãs apresentam pelo único facto da involução senil.

Esta é uma das modalidades interessantes da medicina norte-americana de que ainda não se tem tirado partido, sistematicamente, no nosso continente. A falta da assimilação da nossa parte baseia-se, provavelmente, na inexistência de campanhas adequadas de vulgarização e, em especial porque o processo é caro.

Há pouco tempo, explicava-me um cliente sul-americano que a prática de um «chequeo» lhe havia custado 500 dólares. Este preço tão elevado explica-se porque, contrariamente ao que se nos afigura, é mais difícil que o diagnóstico duma enfermidade e, portanto, mais caro, assegurar que estamos sãos. É mais difícil descobrir o que está em início do que o que está plenamente desenvolvido.

O diagnóstico duma doença orgânica evidente pode obter-se em pouco mais de meia hora com um interrogatório adequado e algumas explorações bem orientadas.

Com efeito, os problemas do diagnóstico pre-clínico duma aortite, dum nódulo canceroso incipiente, duma hepatite pre-cirrótica ou de outro estado latente podem ser muito difíceis e o erro mais ou menos frequente.

O pobre cidadão da Europa vive demasiado atribulado com os problemas da vida quotidiana, para convencer-se que, além disso tem de preocupar-se com a sua saúde, quando nada indica que está em transe de perdê-la. Esta atitude pode considerar-se equívoca se levarmos em conta a depreciação progressiva e mundial de todas as divisas monetárias. Na Europa, vai-se extinguindo o proprietário e os que o eram, vão desaparecendo. Será muito difícil às novas gerações viverem dos rendimentos e o que intenta fazê-lo, no momento presente, é um insensato,

porque o dinheiro funde-se e diminui na mão do possuidor como se fosse um bloco de gelo. Por consequência, todos temos de trabalhar para viver porque só cuidando da máquina humana, conseguiremos subsistir. Daqui até proclamar que a saúde é o factor fundamental da nossa vida económica, só vai um passo. Consciente disso, o cidadão americano cuida da sua saúde como dos seus interesses.

À medida que os conhecimentos médicos avançam e reduzem a clientela médica, a medicina preventiva será a mais brilhante e prometedora actividade dos futuros profissionais.

Filantropia — Um dos factores importantes que têm influído no auge da medicina nos Estados Unidos é a filantropia. Em poucas nações se podem encontrar organizações cuja origem fundamental é a generosidade dum doador. Não se trata dum sentimento particularíssimo limitado a um pequeno número de pessoas mas dum fenómeno amplamente difundido. A filantropia é este sentimento de solidariedade que nos faz sentir como em nós próprios a necessidade e a dor alheias. Porém, se como a virtude é igual em todos, é diferente na maneira de se manifestar. Existe o grande filantropo de ressonância universal e o pequeno e anónimo que está no coração de quase todos os cidadãos da América.

O grande filantropo é o propulsor de fundações gigantescas como a Rockefeller devidas, pelo menos inicialmente, exclusivamente à ajuda do fundador.

O motivo desta filantropia reside em causas de índole diversa. Por vezes trata-se de adiantar-se à acção fiscal de um fabuloso imposto sobre rendimentos. Nesta circunstância, o contribuinte encontra-se diante do dilema de um pagamento exorbitante que, a partir de certa quantia, alcança os 80 por cento, ou, então, renuncia à ganância empenhando-se na fundação dum centro de investigações ou de outra elevada finalidade caritativa ou científica.

Apesar disso, constitue um verdadeiro acto de desprendimento ou, pelo menos, duma quantidade notoriamente inferior à dada.

Noutros casos, a filantropia é autêntica e constitue um acto de prestação voluntária. Há cerca dum ano, morreu nos Estados Unidos Eleanor Schwartz com um processo leucémico. O seu atribulado pai não encontrou forma mais generosa de prestar culto à sua mágoa senão fundando o «Eleanor Schwartz Memorial Institut», dedicado à investigação das causas e dos medicamentos contra a leucemia.

Estes dois exemplos que escolhi à sorte não são casos esporádicos, mas muito frequentes.

Ao lado destes grandes filantropos, existe um sentimento de caridade difundido a quase todas as cidades americanas. Como demonstração citar-lhes-ei o caso do Hospital de Massachusets. Esta fundação privada, salda, muitos anos, o seu exercício económico com déficit.

A campanha chamada «Red Feather» tem como objecto reunir fundos para atender os enfermos indigentes. Os dona-

tivos são tão numerosos que encontram-se a cada passo pessoas com o distintivo desta colaboração. Esta começa pelo próprio pessoal dos Hospitais. Num deles recolheu-se, em pouco tempo, 70.000 dólares, entre os doentes e pessoal facultativo.

Vila Bado contava-me o caso dum doente que foi ao Hospital para realizar um electroencefalograma; o preço desta exploração é de uns 15 dólares. Depois de pagar esta quantia expediu um cheque de 1.000 dólares como donativo ao Hospital. Na última guerra mundial, nos Estados Unidos, os dadores gratuitos de plasma e de sangue foram tão numerosos que chegou-se à proporção de três para cada sete habitantes.

Estes exemplos de solidariedade humana são no nosso clima realmente surpreendentes e devem constituir para nós motivo de meditação.

A medicina prática é cada vez mais cara. A assistência ao domicílio e no hospital — Em muitas nações da velha Europa, o cidadão olha ainda o Hospital com uma certa reserva e admira-se que na América do Norte ingressem nele as mais altas personalidades da política, da banca e da indústria.

Para ingressarmos no nosso meio, tão apegado ao lar e à tradição, direi que aos espanhóis parece-lhes que fazer ingressar um familiar no Hospital é como abandoná-lo. Muitas famílias ocultam que um seu parente ingressou no Hospital. Na América do Norte, pelo contrário, seria uma afronta se o enfermo morresse fora do âmbito duma clínica especializada.

Sem necessidade de discursos a nossa gente vai-se convencendo de que a medicina actual, pela complexidade de meios de que necessita, ultrapassa o espaço de qualquer lar, por mais acomodado que seja. Não é só uma intervenção cirúrgica que necessita do ingresso numa clínica, mas também o exige a prática de muitos diagnósticos que não são possíveis apenas pelo contacto do doente com o seu médico de cabeceira. Este representa, ainda, na actualidade um valor vigente mas não se pode exigir que leve a bom termo a sua missão, senão em casos de doenças estacionárias ou infecções ligeiras de carácter benigno e transitório.

Para as doenças agudas, graves e crónicas, que exigem colaboração de métodos diagnósticos e de especialistas, é necessário o internamento numa clínica. Ainda vemos no nosso país, com grande frequência, como a família exige improvisar uma instalação radiológica na habitação do doente para levar a cabo uma exploração digestiva, o que é quase sempre um absurdo.

A educação sanitária do cidadão americano impede-lhe tais exigências, e com frequência é a família que, espontaneamente, solicita o ingresso do doente numa clínica.

Os dispêndios correm a cargo do doente ou da mutualidade em que está assegurado ou da municipalidade, no caso de indigência.

O Seguro da Doença está bastante estendido na América do Norte mas duma maneira privada, espontânea e voluntária.

A causa destas grandes massas de assegurados reside em que a medicina moderna é cara.

Por vezes, fica caro um diagnóstico e, também, os medicamentos. Há pouco mais de 25 anos, só era custoso um acto cirúrgico; hoje, custa mais dinheiro que uma intervenção de hérnia ou uma gastrectomia, o tratamento médico duma meningite tuberculosa, duma poliartrite crónica progressiva ou uma doença de Addison.

As práticas exploradoras, as numerosas radiografias que um diagnóstico, às vezes, exige, os antibióticos, as hormonas largamente continuadas por espaço de meses têm encarecido enormemente o custo duma doença. Em pouco mais de 25 anos, temos passado daquelas infusões e conhecimentos da farmácia galénica, mais simbólicos que eficazes, que custavam pouco mais duma peseta, à cortisona, ACTH, e tantos outros medicamentos que exigem um gasto diário de 200 a 500 pesetas.

No nosso serviço hospitalar, avaliamos em muito mais de 35.000 pesetas o que consome em serviços de laboratório e medicamentos um doente com meningite tuberculosa, durante os seus três meses de permanência.

Perante estas perspectivas, compreende-se que o cidadão americano concerte o seu seguro da doença com entidades responsáveis e da maior garantia.

A Universidade livre. A formação do especialista — Existem 75 escolas médicas nos Estados Unidos. Esta abundância é uma das características que mais nos surpreendem. As escolas de medicina brotam por toda a parte, sempre que existam condições adequadas para a sua formação. Os estudos necessários para alcançar o grau são um tanto mais breves que os exigidos na Europa. Porém, esta brevidade nos estudos não é mais do que aparente, pois nesta primeira fase formativa do futuro médico apenas se atende às disciplinas fundamentais. Esta etapa é apenas preliminar, pois completa-se com os estudos de post-graduados cuja duração é dispar.

Ao médico exige-se duas classes de conhecimentos: os clássicos, comuns a toda a formação médica e os especializados, segundo a orientação que pense seguir. Esta maneira de ensinar a medicina poder-se-ia representar graficamente como o tronco duma árvore — formação médica básica — de que parte um conjunto de ramos que divergem segundo a especialidade que se deseja seguir. O médico representa um profissional com um duplo título, o de médico e o de especialista. Esta maneira de orientar o ensino médico começa a ser adoptada nalgumas universidades europeias. Em Espanha, data de há pouco a criação de algumas escolas de especialidade, à guisa de ensaio.

Vejamos como Fredenhagen descreve a formação dum especialista americano em ortopedia. Os estudos compõem-se de três anos de prática, nos quais o aspirante se interna numa clínica especializada, encarregado da assistência dumas vinte camas. Ali aprende desde a redacção duma ficha clínica, à exploração dos

doentes e à prática dos métodos diagnósticos complementares, o que poderíamos chamar, em termos comparativos, «como uma doméstica para tudo». Os estudos práticos, no exemplo que escolhemos, constam dum ano dedicado à ortopedia de doentes adultos, um ano de ortopedia infantil, seis meses de fracturas e seis meses de ciências básicas aplicadas como anatomia osteoarticular, química biológica, anatomia patológica do esqueleto e bacteriologia.

Esta formação minuciosa do especialista, que ocupa quase a metade da carreira, contrasta com a geração espontânea do especialista europeu. No nosso continente todo o especialista é um autodidacta e não vai mal se é exigente consigo próprio e alcança uma preparação adequada.

Porém, ao lado destes especialistas espontâneos mas excelentemente preparados, existem outros que se outorgam o título a si próprios, somente porque este é o seu desejo. O título de especialista nos países europeus não é uma garantia de preparação adequada, no entanto, devemos afirmar, fazendo justiça à dignidade do médico, que muitos deles têm alcançado, sem mais contrôle que o deles próprios, uma formação excelente. Todavia, seria desconhecer a idiosincrasia dos povos latinos, maravilharmo-nos com os bons resultados que possam advir desta geração espontânea de especialistas. A vocação sincera e o génio destes povos pode lograr este objectivo sem cingir-se a estudos sistemáticos na Faculdade. Porém, conseguir que as coisas saiam bem apesar

SULFAMIDOTERAPIA INTESTINAL

TRÊS PRODUTOS «CELSUS»

DE COMPROVADA SUPERIORIDADE

FTALIL-KAPA

FTALIL-TIAMIDA

FTALIL-TIAZOL

LABORATÓRIOS «CELSUS»

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

de as fazer mal não é motivo para não emendar erros. Urge, pois, a criação de escolas de post-graduados, onde o médico e a sociedade encontram a garantia duma formação eficaz.

Contudo, reconheço a desvantagem da especialização precoce em medicina. Tenho observado em diversos profissionais que tinham começado a eleger o caminho duma especialidade desde o início da carreira uma estreiteza de horizontes que os priva de abranger os limites, sempre difusos, que tem qualquer especialidade. São como lentes de microscópio que vêm claramente o detalhe duma célula, mas não abarcam bem o conjunto, ou melhor, como a árvore que lhes impede de ver o bosque.

Toda a especialidade médica tem muito de arbitrário e artificioso e, no meu entender, apenas é bom especialista o que, antes, praticou, eficazmente, a medicina interna. Este é o caso dos grandes especialistas europeus sobretudo os franceses. A sua especialização é um fenómeno tardio e, muitos deles têm-se formado num serviço de medicina interna.

Voltando de novo às escolas médicas dos Estados Unidos, devemos salientar que o plano formativo do especialista o redactam as associações correspondentes. O médico pode eleger entre uma lista de clínicas especializadas que têm a cargo da comissão as garantias suficientes para dar um bom ensinamento. De acordo com este princípio liberal, considera-se escola e, portanto, Universidade todo o lugar em que se pode aprender. A Universidade nos Estados Unidos tem, pois, um extenso conteúdo e uns limites que alcançam todos os lugares técnicos com capacidade e desejo de ensinar.

Dolares. Disciplina. Maquinismo. Eficácia — Estas são as características da medicina nos Estados Unidos. Tenho dito repetidas vezes que a medicina, na América do Norte, custa dinheiro. Vejamos as cifras das despesas do «Newton Wellesley Hospital», cujo número de camas é muito inferior ao do Hospital Clínico de Barcelona. As despesas de 1952 avaliavam-se em 1.719.338 dólares, ou seja cerca de 80.000.000 pesetas. O nosso Hospital Clínico, de maior capacidade, pode considerar-se feliz, actualmente, porque contamos com 17 milhões de pesetas.

Até agora vivia, ou melhor, desfalecia com cifras que eram metade da enunciada.

A maior despesa do hospital americano significa uma prestação de melhor serviço e, também, evita o sacrifício humano dos que cuidam do doente. Sirva de exemplo a remuneração do anatomopatologista do «Graduate Hospital de Pennsylvania». Valdés Dapena, encarregado deste serviço, cobra 2.000 dólares mensais, a remuneração corrente do chefe de qualquer outro serviço.

O mesmo acontece com Hodges, neurólogo do «University of Michigan Hospital», e os médicos assistentes a estes hospitais têm salários que oscilam de 500 a 1.000 dólares mensais. Como não exigir a estes colegas assiduidade e competência?

Em contrapartida, o que vai encher

de assombro os que não são médicos, devo declarar que todos os médicos assistentes do meu serviço clínico universitário, não recebem absolutamente nada, seja qual for a sua categoria. Desde os chefes de laboratório, alguns de mérito extraordinário, aos médicos chefes de equipa e aos assistentes, todos trabalham gratuitamente. Refiro-me a isto com determinada intenção. Em primeiro lugar, como elogio ao médico espanhol, cuja vocação quase mística reprova, no hospital, toda a compensação monetária. Porém, esconde-se um grave perigo que é a infração da disciplina nos serviços. Como pode exigir-se a devida assiduidade a estes nossos colaboradores que, desde há 10 e 20 anos, cumprem diariamente um serviço sem nenhuma recompensa e nem sequer um documento oficial que lhes reconheça a sua competência e sacrifício?

Honra seja feita a estes românticos que dão tudo sem esperar nada, e à Espanha, esta nação de heróis e santos.

Todavia, esta atitude dificulta um trabalho eficaz e continuado. Que acontece no nosso serviço no dia em que nos desaparece um técnico ou chefe de laboratório? Não podemos encontrar quem o substitua adequadamente porque não podemos oferecer nada. O nosso vínculo é uma amizade fraternal que nos une no mesmo trabalho e em igual empresa e não se pense que, por esse motivo, tenhamos escassez de assistência médica. Como os melhores hospitais americanos, contamos quase com mais médicos que doentes.

Mas tudo isto é demasiado belo para que seja eficaz. A nossa dificuldade reside na mesma vantagem que existe na colaboração desinteressada de médicos que não recebem qualquer vencimento.

Esta situação conduz a certas deficiências como: o médico assistente que falta um dia por compromissos particulares, ou por outros motivos. Nestas condições, é impossível impor a disciplina.

Em comparação, o mecanismo pelo qual se regem os hospitais nos Estados Unidos é complexo, mas regular e coordenado. Vejamos uma exposição esquemática. Logo após a entrada do doente, o médico interno ou o residente redige a sua história clínica. Imediatamente, estes solicitam as análises de rotina: no dia seguinte, o médico-chefe do serviço encontra já documentado o doente que ingressou na véspera. Então, completa-se a exploração, ordenando os exames complementares. Estes são levados a cabo com presteza porque os serviços auxiliares funcionam automaticamente. No dia seguinte, está-se de posse de novos dados analíticos e radiológicos. Para realizá-los com rapidez, o médico de turno procede, diariamente, às seis da manhã, à recolha de sangue ou outros produtos biológicos que, devidamente denominados, passam para o laboratório, onde a partir das oito da manhã se procede às análises.

A exploração radiológica é levada a cabo por duas equipas que se alternam, para evitar-se-lhes o perigo das radiações röntgen. A ficha radiológica é um primor. No Departamento radiográfico, o pessoal auxiliar anota todas as características de cada placa: região examinada, kilovoltagem, miliamperagem e tempo de

exposição. Pela tarde, analisa-se e discute-se a radiografia numa conferência a que assistem todos os técnicos que intervêm, presididos pelo professor adjunto ou pelo chefe de serviço.

Com o diagnóstico sucinto, que se elabora nesta reunião, a radiografia volta ao radiólogo que efectuou a exploração para que faça o ditame definitivo, que relata adiante um dictáfono, cujo cilindro passa, seguidamente, por um tubo pneumático até à secretaria onde o copiam à máquina.

Não vou detalhar outros aspectos, pois o referido serve para dar ideia do «maquinismo» com que funciona a medicina clínica nos hospitais dos Estados Unidos.

É possível que em certos povos que sofrem da idiossincrasia do expediente e do papel, estes métodos sejam lentos e perturbadores. Mas, no espírito rápido e prático do americano, esta maneira de proceder com ordem e método é de singular eficácia. Digamos, pois, que naquele país a máquina de elaborar diagnósticos funciona bem, sem avarias e com rapidez.

Medicina prática e investigação — O médico prático tem uma missão social importantíssima, mas o seu trabalho raramente imprime algum progresso à medicina. A medicina, nas mãos do profissional, é uma ciência prática que tem mais de arte que de ciência. O médico prático utiliza os meios e os progressos atingidos por outros; é um intérprete e não um criador, uma espécie de instrumentista que se limita a interpretar a partitura dum maestro, passe o termo, apesar do seu evidente exagero.

Os Estados Unidos, que têm dotado com todos os recursos as suas clínicas universitárias, têm-se preocupado, nos últimos decénios, em fomentar a investigação. Desde a última guerra mundial, tem-se intensificado a protecção estatal e privada.

Há vinte anos, a investigação, nos Estados Unidos, realizava-se duma maneira espontânea e sentimental por aqueles professores que sentiam o desejo da investigação dum modo semelhante aos sábios europeus. Era frequente encontrar-se homens de formação clínica, praticando experiências biológicas.

Hoje em dia, estes científicos «ocasionais» vão sendo substituídos pelo profissional, cujo rendimento é maior. Com isso, conseguiu-se separar duas categorias de médicos, cujo trabalho nada tem de comum: o médico clínico e o investigador estrito.

Não pode pretender-se que o médico, dedicado à investigação, o faça por espontânea vontade e a deixe quando quiser. O problema é de ordem económica e, nos Estados Unidos, tem-se reconhecido que os sábios, dedicados às experiências de laboratório, e à vivissecção, têm de ser pagos. Não se pode ser, simultaneamente, investigador e clínico, senão muito raras vezes. O que se dedica à investigação tem de ser um professor «full-time», que emprega todo o seu tempo na investigação, como o dedica o médico à sua clientela.

A V I D A M É D I C A

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 5 a 14 de Novembro)

Dia 5 — Dizem de Évora que aí se trabalha no sentido de ser criada em breve uma escola de enfermagem, melhoramento de alta importância para o Alentejo.

7 — São solenemente inaugurados, na presença do Chefe do Distrito de Beja, representante do Prelado e demais autoridades e Drs. Alberto Gomes, director clínico do Hospital de Arroios e Francisco Parreira Rocha, em Serpa, os novos serviços hospitalares que, mercê da iniciativa da Comissão administrativa da Misericórdia, ficaram dotados de modelares instalações.

— Realizam-se «cortejos de oferendas» em Penafiel, Águeda, Amarante e Mealhada. Em Águeda, a favor do Hospital do Conde de Sucena rende mais de trezentos contos. O de Amarante cerca de 100 contos; o da Mealhada mais de cem contos; o de Penafiel mais de cento e cinquenta contos. É adiado o de Tarouca. Para todos e cada um concorreu o Ministro do Interior com dez mil escudos.

8 — A Lisboa, regressa o Dr. Augusto de Castro Soares, inspector superior de saúde e higiene da Direcção Geral dos Serviços de Saúde, que preside à missão oficial do Ministério do Interior, que tomou parte na importante reunião sobre enfermagem e saúde pública, promovida pela Organi-

zação Mundial de Saúde da ONU, e que se realizou em Istambul.

— Em Santo Tirso realiza-se o cortejo de oferendas a favor do Hospital da Misericórdia, prejudicado pelo mau tempo e sem a presença de muitas freguesias, rende cerca de 200 contos.

9 — Em Lisboa, a Associação Escolar da Faculdade de Ciências, inaugura um posto médico apetrechado para socorros de urgência e consulta para clínica geral que tem como director clínico o Dr. Fausto Morais.

— É colocado como director do Hospital Militar de Elvas o Dr. Álvaro de Sousa Ramos, capitão médico.

— Em Lisboa, no Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge, terminam, os trabalhos do I Curso de Engenharia Sanitária. No salão principal daquele Instituto, realiza-se a sessão solene de encerramento do curso. Preside o Dr. Trigo de Negreiros, Ministro do Interior, com a presença dos Drs. Meol e Castro, Subsecretário do Estado da Assistência Social; Dr. António da Silva Travassos, director geral de Saúde; Dr. Fernando Correia, director do Instituto e altos funcionários dos referidos departamentos do Estado.

10 — Acaba de publicar-se o «Bulletin clinique et statistique» do Hospital do Ultramar de Lisboa. A presente publicação é alusiva aos V Congresso Internacional de Transfusão Sanguínea e II Exposição Mundial de Sangue (Paris, 13-19 de Setembro de 1954).

— No Porto, prosseguem, hoje, os trabalhos do VI Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário, organizado pela Secção

do Porto da Ordem dos Médicos, com o seguinte programa: às 9 horas, no Hospital de Santo António, o Dr. Veiga Pires versa o tema: «Medicina interna de urgência»; às 15,15 horas, o Dr. Costa Andrade falará sobre «Medicina e médicos do trabalho».

— De Coimbra informam que a Delegação da Associação dos Diabéticos Pobres, acaba de transferir as suas instalações para a Praça do Comércio, no prédio onde esteve instada a Associação dos Médicos do Centro, estando, já, ali a funcionar os serviços de consultas, iniciativa que se deve ao Dr. Joaquim Dinis da Fonseca, presidente da Comissão Administrativa.

— A Procuradoria Geral da República emite o seguinte parecer:

«As câmaras municipais e as juntas de turismo podem, legalmente, adquirir a posição de sócias de sociedade concessionária do serviço público de exploração de nascentes de águas minero-medicinais, sitas nas suas áreas de jurisdição, desde que apenas assumam e mantenham responsabilidade limitada e afectem bens ou valores dispensáveis e livremente alienáveis».

— Regressa a Lisboa o Dr. Casanova Alves, médico-chefe dos Serviços de Vacinação e Recenseamento Torácico do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos que, em missão do Ministério do Ultramar, acaba de proceder ao estudo e à elaboração do plano de prospecção e combate à tuberculose na província de Angola.

— No Porto, no salão nobre do Hospital de Santo António, realiza-se, pelas 21 e meia horas mais uma conferência de uma série de reuniões científicas.

Nesta reunião será versado o tema:

Nesta última década, durante a última guerra, os Estados Unidos destinaram 15 milhões de dólares a investigações médicas. Hoje em dia, os mais importantes centros que funcionam dependem do Estado, como o «National Institute of Health» e o «National Cancer Institute»; outros dependem do Exército e da Marinha tais como o «Army Medical Center», «Naval Medical Center» e «Navy Research Units». Por sua vez, as Universidades mantêm centros de investigação médica, quase sempre com a ajuda de doações particulares. Um centro de justificada fama é o «Rockefeller Institut», dedicado exclusivamente à medicina e biologia experimental.

Todavia, ao lado destes centros de investigação que poderíamos qualificar de «non-profit», existem as poderosas casas de Indústrias Farmacêuticas, cuja investigação tem um marcado sentido comercial e prático. Assim, embora o seu objectivo não seja desinteressado, os progressos logrados por estas casas têm sido de enorme transcendência. Graças a elas tem-se conseguido a descoberta de novos antibióticos, como a aureomicina e a terramicina, vacinas para a medicina humana e veterinária, a preventiva da gripe, a vacina contra a poliomielite, os modernos fármacos antiparkinsonianos, para não citar mais do que uns poucos exemplos.

Quadro de Honra da Medicina Norte-americana — Disse, de início, que a medicina, nos Estados Unidos, não tem apenas história, pois quase toda ela é actualidade. Mas, por breve que seja a

sua existência, está repleta de nomes ilustres que pressagiam um brilhante futuro. Desde os finais do século passado até ao momento actual, encontram-se tantos nomes eminentes que não caberiam todos nos estreitos limites de que podemos dispor. Para dar uma ideia aproximada, limitar-me-ei a mencionar, quase sem comentários, de forma simplesmente nominativa, os mais prestigiosos.

Entre eles destacam-se Howell, de Baltimore, pelos seus estudos sobre a fisiologia do sangue. Mall, do «Carnegie Institut», foi o impulsor, naquele continente, dos estudos de embriologia humana. Flexner, de Nova Iorque, descobridor do bacilo disenterico que tem o seu nome, conseguiu a transmissão experimental da poliomielite.

Landsteiner, prémio Nobel em 1953, imunologista, cujo principal mérito consiste em ter conseguido a diferenciação dos grupos sanguíneos.

Evan com Emerson isolaram, em 1936, a vitamina E.

Van Slyke que, em 1922, descreveu o seu método de contróle da depuração ureica.

Waksmann, recente prémio Nobel, descobridor da estreptomocina e da actinomicina.

Muller, de Indiana, prémio Nobel 1946, que contribuiu para fazer da genética uma ciência experimental.

Flit, notável cardiólogo, e Dercum, que descobriu a adipose dolorosa que tem o seu nome.

Huntington, de Long Island, que

descobriu uma nova doença, a coreia hereditária.

Einhorn, cujos estudos de exploração do duodeno mediante a sonda de seu nome, são clássicos.

Joslin, eminente diabetólogo.

Whipple, de Rochester, prémio Nobel 1936, pelos seus estudos sobre as anemias experimentais e precursor do tratamento da anemia de Biermer.

Minot e Murphy, prémio Nobel 1934, pela sua sensacional descoberta do tratamento curativo da anemia perniciosa.

No âmbito da medicina americana, devemos citar, também, Banting e Best, prémio Nobel 1923, pela sua descoberta da insulina.

Cushing que deu o nome a uma nova doença o basofilismo hipofisário, propulsor da neuro-cirurgia na América.

Kendall e Hemch, que mereceram o prémio Nobel pela sua descoberta da cortisona.

Não é necessário citar mais nomes para dar uma ideia do alcance e profundidade que a medicina tem alcançado nos Estados Unidos em todos os seus aspectos, clínico, biológico e experimental.

Perante esta pleiade de nomes ilustres, as palavras de elogio não pareceriam nunca lisonja mas respeito e homenagem ao povo norte-americano debaixo de cujas bandeiras, agitadas por um vento de liberdade, os homens encontram protecção e apoio para exercer a mais nobre ambição humana: aprender e ensinar.

PEDRO PONS

(«Gaceta Médica Española»; Maio de 1954).

«Duas possíveis complicações das pancreatites agudas», pelo Dr. Gabor Gencsi, clínico extraordinário do referido estabelecimento.

Podem assistir os médicos e estudantes de Medicina.

12 — Em Coimbra, na dependência dos Serviços de Higiene, realiza-se de tarde uma sessão de cinema dedicada ao pessoal daqueles serviços, a que assistem os srs. brigadeiro Correia Cardoso, presidente da Câmara, Dr. Francisco Cortês, vereador do pelouro, outros vereadores e funcionários superiores do município.

— Parte para Paris o Prof. Reinaldo dos Santos, presidente da Sociedade Nacional de Belas Artes, que vai tratar de assuntos relacionados com a Exposição de Ourivesaria Portuguesa.

— Pelo Ministro das Obras Públicas, foram concedidas, entre outras, as seguintes comparticipações, provenientes do «Fundo de Desemprego»: à Santa Casa da Misericórdia do concelho de Tábua, para aquisição de mobiliário e equipamento destinado ao seu hospital, 320.000\$00; à Santa Casa da Misericórdia da Murtosa, para construção de um pavilhão destinado a instalar a aparelhagem de Raios X no seu hospital, 1.600\$00; à Comissão Municipal de Assistência do concelho de Azambuja, para aquisição de mobiliário e equipamento destinado ao seu hospital, esc. 150.000\$00; à Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim, para remodelação do hospital sub-regional, reforço, 42.900\$00; à Santa Casa da Misericórdia de Tondela, para construção do novo hospital, reforço, 30.580\$00.

— Tomam posse dos lugares de adjuntos do delegado de Saúde de Lisboa, que conquistaram em concurso de provas públicas, os Drs. Vítor Pena Carvalho, e João Vieira Lisboa, respectivamente, médico e interno graduado dos H. C. L.

13 — Em Lisboa reúne-se, pelas 22 horas, no Hospital Miguel Bombarda, a Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria, para ouvir uma conferência do notável psiquiatra brasileiro, Prof. Pacheco e Silva, da Universidade de S. Paulo, que vai falar de «O ensino da psiquiatria em S. Paulo».

Terminada a conferência, há discussão do tema posto pelo Prof. Pacheco e Silva, para a qual está inscrito o Prof. Barahona Fernandes.

O Prof. Pacheco e Silva vai hoje, também ao Hospital Escolar, onde a habitual lição ao 6.º ano do curso de psiquiatria, é por ele feita, versando o tema «Higiene mental».

— Ainda em Lisboa, o Dr. Moura Brasil, oftalmologista do Rio de Janeiro, visita o Serviço de Oftalmologia do Hospital de S. José. E ali, recebido pelo respectivo director, Dr. Sertório Sena e opera um caso de enucleação com implante da sua invenção.

— Prosseguem, os trabalhos do VI Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário, organizado pelo Conselho Regional do Porto, da Ordem dos Médicos, com o seguinte programa: às 10,45 horas, o Dr. Carlos Alberto Martins da Rocha, fala sobre «Estados hipoglicémicos»; às 14,30, o Dr. Almerindo Lessa versa o tema «Tratamento dos estados hemorrágicos».

14 — Em Tarouca realiza-se o cortejo de oferendas a favor do Hospital da Misericórdia local.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Para internos do internato complementar dos H. C. L. das seguintes secções:

Serviços clínicos gerais:

Clínica médica 9
Clínica cirúrgica 9

Serviços clínicos de especialidade:

Pediatria médica	2
Pediatria cirúrgica	1
Dermatologia	1
Neurologia	1
Urologia	1
Otorrinolaringologia	1
Estomatologia	1
Serviço de sangue	1

Vai realizar-se, de 15 a 27 do corrente, o VII Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário que como de costume, é promovido pelo Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos e tem o patrocínio e o auxílio financeiro do Ministro do Interior, e destina-se a médicos rurais.

— Em Coimbra, a 15 de Novembro, pelas 12 horas, na Faculdade de Medicina, realiza-se uma reunião dos professores extraordinários, a fim de elegerem os seus representantes no Senado Universitário e na Assembléa Geral da Universidade.

— Na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, realiza-se a 16 do corrente, pelas 22 horas, a sessão solene inaugural do ano académico 1954-55, e em que o Prof. Manuel Xavier Mourato lerá a alocução presidencial intitulada «Os fenómenos da indução em biologia médica».

O Dr. Andresen Leitão, secretário geral adjunto, lerá o Relatório.

— Em Lisboa, a Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos, reúne-se a 15 do corrente, pelas 21 horas e meia a Sociedade Portuguesa de Cardiologia, com a seguinte ordem de trabalhos: Apreciação do Relatório e Contas e para apresentação de uma comunicação intitulada «Coartação da aorta — considerações sobre quatro casos», pelos Drs. Rocha da Silva e Fausto de Moraes.

— Em Braga, na corrente semana, às terças e sextas-feiras, pelas 14 horas, começará a ser aplicada gratuitamente no Dispensário Antituberculoso da I. A. N. T. a vacinação B. C. G. (vacina contra a tuberculose), numa medida de tão elevado interesse social que nos abstermos de encarecer.

— Estão marcados cortejos de oferendas a favor dos Hospitais da Misericórdia de Faro, Anadia e Torres Novas, respectivamente para os dias 28 de Novembro, 12 e 19 de Dezembro.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 4/XI a 10/XI/1954)

6/XI

Dr. Henrique Feliciano d'Abreu Pereira dos Santos — nomeado médico municipal do partido com sede e residência obrigatória na vila do Teixoso, do concelho da Covilhã.

9/XI

Portaria que nomeia o seguinte júri do concurso para provimento do lugar de professor catedrático da cadeira de Farmacologia e Terapêutica Geral da Faculdade de Medicina do Porto:

Presidente, Dr. Amândio Joaquim Tavares, reitor da Universidade do Porto.

Vogais: 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 de Coimbra; Dr. Joaquim Moreira Fontes, professor catedrático do 2.º grupo da Faculdade

de Medicina de Lisboa; Dr. José Toscano Vasconcelos Rico, professor catedrático do 2.º grupo da Faculdade de Medicina de Lisboa; Dr. João Maria Porto, professor catedrático de Terapêutica Médico-Clinica da Faculdade de Medicina de Coimbra; Dr. Alberto Moreira da Rocha Brito, professor catedrático de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Coimbra; Dr. Mário Silva Moreira, professor catedrático da Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa; Dr. Alfredo da Rocha Pereira, professor catedrático de Clínica Médica da Faculdade de Medicina do Porto.

10/XI

Dr. Alvaro Mendonça Machado de Araújo Gomes de Moura, guarda-mor do quadro do pessoal técnico das circunscrições de defesa sanitária dos portos marítimos e aéreos — nomeado director de circunscrição do mesmo quadro, ficando em serviço na zona norte.

— Dr.ª Lúcia Gonçalves Oliveira — contratada, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, interno graduado de anestesia dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— Dr. António Francisco de Carvalho Barroco Freire Ruas — contratado médico-chefe de sector da missão de estudo e combate à doença do sono da província da Guiné, indo ocupar a vaga do Dr. Fernando Manuel Coutinho da Costa.

Partidas e Chegadas

Dr. Cristiano Nina

Partiu para Washington o Dr. Cristiano Nina, médico da D. G. S. e dos H. C. L., a fim de, na capital americana tomar parte no segundo Simpósio anual sobre antibióticos, organizado pela Inspeção de Drogas e Alimentos do Departamento de Saúde, Educação e Assistência dos E. U. A.

O Dr. Cristiano Nina, único delegado português é um dos 35 representantes de países estrangeiros que assistiram à reunião médica nos E. U., onde foram tratadas as últimas descobertas especialmente no campo dos antibióticos.

O delegado português foi nomeado pela Direcção-Geral de Saúde para tomar parte no Simpósio, tendo sido tomado em consideração os seus trabalhos sobre antibióticos.

Depois de assistir à reunião em Washington, a qual se efectuou entre 24 e 29 de Outubro findo, o Dr. Cristiano Nina seguiu para Nova Iorque para assistir ao Simpósio de Antibióticos sobre Acromicina, para a qual foi convidado pela Lederle Laboratories Division of American Cyanan and Company.

O Simpósio da Lederle, anunciado para 2 e 3 de Novembro consistirá sobretudo em discussão em mesa redonda entre médicos americanos e estrangeiros. Serão apresentados trabalhos científicos sobre as últimas descobertas no campo dos antibióticos.

Durante a sua estada em Nova Iorque, o Dr. Cristiano Nina é convidado a visitar os Laboratórios Lederle, em Pearl River, onde estão em progresso importantes trabalhos de investigação sobre antibióticos e outros medicamentos para tratamento de doenças existentes em Portugal e em outros países.

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.º assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bessa (chef. 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 Sarmiento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Elísio da Fonseca (Chefe da Rep. dos Serv. de Saúde do Min. das Colónias), Eurico Paes (Endocrinologista), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando da Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), J. Oliveira Machado (Médico dos H. C. L.), J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), Jorge da Silva Araújo (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) e Xavier Morato (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

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

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

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

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

DELEGADOS: MADEIRA — Celestino Maia (Funchal); ANGOLA — Lavrador Ribeiro (Luanda); MOÇAMBIQUE — Francisco Fernandes J.º (Lourenço Marques); INDIA — 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 a «Acta Gynæcologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

Portugal Continental e Insular — 160\$00

Ultramar — 210\$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.ª — L. Trindade Coelho, 9-2.º — Lisboa — Telefone 27507.

BISMUCILINA

Bial

BISMUCILINA

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 g
Por ampola de 3 c. c.

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

BISMUCILINA

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO
EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,09 g

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA

INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO
EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,045 g

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS