

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 146
17 de Junho de 1954

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

NOVO!

COBENAL

AZEVEDOS

FOSFATO DE ADENINA + ANEURINA ACTIVADA* + VITAMINA B₁₂

* Aneurina activada pelo ião-pirofosfórico, em meio adenosino-fosfórico glicosado

INDICAÇÕES

Adinamia neuro-muscular e cardíaca • Convalescenças • Astenia consecutiva ao uso de antibióticos • Neurastenia, nervosidade, instabilidade psíquica • Estados de desnutrição • Deficiências de crescimento e desenvolvimento das crianças e lactentes • Anorexia e astenia dos velhos e crianças • Dermatoses seborreicas • Neurodermites e certos eczemas • Dermatites de contacto • Urticária crónica • Lupus • Zona • Esclerose em placas • Nevrites • Nevralgias do trigémio • Polinevrites diversas • Osteoartrite e osteoporose • Hemicrânia • Hepatopatias • Perturbações da gravidez: vômitos, hiperestésias, etc.

APRESENTAÇÃO

Injectável:

- NORMAL 5x2,2
- FORTE 3x3,3
- FORTÍSSIMO 3x3,3

Oral:

- XAROPE — Frascos de 100 cm³ para uso oral.

LITERATURA DETALHADA E AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DOS EX.MOS CLÍNICOS



LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

SUMÁRIO

	Pág.
MENDONÇA E MOURA — Surdez — Doença social	497
M. ASSUNÇÃO TEXEIRA — Os tão falados e incriminados bicos de papagaio no quadro das algias vertebrais mais comuns	500
MOVIMENTO MÉDICO — ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — Valor comparado aos diferentes métodos de diagnóstico precoce do cancro do colo do útero	513

SUPLEMENTO

	Pág.
Revisão da Segurança Social — CONSTANTINO A. CARNEIRO	445
Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica	446
Ecoss e Comentários	448
A jubilação do Prof. Almeida Garrett	449
Novos discursos de Pio XII sobre problemas Médicos e Paramédicos	452
Requisitos para admissão em Escolas Médicas	460
Noticiário diverso.	

RECTOVICAL

Supositórios
de
Ascorbato de cálcio
Gluconato de cálcio
e
Vitamina D
para
CRIANÇAS E ADULTOS

MAIOR EFICÁCIA

TOLERÂNCIA ABSOLUTA

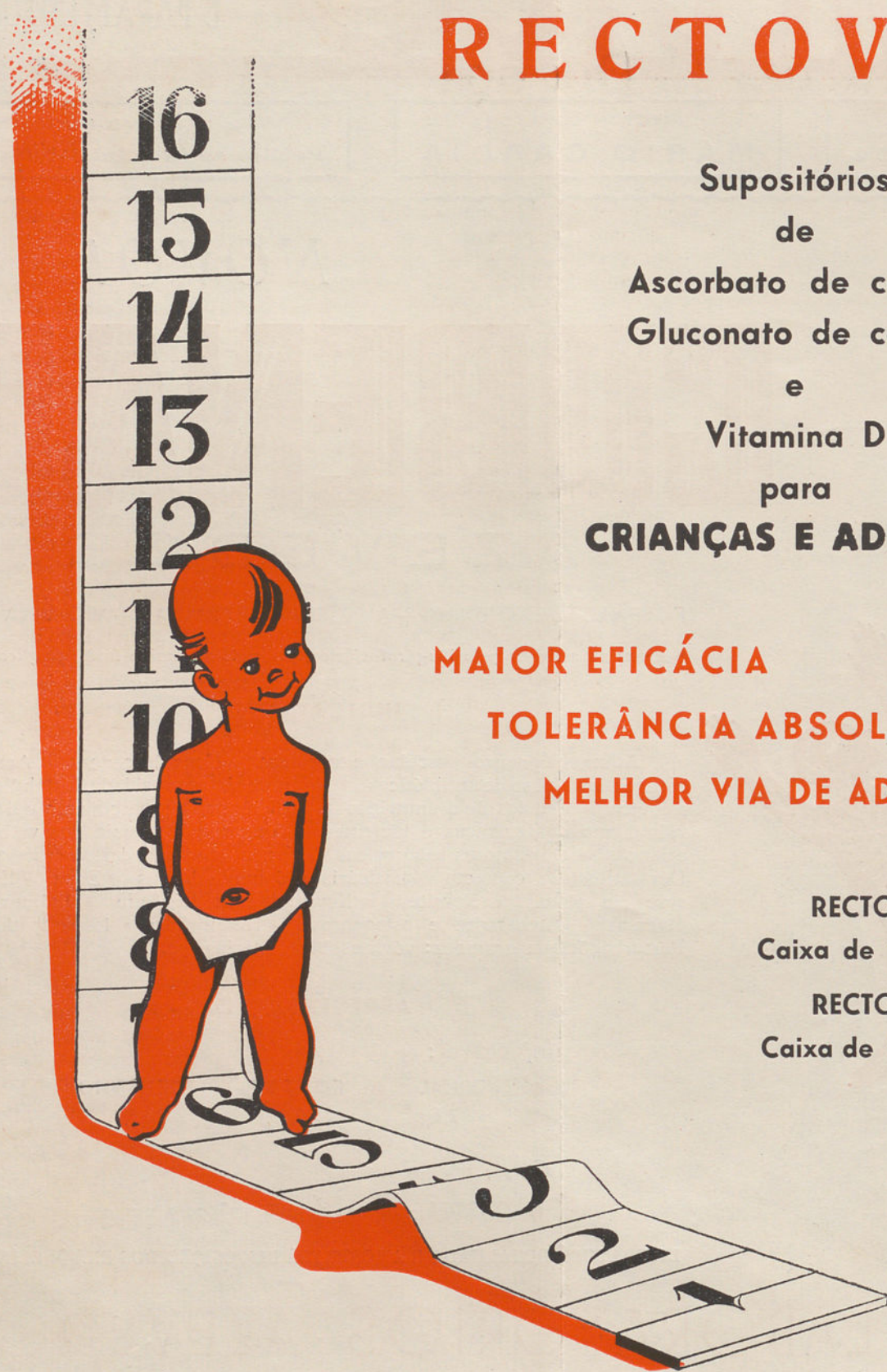
MELHOR VIA DE ADMINISTRAÇÃO

RECTOVICAL INFANTIL

Caixa de 12 supositórios 23\$00

RECTOVICAL ADULTOS

Caixa de 12 supositórios 30\$00



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

CENTRO CIENTÍFICO
ROMULO DE CARVALHO

Surdez — Doença social

MENDONÇA E MOURA

Ultrapassada já a fase a que poderíamos chamar epidemiológica da sanidade, as preocupações dos higienistas e, de uma maneira geral, dos responsáveis pela saúde dos povos, estendem-se hoje a grupos de afecções ou síndromes que, de uma ou outra maneira, inferiorizam socialmente os indivíduos.

Não quer isto dizer que aquelas preocupações tenham diminuído, antes se mostram sensivelmente acrescidas, porque se o seu âmbito se alargou em novas perspectivas não se fechou por completo o sector que anteriormente as dominava.

O problema epidemiológico subsiste, a erradicação universal dos focos de difusão dos morbos de génio epidémico é apenas benévola utopia, — ou, quando mais, inquieta aspiração, que não consentem afrouxar os esforços e as defesas, nem mesmo quanto àquelas pestilências que quase nos tentamos a catalogar no role das coisas históricas, mas que novas circunstâncias e novos cometimentos, mais ainda aproximaram de nós potencialmente.

Apenas se tornou mais fácil a defesa, mais eficiente a luta, mais certa a vitória.

E, com dizer-se isto, se demarca uma posição de espírito e uma atitude de acção, permitindo encarar novos problemas da saúde e da doença com aquela formação epidemiológica que tão bem tem provado no combate às epidemias. Doenças como a pelagra e outras avitaminoses, como o bócio e os reumatismos, como as cardiopatias e a surdez e tantas mais, semelhantes a epidemias pelos males que determinam, pela extensão que atingem, pela difusão de que são capazes, lembrando endemias pela sua perseverança no atacar, solapado e constante, traiçoeiro e insidioso, prendem hoje a atenção de todos os que se interessam pela saúde das populações e beneficiam do uso, a seu respeito, do chamado método epidemiológico. Este, como diziam os professores Gordon e Aycock (1) é principalmente caracterizado pela unidade de observação, que é uma população, enquanto em clínica é um simples indivíduo.

E uma das aplicações mais interessantes que deste método se pode obter é a da determinação da influência de uma doença de grupo no condicionamento da receptividade ou da resistência desse mesmo grupo a outra doença ou a outro quadro patológico.

Certo é que, voltando ao pensamento que acima nos guiava, o problema epidemiológico perdeu a primazia dos cuidados dos sanitaristas, mas dele ficou o método que os seus estudos impuseram e a formação de espírito que criara, de molde a poderem ser utilizados em relação a todos os estados patológicos que, pela sua repercussão, devam inscrever-se na patologia social do País.

E, como elemento desse método, aqueles estudos de base que permitem, por aproximação sucessiva, conhecer os estados de saúde e de doença de um grupo populacional, os desvios da normalidade que, por graus sucessivos, aliás tanto em relação aos indivíduos como ao grupo, estabelecem a interligação da saúde e da doença, em resumo, fazer a epidemiologia da própria saúde (2).

*

Sendo a surdez um estado patológico que se traduz por deficiência funcional e inferiorização social daqueles que atinge, e repercute na patologia da Nação pela minorização a que dá lugar, cumpre aos que se interessam pela saúde das populações averiguar-lhe a extensão, despistar-lhe a evolução, aprofundar-lhe as causas, procurar-lhe a possível profilaxia; encará-la e estudar-lhe o contexto e os remédios dentro do espírito do método epidemiológico que apontávamos, não apenas tomando cada ser

individualmente, mas estudando, sob o aspecto da hipoacusia, os diversos conjuntos populacionais.

Dentro desta orientação tem tentado trabalhar o Serviço de Profilaxia da Surdez no Dispensário de Higiene Social do Porto. E, porque reduzidas eram as suas possibilidades de trabalho, de acção e de apetrechamento, procurou de início conhecer o meio em que ia desenvolver a sua acção, dirigindo-a de preferência no sentido de combater aquelas afecções que estão na base da maioria dos casos de surdez das idades produtivas da vida.

Significa isto que teve de pôr de lado, nesta primeira fase, tudo o que respeitasse à surdez de percepção e encaminhou o seu cuidado para as afecções do ouvido médio susceptíveis de determinar, a maior ou menor prazo, hipoacusias duradouras, quer entre os adultos quer entre as crianças, e também para aqueles outros estados patológicos susceptíveis de facilitar a eclosão destas enfermidades.

Com tanta mais razão, talvez, que a frequência de patologia do ouvido médio parece poder servir-nos de índice de hipoacusia de uma colectividade, se estendermos ao total da população o que se cita para as crianças em idade escolar na Inglaterra, em que a taxa de afecções do ouvido-médio corresponde à taxa de hipoacúsicos (Relatório do Board of Education Committee).

Descurado até quase à actualidade, o problema da surdez ressalta agora em toda a sua acuidade e extensão num mundo em que o sentido do ouvido, com a necessidade de comunicações telefónicas ou rádio-telefónicas, com o filme sonoro, com os riscos acrescidos do trânsito, adquire cada dia maior importância. A deficiência auditiva, como diz Irene Ewing (3), determina severas dificuldades educacionais, limitação de possibilidades de emprego, tendência para distúrbios psicológicos, sentido de inferioridade e frustração e um efeito geral de estiolação do bem-estar individual.

Comparando o progresso levado a cabo noutros sectores da saúde pública, J. L. Burn (4) diz ser evidente que a surdez tem sido um problema muito desprezado, mas que, se a Saúde Pública se entender como devendo abarcar o homem integral, é tempo de remediar o passado, desencadeando acção preventiva contra os factores capazes de conduzir a deficiências auditivas e, quando a surdez está instaurada, encaminhando os seus cuidados para o tratamento e alívio desta deficiência. Não é, aliás, que se desconheça a projecção do mal. Wells (5) calcula que na Inglaterra devem existir 6 milhões e meio de pessoas — 16% da população — com deficiência auditiva e afirma que um *Deaf Person's Act* comparável ao *Blind Person's Act* abrangeria 150 mil pessoas contra 76 mil que se contam, como cegos, no registo deste último.

Na América avalia-se num terço da população o número de pessoas com defeito de um ou de ambos os ouvidos (6); Newhart fala de 10 milhões de norte-americanos sofrendo de deficiência de audição (7) e estudos mais recentes mostraram que 5% das crianças que frequentam as escolas americanas sofrem de uma baixa de audição, encontrando-se em Inglaterra situação idêntica, mas agravada, com 6,6% de hipoacúsicos entre os escolares, o que corresponde a muitas centenas de milhares de deficientes auditivos só entre os estudantes dos dois países referidos, com a repercussão imaginável na própria saúde mental se nos recordarmos de que von Troltsch afirma que *o futuro intelectual de uma criança está em relação directa com a sua audição*.

(3) J. R. Ewing — Proc. R. Soc. Med. XXXIV. — 1951 — Cit. p. 5. J. L. Burn in *Recent Advances in Public Health* — J. e R. Churchill, Ld. — Londres — 1947.

(4) J. L. Burn — loc. cit.

(5) A. G. Wells — *British Medical Journal* 2, 18-20, 1937.

(6) U. S. Public Health Reports 55, 1501-02, 1940 — cit. por J. L. Burn — loc. cit.

(7) H. Newhart — *Journal of the A. M. A.* 109, 1620-1937.

(1) J. E. Gordon e W. L. Aycock — *The Epidemiologic Method Applied to Nutrition*. (Depart. of Epidemiology, Harvard University).

(2) J. E. Gordon e W. L. Aycock — loc. cit.

A extensão do mal assim demonstrada (Moulonguet cita textualmente 180 mil hipoacúsicos entre 4.400 mil crianças examinadas nos Estados Unidos só no ano de 1947) ⁽⁸⁾ e o peso que faz prever como incidência futura na economia da nação, aligeiram-se consideravelmente se soubermos que, enquanto só 10 a 20 % destes hipoacúsicos recobram espontaneamente a normalidade auditiva, 50 % curam através de tratamentos devidamente conduzidos e, em especial, instituídos oportunamente.

Autores ingleses avaliam em 2.250 mil o número de deficientes auditivos em toda a Grã-Bretanha e se, como se lê em trabalho do Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo, *el sentido del oído es profundamente social*, ⁽⁹⁾ pode calcular-se a repercussão de tão grande número de hipoacúsicos, representando cerca de 5 % da população, no conjunto de vida das comunidades a que pertence, já que o problema não é especificamente inglês, antes se estende, com idêntica acuidade, a todos os países e em todas as latitudes, englobando em Espanha mais de milhão e meio de pessoas, atingindo em certas regiões italianas mais de 10 % dos escolares ⁽¹⁰⁾, na Pensilvânia 3 a 4 % dos estudantes ⁽¹¹⁾, repercutindo mesmo, de forma ameaçadora, no potencial humano disponível em cada nação para as forças armadas.

Assim, na Escócia, 10,59 % dos recrutas foram isentos por motivos de ordem auricular ⁽¹²⁾ e, mesmo durante o período mais crítico da guerra, 10 % dos jovens examinados pela RAF foram dados como incapazes por patologia dos ouvidos, dos quais ainda um décimo só por otite média ⁽¹³⁾.

M. C. Kinney, referindo-se ao programa de conservação da função auditiva num meio populacional de milhão e meio de indivíduos, afirma que as deficiências de audição baixaram a 15 % da sua frequência original e que a percentagem de otites médias caiu a 8 % do que era inicialmente ⁽¹⁴⁾.

Por aqui pode medir-se, de um só golpe, a extensão do mal e a possibilidade de entrar-lhe as repercussões.

Caso é que se apure a sua difusão, se abram aos serviços próprios as possibilidades materiais e técnicas para poder actuar, se instituem os preceitos legais capazes de descobrir-lhes aquele campo de acção que naturalmente lhes deve pertencer. Que lhe pertence, como serviço específico, através do rastreio, do serviço social, da acção predominantemente preventiva, nisso se distinguindo dos Centros ou Institutos de Audiologia.

Podem estes englobar em si o aspecto preventivo, que nem por isso as suas funções se confundem com as de um Serviço de Profilaxia da Surdez. Ligados ao diagnóstico, avaliação e tratamento das hipoacusias, à educação do surdo e sua integração no meio social, ao ensino e formação de audiologistas, à investigação científica e clínica em audiologia, como pretende o Prof. Larroude ⁽¹⁵⁾, inserem-se estes Centros de Audiologia, logicamente, nas clínicas oto-rino-laringológicas, onde devem aguardar a passagem dos doentes que os procurem, para, como formação especializada de assistência, restituir o hipoacúsico, dentro do possível, à sua plenitude normal, tal como há muito o concebeu em Espanha Vassallo de Mumbert no Hospital da Cruz Vermelha de Madrid ⁽¹⁶⁾.

Ligados ao diagnóstico e tratamento das causas de surdez e à reeducação do surdo, à sua aparelhagem, electrónica ou não, à sua readaptação social, à preparação do meio em que o surdo deve inserir-se, à educação escolar ou pré-escolar dos débeis de ouvido, à investigação científica, podem, pelo contrário, os Institutos de Audiologia tornar-se centros de actividade alta-

mente especializada (neuro-psiquiatras, clínicos gerais, audiometristas, físicos especializados em electroacústica, foneticistas, protésicos acústicos, devem necessariamente contar-se entre o seu pessoal específico) em que a clínica de oto-rino-laringologia, quase reduzida ao sector otológico, mais não seja do que o departamento terapêutico incumbido de remediar determinados tipos de surdez, como no Serviço Audiológico do Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo de Madrid.

Não assim um Serviço de Profilaxia da Surdez, que para além daqueles que normalmente o procuram e que deve orientar para melhor e mais rápida recuperação, deve ir ao encontro dos que ainda mal se apercebem da sua deficiência, fazer o rastreio das hipoacusias nas diversas colectividades profissionais e etárias, prescrutar, em especial entre os jovens, os padecimentos pre-disponentes da surdez, já que, como o Prof. Larroude diz, no seguimento da opinião geralmente aceite, «*um larguíssimo número de casos de surdez é evitável se forem removidas a tempo, quase sempre na infância, as causas que a ela conduzem*» ⁽¹⁷⁾.

Procurar os padecimentos susceptíveis de conduzir à surdez para os dirigir às clínicas adequadas, para alcançar defesa contra os agentes determinantes de surdez, para procurar, através da comparticipação dos serviços próprios, a beneficiação das condições e circunstâncias susceptíveis de constituir factores de agravamento ou de desencadear de hipoacusias.

Serviço diferenciado, independente dos centros de tratamento e de investigação, mas em íntima colaboração com estes, quando e aonde existirem, para deles aproveitar o que da sua acção resulte no campo da actuação prática, para a estes dirigir os casos que impliquem tratamento altamente particularizado.

Serviço diferenciado, dotado das potencialidades técnicas da especialização e, mais ainda, imbuído do pensamento sanitário e do sentimento social da missão que lhe incumbe, *diferenciado mas integrado*, dentro daquele conceito a que Huglings Jackson, citando Herbert Spencer aludia, ao afirmar que a integração deve marchar a par da diferenciação porque a divisão do trabalho exige colaboração, em nenhum domínio este princípio sendo mais verdadeiro do que no campo da medicina preventiva, como lembrava recentemente Walter Russel Brain no discurso presidencial ao inaugurar, em Outubro passado, a I Conferência Internacional das Comissões Nacionais de Estatísticas Demográficas e Sanitárias ⁽¹⁸⁾.

Serviço que tem de trabalhar em coordenação estreita com todos os outros serviços que ao assunto se prendem, baseado numa acção social primordialmente assegurada e no conhecimento prévio da disseminação do mal que se propõe combater e evitar.

Serviço de despiste e triagem em primeiro plano, ao lado de acção social concomitante, que consinta levantar a carta geográfica e etária da hipoacusia, fazer o diagnóstico correcto das suas etiologias, evitando os erros comuns na prótese dos surdos e, pior ainda, as erradas orientações da reeducação dos deficientes auditivos, tantos deles, em especial crianças, enviados, em pura perda, para centros de psiquiatria como deficientes mentais.

Serviço de coordenação, em perfeito entendimento com todos os outros departamentos que a este assunto devem a sua atenção, desde as consultas hospitalares às escolas, aos institutos para surdos-mudos, às classes educacionais para crianças deficientes, aos centros de investigação audiológica e aos serviços de cofo-cirurgia ⁽¹⁹⁾.

*

Neste sentido se trazem hoje aqui duas notas estatísticas com que se pretende fundamentar a actuação do Serviço que nos tem estado confiado, através do conhecimento que elas nos dão de alguns aspectos parcelares da distribuição de estados patológicos relacionados com a surdez.

Na primeira se apontam as afecções apuradas em exame de rotina de pequenos aglomerados infantis (colónias de férias, preventórios, escolas primárias) tomados como *amostras* da população infantil da circunscrição que o Serviço abarca, quer essas afecções traduzam já otopatias, quer se confinem naqueles agru-

(8) Ver Le Dépistages des Hypoacusies dans les écoles aux E'tats-Unis — in Les Annales d'Oto-laryng. 69:1. 1932.

(9) Concepto Audiológico Social—Fr. Antoli Candela Cebrian — Servicio de Audiologia—Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo—Medicamenta, XII: 249. 1954.

(10) L. Croatto e Croatto e Martinelli C.—Universidade de Pádua — J. Franc. Oto-Rhino-Laryng. 1. 3. 1952.

(11) J. E. Landis—Pennsylvania Acad. of Ophtalm. and Otolaryng. Trans. Amer. Acad. Ophtal. Otolaryng. 56, 1. 1952.

(12) J. S. Hall (Edimburgo)—Acta Oto-Laryng., Estocolmo. 40:1/2. 1952.

(13) Carpendale M. Ely — Journal Laryng. 66: 8. 1952.

(14) M. C. E. Kinney (Cleveland)—in Annales d'Oto-Laryng. 67:1. 1950.

(15) Carlos Larroude — O que é e para que serve um Centro de Audiologia — O Médico, I:75. 1953.

(16) A. Vassallo de Mumbert—La Lucha contra la sordera en el Hospital Central de la Cruz Roja Española—in Medicamenta, IX:1. 1951.

(17) Carlos Larroude—loc. cit.

(18) Sir Walter Russell Brain—Un E'venement Historique — Chronique de l'Organisation Mondiale de la Santé, 8:1. 1954.

(19) Ver J. Despons, M. Portmann, etc.—Dépistage et Rééducation de l'Enfant Sourd dans le Sud-Ouest de la France—in La Presse Medicale, 60:81. 1952.

pamentos nosológicos que, conforme é geralmente reconhecido, repercutem, por um ou múltiplos processos, sobre a integridade anatómica e funcional do ouvido.

QUADRO I

Hipoacusia por	UNILATERAL		BILATERAL		TOTAIS	
	N.º de casos	%	N.º de casos	%	% em relação ao N.º total	% em relação aos casos de média
Otite m. ag.	3	0,9	1	0,3	1,2	3,4
Otite m. sup. cr.	8	2,5	—	—	2,5	6,8
Obstr. tubar	52	16,8	31	10,0	26,9	71,6
Sequela de otite	18	5,8	3	0,9	6,8	18,2
Af. das amígd. palat.					N.º de casos 67	% 21,7

Por este primeiro mapa pode ver-se que, de pouco mais de três centenas de crianças, tomadas ao acaso, em Escolas, Preventórios, Colónias de Férias, aparentemente saudáveis, provinham embora de meios até certo ponto diferentes mas não muito distanciados economicamente e posto que oriundas e habitando zonas climática e socialmente muito diversas, cerca de um terço apresentavam patologia auricular de maior ou menor gravidade.

Deve em especial assinalar-se, a par das lesões da chamada obstrução tubar (26,9%), a percentagem de sequelas organizadas de otite média (6,8%), em geral irreversíveis e causadoras de apreciável baixa auditiva, a atestar a incúria ou deficiência de tratamento das afecções agudas a que se seguiram.

A situação é até certo ponto comparável ao que se assinala nas escolas de Cleveland (Ohio), em que se atribue às afecções do ouvido médio cerca de dois terços dos casos de surdez de transmissão, a decrescer ali contudo, de ano para ano, desde o advento das sulfamidas e dos resultados francamente produtivos de melhor educação sanitária⁽²⁰⁾.

Dentro do pensamento de Landis⁽²¹⁾ que, nas escolas da Pensilvânia, atribue metade dos casos de perda auditiva à infecção das amígdalas e adenóides, procurou-se também aqui levar a cabo, concomitantemente com o estudo da patologia auricular, o rastreio dos casos de afecções inflamatórias do tecido linfóide da faringe. Simplesmente, as condições em que este estudo teve de ser levado a cabo impediram, em grande número de casos, o exame rino-faríngeo, motivo porque apenas se assinala a frequência de afecções das amígdalas palatinas. Estas cifram-se na taxa de 21,7%, a traduzir que um quinto das crianças examinadas apresentavam fenómenos patológicos do tecido linfóide da oro-faringe.

*

O segundo quadro aqui presente, permite concluir do seu exame:

QUADRO II

Hipoacusia por	UNILATERAL		BILATERAL		TOTAIS	
	N.º de casos	%	N.º de casos	%	N.º de casos	%
Otite m. ag.	128	11,4	30	2,7	153	14,1
Otite m. sup. cr.	195	13,4	51	4,7	196	18,1
Obstr. tubar	72	6,6	66	6,1	138	12,8
Sequelas de otite	52	4,8	29	2,6	81	7,5

(20) Ch. E. Kynney—Laryngoscope, 63:3, 1953.

(21) J. E. Landis—loc. cit.

De 1.078 doentes que se dirigiram ao Serviço por motivo de surdez, mais de metade, exactamente 52,6%, sofriam de afecções do ouvido médio.

Se a estes juntarmos os que padeciam de afecções do ouvido externo como a causa da sua surdez (205 por cerume e um minguado número por afecções inflamatórias, corpos estranhos ou por outras doenças obstrutivas do conduto auditivo), teremos cerca de dois terços de casos de surdez registados do tipo de transmissão (73,8%).

Isto corresponde ao que outros têm assinalado, não só entre a população em geral como entre as crianças (64,2% de surdez de transmissão contra 35,8% do tipo de percepção entre 2.628 crianças de Cleveland, segundo Ch. Kinney), e permite desde já levantar o problema da profilaxia destes casos, bem mais fácil de realizar do que na surdez de percepção.

Se a otite aguda, supurada ou não, comparticipa em 14,1% dos casos de surdez, já a otite supurada crónica determina, só à sua parte, quase um quinto de todos os casos devidos a fenómenos patológicos do ouvido médio.

E isto levanta, por sua vez, o problema do tratamento oportuno e adequado da otite aguda.

Quanto à obstrução tubar, 12,8% dos casos de surdez são-lhe atribuíveis e põe-se o problema de saber qual será a sua comparticipação exacta para o grupo seguinte, das sequelas de otite, que por sua vez agrupa 7,5% dos casos registados.

*

A comparação dos dois quadros anteriores chama a atenção para a disparidade de taxas com que os diversos grupos nosológicos aparecem incriminados como originadores de surdez. Necessário se torna, porém, entrar em linha de conta, mesmo independentemente da idade, com a diversidade de tipo populacional a que uma e outra estatística respeitam: a primeira, relativa a grupos de população observados em série, em que as taxas de morbilidade são estabelecidas em função do total de indivíduos examinados, surdos ou não, e a segunda, em que essas taxas se estabelecem em relação apenas ao total de hipoacúsicos que frequentaram o Serviço. Isto implica a necessidade de corrigir as taxas do primeiro grupo, de modo a referi-las agora não à totalidade dos indivíduos examinados mas apenas ao total dos que, de entre estes, sofriam de patologia auricular, como vem apontado na última coluna do I Quadro.

Assim, vemos que entre o grupo das crianças da segunda infância observadas a frequência da otite aguda, como causa de surdez, mesmo após a correcção referida, foi de cerca de 1/4 do que se apresenta no conjunto dos hipoacúsicos que frequentaram o serviço, na sua maioria adultos, o que contrasta com a ideia corrente da sua maior frequência entre os jovens.

Também a frequência da otite crónica entre as crianças não passou de pouco mais de 1/3 do que se apura entre os restantes doentes.

Já, pelo contrário, a frequência da obstrução tubar foi de 6 vezes superior no grupo das crianças, possivelmente em relação com a elevada incidência de rinofaringites e de adenóides nesta idade e, quase diríamos paradoxalmente, a percentagem de sequelas de otite, neste grupo, mais do que dobra o que no primeiro se assinala.

Para tão dispares resultados, em que a uma menor incidência de otites agudas e crónicas (a que nos tentava chamar *otites evolutivas*) no grupo das crianças, se opõe marcada predominância de sequelas de otite, mais do que dupla da que no outro grupo se assinala, só podemos encontrar explicação plausível partindo da hipótese, que não pudemos verificar, de que a inspecção médica prévia sofrida por um dos sectores constituintes do grupo das crianças (Colónia de Férias), excluiria aqueles casos mais flagrantes de afecções auriculares.

*

Tendo resumidamente dado conta das razões de transmissão susceptíveis de determinar hipoacusia, que o exame clínico revelou em exames e inspecções de rotina, noutro apontamento se trará à colação o que foi possível apurar como relação de causalidade entre adenóides e patologia do ouvido médio e, quando o seu número consentir ilações de ordem estatística de

algum valor, também os resultados dos estudos audiométricos nos doentes que passam pelo Serviço.

Seja lícito, para finalizar esta breve nota, acentuar que o número, já de si elevado, de hipoacúsicos registados entre a população infantil examinada, tem de considerar-se inferior ao seu real valor dadas as condições de rastreio, baseado apenas na sintomatologia subjectiva e no exame clínico objectivo e acumétrico.

E consinta-se-nos ainda, como primeira conclusão de ordem geral, dada a frequência da patologia do ouvido médio e a sua larga comparticipação nas causas de surdez, acentuar a necessidade de fazer a sua profilaxia através:

- da eliminação dos focos infecciosos do tecido linfóide da faringe;
- da libertação da tropa de Eustáquio de todos os factores susceptíveis de perturbar-lhe o normal funcionamento;
- da prevenção das complicações auriculares das doenças gerais (febres eruptivas, em especial nas crianças);
- de tratamento oportuno e adequado da otite aguda, colocando à disposição de todos os bacteriostáticos e antibióticos necessários, independentemente dos recursos económicos dos doentes, uma vez que, como diz a Escola de Boston, *a consequência de toda a inflamação prolongada do ouvido médio, mesmo sem supuração, é uma perda da audição* ⁽²²⁾;
- de tratamento, correctamente conduzido e devidamente individualizado da otite supurada, usando mais largamente os «tests» de sensibilidade aos antibióticos, de molde a prescrever não só o mais eficiente como a evitar os dispêndios de pura perda com fármacos inúteis, com a concomitante perda de tempo, que aqui se traduz por acréscimo seguro de hipoacúsia, a taxa de perda auditiva parecendo proporcional à duração do corrimento ⁽²³⁾;
- de difusão da assistência especializada, facultando a todos a possibilidade de luta contra as perturbações auditivas relacionadas com a patologia da trompa;

— de apetrechamento sempre actualizado dos centros de assistência, este sendo uma conquista a fazer dia a dia e nunca totalmente alcançado mercê dos constantes progressos dos meios terapêuticos, de modo a consentir tratamento eficaz de toda a patologia auricular (instalações para cofo-cirurgia, aerosolterapia tubo-timpânica, sonda de rádio, etc.);

- de adaptação às características do meio e às disponibilidades económicas de brigadas móveis para rastreio e amparo audiológico que nos E. U. e na Inglaterra há anos já vêm desempenhando papel de relevo na luta contra a surdez ⁽²⁴⁾ e que a Dinamarca inclui no plano da sua lei de 24 de Janeiro de 1950 «for help to hard — of — hearing people»;
- de luta contra as sequelas irreversíveis das otites médias;
- de educação sanitária que mostre o perigo dos banhos de mar e de rio, dos mergulhos, das piscinas, do trabalho em ar comprimido ou rarefeito para os doentes com mau funcionamento tubar ou com perfuração timpânica, que crie o sentido da necessidade de exames médicos periódicos, ou pelo menos prévios, para o exercício de determinados misteres e para a prática de certos desportos, que mostre às famílias os perigos, *quod vitam e quod funcionem* dos corrimentos auriculares desprezados e desleixados, que incuta no ânimo geral a vantagem e a efectiva possibilidade de aparelhar os surdos, mesmo desde crianças, ⁽²⁵⁾ que abra a todos os responsáveis aqueles horizontes que consentem, através mesmo de unidades audiológicas móveis, fazer o despiste das hipoacusias, garantir a avaliação individual das perdas auditivas, adequar a prótese quando necessária, manter apoio para plena eficiência do seu uso em relação à totalidade da população que de tal careça, assegurar a possível recuperação social e económica dos hipoacúsicos e, mais do que isso, através de ambiente de compreensão e de orientação necessário, obter a integração psicológica do surdo no viver normal da Sociedade.

⁽²²⁾ J. M. Le Méc—Clínica Higiene e Hidrologia. XVIII. 12. 1952.

⁽²³⁾ Valdemar Poulsen — Acta Otolaryng., Estocolmo. XXXVIII:2, 1950—cit. in Les Annales de Oto-Laryng. 69:11/12, 1952.

⁽²⁴⁾ Osborn C D — Journal Speech Hear—1951 e Stevenson R. S. One year's experience of the Government Hearing aid in Acta Laryng. Estocolmo, Suplemento, 91—1950. (Dados de revisitas não existentes em Portugal, colhidos na Excerpta Médica).

⁽²⁵⁾ H. Moulouguet — loc. cit.

Os tão falados e incriminados bicos de papagaio no quadro das algias vertebrais mais comuns

(Experiência pessoal de cerca de 600 casos)

M. ASSUNÇÃO TEIXEIRA

Instituto de Reumatologia — Lisboa

As doenças e síndromas — preponderantemente do foro médico e do sistema osteo-articular — que é uso reunir sob a designação de *Reumatismos*, têm uma importância económica que é tão elevada como desconhecida. Sabe-se de fonte limpa que os malefícios causados por estas doenças excedem, nalguns países, os da própria tuberculose. Mas quem não tenha sofrido ou observado de perto os prejuízos causados pelos reumatismos recebe ordinariamente com desconfiança as cifras astronómicas que os traduzem, a despeito dos testemunhos numerosos, e tão seguros, claros e insuspeitos como este de Mr. Etter, Presidente da Confederação Suíça (1): «Dans notre pays, la morbidité rhumatismale dépasse 20 % de la morbidité totale; elle est ainsi beaucoup plus élevée que celle par la tuberculose. Selon des statistiques toutes récentes, il y a actuellement en Suisse 70.000 à 80.000 invalides

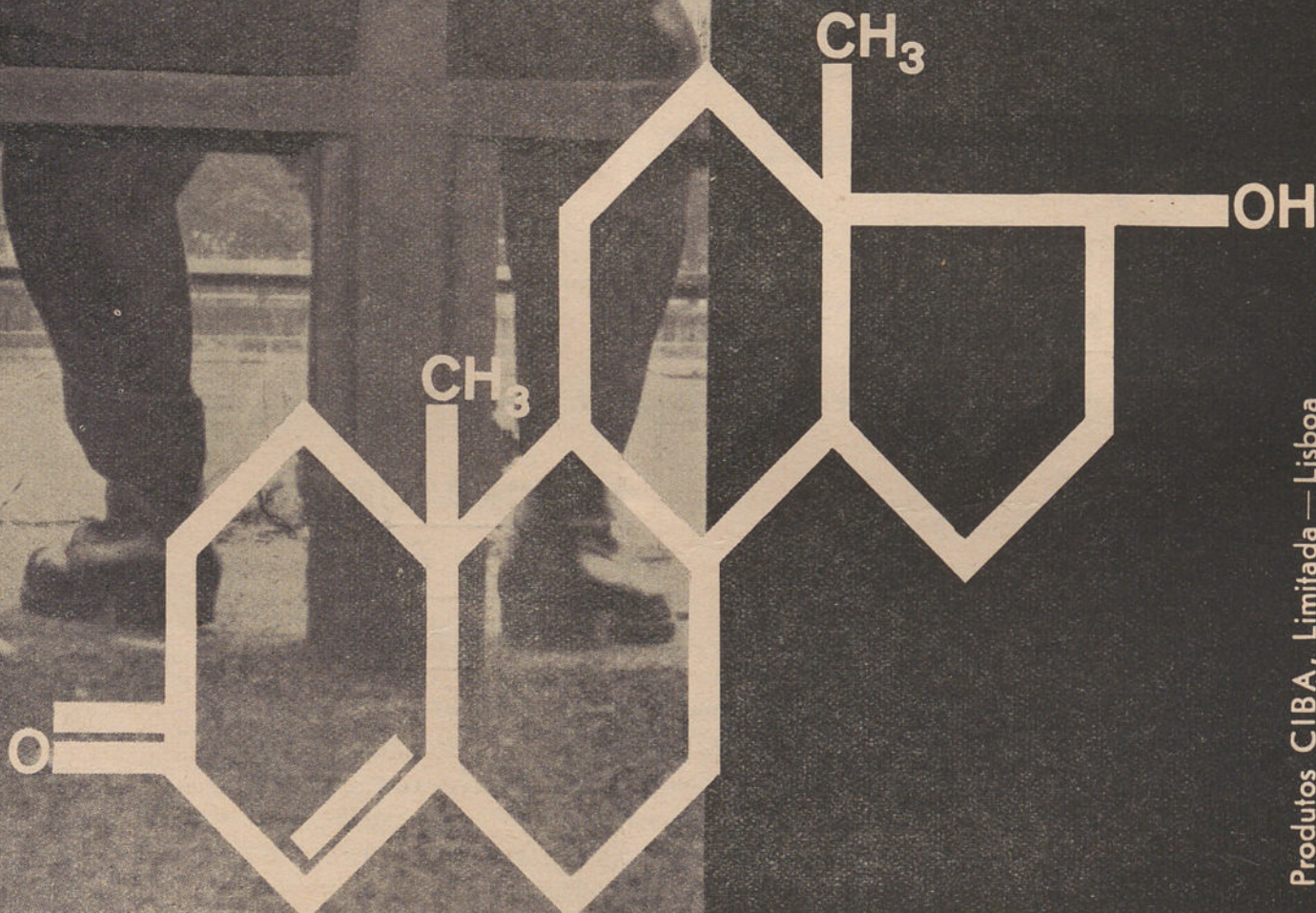
par le rhumatisme, et chaque année on observe 3.000 à 4.000 nouveaux cas. Ces chiffres imposent qu'on leur accorde une attention particulière... «Ces conséquences font du rhumatisme un problème social et économique de première importance, qui intéresse non seulement le patient mais la nation suisse entière».... «Le grand public ne s'intéresse que modérément aux maladies qui ne prennent pas la forme catastrophique des grandes épidémies, qui n'ont pas une allure dramatique et ne provoquent pas une mortalité élevée. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne le rhumatisme».

Também o «National Health Survey of U. S. Health Service» apurou que nos Estados Unidos os reumatismos figuravam em primeiro lugar na lista das principais doenças crónicas, tanto pelo número de casos como pela duração dos períodos.

Perandren

reactiva o organismo
na idade da involução sexual

"Linguetas" e ampolas cristalíferas
as formas de administração preferidas



de invalidez (2); e Copeman, ex-Presidente da Liga Europeia Contra o Reumatismo, afirma que na Inglaterra se perdem anualmente cerca de 3.000.000 de semanas de trabalho por via do reumatismo, cujos prejuízos económicos foram avaliados em 40.000.000 de libras (3).

Em Portugal tudo nos leva a crer que chegaremos a conclusões semelhantes. Os milhares de cuidadosos inquéritos, médicos e sociais, já efectuados no Instituto de Reumatologia, permitem-nos confirmar, sem tirar nem pôr, o que a este respeito previmos e publicámos em 1949 (4).

*

Entre os reumatismos e doenças afins, ocupam lugar predominante as *ALGIAS VERTEBRAIS*. Nas consultas de reumatologia do Instituto, do Hospital Escolar e do Hospital Rainha D. Leonor, recebemos, em quatro anos, mais de 600 doentes a queixarem-se de dores real ou aparentemente de origem vertebral, número que representa, aproximadamente, 10 % dos doentes inscritos.

A maioria destes doentes atribuíam as suas dores à existência de «bicos de papagaio», por suposição ou porque os tinham visto na radiografia vertebral. Esta suposição ou realidade trazia alguns doentes seriamente preocupados, na ilusória e angustiada expectativa de qualquer agressão por parte dessas saliências aduncas, que na radiografia lhes pareciam tão próximas de vísceras delicadas. Outros, ao contrário, entraram na consulta tranquilos, e por vezes até satisfeitos, pois «já sabiam que nada mais tinham do que bicos de papagaio» cujo significado, em seu entender, era o de simples «caruncho», a sofrer resignadamente o resto da vida e a tratar com exercícios, marchas, ginástica... «para não emperrar mais».

Evidentemente que, na grande maioria dos casos, nem uns nem outros tinham razão. Por isso pensamos que valeria a pena, em curso essencialmente prático como este, referir e analisar estes factos: reais, frequentes e de consequências por vezes desastrosas, pelas contemporizações e erros terapêuticos que provocam. Recordemos pois, sucintamente, o que sabemos a respeito de «bicos de papagaio»; e sobretudo um pouco do muito que vulgarmente se acoita à sua sombra, isto é: alguns dos variados e numerosos síndromas e doenças tão frequentemente catalogados sob o abusivo e simplista diagnóstico de «bicos de papagaio».

OSTEOFITOS E «BICOS DE PAPAGAIO»

Há duas formas fundamentais de *REUMATISMOS ARTICULARES CRÓNICOS*: Artrites e artroses, opostas sob vários aspectos.

As *artrites* começam pela sinovial, cápsula e tecidos moles peri-articulares; respeitam nas suas primeiras fases a cartilagem e as epífises; evoluem com fenómenos inflamatórios francos; prejudicam o estado geral; terminam frequentemente pela anquilose. Nas *artroses* a degenerescência ou necrose da cartilagem articular é o «primus movens» de todos os processos ulteriores: degenerativos, proliferativos e inflamatórios. A cartilagem degenerada ou ulcerada, deixa de exercer total ou parcialmente a sua função protectora das superfícies ósseas. Sem o amortecedor cartilágneo, o osso subjacente passa a receber a agressão dos traumatismos cotidianos, de que resultam fenómenos diversos: osteoesclerose sub-condral, proliferações e ossificações marginais, formação de geodos, fenómenos inflamatórios, estreitamento da fenda articular, condromatose, corpos livres int. articulares, deformações, dores, etc.

Presentemente, para o fim que temos em vista, interessam-nos só as artroses, e muito particularmente as proliferações e ossificações marginais que as caracterizam, conhecidas pela designação geral de *OSTEOFITOS*, ou por designações especiais quando a sua forma, ou a sua imagem radiológica, tomam aspectos particulares: *nódulos* para os osteófitos pequenos e arredondados das articulações interfalângicas, «*bicos de papagaio*» quando esses osteófitos são longos, ponteados e curvos, como sucede nas artroses dos corpos vertebrais. A figura 1 reproduz algumas radiografias e fotografias de osteo-artropatias degenerativas dos membros e do ráquis, todas com osteófitos bem desenvolvidos. Os quatro exemplos da figura 1 representam também as localizações mais comuns: artroses do joelho, da anca, da coluna vertebral e das articulações interfalângicas.

As restantes articulações sofrem menos frequentemente este processo degenerativo.

Poucas vezes a imagem radiológica reproduz a *FORMA* real do osteofito. A radiografia não pode dar-nos mais do que um contorno da exostose marginal. Na autópsia encontram-se frequentemente saliências laminares, curvas sobre os bordos

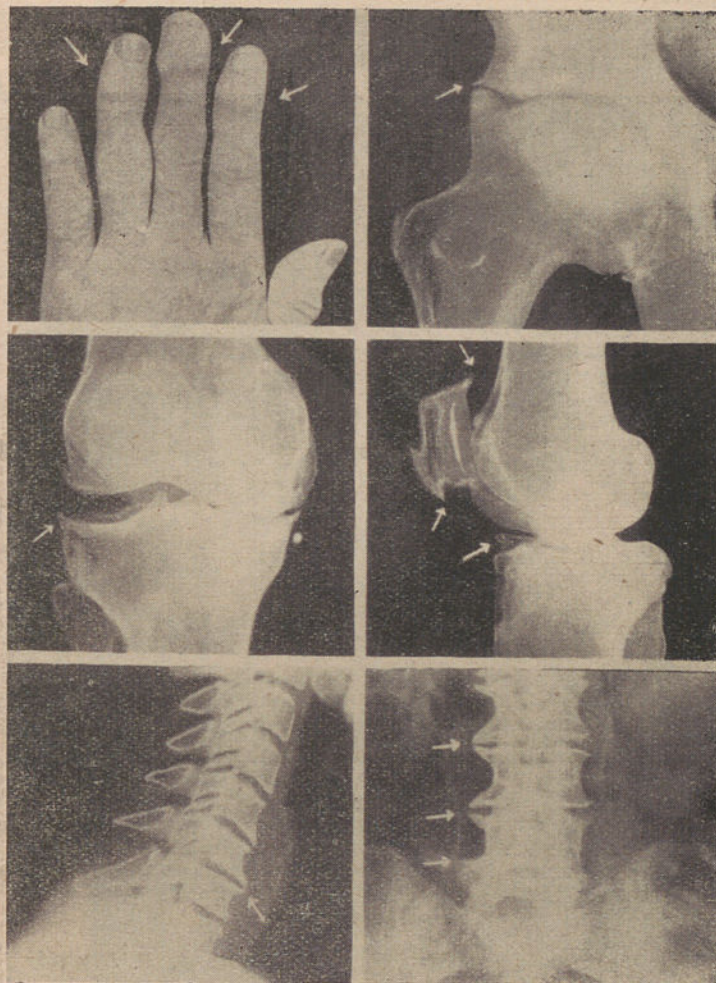


Figura 1

Alguns casos de artrose. As setas indicam os diferentes osteófitos: nódulos de Herberden nos dedos, osteófitos da coxo-femural e do joelho, «bicos de papagaio» na coluna cervical e lombar

(Observações pessoais)

e sobre as faces, prolongando as superfícies articulares, onde a radiografia mostrava arcos ponteados. A figura 2 é muito elucidativa: representa vértebras desmontadas, fotografadas de frente e de topo, nas quais os osteófitos são lâminas curvas e irregulares que abraçam e prolongam dois terços do corpo, respeitando apenas a face posterior. Estas mesmas vértebras, radiografadas sob as incidências habituais, apresentariam imagens em «bicos de papagaio». Logo que a tomografia axial da coluna entre na prática diária poderemos verificar que não são raros estes osteófitos laminares, que à maneira de franja prolongam as superfícies articulares e as plataformas vertebrais.

A *ESTRUTURA* do osteofito verdadeiro continua a da epífise ou do corpo vertebral em que está implantado, quer venha da cartilagem marginal, do anel discal, ou das fibras curtas do ligamento vertebral comum anterior. A cortical e a esponjosa do osteofito continuam a do osso que lhe deu origem, ou no qual se implanta.

A *FREQUÊNCIA* das artroses e dos bicos de papagaio, aumenta com a idade. Antes dos 20 são raros. Segundo *Schmorl* e *Junghanns*, «que examinaram 10.000 colunas na mesa de autópsia», a frequência dos bicos de papagaio passa de 11 % entre os 20 e 30 anos para 93 % depois dos 60. Aos 20 anos já há quem os tenha e depois dos 80 são constantes. Com a idade vão-se acumulando todos os factores etiológicos mais comuns.

O facto das artroses com seus osteófitos se encontrarem principalmente nas articulações mais sujeitas a traumatismos e a sobrecargas, como são as articulações da coluna vertebral

e dos membros inferiores, revela-nos a importância dos *FAC-TORES ETIOLÓGICOS* de natureza mecânica. Têm o mesmo significado a relativa severidade, frequência e precocidade das artroses e dos osteófitos nos obesos, nos andarilhos, nos portadores de defeitos estáticos, em certos desportistas, assim como as artroses profissionais dos membros superiores, nitidamente ligadas ao traumatismo pequeno, repetido e localizado. Os factores constitucionais influem também nitidamente. Temos encontrado adultos com peso normal, vida moderada, morfologia per-

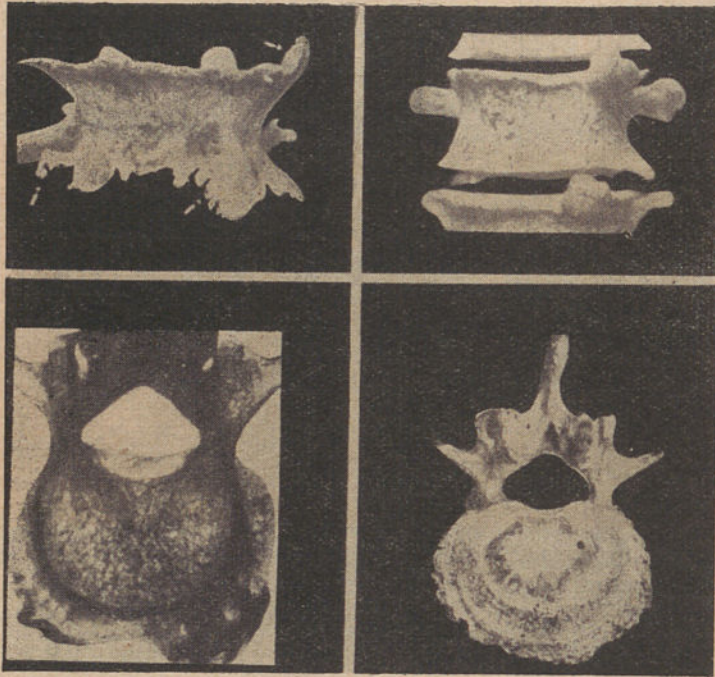


Figura 2

Fotografias de vértebras desmontadas, mostrando as variadas formas dos «bicos de papagaio». Repare-se nos osteófitos em lâmina, em renda, abraçando as faces laterais e anterior do corpo vertebral

(Observações de P. Barceló)

feita e sem antecedentes osteo-articulares, já com osteófitos vertebrais aos 40 anos; e velhos de 70, relativamente robustos, pesados e activos, sem um único «bico de papagaio» visível nas radiografias. À semelhança do que sucede com outros órgãos, a vitalidade e a resistência das cartilagens articulares e dos discos intervertebrais é variável de indivíduo para indivíduo, assim como a aptidão para as reacções reparadoras e produtivas. Há ainda que considerar os factores vasculares, inflamatórios, metabólicos, e numa maneira geral tudo quanto possa comprometer a integridade da cartilagem e dos discos, em grau capaz de diminuir as suas funções protectora e amortecedora. Na gota, por exemplo, são as inflamações repetidas e os depósitos de uratos que lesam a cartilagem, e levam, principalmente, à artrose secundária. Os factores vasculares, menos aparentes do que estes, concorrem também para o aparecimento de muitas artroses, particularmente da anca. Mas ordinariamente as causas associam-se, sucedem-se, ou acumulam-se, como acontece nas artroses dos velhos.

Dum modo geral pode dizer-se que o «*MODUS FACIENDI*» destas causas é sempre o mesmo. Todas elas desencadeiam o processo de osteo-artrose começando por lesar a cartilagem articular ou o disco. Primeiramente aparece a degenerescência ou necrose destes órgãos, e só depois, e como sua consequência, os restantes fenómenos já resumidamente enumerados: osteoesclerose sub-condral ou das plataformas vertebrais, estreitamento da fenda articular, osteófitos ou bicos de papagaio, geodos epifisários ou dos corpos vertebrais, fenómenos inflamatórios, deformações, desequilíbrios estáticos, fadiga, contracturas musculares; e finalmente as dores, directamente provocadas pela lesão ou dependentes de compressões nervosas, de perturbações vasculares, de fenómenos inflamatórios, de desequilíbrios estáticos, etc.

Se os *INCONVENIENTES* dos bicos de papagaio fossem tão frequentes como eles o são, a maioria dos indivíduos com mais de 50 anos deveria sofrer do ráquis; e depois dos 60 os casos de algias vertebrais seriam quase tantos como os

sexagenários. Teríamos ainda que admitir a redução das pontas osteofitárias pela acção dos agentes terapêuticos médicos, incruentos, habitualmente utilizados. Ora os sofrimentos vertebrais felizmente são muito mais raros que os osteófitos; a intensidade e localização desses sofrimentos poucas vezes têm relação com a situação e dimensões dos bicos de papagaio; e as dores costumam desaparecer ou diminuir, deixando os osteófitos no mesmo lugar e com o mesmo tamanho. Por conseguinte não podem estar de acordo com os factos aqueles que atribuem tantos malefícios aos «bicos de papagaio». Na verdade estes osteófitos do corpo vertebral são quase sempre inofensivos, a despeito do seu aspecto frequentemente agressivo e monstruoso. Habitualmente eles não passam de simples espantalhos, incapazes de causar outro mal que não seja o de assustar os médicos e os doentes menos avisados. Os bicos de papagaio e as dores também não estão entre si como causa e efeito, mas unicamente como sintomas concomitantes do mesmo processo de osteoartrose. A dor quando existe tem geralmente outras origens. A causa fundamental das algias vertebrais reside sobretudo nas discopatias isoladas ou múltiplas, que ao mesmo tempo que desencadeiam o processo de espondilose podem causar dores locais, a distância, ou irradiadas, por mecanismos diversos, como veremos ao referir-nos às espondiloses e espondilartroses.

Repare-se porém que temos estado a falar só dos osteófitos do corpo vertebral, isto é, dos verdadeiros «bicos de papagaio», pela sua forma e dimensões, implantados nas *faces laterais e anterior do corpo*, faces que não têm relações neurológicas importantes. O que dissemos a seu respeito não se aplica aos discretos osteófilos que crescem para a luz do canal de conjugação, principalmente na coluna cervical. A figura 3 mostra-nos como é estreita a relação das exostoses *unco-vertebrais* e dos osteófitos das *apófises articulares* com as estruturas moles intracaniculares (raízes dos nev. raquidianos, nev. simpático posterior, artéria vertebral, plexus venosos, etc.). Aqui o disco não limita directamente o canal de conjugação, como sucede na coluna lombar. Na região cervical são as saliências *unco-vertebrais* que formam a parede antero-interna do referido trajecto, e por isso é menos provável que as hérnias discais exerçam compressão a este nível. Podem porém exercê-la para trás, no canal raquidiano, cujo espaço «livre», perimedular, é mais estreito que nas regiões dorsais e lombares. Sob o ponto de vista patogénico há pois que distinguir os osteófitos anteriores e laterais do corpo dos osteófitos dos canais de conjugação: o que os primeiros têm de espectacular e inócuo, têm os outros de discreto e prejudicial, sobretudo na coluna cervical.

Falta ainda reflectir uns momentos sobre a *FINALIDADE* e possíveis *VANTAGENS* dos osteófitos. Por mais estranho que pareça são de aceitar algumas vantagens e uma finalidade útil, embora ordinariamente frustrada, para os osteófitos. A sua

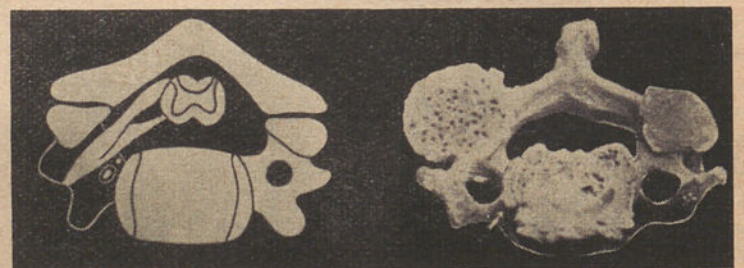


Figura 3

Fotografia duma vértebra cervical com sinais pronunciados de espondilartrose. A seta indica os osteófitos unco-vertebrais. O esquema mostra as raízes do nervo raquidiano, a artéria vertebral e o nev. simpático posterior, dentro do canal de conjugação

(Esquema de Schintz, fotografia de Barceló)

morfologia e orientação, as circunstâncias em que eles se apresentam e se desenvolvem parecem indicar-nos que as forças que os geram actuam no sentido de construir um verdadeiro aparelho de descarga natural, semelhante àqueles que nós fazemos para transferir o peso do corpo duma apífise a outra, sem passar pela articulação lesada. A Natureza fica evidentemente muito àquem deste objectivo pressentido nas suas reacções produtivas. Contudo alguma coisa consegue por meio das suas calcificações ligamentosas e dos osteófitos. Temos visto casos de espon-

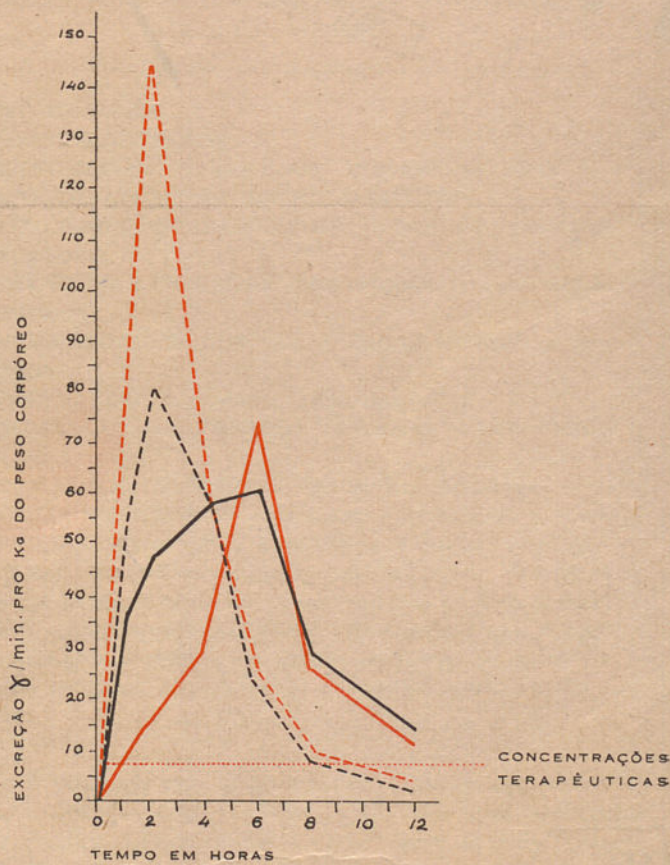
**PROSSEGUINDO NA LUTA CONTRA
A TUBERCULOSE
LABORATÓRIOS ATRAL APRESENTAM**

UMA NOVA ISONIAZIDA

NEODRAZONE

ISONICOTINILIDRAZINOMETANOSSULFONATO SÓDICO (I. N. I. M.)

CURVAS DE EXCREÇÃO COMPARATIVAS



— Curva de excreção da I. N. I. M. após administração oral
 - - - » » » » isoniazida » » »
 - - - » » » » I. N. I. M. » » » intratraqueal
 - - - » » » » isoniazida » » »


- ELIMINAÇÃO — MAIS LENTA
DA I. N. I. M. EM
RELAÇÃO À
ISONIAZIDA
- TOLERÂNCIA — M E L H O R
- ACTIVIDADE
ANTI-TUBERC. — M A I O R
- POSOLOGIA — MAIS MALEÁVEL

A P R E S E N T A Ç Ã O :

FRASCO COM 100 COMPRIMIDOS A 50 mg

FRASCO COM 800 mg PARA SOL. EXT.





PROPULMIL

Biat

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

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.

dilolistesis de grau avançado manterem-se indolores e estáveis muito provavelmente à custa destas formações. E também se nos afigura que os casos de espondilolisis com espondilolistesis sem reacções produtivas, sem osteófitos, cedem, em suas manifestações álgicas, ordinariamente menos bem e de maneira menos estável à terapêutica conservadora do que aqueles onde os desequilíbrios, de origem discal ou doutra espécie, produzem sem demora calcificações e osteófitos. A Natureza é muitas vezes imperfeita ou desmedida nas suas reacções, mas dificilmente a podemos acusar de cega nas suas intenções.

DOENÇAS E SINDROMAS FREQUENTEMENTE CONFUNDIDOS SOB O «DIAGNÓSTICO» DE BICOS DE PAPAGAIO

As centenas de doentes que recebemos a queixar-se de algias vertebrais e com o «diagnóstico» já feito de «bicos de papagaio» foram cuidadosamente interrogados e observados. Aos exames clínicos juntámos, sistemáticamente, as análises e radiografias correntes, e nalguns casos os exames complementares julgados necessários. Desta sorte o «diagnóstico» primitivo desdobrou-se nos variados sindromas e doenças que constam do quadro 1. Foi pequena a percentagem dos casos em que as dores podiam atribuir-se aos bicos de papagaio.

QUADRO I

DOENÇAS E SINDROMAS ENCONTRADOS

nos doentes recebidos com algias vertebrais, atribuídas a «bicos de papagaio»

- 1) ESPONDILOSES
- 2) ESPONDILARTROSES
- 3) ESPONDILITES (tuberculosas, milicócicas, etc.)
- 4) ESPONDILARTRITES ANQUILOSANTES
- 5) OUTRAS ESPONDILARTRITES (reumáticas, reumatóides, gotosas, etc.)
- 6) DISCOPATIAS ISOLADAS (sem espondilose e sem espondilolistesis)
- 7) ESPONDILOLISIS COM ESPONDILOLISTESIS e discopatia
- 8) NEOPLASIAS (metástases, angiomas, etc.)
- 9) ANOMALIAS DE POSIÇÃO (escolioses, cifoses, lordoses, etc.)
- 10) ANOMALIAS DE FORMA (dismorfias vertebrais)
- 11) FADIGA VERTEBRAL (em colunas de aspecto normal)
- 12) DIVERSOS: Nevralgias e mialgias diversas. Fibrosites. Sequelas traumáticas. Tendo-periostites de Neergard. Doença de Bastrup. Doença de Paget. Doença de Scheurmann. Osteoporoses endócrinas. Hemopatias osteotropas. Localizações vertebrais da doença de Hodgkin. Dores viscerais referidas. Reumatismos psicogénicos, etc.

Não é possível, nem aconselhável, analisar aqui todos os sindromas e doenças encontrados. Alguns são bem conhecidos e outros raridades. Limitemo-nos a desenvolver os mais frequentes e que têm maior interesse prático, sob o ponto de vista reumatológico.

Os limites da Reumatologia são difusos, como aliás os das outras especialidades. Todas elas têm a sua «terra de ninguém»: uma zona comum a outras especialidades. Mas a área central da Reumatologia é bem determinada pelos médicos, e até pelos doentes. É nela que se situam as doenças e sindromas que vamos procurar resumir. Começemos pelas mais frequentes: espondiloses e espondilartroses, completando o que já dissemos anteriormente a seu respeito.

*

As ESPONDILOSES E ESPONDILARTROSES não são mais do que osteopatias, ou osteoartropatias degenerativas da coluna, semelhantes às artroses periféricas, afectando o sistema disco-corpo (espondiloses) ou as múltiplas e pequenas articulações (espondilartroses) do ráquis: intervertebrais, occipito-atloideias, costo-vertebrais, costo-transversas, sacro-iliacas e

as formações unco-vertebrais. Os factores etiológicos são os mesmos das artroses periféricas. Duma maneira geral pode dizer-se que as espondiloses e as espondilartroses precoces dependem principalmente de factores traumáticos, ao passo que nas artroses que aparecem depois dos 50 anos predominam os factores trofo-estáticos. Em qualquer dos casos a espondilose, local ou generalizada, acarreta sempre, mais tarde ou mais cedo, a espondilartrose dalgumas pequenas articulações, em consequência da sobrecarga que lhes impõe. Mas a sequência espondilose-espondilartrose não passa dum engano radiológico, motivado pela maior facilidade em distinguir os osteófitos, a osteoesclerose, os geodos e as restantes alterações do processo degenerativo, nos corpos vertebrais do que nas pequenas articulações. Na realidade, as espondiloses e as espondilartroses devem ser contemporâneas, isto é: consequências simultâneas da lesão discal, desenvolvidas lado a lado, e não uma após outra como geralmente se supõe. O exame dalgumas radiografias mais perfeitas e de casos incipientes parece provar que é assim. Interessa conhecer estes factos para melhor compreender a natureza, localização e encadeamento dos sintomas, e consequentemente orientar e localizar com acerto o tratamento. Estas breves considerações, em grande parte pessoais, sobre as relações espondilose-espondilartrose, servem para justificar a nossa preferência pelo termo espondilartrose, como designação única dos processos degenerativos vertebrais, visto que só muito excepcionalmente podemos admitir a existência de espondilose sem espondilartrose. O inverso é mais provável, mas nestes casos a designação de espondilartrose será a única aceitável.

Os sintomas clínicos destas afecções vertebrais, e muito especialmente as dores, dependem principalmente de três mecanismos etiopatogénicos: a) desequilíbrios da estática vertebral; b) osteófitos intra-caniculares; c) hérnias discais. O primeiro é o mais comum. Os desequilíbrios resultantes da redução de altura de um ou mais discos ocasionam as artroses das pequenas articulações, esforços musculares e tracções ligamentosas, locais ou a distância. É a esta «acção vicariante músculo-ligamentosa» que se devem grande número das algias da espondilartrose. São dores tipo moinha, ardentes, sem irradiação, difíceis de localizar pela pressão, e que não se acompanham de perturbações dos reflexos nem das sensibilidades táctil e dolorosa da pele; e dores que o repouso em decúbito acalma francamente, após algumas horas ou dias. A contractura muscular vicariante pode palpar-se e ver-se, em um ou mais segmentos das goteiras vertebrais, à mesma altura ou longe dos discos lesados. Em certos casos podem palpar-se também pontos dolorosos devidos às tendo-periostites que resultam da tracção continuada dos ligamentos e das inserções musculares, occipitais, da crista ilíaca, etc.

As dores provocadas pelas hérnias discais e pelos osteófitos que se desenvolvem dentro dos canais de conjugação são geralmente dores de tipo radicular, agudas, com irradiação ao longo dos troncos nervosos, acompanhando-se de dores à palpação no trajecto desses troncos (pontos de Valleix) e frequentemente de perturbações da sensibilidade táctil e à picada, de perturbações dos reflexos, de atrofia muscular, etc. Além disso estas nevralgias, embora se deixem influenciar benéficamente pelo repouso, cedem menos prontamente ao decúbito horizontal do que as fibro-mialgias dos desequilíbrios estáticos.

A perda dalgumas almofadas discais e a redução, regular ou irregular, dos espaços intervertebrais, provocam ainda outros sintomas: escolioses, cifoses, lordoses, torções vertebrais, diminuição da altura do doente, modificações da atitude somática, limitação na amplitude dos movimentos vertebrais, movimentos extremos dolorosos, etc. Todos estes sintomas, a que podemos chamar sintomas gerais, variam necessariamente de região para região, tanto em pormenor como em grau.

As espondilartroses lombares são as mais frequentes e aquelas em que as perturbações estáticas, as lesões discais e as contraturas musculares são mais aparentes. As lombalgias, com ou sem irradiação ao longo do ciático ou do crural, o sinal de Schober, as modificações da lordose, o sinal da corda de Forestier, a radiografia, permitem fazer o diagnóstico, determinar o grau das perturbações e dosear os agentes terapêuticos. As espondiloses dorsais são as menos importantes e menos expressivas. É bastante característica a sensação de cansaço e de ardor nas costas provocados pelas posições mantidas durante algum tempo, de pé ou sentado, sem apoio conveniente, ou ao escrever, costurar, fazer «tricot», etc. As irritações radiculares dão nevralgias que irradiam ao longo dos nervos intercostais

e se manifestam particularmente ao nível dos ramos perfurantes posteriores, laterais e anteriores. Por vezes a dor espontânea só é sentida nos perfurantes anteriores ou laterais, o que pode estabelecer confusão com as dores de origem visceral (colecistite, angor pectoris, pleurite, etc.). E em contra-partida a irritação das fibras simpáticas regionais, segundo alguns autores, «é susceptível de originar síndromas dolorosos viscerais (vesiculares, gástricos, apendiculares, etc.)», à emelhança do que sucede com as lesões da coluna cervical. Nós não temos observado quadros que possam ter este significado. O contrário é que nos parece frequente: nev. intercostais de origem vertebral simulando visceropatias.

As *espondilartroses cervicais* são as mais expressivas, facto que advém principalmente da variedade de estruturas que passam nos canais de conjugação (raízes raquidianas, artéria vertebral, simpático posterior, plexus venosos), da existência das formações unco-vertebrais e da capacidade relativamente menor do canal raquidiano a este nível. A figura 4 mostra-nos claramente como são exuberantes os osteófitos das unco-vertebrais e quão próximos deles passam aquelas estruturas vasculares e

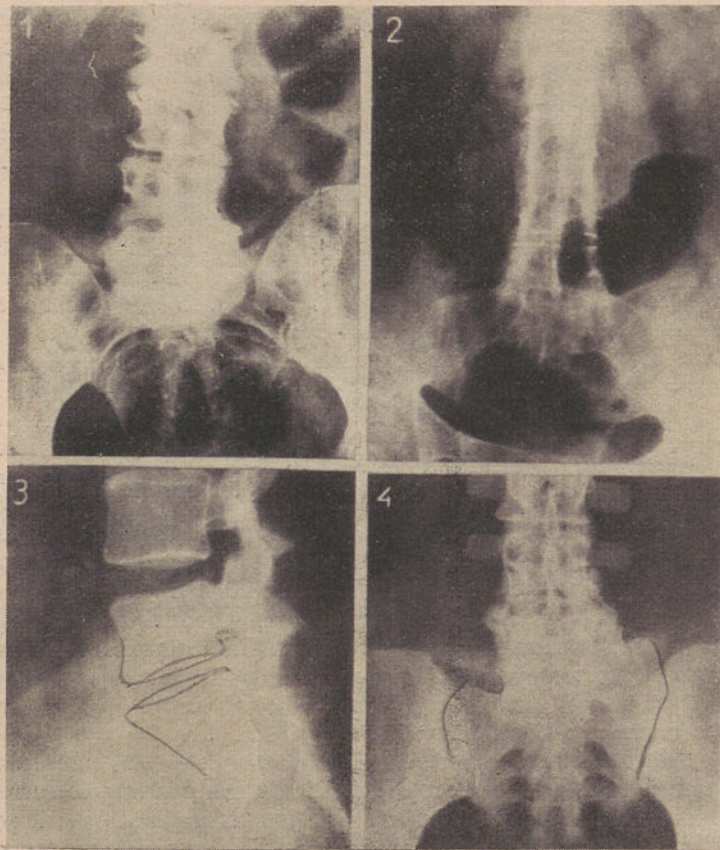


Figura 4

1—*Espondilartrose* avançada, com discopatias múltiplas, osteófitos, etc. 2—*Espondilartrite*: art. sacro-iliacas soldadas, peq. art. intervertebrais igualmente anquilosadas, discos conservados. 3—*Discopatía* de L5-SI com ligeira retrolisthesis de L5. 4—*Hemi-sacralização* de L5, à direita; à esquerda, calcificação do ligamento ilio-lombar.

(Observações pessoais)

nervosas. Aqui é que os osteófitos causam frequentemente dores e outros danos — mas são principalmente os pequenos osteófitos das unco-vertebrais e das pequenas articulações intervertebrais, difíceis de descobrir nas radiografias habituais, e não os «bicos de papagaio» monstruosos das faces laterais e anterior do corpo. Estas disposições anatómicas e anátomo-patológicas fazem com que as *espondilartroses cervicais* se traduzam por uma maior variedade de síndromas, e ainda que esses síndromas dependam mais dos mecanismos de irritação neurológica que das perturbações do equilíbrio vertebral. São muitos os síndromas que podem traduzir a *espondilartrose cervical*. Os síndromas sensitivos são os mais frequentes (nev. cervico-braquial). As formas mistas, sensitivo-motoras e amitróficas vêm-se menos vezes. A periartrose da espádua, o «torticolis espasmódico», o síndrome de Steinbrocker, o síndrome de Claude-Bernard-Horner, o síndrome de Barre-Lieou, assim como certas disfagias, dores pre-

cordiais e cefaleias — podem igualmente resultar da *espondilartrose cervical*.

Como se vê, não é por falta de sintomas que deixamos de diagnosticar as *espondiloses* nem as *espondilartroses*. O que confunde geralmente é a sua variedade e abundância e a consideração excessiva que se dá aos «bicos de papagaio» do corpo, cuja presença e dimensões nada têm a ver, habitualmente, com o quadro clínico das *esteoartroses vertebrais*. É preciso também não exagerar o significado destas lesões vertebrais, seja qual for o seu grau e localização. Depois dos 40 anos são comuns. Antes de as valorizar clinicamente há que eliminar todas as outras causas, particularmente viscerais, que possam estar em relação com os síndromas dolorosos encontrados.

*

Já dissemos que as *espondilartroses* dos adultos idosos e dos velhos são devidas fundamentalmente a *discopatias* múltiplas ocasionadas por factores trofo-estáticos. Contudo, na prática, quando se fala de *discopatía* entende-se a *DISCOPATIA ISOLADA*, traumática ou degenerativa, dando compressões ou irritações locais. Também nestes casos aparecem a *espondilose* e a *espondilartrose secundárias*, mas o quadro clínico é dominado, pelo menos durante certo tempo, pelas dores locais e irradiadas, devidas à irritação radicular. Ordinariamente são adultos, entre os 30 e 50 anos, que nos aparecem a queixar-se de *nevralgias severas* (ciáticas ou cervico-braquiais), meses ou anos após uma queda ou movimento forçado. A radiografia revela um estreitamento mais ou menos pronunciado de um dos espaços discais, sombras anómalas nesse espaço (produzidas por calcificações, fibrose ou fendas vazias) e imagens de *espondilolisis* e *espondilolostesis vertebrais*. Há, porém, *nevralgias ciáticas e braquiais* (justamente das mais severas), em que a radiografia simples tem aspecto normal. Trata-se de *discopatias* recentes, constituídas por pequenas roturas do anel fibroso, através do qual fez *hérnia* o núcleo pulposo. Nestes casos só a *mielografia*, feita com óleos iodados, abrodil, ou outras substâncias de contraste, poderá visualizar o contorno da *hérnia*. O estreitamento do espaço inter-vertebral consegue-se tornar muitas vezes aparente radiografando o doente em posição ortogonal (de pé) e centrando bem a radiografia para o segmento vertebral indicado, consoante as perturbações da sensibilidade, da motilidade e dos reflexos. A radiografia de perfil é a mais própria para este efeito. Uma vez localizado o disco doente (procidente, estreitado, herniado) poderemos obter mais informes sobre a sua estrutura, radiografando-o sob incidências antero-posteriores, de sorte que o raio normal da empola passe pelo plano do referido disco. As irregularidades do espaço intervertebral, a esclerose das plataformas, a existência de sombras na área discal, poderão aparecer e ajudar a fazer o diagnóstico. Com esta técnica simples e inócua, temos poupado muitas *mielografias*, pelas quais continuamos a não ter a mínima simpatia. É provável porém que os novos meios de contraste venham a fazer dela um excelente meio de diagnóstico, só por si ou associada à *tomografia*.

Os *tratamentos das espondilartroses e das discopatias* isoladas podem reunir-se no mesmo parágrafo. Numa e noutra doença há que dirigir em primeiro lugar os agentes terapêuticos à lesão discal, procurando reduzir tanto quanto possível os seus efeitos e evitar o seu agravamento. Vimos a importância que tinham os factores etiológicos de natureza mecânica, e depois deles os vasculares, constitucionais e inflamatórios. Recordando-os é fácil compreender um *esquema geral de terapêutica*, que reúna: o *repouso* em decúbito, permanente ou relativo; um *suporte* vertebral sob a forma de lombostato, colete dorso-lombar, ou colarinho ortopédico; a *tração* vertebral, prudente e ajustada a cada um dos casos; a *vertebroterapia* (manipulação vertebral); os *exercícios* musculares em perfeita combinação com o repouso; os *agentes físicos*: ondas curtas, ultra-som, radar, raio X, histamina-iontoforese, balneoterapia, etc.; os *medicamentos*: iodo, analgésicos anti-reumáticos, infiltrações locais de novocaína e hidro-cortisona (5), etc.; os *regimes*: alimentar, de vida e de trabalho, que evitem os excessos de peso, os traumas e os movimentos forçados.

Dentro destes princípios e com estes recursos é possível resolver a maioria dos *problemas clínicos* que tão correntemente nos põem as *espondilartroses* e as *discopatias isoladas*. Cada

doente requer o seu programa. Nas discopatias isoladas não é raro ter de se recorrer à fixação cirúrgica da região afectada, simples ou associada à laminectomia.

*

As discopatias isoladas ou múltiplas, associadas ou não a espondilartroses francas, a nevralgias radiculares, a mialgias, a espondilolises e a espondilolistesis, a defeitos estáticos, a distorções vertebrais, a sequelas traumáticas ou inflamatórias do ráquis — assoberbam as consultas de reumatologia. Logo a seguir, em nossa casuística e pelo que diz respeito a algias vertebrais, vêm os processos inflamatórios da coluna, principalmente as espondilartrites.

As *ESPONDILARTRITES* são processos inflamatórios do ráquis principalmente localizados nas pequenas articulações intervertebrais, nas sacro-iliacas e nos ligamentos. Podem distinguir-se dois grandes grupos: a) Espondilartrites banais e transitórias; b) espondilartrites anquilosantes, crónicas e progressivas.

Nas suas formas mais típicas, as espondilartrites, banais ou anquilosantes, em fase de actividade, opõem-se às espondilartroses: começam pelas pequenas articulações vertebrais, respeitam os discos, acompanham-se de fenómenos inflamatórios francos, alteram o estado geral e a velocidade de sedimentação, atingem todas as idades; e as suas dores são vivas e locais, irradiam poucas vezes ao longo dos troncos nervosos, cedem menos ao repouso em decúbito e exacerbam-se mais frequentemente com os pequenos movimentos do tronco do que as dores das espondilartroses.

As formas banais, sintomáticas e transitórias, isoladas ou fazendo parte de quadros poliarticulares (reumatismais, reumatóides ou gotosos) aparecem em todas as idades, evoluem em mais ou menos tempo, adoptam localizações diversas, dificultam os movimentos e acompanham-se por vezes de algias severas, de começo agudo, espectaculosas e siderantes. Contudo, salvo raras excepções, curam sem deixar sequelas importantes, nem invalidez, sobretudo quando se trata de mulheres. Certas formas apresentam-se como cefaleias occipitais, «torticolis», dorsalgias e lombalgias isoladas.

Das espondilartrites masculinas, embora as haja igualmente benignas e transitórias, não devemos falar com o mesmo optimismo. É preciso desconfiar sempre. Até agora a nossa experiência pessoal tem continuado a confirmar a convicção, já publicada há anos (7) de que o homem, muito provavelmente em consequência da sua constelação hormonal, tem uma aptência particular para localizar e fixar os processos de poliartrose na coluna vertebral, o que não quer dizer, evidentemente, que não possa fazer e faça artrites vertebrais benignas e transitórias, assim como poliartroses periféricas graves. De qualquer forma, para quem tenha observado centenas de casos, a corrente benignidade das espondilartrites femininas contrasta com a gravidade que estas mesmas poliartroses assumem no homem.

A forma mais típica de espondilartrite grave, é a anquilosante, também denominada doença de Bechterew, espondilite rizomélica, doença de Strumpell-Pierre-Marie-Bechterew. A designação hoje mais corrente é a de *ESPONDILARTRITE ANQUILOSANTE*. Ao passo que a *espondilartrose*, a que nos referimos no parágrafo anterior, é sobretudo uma doença dos adultos com mais de 50 anos, e dos dois sexos, a espondilartrite anquilosante é uma doença da juventude, que começa por vezes antes dos 20, e uma doença nitidamente do sexo masculino, no qual a sua frequência e gravidade são francamente maiores do que na mulher. Os casos femininos são menos graves ao nível da coluna, e mais tarde ou mais cedo combinados com poliartrose periférica, distal. *Hench, Forestier, Böni, Edström, Barceló, Nana Schwartz* registaram relações de frequência próximas de 1:10 (1 mulher para 10 homens); *Brahme* de 1:28, e nós de 1:15.

Trata-se duma doença com uma etiologia pouco menos que desconhecida, de carácter inflamatório (clínicamente e nalgumas das suas fases), com sintomatologia bastante singular, de prognóstico grave, sob o ponto de vista funcional. É também uma doença relativamente influenciável pela terapêutica precocemente instituída, o que obriga a considerá-la na prática sempre que

se ouça queixar de algias vertebrais um adulto jovem ou mesmo um adolescente. O diagnóstico é simples desde que pensemos nele e saibamos procurar alguns dos sinais fundamentais e precoces. Há que valorizar, sobretudo, além do tipo somático (leptosomático), a idade e o sexo; as dores persistentes, sacro-lombares, cervicais, esterno-costais e das grandes articulações proximais; a limitação dos movimentos da coluna vertebral, particularmente os laterais; os sinais radiológicos da artrite sacro-iliaca e das pequenas articulações inter-vertebrais; a velocidade de sedimentação elevada; o compromisso mais ou menos nítido do estado geral. As anquiloses vertebrais e das articulações da anca e da espádua; as calcificações ligamentosas e a coluna em «cana de bambu»; a marcha de pequenos passos, por impossibilidade de mover as ancas e de afastar as pernas; o homem «duma só peça», rígido em flexão, e que não pode olhar as estrelas nem sentar-se, ou então hirto, de cabeça direita, olhando-nos de alto e de aspecto irritante — são caracteres e sintomas que vale a pena identificar, mas cujo interesse prático é muito menor que o dos sinais precoces primeiramente enumerados. Quanto mais tarde diagnosticarmos a «doença de Bechterew» menos probabilidades teremos de recuperar o doente. Nas fases mais adiantadas não haverá sequer possibilidade de o fazer bastar a si próprio, na realização dos movimentos mais simples que impõe a «toilette» cotidiana. Se o deixarmos aí chegar não mais daí sairá: a despeito dos últimos progressos da hormonoterapia e da cirurgia, ficará para sempre um farrapo do que foi, perdido para o trabalho e para a vida de relação, um peso morto familiar e social, e um atestado vivo e eloquente da nossa ignorância ou incúria.

O tratamento das espondilartrites banais, sintomáticas ou transitórias, depende necessariamente da sua natureza. É frequente porém ter de associar o repouso, os agentes físicos e os medicamentos (salicilatos, pirazois, hormonas, antibióticos, etc.) aos cuidados gerais (limpeza de focos, anti-anémicos, tónicos, etc.) e à cura termal. A crisoterapia está indicada quando se trate de espondilartrites de natureza reumatóide.

As espondilartrites anquilosantes carecem de todas estas medidas terapêuticas e ainda da mobilização de outros recursos, entre os quais figuram principalmente: a *persistência* do médico e do doente; a *roentgenterapia* das sacro-iliacas, das grandes articulações protimais e dos segmentos da coluna afectados; os *exercícios* combinados com os repousos em posições ortopédicas; algumas vezes os *suportes* dorso-lombares; e sempre os *cuidados de ordem geral*: os tónicos, as vitaminas, as estadias em climas de altitude, a ergoterapia, a psicoterapia — de sorte a robustecer física e moralmente o doente. As artroplastias da anca, e sobretudo as osteotomias vertebrais, há que requerê-las o menos possível. Os bons resultados obtidos pelas artroplastias da anca nas espondilartrites anquilosantes são menos constantes que nas artroses da mesma articulação.

Assim, desde que principiemos a agir precocemente e dentro dum plano terapêutico adequado a cada doente, não curamos a doença, mas temos muitas probabilidades de evitar os seus grandes descalabros. E não dizemos todas as probabilidades, porque há formas, que a despeito de tudo, progridem inexoravelmente, inutilizando completamente o doente sem lhe pôr termo breve à vida.

*

As *ANOMALIAS VERTEBRAIS* merecem a nossa atenção pelas mesmas razões que a prestamos aos bicos de papagaio: como estes, elas são achados radiológicos frequentes e notórios cujo significado clínico se exagera. Causam mais prejuízos pelo excessivo valor que se-lhe atribue, como motivo de algias e outros padecimentos vertebrais, do que pelo mal que fazem. Uma costela cervical, a sacralização, a espinha bífida, a lombarrização, uma hemivértebra, as vértebras soldadas, as anomalias de posição do sacro, etc., são mais evidentes que as lesões incipientes duma espondilite, duma espondilartrite anquilosante, ou duma neoplasia — e por isso é frequente virem a diagnosticar-se estas doenças só em fases avançadas, porque inicialmente e na primeira radiografia nada mais foi considerado além da anomalia, cuja flagrante evidência absorveu toda a atenção do clínico.

Segundo *Kühne* (22), que observou um número elevado de colunas e numerosas distorções, só 40% dos ráquis podem considerar-se normais, mesmo sem contar as pequenas anorma-

lidades. A dismorfia encontra-se por via de regra nas vértebras que fazem a transição entre os diferentes segmentos da coluna: VII.^a cervical e I.^a dorsal, XII.^a dorsal e I.^a lombar, V.^a lombar e I.^a sacrada. Ordinariamente as dismorfias também aparecem simultaneamente em diferentes zonas de transição, manifestando a sua associação, um sentido de variação caudal ou craniano. Por uma anomalia podem prever-se as outras, com algumas probabilidades de acertar. As variações de tipo caudal são mais frequentes que as de tipo craneano.

Não devemos pois entusiasmar-nos muito ao descobrir uma dismorfia vertebral na radiografia. A avaliar pela estatística de Kühne as anomalias são mais frequentes do que a própria normalidade. Muitas passam despercebidas porque não se radiografa habitualmente toda a coluna, ou não se empregam incidências convenientes, e ainda e justamente porque em sua maioria são bem toleradas. Entre os nossos doentes temos encontrado, sobretudo, anomalias do ângulo sacro-lombar: sacralizações bi-laterais da L5, hemi-sacralização de L5, sacralização da mesma vértebra com sinostoses ou neoartroses, hemi-sacralização com calcificação do ligamento ileo-lombar do lado oposto, sacralizações esboçadas e incompletas, lombarizações de S1 em diferentes graus, espinhas bífidas, anomalias de posição das apófises articulares sacro-lombares, sacros verticais, sacros horizontais, espondilolisis congénitas, etc. Nas outras regiões encontrámos costelas cervicais, vértebras soldadas (síndrome de Klippel-Feil), apófises transversas de C7 longas, costelas lombares, hemi-vértebras laterais, persistência de tubérculos acessórios nas apófises articulares e transversas.

Na maioria dos casos registados não podiam atribuir-se as dores à presença da anomalia. Independentemente dela, ou como sua consequência parcial, encontravam-se as verdadeiras causas, ou pelo menos as causas imediatas dos sofrimentos vertebrais. Recordamos alguns casos de costela cervical, associada a síndromas sensitivo-motores e amiotróficos do membro superior, devidos a espondilartroses, ou a mal de Pott concomitantes. A presença da costela fez pensar exclusivamente em síndrome dos escalenos. Poderíamos referir outras confusões semelhantes, em que a anomalia perturbou exclusivamente o observador, e só prejudicou o doente através dessa perturbação.

Noutros casos — a franca minoria — a dismorfia pode ser causa directa ou indirecta de algias vertebrais. Indirectamente provocando desequilíbrios estáticos, tendo-periostites e fibromialgias secundárias, ou concorrendo para o aparecimento de lesões discais e de espondilartrose; directa e localmente pelas limitações e dificuldades impostas aos movimentos locais, pelas calcificações, sinostoses e neoartroses coexistentes ou criadas por elas, etc.

O grau de responsabilidade que pertence à anomalia, como causa dum síndrome vertebral presente, há que determiná-lo pela ausência doutras lesões, pela natureza de lesões coexistentes e mediante uma observação minuciosa da sintomatologia local e dos caracteres da anomalia em causa. «A priori» não deve considerar-se a anormalidade anatómica.

As sacralizações e lombarizações — principalmente unilaterais — podem dar lombalgias moderadas e severas, sobretudo nos obesos ou indivíduos sujeitos a trabalhos pesados. São ordinariamente dores sem irradiação ciática. Sempre que existam sinais de radiculite é preciso pensar na coexistência duma discopatia ou de espondilartroses secundárias. Os casos de lombalgias isoladas que temos observado pareciam ter por mecanismo fundamental a tendo-periostite local (ligamentite, fibrosite) ocasionada pelo esforço imposto aos ligamentos e músculos regionais. A presença de calcificações do ligamento ilio-lombar do lado oposto e a existência de dores só deste lado parecem confirmar a nossa suposição, assim como a facilidade com que algumas destas lombalgias cedem ao repouso e à infiltração local de Hidro-cortisona (5). Não tivemos até hoje um só caso que requeresse, pela severidade das dores, a fixação cirúrgica da dobradiça sacro-lombar.

A costela cervical assim como as apófises transversas de C7 longas, podem desencadear um síndrome dos escalenos, quando à anomalia pre-existente se juntam outros factores adjuvantes, geralmente de ordem mecânica: «queda» da cintura escapular, movimentos forçados da cabeça ou do membro superior, transporte de pesos sobre o ombro, traumatismos diversos, etc. A costela cervical também pode comprimir o plexus braquial directamente, de encontro à clavícula (*Falconer*). Como além das com-

pressões nervosas se dão compressões vasculares, o síndrome clínico da costela cervical é ordinariamente misto, neuro-vascular, predominando as perturbações nervosas nas áreas do cubital e do mediano.

*

Não é possível continuar no desenvolvimento, mesmo muito resumido, das doenças enumeradas no quadro I. Não haveria paciência nem atenção que resistissem. Aliás, o que dissemos, junto aos doentes que vamos apresentar, parece-nos já suficiente para atingir os fins que tomámos a liberdade de nos propor: recordar a importância económica e social dos reumatismos; desmascarar os bicos de papagaio; difundir alguns conhecimentos gerais de patologia e terapêutica reumatológicas. Se por ventura conseguirmos atingir os objectivos em vista não tenho que me penitenciar do incómodo que lhes dei. De qualquer forma, porém, eu sinto-me no dever de agradecer a V. Ex.^{as} o tempo e a atenção que me dispensaram, e à distinta Direcção destes Cursos, tão necessários e prestantes, a honra de me chamar a colaborar neles.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — *Etter, M. P.* — J. Médecine et Hygiène, Gêneve, août 1953.
- 2 — *Steinbrocker, O.* — Arthritis in Modern Practice, Philadelphia, 1941.
- 3 — *Copeman, W. S.* e colab. — Textbook of the Rheumatic Diseases, Edinburgh, 1948.
- 4 — *Teixeira, M. A.* — D'ário de Lisboa, de 29 de Dezembro de 1949.
- 5 — *Teixeira, M. A.* e *Barata, M. I.* — «Efeitos do acetato de hidrocortisona nos reumatismos não articulares», J. Médico, XXIII (571), 39-43-1954.
- 6 — *Pap, L.* e *Teixeira, M. A.* — «De l'effet thérapeutique de l'hydrocortisone acetate intra-articulaire», Revue du Rhumatisme. Paris, Avril 1953.
- 7 — *Teixeira, M. A.* — «Facteur localisant d'origine sexuelle dans la spondyloarthrite ankylosante», II Congresso Europeu de Reumatologia, libro de comunicaciones, 1951.
- 8 — *Schinz, H. R.* e colab. — «Röntgen-diagnóstico», Barcelona 1954.
- 9 — *Saidman, J.* — «Maladies de la colonne vertébrale», Paris 1948.
- 10 — *Comroe, B.* — «Arthritis and allied conditions», Philadelphia, 1948.
- 11 — *Fletcher, E.* — «Medical disorders of the locomotor system», Edinburg, 1946.
- 12 — *Schmorl, G.* e *Junghanns, H.* — Archiv und Atlas der normalen und pathologischen Anatomie in typischen Röntgen, etc., Leipzig, 1932.
- 13 — *Shore, L. R.* — Brit. J. surg., 22, 833, 1935.
- 14 — *Weil, M. P.* — «Les osteoarthrites dégénératives d'origine microtraumatique», II.^o Conference Sc. Int. D'Aix-les-Bains 1948.
- 15 — *Coste, F.* et *Forestier, J.* — «Diagnostic et evolucions des arthroses», II.^o Conférence Sc. Int. d'Aix-les-Bains, 1948.
- 16 — *Barceló, P.* — «Reumatismos vertebrales», Barcelona, 1945.
- 17 — *Tarnopolsky, S.* — «Reumatismo y enfermedades relacionadas», Buenos Aires, 1945.
- 18 — *Leriche, R.* — «La chirurgie de la douleur», Paris 1949.
- 19 — *Moreno, A. R.* — «Las afecciones reumaticas en la obra de Sydenham», Buenos Aires, 1943.
- 20 — *Edstrom, G.* — «Rehabilitation and Re-education in Rheumatic Diseases», VIII.^o Cong. Intern. Mal. Rhum., Gêneve, 1953.
- 21 — *Forestier, J.*, etc. — «Spondylarthrite ankylosante», II.^o Cong. Europ. Reumat., Barcelona, 1951.
- 22 — *Kühne, K.* — Die Vererbung der Variationen der menschlichen Wirbelsäule, «Z. Morph. u. Anthrop.» 30, I-1931.

(Lição proferida no VI Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário, organizado pelo Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos).



na furunculose

Terramicina*

MARCA DA OXITETRACICLINA

Obtiveram-se resultados satisfatórios com a terapêutica pela Terramicina tópica, em 20 de 31 doentes com furunculose persistente.¹ Com a Terramicina oral, dois doentes² apresentaram uma resposta notável dentro de 24 horas, e restabeleceram-se completamente em 3 a 5 dias.²

1. Valentine, F. C. O.: Lancet 2: 351 (23 Agosto) 1952
2. Reiss, F.: New York State J. Med. 52: 1031 (15 Abril) 1952.

Unicos Distribuidores.

NÉO-FARMACÊUTICA, LIMITADA
 AVENIDA 5 DE OUTUBRO, 21, R/C. — TEL. 51830
 LISBOA

Representantes de

Pfizer

FUNDADA EM 1849

O maior Produtor de Antibióticos do Mundo

«GRAMA POR GRAMA A TERRAMICINA É INEXCEDÍVEL ENTRE OS ANTIBIÓTICOS DE LARGO ESPECTRO»

* Marca registada de CHAS, PFIZER & CO., Inc.

Nas insuficiências
de secreção digestiva, dispepsias,
meteorismo, e no complexo de síndromas
gastro-cardíacos

FESTAL

preparado enzimático padronizado e estável, contendo lipase,
amilase, protease, hemicelulase e componentes biliares.

Nas colangites, colecistites, colelitiasis e hepatopatias

CHOLEFLAVINA

Desinfecção das vias biliares • Aumento da colerese
Normalização do funcionamento intestinal

EMBALAGENS

FESTAL Frasco com 20 drágeas
CHOLEFLAVINA Frasco com 60 pérolas

Ph. 289 1.-Po



FARBWERKE HOECHST AG. *vormals Meister Lucius & Brüning* Frankfurt (M)-Hoechst

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL: **MECIUS LDA.** RUA DO TELHAL, 8-1.º LISBOA

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

Valor comparado aos diferentes métodos de diagnóstico precoce do cancro do colo do útero

M. CLAUDE BÉCLÈRE

(Ex-Chefe da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina de Paris)

Os trabalhos dos últimos 10 anos têm trazido ao diagnóstico precoce do cancro do colo uterino um progresso considerável. É certo que existem hoje, em clínica, dois tipos de cancro do colo, muito diferentes sob o ponto de vista da dificuldade do seu diagnóstico precoce:

- 1.º — O cancro exocervical, que representa $\frac{2}{3}$ do total, e cujo diagnóstico precoce é fácil;
- 2.º — O cancro endocervical, que compreende $\frac{1}{3}$, e cujo diagnóstico precoce é difícil.

É, portanto, indubitável que, hoje, são a frequência do cancro endocervical e a dificuldade do seu diagnóstico que dominam todo o problema do diagnóstico precoce do cancro do colo do útero.

A — CANCRO EXOCERVICAL

O cancro desenvolve-se à superfície do exacolo, geralmente à volta do orifício cervical externo. Este cancro é acessível ao toque digital e à vista. O seu diagnóstico é fácil e os métodos que ajudam este diagnóstico são numerosos.

1 — Teste de Shiller

Sabemos que o teste de Shiller não é específico. A ausência de coloração dos tecidos pelo *pugal* não se produz apenas ao nível de um epiteloma pavimentoso incipiente. Produz-se, do mesmo modo, em toda a série de modificações epiteliais, devidas, fundamentalmente às *metrites* cervicais.

O teste de Shiller não é, portanto, um teste do cancro do colo. É simplesmente um método auxiliar que nos indica uma zona suspeita do colo. É ao nível desta zona suspeita que é necessário praticar-se uma biópsia.

De resto, o teste de Shiller não nos dá, evidentemente, qualquer indicação sobre o cancro endocervical.

Assim, o teste de Shiller não é indispensável; é só um auxiliar útil que ajuda a seccionar o ponto onde deve ser feita a biópsia, no caso de um possível cancro do exacolo.

2 — Calpascopia de Hinselmann

A calpascopia que aumenta, à lupa, o aspecto exterior do colo, permite ver melhor as menores anomalias da superfície deste colo e do orifício cervical.

Este não é também, ainda, senão um método auxiliar que nos permite precisar melhor a ponta onde se deve praticar a biópsia, em caso de anomalia exterior do colo.

Por conseguinte, a calpascopia não nos dá, igualmente,

qualquer indicação sobre a possibilidade de um cancro endocervical.

3 — Biópsia directa do exacolo.

Em todos os casos de lesões anormais na superfície do exacolo, é indispensável praticar uma biópsia ao nível do ponto suspeito.

Se houve um teste de Shiller, ou se se praticou uma calpascopia, a localização da biópsia é um pouco mais fácil.

Todavia, obtêm-se resultados igualmente bons praticando sistematicamente uma biópsia superficial do colo sobre qualquer ponto anormal da superfície deste.

Se o toque vaginal revela uma zona endurecida do colo, se o exame pelo *espéculo* mostra um ponto anormal da sua superfície, e, sobretudo, se se vê à superfície do calo ou no orifício cervical externo um ponto que sangra, é absolutamente indispensável fazer uma biópsia superficial, ao nível deste ponto anormal.

Assim, o diagnóstico precoce do cancro do exacolo é fácil.

Nem o teste de Shiller nem a calpascopia de Hinselmann são indispensáveis; são somente auxiliares que vêm facilitar a indispensável biópsia.

B — CANCRO ENDOCERVICAL

São a frequência do cancro do colo com início endocervical e a dificuldade do seu diagnóstico precoce que dominam, actualmente todo o problema do diagnóstico precoce do cancro do colo uterino, em geral.

Está, de facto, hoje absolutamente provado que o cancro com ponto de partida endocervical se produz em cerca de 30 % dos casos, isto é, praticamente quase num doente por cada três.

Por outro lado, como este cancro se desenvolve no canal cervical é absolutamente inacessível ao toque digital, e à vista, no exame pelo *espéculo*, como igualmente inacessível é ao teste de Shiller e à calpascopia de Hinselmann.

O diagnóstico precoce do cancro com ponto de partida endocervical exige pois, novos métodos de diagnóstico — *curetagem* biópsia intracervical sistemática ou esfregaço intracervical sistemático.

1 — Frequência do cancro endocervical

Esta frequência está hoje bem precisada, graças a 3 séries de estatísticas absolutamente concordantes.

1.º) Estatísticas anatómicas francesas

Em 1931, na clínica ginecológica do Hospital Braca, Ray na sua tese, determinou, nas peças anatómicas de cancro do colo obtidas após a operação de Wertheim, a proporção de cancros

com ponto de partida endocervical e encontrou que 23 % dos casos de cancro têm o seu início no canal cervical e não se propagaram, senão ulteriormente, à superfície do colo.

Em 1944, o Prof. Mocquat, professor de clínica ginecológica no Hospital Braca, estudou, do mesmo modo, uma série pessoal de 44 casos de histerectomia ampla por cancro do colo. Encontrou que 13 dentre eles, isto é, 29 %, começaram no canal cervical.

Em 1944, igualmente, o Dr. Danay, antigo director de trabalhos práticos na clínica ginecológica do Hospital Braca estudou uma série pessoal de 77 peças de histerectomia por cancro do colo; encontrou 26 cancros com início endocervical, que quer dizer, 33 % dos casos.

Estas 3 estatísticas precisas, elaboradas sobre peças de cancros do colo operados, dão resultados absolutamente concordantes: o cancro inicia-se no canal cervical sensivelmente em 30 % dos casos, com um mínimo de 23 % e um máximo de 33 %.

2.º) Estatística pessoal

Em 1936, não, pessoalmente, impressionámo-nos muito com a observação de um caso em que o cancro evoluiu durante dois meses no canal cervical sem dar qualquer sinal anormal à superfície do colo.

Em 1938, decidimo-nos a pesquisar, sistematicamente, o cancro, na cavidade cervical.

Mandamos fazer por Collin uma cureta especial, longa e fina. Esta cureta tem, na sua extremidade, um diâmetro ligeiramente superior ao dum histerómetro, penetrando assim, sem dilatação, mesmo num colo nulíparo.

Há 10 anos para cá, utilizamos esta cureta especial para praticar, em toda a doente suspeita de cancro do colo, além duma biópsia superficial, uma curetagem biópsica intracervical sistemática.

Em 1945, numa sessão especial da Sociedade Francesa de Ginecologia, consagrada por nossa sugestão ao diagnóstico precoce do cancro do colo, insistimos de novo sobre a necessidade imperiosa de curetagem biópsica intracervical sistemática.

A nossa última estatística refere-se a 6 anos — de 1943 a 1949. Em 6 anos, nós examinamos um total de 790 doentes suspeitos clinicamente de cancro do colo e encontramos 84 cancros nítidos, invasivos. Destes 84 doentes com cancros nítidos há 24, ou seja, 28 % que apresentam um colo exteriormente normal.

Assim, há mais de 10 anos, praticamos a pesquisa sistemática do cancro do colo de início endocervical, efectuando, além da biópsia exacervical clássica, uma curetagem biópsica intracervical sistemática.

Esta técnica permitiu-nos despistar no total dos cancros do colo diagnosticados, 28 % que estavam em vias de aparecimento no canal intracervical e que se acompanhavam exteriormente de um colo absolutamente normal.

Na nossa estatística pessoal, a percentagem de cancros do colo com início endocervical é, portanto, de 28 %.

3.º) Estatística de Ayre (Montreal)

Foi, como sabemos, Papanicolaou quem primeiro vulgarizou o diagnóstico dos cancros do útero pela técnica dos esfregaços vaginais. Com a sua técnica, ele colhe as secreções vaginais no fundo do saco posterior da vagina.

Em Montreal, Ayre, empregando esta técnica estudou os cancros do colo incipientes e logo verificou que, quase todos estes se produziam inicialmente no canal cervical ou no orifício cervical externo, na passagem da zona pavimentosa para a zona cilíndrica.

Decidiu então não fazer a colheita para o esfregaço na vagina mas sim, directamente, na entrada do canal cervical, onde se inicia geralmente o cancro do colo.

No 12.º Congresso inglês de Obstetrícia e Ginecologia uma estatística de um total de 7.830 mulheres estudadas, de Junho de 1945 a Fevereiro de 1949, pelo método dos esfregaços intracervicais.

Em 352 cancros nítidos, invasivos, encontraram 106, ou seja, 30 %, que se apresentavam com um colo exteriormente normal.

Assim, portanto, com a sua técnica de pesquisa de cancros do colo pelos esfregaços intracervicais sistemáticos, Ayre encon-

trou, baseando-se em 7.830 mulheres examinadas, uma proporção de cancros do colo do útero com início endocervical de 30 %.

4.º) Conjunto das 3 estatísticas

Estas 3 estatísticas concordam em absoluto. *Vê-se que a proporção dos cancros de colo do útero com início endocervical varia, praticamente, de 23 % a 33 %, com uma média de 28 % a 30 %. Assim, portanto, no conjunto das mulheres portadoras de cancros do colo uterino, numa dentre 3 ou numa dentre 4, a lesão inicia-se no interior do canal cervical estando assim totalmente inacessível ao toque digital, ao exame com um espéculo, ao teste de Shiller e à calpascopia de Hinselmann.*

II — Necessidade imperiosa da pesquisa sistemática do cancro endocervical

Quando nos contentamos com os métodos clínicos de diagnóstico — teste de Shiller, calpascopia de Hinselmann, bipósia unicamente exacervical — não ficamos certos de conhecer todos os cancros com início endocervical.

É, portanto, indispensável, hoje em dia, pesquisar cada vez mais os cancros com início no canal cervical.

Para a pesquisa sistemática dos cancros endocervicais, temos à nossa disposição duas técnicas consideravelmente análogas, aliás, e cujos resultados são praticamente muito próximos.

1.º) A curetagem biópsica intracervical sistemática

É a técnica que nós, pessoalmente, empregamos sistematicamente desde 1939 utilizando a cureta especial que mandamos construir por Collin em 1938.

Esta técnica é, a nosso ver, a melhor no que respeita ao diagnóstico precoce do cancro endocervical do colo. Ela dá-nos, com efeito, imediatamente, uma biópsia e não sabemos hoje que, um diagnóstico seguro do cancro do colo não pode ser estabelecido senão por uma biópsia.

2.º) Os esfregaços intracervicais sistemáticos

É a técnica que emprega Ayre desde 1942.

No caso de doentes clinicamente suspeitas de cancro do colo esta técnica é, a nosso ver, inferior à da curetagem intracervical sistemática imediata.

Com efeito, os esfregaços não nos permitem um diagnóstico exacto mas, simplesmente, um diagnóstico de probabilidade e é sempre indispensável praticar então a biópsia intracervical, que dá o diagnóstico exacto e permite instituir o tratamento apropriado.

Pelo contrário, quando queremos realizar uma despista-gem sistemática do cancro do colo em mulheres que, clinicamente, não são suspeitas desta afecção é a técnica dos esfregaços intracervicais que nos parece melhor.

Assim, sob o ponto de vista prático, devemos distinguir duas modalidades diferentes de diagnóstico do cancro do colo:

- 1 — Diagnóstico prático em doentes clinicamente suspeitas;
- 2 — Despistagem sistemática do cancro do colo em mulheres aparentemente sãs.

Trata-se, por conseguinte, de dois problemas completamente diferentes e que necessitam de técnicas diversas.

C — DIAGNÓSTICO PRÁTICO DAS DOENTES CLINICAMENTE SUSPEITAS DE CANCRO DO COLO

I — Educação das mulheres

Primeiro que tudo é preciso insistir sobre a necessidade de educação das doentes — por conferências, por artigos nos jornais, pela propaganda radiográfica. É indispensável que todas as mulheres saibam bem que toda a perda de sangue, mesmo mínima, fora das regras, é anormal, perigosa, e deve fazer suspeitar de um cancro. Assim, é indispensável habituar as mulheres a ir consultar um ginecologista logo que haja uma pequena perda anormal de sangue fora das regras.

S U P L E M E N T O

REVISÃO DA SEGURANÇA SOCIAL

Proclamada na Assembleia Nacional, pelo Deputado Dr. Pinto Barriaga, em fins de 1953, a necessidade do reexame integral da nossa política de Segurança Social, irei acrescentar algumas considerações à local com este mesmo título do n.º 124 desta Revista, no intuito de esclarecer melhor alguns assuntos ainda bastante controversos.

Estão neste caso a clínica domiciliária e a remuneração dos serviços médicos, tais como as faz pressupor a primeira crítica e sugestão do Conselho Geral da nossa Ordem, no Relatório, de 7-8-53, sobre o Esquema de Assistência e Previdência.

É de crer que tanto a Caixa Sindical de Previdência do Pessoal da Indústria Têxtil como os Serviços Médico Sociais, ao criarem nos grandes centros os lugares de médicos visitantes, o fizeram no sentido de tornar mais rápidos o conhecimento e realização da clínica domiciliária, com vantagens nítidas para os doentes e também para os médicos que assim viram realizada uma melhor e mais eficaz divisão do trabalho que doutro modo os sacrificaria muito mais. Talvez não sejam poucas as pessoas que gostam de ver novas «opiniões» acerca dos seus males, a avaliar pelo número dos que, podendo ir aos Postos das Caixas ou dos Serviços Médico-Sociais, têm reclamado a visita ao domicílio.

Quanto à assistência nocturna, que só viria agravar as desvantagens acabadas de apontar, recordarei que no mencionado n.º 124 desta Revista se demonstrou ser aconselhável o aproveitamento, mediante comparticipação na despesa (após a conveniente justificação), dos serviços já existentes nas cidades mais populosas.

Desgraçados os médicos destas cidades que, depois dum intenso labor no consultório, tivessem ainda de ir visitar ao domicílio, de dia e noite, os doentes que os reclamassem!!! Talvez nem para lá da cortina de ferro tal suceda!... Seria desumanizar... triturar a Medicina!...

Sendo evidente que a divisão do trabalho é um facto de ordem progressiva (se não, teríamos de regressar ao protozoário), não me parece, salvo o devido respeito, que a sua supressão traga, neste caso, vantagens, quer para os beneficiários quer para os médicos. Em último caso, poderiam atender-se os mais discordantes, mediante uma sobretaxa, para selecção.

Será, por isso, aconselhável reconsiderar aquela crítica e sugestão do mencionado Relatório sobre o Esquema de Assistência e Previdência, para não se vir a avolumar mais o «triste destino da eternamente sacrificada classe médica», como oportunamente advertiu o Sr. Ministro das Corporações e Previdência Social.

Vai já longa a discussão do critério a adoptar para a remuneração dos serviços da Previdência, sem se haver chegado a um acordo. Enquanto uns defendem o vencimento fixo, outros preconizam a remuneração por unidade, representada esta pelo serviço clínico ou pela pessoa assistida (capitação); qualquer dos sistemas tem defeitos e, se os quizerem atenuar, teremos de ir para o termo médio ou seja uma solução mixta (in medio est virtus).

Sem entrar em pormenores já desenvolvidos noutros trabalhos, direi apenas que me parece aconselhável, neste caso, a remuneração mixta, isto é, um ordenado-base acrescido duma remuneração suplementar, composta ainda de duas partes, uma por serviço e outra por capitação; teríamos assim atenuados os defeitos dos diversos sistemas, desde que fossem estabelecidas as devidas proporções, de modo a dar um total condigno.

A remuneração mediante a capitação exclusiva de 1\$20 a 1\$50 mensais, proposta pela Comissão nomeada em Maio de 1950 para o Estudo dos Quadros, Vencimentos e Categorias dos Médicos dos Serviços Médico-Sociais, é simplesmente irrisória, para não dizer aviltante, comparada com a doutros países e mesmo com a alvitrada pelo Conselho Geral da Ordem dos Médicos, na representação entregue, em Dezembro de 1943, ao Sr. Presidente do Conselho — capitação de 4\$00 mensais, que ainda é insuficiente.

Na Escócia, em franca socialização da Medicina, apesar dos desperdícios que esta acarreta, computa-se o rendimento médio dos médicos, livre de despesas de deslocação, em cerca de 1.500 libras anuais (10.000\$ mensais).

Entre nós, parece haver a funesta e antipatriótica preocupação de inferiorizar-nos em relação ao estrangeiro, como se fora razoável engrandecer Portugal, amesquinhando os portugueses!... É preciso prevenir o perigoso complexo de inferioridade a que conduz fatalmente tal orientação e procurar que todos se orgulhem de ser portugueses!...

O sistema da clínica aberta a todos os médicos parece não satisfazer, como assaz se tem demonstrado e o confirmou ainda o Sr. Ministro das Corporações e Previdência Social, quando reconhece «o médico privado... menos caro que o de clínica aberta» e diz ter de se concluir pela «negação do clínico dito livre, se persistirmos em tratar as doenças de curta duração».

Além disso, em que situação ficaria a maioria dos colegas, quando lhes pedissem, como já se faz e de certo continuará a fazer, responsabilidades e indemnizações pelos prejuízos ocasionados à Previdência?!

O que há a fazer é, mediante leal cooperação e a adopção de convenientes reformas nos serviços e no esquema assistencial, tornar estes mais económicos e ficar depois, desta forma, a Previdência habilitada a admitir mais pessoal médico, para aliviar o actual, demasiado sobrecarregado, e a pagar-lhe melhor. Outra orientação parece-me ineficaz e contraproducente.

É inegável que os actuais médicos privativos estão demasiado sobrecarregados, não podendo, por isso, dar o rendimento que poderiam realizar, trabalhando em melhores condições; e mais o estarão com a federação de novas Caixas e inscrição progressiva dos agregados.

Ora não faz sentido que, enquanto uns se esgotam em trabalho excessivo, outros estiolem numa inactividade deprimente, quando há tanto em que os ocupar!...

Porque não afrontar de cara os erros, em vez de procurar ladeá-los com ridículos receios e espertezas sa-loias?...

É preciso dignificar a Medicina, de harmonia com o que se diz na encíclica Quadragésimo Ano: «...quanto mais perfeita ordem jerárquica reinar entre as várias agremiações... tanta maior influência e autoridade terão os poderes públicos, tanto mais feliz e lisongeiro será o estado da nação».

Para isto, são necessárias, entre outras, as seguintes providências:

1.º Separar da Previdência os não economicamente débeis, que, sem vantagens para ela, poderão beneficiar a clínica particular;

2.º Dar melhor cumprimento, a exemplo do que já se faz nos tratamentos anti-tuberculosos, ao disposto no art.º 13.º do Decreto n.º 37.762, de 24-2-50, sobre taxas e comparticipação nas despesas, de modo a evitar

Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica

5.ª Sessão científica do Ano Académico de 1953-1954, realizada na Sociedade das Ciências, no dia 26 de Abril de 1954. Presidiu o Dr. Cid de Oliveira ladeado pelos Professores Drs. Celestino da Costa e Adelino Padesca, e Dr. Marques da Mata, Secretário Geral da Sociedade de Hidrologia.

Resumo das comunicações apresentadas pelos autores:

«*Alguns aspectos da clínica hidrológica*», do Professor Doutor Maximino Correia, Director Clínico de Vidago.

O autor que tem cerca de vinte anos de experiência, falou das condições es-

abusos e os correspondentes desperdícios;

3.º Facultar aos beneficiários da Previdência, que o solicitem, o abono antecipado da totalidade dos tratamentos e meios auxiliares de diagnóstico, a liquidar depois com sobreprémio, na cota respectiva, por meio de descontos nos subsídios e salários, salvo casos muito especiais a resolver isoladamente;

4.º Destinar à assistência médica mais dos 3 % actuais sobre os salários, a exemplo do que sucede noutros países, em que esta verba vai de 5 a 9 % (Espanha, Itália, Grécia, etc.);

5.º Limitar os serviços diários de consultas e visitas de cada médico a determinados números, salvo os casos de urgência em que, para os seleccionar, se estabeleceriam sobretaxas; quando os números fossem excedidos, ampliar-se-iam os quadros ou chamar-se-iam suplentes;

6.º Simplificar o actual sistema de receituário e de requisições de análises e radiografias, sem limitações a formulário ou lista especial, nem dobramentos e cópias, que depreciam os serviços, fazendo lembrar os duma mercearia ou estabelecimento similar;

7.º Conceder aos funcionários da Previdência regalias comparáveis às dos funcionários públicos, com vencimento durante os períodos de doença, concessão de licença ilimitada, readmissão após restabelecimento de doença prolongada, etc., etc.

*

Muito haveria ainda a dizer, mas, para não alongar mais, ficará para outras ocasiões. Importa, no entanto, como já disse, a revisão da primeira crítica e sugestão do Relatório, do Conselho Geral da nossa Ordem, de 7-8-53, sobre o Esquema de Assistência e Previdência.

Porto, 25-5-54.

CONSTANTINO A. CARNEIRO

peciais em que se exerce a clínica hidrológica que, sendo uma clínica especial tem de tratar vários males, de vários departamentos orgânicos, sempre com o mesmo agente terapêutico.

Essas condições especiais referem-se:

- a) Ao doente;
- b) Às relações com os outros médicos;
- c) Às relações com as entidades que exploram as águas minerais, das quais os médicos dependem, segundo a lei vigente.

Àcerca do doente, faz considerações de vária ordem, lembrando que em geral, os doentes que vêm a termas trazem o tempo e o dinheiro contado; que não são nossos doentes, mas de outros médicos que têm tendência a abusar das doses de água e dos alimentos, insistindo nas normas a adoptar.

Pelo que respeita aos outros médicos, lembra, mais uma vez, que o doente que vem às termas é, em geral, de outro médico, ao qual há que participar o que se passa, as nossas dúvidas, como os incidentes ou normalidade da cura.

Refere ainda que alguns médicos que não são hidrologistas, se permitem instituir, eles próprios, a terapêutica, invadindo as atribuições do médico das termas, o que, decerto, não fazem por mal, uma vez que nos confiam os seus doentes. Há também que ter em vista a atitude dos colegas colaboradores e dos colegas que vêm às termas para tratamento ou para repouso.

Como conclusões, propõe-se que a Sociedade de Hidrologia, promova e solicite:

- 1.º — A criação nas Faculdades de Medicina do País, de uma cadeira de Hidrologia Geral, para que o policlinico possa, em conhecimento de causa, aconselhar aos seus doentes, a cura que a riqueza hidrológica de Portugal nos põe à disposição.
- 2.º — As modificações da lei que dignifiquem a profissão, tornando o médico de termas, independente, única forma de poder contribuir eficazmente para o progresso da assistência termal.

«*Breves anotações a propósito da carta hidrológica de Portugal*», do Dr. José Aboim Ascensão Contreiras.

O autor principiou por expor a série de trabalhos em que se apoiou para estruturar um novo mapa hidrológico, discriminando as fontes desaparecidas e as nascentes ultimamente registadas.

Desenvolvendo considerações técnicas, acerca das águas medicinais, mostrou a necessidade de, a par dos componentes mineralizadores, ser aprofundado o estudo da matéria orgânica nelas

integrada, admitindo o conceito de possuírem propriedades antibióticas e energia potencial vitamínica.

Simplificando a qualificação das águas, preconizou depois uma nomenclatura que corrige classificações antiquadas.

E terminou por se congratular pelo ambiente de cordialidade daquelas sessões, feliz pronúncio de se tornar mais íntima a colaboração entre todos os membros da hidrologia.

«*Algumas considerações sobre a terapêutica crenoclimática da artrite reumatóide*», por J. A. Neiva Vieira.

O autor afirma que o desconhecimento da causa da artrite reumatóide justifica as dificuldades no tratamento e aponta alguns factores que melhoram a doença, entre estes certos factores climáticos e a terapêutica termal. Descreve quais as regiões de Portugal que possuem clima mais favorável para estes doentes e as condições a que deve obedecer o microclima do edifício onde o doente habita ou se trata.

Procura interpretar a acção terapêutica das águas medicinais como uma dessensibilização das articulações ao agente desconhecido que é a causa da doença e tira desta hipótese conclusões confirmadas pela experiência clínica: que o tratamento termal deve ser desde o início da doença passada a fase aguda, que se deve repetir todos os anos mesmo que o doente esteja sem sintomas e que deve ter uma duração nunca inferior a 10 banhos e em regra de 20 banhos.

Dá indicações gerais sobre as diferentes termas portuguesas especializadas no tratamento das doenças reumáticas e refere em que fase clínica e para que termas se deve enviar o doente.

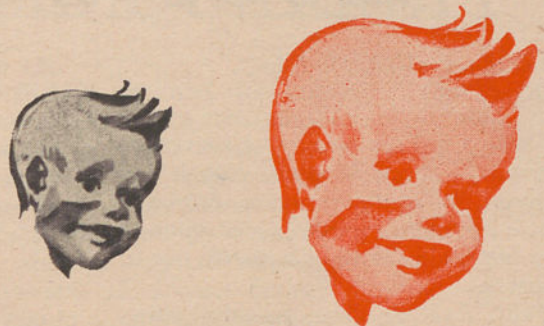
Documenta com vários casos clínicos, alguns de grande raridade como artrite reumatóide associada a síndrome de Sjögren, os comentários que faz aos resultados obtidos nas termas conforme a modalidade de artrite reumatóide.

Finalmente ocupa-se da associação da crenoterapia a outras terapêuticas, em especial à terapêutica com cortisona e afirma que no período que se segue à suspensão da cortisona o doente não deve fazer terapêutica termal, pois está sujeito ao risco de que se desencadeie uma crise aguda, devendo mediar 1 a 2 meses entre as duas terapêuticas.

Documenta clinicamente que doentes sujeitos à cortisonoterapia durante largos meses vão, depois da interrupção do tratamento, encontrar nas termas alívios que a cortisona lhes não conseguira dar de forma permanente, o que mostra bem a actualidade da terapêutica termal.

O tratamento de fundo da artrite reumatóide continua a ter como base a auroterapia e a crenoterapia.

SUSPENSÃO ORAL - XAROPE



PALMITATO
 DE
CLOROANFENICOL
PARA USO INFANTIL

Febres tifoide e paratifoide e outras salmoneloses.
 Febre de Malta. Rickettsioses.

TOSSE CONVULSA
 Meningites. Infeções urinárias. Varicela.
 Sarampo, rubéola e papeira.
 Infeções por cocos resistentes à penicilina

Chlorotifina

SUSPENSÃO ORAL
 (Xarope)

apresenta-se em frascos com 60 c. c. correspondendo cada colher de chá a cerca de 4 c. c. (125 mg. de cloroanfenicol aproximadamente).

Fácil administração — Idêntica actividade

SABOR AGRADÁVEL
PRODUTO SÁPIDO
 e completamente absorvido pelo tracto digestivo.



INSTITUTO LUSO-FARMACO — LISBOA

ECOS E COMENTÁRIOS

A HISTÓRIA «VIENT DE PARAITRE»

Há muito que os nossos estudantes — todos nós — necessitavam de uma história geral da medicina; essa lacuna preenche-a certamente o livro agora anunciado na imprensa diária e que ainda não manuseamos.

O Prof. Luís de Pina, que rege no Porto a cadeira de História da Medicina e Deontologia Profissional, com a autoridade do seu passado de historiador, nomeadamente da Medicina, garante os méritos da obra já saída dos prelos.

DEPOIS A DEONTOLOGIA...

A constante e omnimoda actividade do Autor leva-nos a acalentar a esperança de que tenhamos, em futuro próximo, também um volume sobre ética da profissão.

Hoje, que a cadeira de Deontologia parece não ser já necessária para os estudantes de medicina, talvez por se apelidarem os tempos actuais indistintamente de crise de moralidade ou de imoralidade, o que gera confusões nos espíritos simples, bem se precisa que todos disponhamos de uma obra nacional e actual sobre tal disciplina para servir de testemunho do interesse de alguns contemporâneos por tão enfadonhas matérias.

Obra também actual por ter a medicina moderna, principalmente nos seus aspectos sociais, novas facetas carecidas de estudo e apreciação moral.

REVISÃO NECESSÁRIA

A revisão e coordenação do muito já escrito sobre deontologia por publicistas nacionais e estrangeiros, destes mais nossos conhecidos os franceses e espanhóis, é bastante oportuna e podem dizer-se chegados os tempos.

O julgamento das práticas e conceitos que os progressos da medicina permitiram ou determinaram está feito, como também está o de todo um formalismo romântico, acessório e desactualizado, que se deve afastar para que sobressaia o essencial, isto é o esqueleto moral, farol esclarecedor de dúvidas que surjam.

Isso dará, num tempo, duas expressões à deontologia — a actual e a eterna; aquela como expressão desta, esta como tradição e unidade moral sempre melhorada por gerações sucessivas, que não a tendo diminuído antes afinaram os padrões éticos que sempre vivem no homem.

CONCLUSÃO

Se pode ser aumentada, acrescentada no pormenor pelas novas conquistas da ciência, estas têm já, numa boa deontologia, os capítulos onde devem ser enquadradas e as similitudes que facilitam os novos juízos.

Diga-se que a deontologia médica portuguesa tem nos seus códigos um brilhante passado, uma gloriosa tradição, e, muito principalmente artigos de genial antevisão.

As novas possibilidades da medicina de hoje não são todas de aproveitar, pois tudo se rege entre o poder e o saber, não se podendo tudo o que se sabe, como se não sabe, tudo o que se pode, já que um e outro raras vezes se conjugam como o lamenta o conceito italiano:

*Chi puà non vuò
Chi vuò non può
Chi sa non fa
Chi fa non sa
E così va il mondo
Multo male*

Não assim com o Prof. Luís de Pina que sa e può, assim seja o vuò, com

a vontade que costuma imprimir à sua acção, que podemos bem dizer que fa.

W. P.

A PLETORA MÉDICA EM FRANÇA

Na Assembleia Geral da Confederação dos sindicatos médicos franceses, que se reuniu no mês de Dezembro de 1950, tratou-se da questão da plethora médica.

Em França, durante 50 anos, o número de médicos duplicou, sem que a população do país aumentasse na mesma proporção; eram 17.000 os médicos em 1900 e cerca de 34.000 em 1950. Atendendo à frequência das Faculdades de Medicina e descontando a mortalidade, os que deixam de exercer e os jovens médicos que abandonam a medicina, calculava-se então que haveria em França 40.000 médicos em 1953 e 50.000 em 1960.

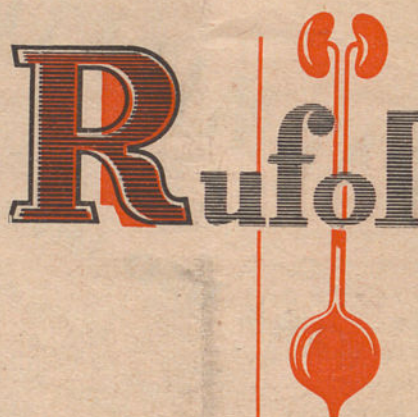
Depois de grande e viva discussão sobre este assunto, a assembleia de 1950 votou pelo princípio de um concurso para entrada nas escolas de medicina e pela continuação da propaganda junto das famílias e dos alunos dos liceus, nos seguintes termos:

A Assembleia Geral da Confederação dos Sindicatos Médicos Franceses chama a atenção dos poderes públicos para as consequências nefastas da plethora da medicina por uma massa de clínicos consideravelmente mais numerosa do que a que é necessária para a Saúde Pública. É preciso, segundo afirmam, considerar que isso leva não só ao empobrecimento e mesmo à miséria dum grande número de médicos, mas, ainda mais, à desmoralização da medicina francesa.

Assim se veria criar uma chaga social que seria então incurável e com a qual sofreriam as instituições de segurança social e a saúde pública.

Com o fim de evitar tal perigo, a Assembleia pediu que o número de estudantes autorizados a frequentar o primeiro ano de medicina seja fixado todos os anos, por via oficial, número esse indicado pelos organismos representativos da profissão médica.

A Assembleia Geral afirmou que somente estas medidas podem constituir o remédio eficaz no combate à plethora médica. A situação, porém, não se modificou depois de 1950; não temos conhecimento de que fossem tomadas medidas adequadas ao mal que se apontava. De resto, o problema da plethora médica é semelhante, em França e noutros países. Nalguns países menos evoluídos em matéria sanitária deve, porém, conjugar-se com as necessidades crescentes de médicos para os serviços sociais. O pior é que, nalguns países — e a França está nesse caso — já não é fácil dar serviços devidamente remunerados a muitos médicos. Em Portugal, a crise da classe médica poderia atenuar-se muito se eles fossem devidamente aproveitados e se lhe dessem remunerações razoáveis.



COLIBACILOSES
das vias urinárias

Sulfametil-tiodiazol

TUBO DE 20 COMPRIMIDOS

- Acção especial sobre o colibacilo
- Alta concentração no aparelho urinário
- Doses muitas baixas
- Perfeita tolerância

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

A jubilação do Prof. ALMEIDA GARRETT

As manifestações de simpatia, apreço e admiração que têm sido tributadas ao Prof. Almeida Garrett, por atingir o limite de idade, são justíssimas e todos os seus numerosos amigos, entristecidos por vê-lo afastar-se de funções onde tanto brilhou, se congratulam por verem, assim, publicamente reconhecidas as raras qualidades e os excepcionais serviços do ilustre mestre e publicista, grande organizador da pediatria do Norte, que na direcção da Faculdade de Medicina do Porto se conservou durante duas décadas e, mais tempo ainda, na presidência da Junta da Provincia do Douro Litoral — onde, nuns e noutros cargos deixa o seu nome ligado a notáveis empreendimentos. Tem sido um incansável trabalhador, a quem a medicina muito deve, sobretudo na direcção do «Portugal Médico» e como membro dos corpos dirigentes da antiga Associação Médica Lusitana e da Ordem dos Médicos.

Entre os seus amigos e admiradores contam-se todos os que trabalham em «O Médico», que muitos serviços lhe deve e por isso lhe dirigem, nesta hora de consagração, afectuosas saudações, com os votos de que continue, ainda por muitos anos mais, a prestar o concurso das suas excepcionais qualidades, a bem da Nação e da Medicina.

Revestiu excepcional imponência a homenagem que, no dia 26 de Maio último, foi prestada ao Prof. Almeida Garrett, por ocasião da sua última lição na Faculdade de Medicina do Porto.

O acto realizou-se no Salão Nobre, que estava repleto com professores e directores de todas as Faculdades, estudantes, deputados, etc. Nas primeiras filas, em lugar de honra, viam-se o reitor da Universidade, Prof. Amândio Tavares, e os srs. general Cota de Moraes, comandante da 1.ª Região Militar; Dr. Vítor Lopes Dias, representante do chefe do distrito, Dr. Domingos Braga da Cruz, ausente em Lisboa; Prof. Dr. Hernâni Monteiro, representante da Câmara Municipal do Porto; Dr. Cerqueira Gomes, bastonário da Ordem dos Médicos; Prof. Luís de Pina, que representava a União Nacional; Prof. Dr. Rosas da Silva, da Junta de Província; Prof. Dr. Costa Sacadura, pela Faculdade de Medicina de Lisboa, etc., etc. O reitor, Prof. Dr. Amândio Tavares, representava, na homenagem, o ministro da Educação Nacional e o director geral do Ensino Superior, Drs. Fernando Pires de Lima e João de Almeida.

A lição do Prof. Almeida Garrett

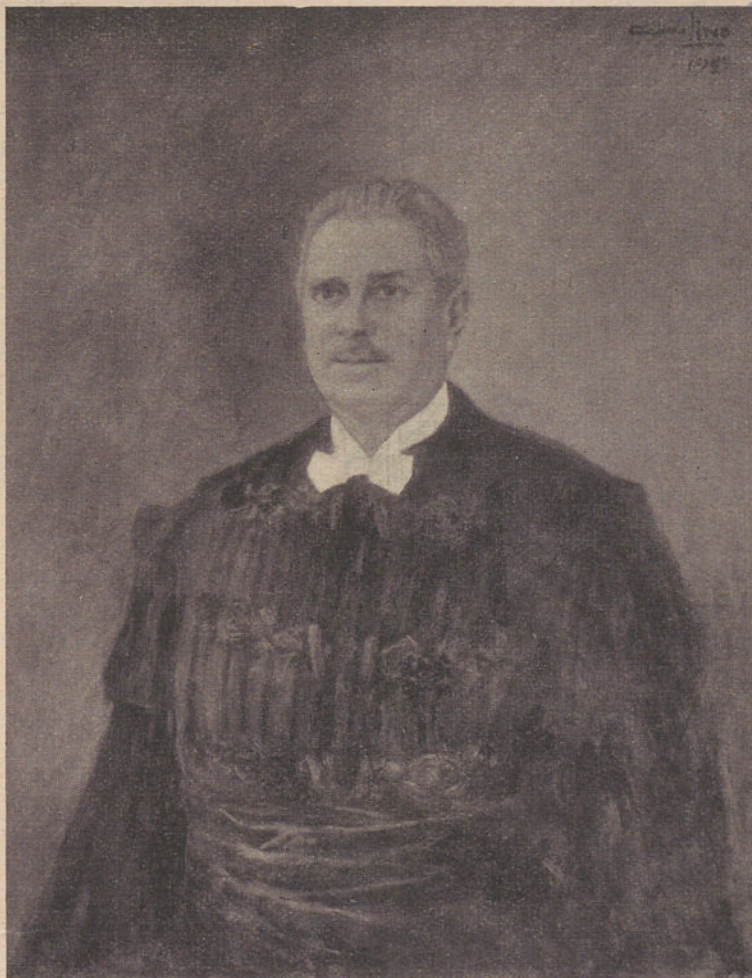
Publicamos a seguir o texto da última lição do Prof. Almeida Garrett; colhido taquigráficamente, e revisto pelo autor, gentileza que muito lhe agradecemos.

Eminente Reitor, ilustres e presados colegas:

Quisesteis dar a esta minha última

lição o carácter de solenidade académica, numa prova de amizade e consideração que profundamente me sensibiliza. Ela vem culminar, por forma extremamente penhorante, a enorme

encontro palavras para a exprimir vividamente. Oxalá eu possa, um dia, prestar qualquer serviço compensador dos imerecidos favores que me haveis concedido e que jamais poderei esquecer. Obrigado. Muito Obrigado.



PROF. ALMEIDA GARRETT

generosidade com que sempre me haveis tratado, permitindo-me ter aqui vivido numa atmosfera de afectuosa camaradagem, tanto mais para agradecer quanto não fiz mais do que acompanhar a vossa devoção por esta casa, que amamos entranhadamente, procurando constantemente o engrandecimento da sua acção e do seu prestígio. A minha gratidão é tão grande que não

Nas horas extremas, como esta é, os olhos do espirito voltam-se para o passado, e os meus voltam-se para os tempos da mocidade, quando há mais de cinquenta anos me sentava nos bancos da antiga Escola. Recordo respeitosamente os meus saudosos mestres. Lembro-os a todos, como se estivessem diante de mim, como se o tempo tivesse parado. O bondoso Augusto Brandão, sagaz prescrutador dos valores a conquistar para a casa. Ilídio do Vale, uma inteligência vivíssima num corpo de rapaz. Os grandes clínicos, meus professores das Patologias, Dias de Almeida e Moraes Caldas. Cândido de Pinho, modelo de elegância profissional e social. Roberto Frias, com sua espantosa erudição posta ao serviço da docência e da clínica. E depois aqueles a quem mais fiquei devendo no encaminhar da vida para as tarefas do professorado: Plácido da Costa, Luís Viegas, Alberto de Aguiar, Lopes Martins e Maximiano Lemos.

Afrontando o condenável gesto de falarmos de nós próprios, ousou recordar os primeiros passos da minha carreira docente, para dar à consciência a satisfação de publicamente confessar a dívida e testemunhar imperecível gratidão.

Há quarenta e cinco anos, com a audácia da mocidade, atrevi-me a prestar provas de concurso a professor substituto da Secção Médica. A exclu-

são não me surpreendeu, e ao agradecer aos membros do júri a amável maneira como haviam recebido o juvenil arranque, Plácido da Costa, aquela poderosa mentalidade que aliava ao engenho inventivo o mais agudo espírito crítico, e Luís Viegas, a gentilíssima figura de requintada e total distinção que está sempre na memória dos que tiveram a felicidade de o conhecer, abertamente me aconselharam a persistir no propósito esboçado. Dois anos depois a Escola era transformada em Faculdade e nela entrei como assistente, pela mão de Alberto de Aguiar, o grande homem de laboratório, de incansável dedicação pela docência, e de Lopes Martins, o considerado mestre da Higiene, ramo para o qual mais tendiam as inclinações do meu espírito. E em Maximino Lemos, o santo Maximiano, vim encontrar, ao dar os primeiros passos da carreira, um modelo de alta personalidade moral, a ensinar-me o amor pelo trabalho persistente e a estoica dignidade da vida.

Finalmente, evocados os que a morte já levou, aponto o único sobrevivente, mestre insigne de clínica e deontologia, o querido e venerado professor Carlos Lima, aqui presente, no qual consubstancio os sentimentos de admiração e respeito por todos, esperando os receba carinhosamente, porque bem sabe que são sinceros.

Depois outros vieram e partiram, e a todos recordo saudosamente, companheiros dedicados na constante labuta de servir a ciência e o ensino. Se os não evoco, um a um, é que só quis lembrar os que foram meus professores, para cumprir o hipocrático mandamento que ordena honremos os nossos mestres.

*

E agora, senhores finalistas, vamos à lição. Será pequena em extensão, mas grande na intenção que a determina. Vou falar-vos da vossa vida futura, dos procedimentos a seguir quando em breve soar a hora da entrada na vida profissional.

Em primeiro lugar, escolhei o campo de actividade mais de acordo com as vossas tendências intelectuais. Só é fecundo o trabalho que se faz com prazer. Escolhido esse campo, dedicai-vos constantemente ao estudo. Saber é a primeira condição, a condição basilar, para se ser bom médico; e o saber só se adquire pela leitura quotidianamente atenta, que trás a experiência alheia, que depois vamos caldear com a nossa própria experiência.

Mas a medicina, na prática, é uma arte, seja qual for o ramo considerado, clínico ou para-clínico. Não basta para a exercer possuir ciência; é preciso alguma coisa mais, mormente na clínica, em que o médico está em contacto directo com o doente. É indispensável não ver neste apenas o caso clínico, mas o padecente, a pessoa que sofre, que tanto necessita de tratamento material como de conforto moral. Fala-se hoje muito de medicina psico-somática, como

reação contra a supremacia do materialismo trazido pela subtileza e multiplicidade das técnicas de semiótica e de terapêutica. A reação é legítima. É preciso conjugar os progressos técnicos com a noção fundamental da interferência psíquica na vida vegetativa, e com o respeito a ter pelo doente, para do mesmo passo aliviar os sofrimentos do corpo e da alma.

Depois, há que actuar não só com consciência científica, mas também com consciência moral, com probidade. Segui sempre, inflexivelmente, as normas do estatuto deontológico, para com os colegas, para com os doentes, para com todos. Sabei fugir dos execráveis exemplos, felizmente raros, dos que denigram a reputação dos colegas para realçar o seu próprio merecimento, dos que praticam intervenções sem indicação formal ou quando já nada de bom se pode de elas esperar, dos que sacrificam necessitados com honorários sem proporção com os recursos económicos da família do doente.

Tais más acções vem da ânsia pelo dinheiro. Se é justo que o médico ganhe de acordo com a sua posição social, nele não deve haver a deletéria ambição de enriquecer. A riqueza é vã cobiça, ainda pior que a do épico, porque leva aos abusos da abundância, lesivos da saúde física, e, o que ainda é mais grave, destrói a paz de espírito, condição primária da felicidade. E se o médico não é um amoral, monstruosidade repelente, os malefícios que praticou hão-de queimar-lhe a consciência em chagas irremediáveis.

Uma vida honesta, sã, passada na devoção pelo trabalho, no amor pela família, e no bem que possamos espalhar à nossa volta, é a melhor garantia de felicidade pessoal e de sucesso profissional. Só ela mantém a alegria de viver, a chama ardente das energias da juventude, que acalenta nas horas más e exalta nas horas boas, chama que é mister conservar até ao fim da jornada.

Os reflexos de uma vida assim conduzida vão além do âmbito pessoal, familiar e profissional. Estendem-se para a vida social, granjeando a consideração e simpatia a que o médico tem direito.

E já que falei em vida na sociedade, devo notar-vos que o médico, tendo de lidar com gentes de vários credos e de distintas estruturas mentais, mais do que ninguém precisa de possuir o equilíbrio mental que é apanágio dos homens cultos, de compreensiva tolerância pelas opiniões alheias, pois bem sabemos como são falíveis e relativos os juízos humanos.

E se a vossa actividade, pela força das circunstâncias, alguma vez transcender da esfera profissional, o mesmo espírito vos deve acompanhar, distinguindo nas discrepâncias do vosso sentir o que é ocasional e secundário do que é fundamental e permanente, para a elevação do carácter e integridade da civilização, e portanto intangível: as leis de Deus e o amor da Pátria. Os que ofendem estes essenciais princípios

só merecem desprezo; para tudo o mais, compreensão e esclarecimento.

Queridos alunos: — A lição está dada. Ela foi apenas um resumo das lições que nesta casa vos dão. Foi simples mas foi verdadeira. Se vos servir, se a vossa vida for guiada pelas indicações que vos dei, na minha longa carreira de professor esta derradeira lição terá sido, sem dúvida, a minha melhor lição. É quanto me basta para findar contente. Nada mais.

Vários discursos

Uma prolongadíssima ovação coroou as últimas palavras da lição. E começaram os discursos, todos calorosamente aplaudidos.

Em nome dos alunos da Faculdade, o finalista sr. Manuel Moutinho saudou o homenageado, afirmando que os estudantes de Medicina perdem, com o afastamento do Prof. Almeida Garrett, um precioso mestre e colaborador. Depois de largas e elogiosas considerações, desejou, ao novo jubilado da Faculdade, as maiores felicidades e venturas na vida extra-escolar, assegurando que ele terá, sempre, um lugar no coração de todos. Terminara oferecendo, como recordação, um objecto de prata e um livro de arte, luxuoso.

O Dr. Fonseca e Castro, testemunhou em seu nome e em nome da Pediatria, a admiração que todos sentem pelas qualidades de inteligência e carácter do grande mestre, que trabalhando na Faculdade há quarenta anos e dirigindo-a há vinte e três, bem pode dizer-se que viveu, ali, a maior parte da sua vida. Salientou, seguidamente, os altíssimos serviços prestados Prof. Almeida Garrett aos múltiplos problemas médico-sociais, especialmente no campo da puericultura e assistência à criança.

O Prof. Almeida Garrett — sublinhou — tem sido impulsionador nos momentos de desalento e o melhor conselheiro nas ocasiões em que a sua douta opinião é precisa. Esperamos, pois, que nunca nos abandonará — contamos com a sua permanente colaboração nesta Faculdade, que foi e continuará a ser, pelo menos espiritualmente, sempre a sua Faculdade.

Ao terminar, o Prof. Fonseca e Castro anunciou que ia ser descerrado o retrato do homenageado, da autoria do mestre Acácio Lino — retrato que pediu para ser transferido para o novo Hospital Escolar, quando for inaugurado.

O Dr. Armando Tavares, assistente de pediatria, convidou então a esposa do Prof. A. Garrett para descerrar esse retrato, que os pediatras discípulos do homenageado oferecem à Faculdade de Medicina. Esse momento foi sublinhado com grandes aplausos, bem como a entrega de ramos de flores à Senhora de Garrett, feita pelas enfermeiras de pediatria e pelas alunas do curso de higiene e puericultura.

Depois, o Prof. Rocha Pereira, em nome do conselho escolar, traçou, citando os passos principais da sua bela

carreira, a biografia do Prof. Garrett, a quem abraçou, depois de o felicitar pela comenda que lhe havia sido conferida e cujas insígnias haviam sido adquiridas pelos professores e assistentes da Faculdade de Medicina. O professor jubilado, Dr. Carlos Lima associou-se à homenagem que acabava de ser prestada ao seu antigo discípulo, cujas qualidades pôs em relevo, declarando que na sua lição de deontologia ele tinha feito, afinal, a sua auto-biografia.

Palavras do Reitor da Universidade

Por último, o Prof. Amândio Tavares, reitor da Universidade do Porto, manifestou o desejo de acrescentar algumas palavras às que já haviam sido proferidas, de justa consagração de um professor a quem a Faculdade de Medicina fica a dever grandes serviços, salientando destes os que prestou como director, desde 1931.

Depois de se referir à inteligência, competência e dedicação do Prof. Almeida Garrett, o Prof. Amândio Tavares fez algumas considerações sobre a lei do limite de idade, que compensa o trabalho com um justo repouso, mas que neste caso, por atingir um homem de invejável mocidade, representa apenas uma jubilação oficial, pois a sua actividade a favor da ciência e do país poderia prosseguir, embora parasse a sua actividade docente.

E a terminar, o reitor de U. do P. disse que a lição e o exemplo da vida do Prof. Almeida Garrett não poderiam ter passado despercebidos dele e do Governo. O ministro da Educação Nacional houve por bem propôr ao sr. presidente da República a concessão do grande Oficialato da Ordem da Instrução Pública. Ao colocar-lhe as insígnias, em nome do ministro da Educação Nacional, fazia sinceros votos para que as usasse por muitos anos e com boa saúde — em seu nome e no de toda a Universidade do Porto.

*

Serenadas as palmas, o Prof. Garrett, visivelmente comovido, disse palavras de profunda gratidão para o Ministro, para o Reitor, para os colegas que falaram pela boca de Rocha Pereira, para os companheiros da Pediatria, de ontem e de hoje, para os alunos cuja estima lhe foi sempre fiel, para todos os que o vieram saudar com tão amiga e excessiva generosidade. E rematou exclamando: — Vou deixar a Faculdade mas a Faculdade não me deixa, porque a levo aqui, dentro do meu coração!

E com palmas demoradas terminou esta cerimónia, tendo o homenageado recebido os abraços de colegas e amigos.

Almoço de homenagem

O 3.º ano médico ofereceu, no dia 20 de Maio, no Centro Universitário

do Porto, um almoço de homenagem ao Prof. Almeida Garrett, Director da Faculdade de Medicina e professor desse curso na cadeira de Higiene, pelo facto de em breve ir abandonar os cargos de director e professor, que, com tanto brilho, tem exercido.

No almoço, tomaram parte todos os alunos desse ano, seus professores e assistentes. Aos brindes, usou da palavra o aluno Álvaro Torres, em nome do curso, que pôs em relevo as qualidades do mestre e, comovidamente, se referiu à saudade que vai deixar entre todos os estudantes de Medicina. Em seguida, Abílio Marques, aluno do curso, fez entrega duma lembrança ao Prof. Al-

meida Garrett. Este, muito sensibilizado, agradeceu a homenagem sincera e espontânea dos seus alunos, de que vai ter, disse, muitas saudades.

As palavras do ilustre Professor foram coroadas por uma salva de palmas que, de pé, todos os assistentes lhe tributaram.

Adesões

Na Faculdade foram recebidas dezenas de telegramas de adesão à homenagem, de agremiações científicas e de colegas.



GELDIAZINA

NO TRATAMENTO
DAS DIARREIAS
DE ORIGEM
INFECCIOSA

GELEIA AGRADÁVEL AO PALADAR

FÁCIL E PRÁTICO CONTROLE DE
ADMINISTRAÇÃO DA SULFADIAZINA
ESPECIALMENTE NAS CRIANÇAS

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

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

Laboratório Farmacológico

J. J. FERNANDES, LDA.

LISBOA - PORTO - COIMBRA - FUNCHAL

NOVOS DISCURSOS DE PIO XII SOBRE PROBLEMAS MÉDICOS E PARAMÉDICOS

(Conclusão do número anterior)

Discurso aos médicos italianos de clínica geral

Sua Santidade o Papa recebeu no dia 4 de Outubro de 1953 numerosos médicos de clínica geral, tendo então aproveitado a ocasião para exaltar a medicina no seu conjunto e síntese. Publica-se a seguir o texto deste discurso:

No início do vosso curso de aperfeiçoamento, promovido pela benemérita secção romana da Associação dos Médicos Católicos Italianos, haveis expressado o desejo de ser recebidos por Nós, desejo que desperta em nosso coração um eco de paternal afecto e viva complacência.

Entre as muitas audiências que homens de ciência de todos os ramos de saber e profissionais de toda a disciplina nos têm pedido, aquelas que se referem aos médicos são particularmente frequentes e variadas, porque dizem respeito às mais diversas especialidades em que é rico e fértil o campo da sua ciência. Para não citar mais do que factos recentes, no mês passado tiveram lugar duas audiências, uma aos genetistas do Primeiro «Symposium Geneticae Medicae» e a outra aos membros do VI Congresso Internacional de Microbiologia; médicos portanto os primeiros e médicos também em definitiva os segundos. Médicos peritos, como vós também sois, não podia faltar e pôr em relevo a coincidência que há conduzido aqui, no espaço de poucos dias, a estudiosos que desenvolvem as suas investigações em dois ramos tão claramente complementares, a etiologia endógena das enfermidades hereditárias e a etiologia exógena das doenças infecciosas e parasitárias.

Dito isto, queremos ajuntar que vós, médicos de clínica geral, nos ofereceis uma ocasião oportuna de considerar não um ou outro aspecto especial da ciência e arte sanitaria senão a profissão médica numa visão única e sintética. Com efeito os médicos de clínica geral representam uma categoria que professa a medicina de modo mais vasto, levando ao doente todos os socorros possíveis que a ciência e a arte médica pode oferecer-lhe.

Enquanto que uma grande parte dos

vossos colegas se especializaram nos ramos fundamentais (medicina interna, cirurgia, obstetrícia) ou também em muitas outras especialidades, vós continuais cultivando e praticando a medicina total, prosseguindo na vida profissional, aquela preparação polivalente, que o programa dos estudos universitários traça e requiere para a formação do médico. Esta característica da vossa profissão parece-nos digna de relevo, quer no aspecto científico, quer no aspecto social e espiritual. Se é verdade que a especialização dos estudos médicos é necessária a fim de que possam progredir os conhecimentos científicos e as necessidades terapêuticas, não é menos certo que uma especialização exagerada pode ser nociva tanto do lado doutrinário como prático, visto que impede mergulhar naquela completa harmonia e interdependência, naqueles equilíbrios e naquelas leis que ligam órgãos, aparelhos e sistemas na economia do organismo humano, que não é um agregado de partes, senão íntima coesão de estruturas e de funções. Além disso, e já há muito tempo, a medicina designou um termo para indicar estes fenómenos de construção e de correlação do corpo humano, que conferem um carácter unitário e ao mesmo tempo atribuem um cunho individual a cada um dos organismos. Este termo, como bem sabeis, é o de «constituição», já utilizado nas expressões da medicina antiga como «humor», «temperamento» e outras semelhantes. Desta forma, vós sois os mentores e quase os guardiões do espírito unitário, de cuja necessidade se dá conta cada dia na vossa prática profissional.

Do lado social, o médico de clínica geral, que também frequentemente é delegado de saúde ou exerce as suas funções, deve não só ocupar-se das doenças em

cada caso, mas também estudar o lugar, as pessoas e as coisas em relação com a higiene e a profilaxia. Encontra-se, pois num estado muito favorável para recolher e considerar as relações do homem no complexo da vida social, que se manifesta aos seus olhos nos seus aspectos positivos e negativos. A sua intervenção, não é portanto nem só, nem sempre médica, mas também com frequência social; e neste campo o médico está dotado de noções tão importantes e está revestido de uma autoridade moral tão reconhecida, que nas habituais controvérsias, pode prestar serviços à comunidade, sugerindo espírito de respeito para com a pessoa humana, quando o egoísmo tende pô-la de lado, e espírito de objectividade quando a demagogia altera o fundamento dos problemas, proporcionando-lhes uma solução razoável.

Finalmente, vós e convosco outros beneméritos profissionais, continuais sendo aqueles médicos de família, que conhecem não só as circunstâncias patológicas dos indivíduos pertencentes a sucessivas gerações, senão os aspectos espirituais, ideológicos e por assim dizer, «caracteriológicos» de cada caso, de forma que estais em condições de valorizar o homem na sua própria natureza de alma e de corpo, coexistentes no composto humano e sujeitos a reciproca influência. Segundo a natureza, a alma e o corpo não estão em oposição, senão em íntima e constante colaboração, de forma que quando se apresenta a ocasião de ajudar as almas — e sucede isso a miúdo — deveis agir com a convicção de prestar uma valiosa ajuda a todo o homem, não só na parte espiritual, senão também frequentemente para a melhor eficiência do seu organismo. Quando mais tarde o corpo, que de todos os modos possíveis haveis defendido contra os assaltos da doença, sucumbe à lei universal da morte, longe de sentir sobre vós como que um peso humilhante da derrota, deveis pensar que vos fica aberta a possibilidade de prestar ao enfermo a ajuda extrema e a mais importante: chamar para junto da cabeceira do doente o sacerdote, que lhe abrirá as portas de uma vida divina que não conhece ocaso.

A vossa arte que, como sabeis, foi chamada por um compatriota humanista, talvez por troça «miseria» e «derrotada» é pelo contrário, nobre e completa, ainda que nem sempre fácil e nem sempre apreciada como merece. Quando a doença reveste certa gravidade, ordinariamente não é o doente que procura o clínico geral, mas o médico que se desloca para ir junto do leito do doente, afrontando longas e (mesmo hoje) desproporcionadas caminhadas. Com frequência o médico fixa a sua vida inteira e de sua família em lugares distantes. A estes problemas se juntam outros não menos graves, não menos urgentes de natureza económica que di-



E. TOSSE & C.^A

HAMBURGO

VALODIGAN

“TOSSE”

Tonificação do coração em doses de digitalis extremamente pequenas e sossego simultâneo do doente.

Eficácia óptima e de compatibilidade excelente.

REPRESENTANTE GERAL: SALGADO LENCART

Rua de Santo António, 203 — PORTO

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

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

rez respeito à organização local e geral da assistência sanitária. Enquanto o apreço da vossa profissão e a ajuda de quem tem necessidade dela, atingem a colectividade e as autoridades que a dirigem, o vosso esforço vem encaminhado a fazer mais competentes e portanto mais eficientes os vossos serviços profissionais. É precisamente o que vindes fazendo, com tanto empenho, mediante livros, revistas, conferências, visitas a hospitais e institutos e agora mediante o curso de

aperfeiçoamento, dirigido por cientistas tão ilustres, para frequentar o qual viesdes até Roma.

Recebei para a vossa importante missão e para este projectado curso, a nossa mais viva satisfação, enquanto que para confirmação das vossas intenções e para sustentáculo das vossas vontades, invocamos de Deus para vós, para vossos professores, para vossas famílias e para a grande família dos vossos doentes, as melhores bênçãos.

A missão dos médicos militares perante o moral e o direito

Na XVI Assembleia Internacional de Medicina Militar, realizada durante o mês de Agosto de 1953, Sua Santidade Pio XII pronunciou um notável discurso no qual condena certas experiências em corpos humanos, mais condenáveis ainda quando se trata de prisioneiros de guerra. Eis o texto desse discurso:

Chegados ao fim dos trabalhos da XVI Sessão de Secretariado Internacional de Documentação de Medicina Militar, dai-Nos o prazer da vossa visita. Agradecemos-la, e damo-vos as boas-vindas à Nossa casa.

Uma grande série de congressos de médicos e de associações médicas vieram já até Nós no decurso deste ano e dos anos precedentes. E tão grande esse número que verificamos quanto são de confiança as relações entre o Papa e a ordem dos médicos. Não é destituído de razões profundas este facto. O médico, como o sacerdote e a Igreja, deve ser um amigo e um auxiliar da humanidade; deve curar os homens quando atingidos pela doença, as feridas e os sofrimentos. Ora esta triade — doenças, feridas e sofrimentos — encontra-se sempre em toda a parte, durante a paz, e incomparavelmente mais ainda durante a guerra.

Correspondestes antecipadamente à confiança que temos em vós e pedistes-Nos para tomar posição sobre os pontos fundamentais, ou, mais exactamente, sobre o aspecto moral de diversas questões que vos dizem respeito como médicos militares. De bom grado acedemos ao vosso desejo. As palavras que vos dirigimos referem-se portanto ao médico militar como tal, ao médico de guerra. Nesta base, queríamos falar da moral e do direito dos médicos.

I — A MORAL MÉDICA

Uma primeira questão de moral médica apresenta-se em relação com o aspecto científico. O número extraordinário de casos que a guerra põe nas mãos do médico contribui para alargar e aprofundar a sua ciência teórica e prática. Como em outra ocasião explicamos, a ciência em si é sempre um valor positivo, na medicina como em todos os outros ramos. De contrário, a omniscência não poderia ser um atributo divino. Isto vale quanto aos elementos biológicos e médicos, favoráveis ou nocivos, que a guerra revela ao médico. Mas, se o aumento da ciência é um bem, em si, não se segue que sejam legítimos todos os meios de a adquirir. De modo geral, aliás, nem toda a ciência convém a quem quer, nem mesmo a qualquer grupo de homens. Sem

dúvida, a ciência não é um bem quando existe a intenção perversa de a empregar para prejudicar os outros, para lhes causar mal injustamente.

Façamos a explicação: a investigação, a descoberta e o conhecimento de novos métodos de aniquilação das massas pela guerra biológica e química; de novos processos para suprimir inimigos políticos, nacionais e raciais; de novos tipos de eutanásia para os feridos, os mutilados ou os incuráveis, podem, como puro acréscimo de ciência, constituir um valor positivo; mas não o constituem nas mãos de todos os médicos, de todos os comandantes de exército, nem mesmo de todas as nações. É essa a resposta — quanto a uma parte, deve notar-se — à pergunta: certas descobertas e novas experiências podem e devem ser divulgadas sem discernimento pelo autor e comunicadas, se não a toda a gente, pelo menos às instâncias superiores?

Se em certos casos se impõe a reserva quanto aos mesmos resultados, impõe-se talvez mais ainda, como já se indicou, quanto aos meios de os obter. Quando é impossível obter um dado, ou uma certeza sobre as possibilidades da sua utilização prática, sem uma experiência perigosa, e porventura mortal, realizada em homens vivos, o fim em vista não basta para justificar essa experiência. Na paz e na guerra, e então muito menos ainda os feridos, os prisioneiros de guerra, os trabalhadores forçados, os deportados dos campos de concentração não constituem objecto de experiência médica, de que se possa dispor livremente ou sob a aprovação da autoridade. Que o desprezo desta norma possa tornar-se triste realidade, mostram-no universalmente as últimas décadas.

Este primeiro ponto de moral médica dizia respeito às aquisições teóricas do «médico de guerra». O objecto principal da consciência do médico é, porém, a sua actividade profissional.

O princípio supremo da orientação profissional e moral

Nas teses das vossas sessões, no projecto de codificação de uma moral médica mundial, de um direito médico internacional e na proposta de uma fórmula

mundial de juramento para o médico, válida em toda a parte, repete-se constantemente uma ideia: o princípio supremo da orientação, profissional e moral, da consciência e da actividade médicas é auxiliar e curar, e não fazer mal, destruir e matar. Estas reflexões levaram-vos a exigir ao médico, em tempo de paz e mais ainda durante a guerra, o respeito pela vida humana, desde a concepção até à morte, o zelo pelo seu bem-estar, a cura das suas feridas e doenças, a mitigação dos seus sofrimentos e enfermidades, a preservação e a luta contra os perigos, e o abandono de tudo o que se opõe às suas funções. Pusestes em relevo que isto se devia aplicar a qualquer homem, amigo ou inimigo, independentemente do sexo e da idade, da raça, da nação e da cultura.

Este princípio de actuação da consciência médica, aplicai-o durante a guerra, em que o furor impiedoso das armas modernas aniquila tantas vidas, inflige tantas feridas, tantas mutilações, tantos sofrimentos e dores, tantas separações e abandonos, nos campos de batalha e nas cidades bombardeadas. A realização dessa lei essencial da consciência e da actividade médicas obtivera por toda a parte, no Mundo, a aprovação de todos os homens rectos; ela corresponde à voz do coração humano e à esperança de todo o espírito que se manteve são.

Não temos necessidade de explicar que a consciência médica, como vós mesmos frisastes, pode ser a consciência colectiva de todos os médicos do Mundo inteiro: a natureza humana, as leis biológicas e médicas, o sofrimento e a miséria, bem como o reconhecimento para com aqueles que trazem socorro e salvação, são os mesmos por toda a parte.

E tocamos assim outra verdade fundamental: essa consciência médica não é puramente subjectiva, mas forma-se antes ao contacto da realidade e orienta-se por ela e pelas leis ontológicas que governam todo o pensamento e juízo. Compare-se com essas leis ontológicas o que acima dizíamos do ponto de vista puramente científico. Também ele está submetido a essas normas. O médico que não quisesse ter isso em conta renunciaria ao título de médico, no sentido pleno e mais nobre do termo. Nas vossas conferências, fez-se a proposta de distinguir duas classes de médicos: os investigadores e os clínicos. Esta suposição permite pensar que o «investigador» se considera como inteiramente posto ao serviço do «médico clínico». Em qualquer caso, se o primeiro não aceitasse a proibição imperativa de fazer mal, destruir e matar, repudiaria também ele a consciência e a moral médicas a que está igualmente obrigado.

Também é de obrigação do médico prevenir e observar

Mas a actividade do médico consciencioso, para quem é óbvio o vosso princípio fundamental «ajudar a curar, não lesar nem matar», pode também encontrar limites, a cuja transgressão se opõe um veto, um «não» exigido por interesses que, na escala dos valores, sobrelevam à saúde do corpo e à vida. Há um ano (13 de Setembro de 1952), detivemo-nos



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

longamente, com o «Primeiro Congresso de Histopatologia do Sistema Nervoso», sobre os limites morais da investigação e do tratamento médicos. Bastará hoje retomar dessa Nossa exposição o que concerne às questões que vos interessam.

Segundo mostram os vossos relatos, o problema dos limites morais encontrou lugar nas vossas mesmas discussões, tendo-se manifestado diversas opiniões. Dizíamos no ano passado que o médico justificava as suas decisões pelo interesse da ciência, do paciente e do bem comum. Do interesse da ciência, já tratamos. Quanto ao do paciente, o médico não tem o menor direito a intervir além do que lhe é concedido pelo paciente. Por seu lado o paciente, o indivíduo, não tem direito de dispor da sua existência, da integridade do seu organismo, senão na medida em que o bem de todo o organismo o exige.

Nisto temos a chave da resposta à questão que vos ocupou: pode o médico aplicar um remédio perigoso, efectuar intervenções provavelmente ou certamente mortais, só porque o paciente quer ou consente? De modo semelhante na questão em si compreensível quanto ao médico que trabalha exactamente por detrás de uma frente de combate ou no hospital militar: poderá ele em caso de sofrimentos insuportáveis ou incuráveis e de ferimentos horríveis, ministrar a pedido expresso do doente injecções que equivalem à eutanásia?

Em relação ao interesse da comunidade, a autoridade pública não tem em geral nenhum direito directo a dispor da existência e da integridade dos órgãos dos seus súbditos inocentes. (A questão das penas corporais e da pena de morte não vamos examiná-la aqui, pois falamos do médico e não do carrasco). Não possuindo o Estado esse direito directo de dispor, não pode por conseguinte comunicá-lo ao médico por qualquer motivo ou fim que seja. A comunidade política não é um ser físico como o organismo corporal, mas um todo que não possui mais que uma unidade de finalidade e acção; o homem não existe para o Estado, mas o Estado para o homem. Quando se trata de seres sem razão, plantas ou animais, o homem é livre de dispor da sua existência e vida (o que não suprime a obrigação que tem, diante de Deus e da sua própria dignidade, de evitar as brutalidades e crueldades sem motivo), mas não dos outros homens ou subordinados.

Daqui tira o médico de guerra uma orientação segura, que sem lhe diminuir a responsabilidade da decisão, é susceptível de o defender de erros de juízo, e de lhe proporcionar uma norma objectiva e clara.

O princípio fundamental da moral médica manda não só «auxiliar a curar, não lesar nem matar», mas também prevenir e preservar.

Este ponto é decisivo para a posição do médico relativamente à guerra em geral e em particular à guerra moderna. O médico é adversário da guerra e promotor da paz. Assim como está pronto a curar as feridas da guerra quando estas já existem, assim se aplica a evitá-las, na medida do possível.

O médico e o problema da guerra

A boa vontade recíproca permite evitar a guerra como último meio de resolver divergências entre os Estados. Apenas há alguns dias, exprimimos o desejo de que se puna, na esfera internacional toda a guerra que não é exigida pela necessidade absoluta de se defender contra uma injustiça muito grave que ameaça a comunidade, quando não é possível evitá-la por outros meios, e se torna imperioso agir, sob pena de abrir campo livre, nas relações internacionais, à violência brutal e à falta de consciência. Por conseguinte, não basta a razão de se defender contra uma injustiça qualquer, para utilizar o método violento da guerra. Quando os males causados por esta não são compa-

ráveis aos da «injustiça tolerada», pode ter-se a obrigação de «suportar a injustiça».

O que acabamos de expor vale primeiro que tudo quanto à guerra A. B. Q., atômica, biológica e química. A questão de saber se ela pode tornar-se simplesmente necessária para se defender contra uma guerra A. B. Q., baste-nos enunciá-la neste lugar. A resposta deduz-nos dos mesmos princípios, que são hoje decisivos para permitir a guerra geral. Entretanto, apresenta-se uma questão anterior: não é possível por meio de entendimentos internacionais, proscreever e afastar eficazmente a guerra A. B. Q.?

Após os horrores dos dois conflitos mundiais, não temos necessidade de lembrar que qualquer apoteose da guerra se deve condenar como aberração do espírito e do coração. Evidentemente, a força de ânimo e a bravura até ao dom da vida, quando o dever o exige, constituem grandes virtudes; mas querer provocar a guerra por ser ela escola de grandes virtudes, ocasião de as praticar, deveria ser tachado de crime e de loucura.

O que dissemos aponta a direcção em que se pode encontrar resposta a esta questão: pode o médico pôr a sua ciência e actividade ao serviço da guerra A. B. Q.? Ele não pode nunca apoiar a injustiça, mesmo ao serviço do seu próprio país; e quando este género de guerra constitui uma injustiça, o médico não pode dar-lhe colaboração.

Força e sanções da consciência médica

Resta-nos dizer uma palavra sobre a força e as sanções da consciência médica: a última e a mais elevada força vem-lhe do mesmo Criador: Deus. Não faríamos justiça aos princípios fundamentais do vosso programa e às consequências que deles derivam, se os quiséssemos caracterizar como simples exigências da humanidade, como fins humanitários. São-no também, mas são por essência alguma coisa mais. A última fonte de onde dimanam a sua força e dignidade é o Criador da natureza humana. Se se tratasse de princípios meramente elaborados pela vontade do homem, então a sua obrigatoriedade não teria mais força que os homens; poderiam aplicar-se hoje e ser amanhã superados; poderia aceitá-los um país e outro rejeitá-los. Mas tudo é diferente se intervém a autoridade do Criador. Ora os princípios basilares da moral médica são da lei divina. Eis o motivo que autoriza o médico a pôr absoluta confiança nestas bases da moral médica.

Mas a consciência médica reconhece, além disso, a necessidade de uma vigilância e sanção visíveis. Ela encontrará uma, de entrada, na opinião pública, e esta encontra-se do vosso lado, precisamente porque vós aceitais os mencionados princípios. Contam-se por milhares e centenas de milhares os soldados outrora feridos e doentes, em cujo espírito e coração tantos médicos conquistaram estima e reconhecimento imperecedouros, pela dedicação que custou a vida a mais de um.

Mais importante ainda e mais eficaz é a vigilância exercida sobre cada médico



COMPLEXO B

	Tubo de 25 comprimidos	12\$50
Série fraca —	Caixa de 12 ampolas	22\$50
	Frasco de 50 comprimidos	28\$00
Série forte —	Caixa de 6 ampolas de 2cc.	32\$00
Xarope —	Frasco de 170cc.	27\$00
Reforçado —	Tubo de 20 comp.	35\$00



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

pelos seus colegas. O ditame destes reveste-se de particular importância, quando reunidos em comunidade profissional, mesmo se esta não possui o carácter de direito público. Ela poderia proferir o seu veredicto a respeito de um médico sem consciência, e expulsá-lo da Ordem.

Se se conseguisse formar além disso, como vós pretendéis, uma liga mundial dos médicos, que reconhecesse os princípios mencionados de moral médica, e exercesse, ao menos de facto, a função de vigiar a actividade dos médicos, sobretudo em tempos de guerra, a consciência médica ficaria assim a dispor de uma segurança ainda mais eficaz. Essa liga mundial poderia fundar uma Ordem internacional dos médicos, a cujo ditame caberia decidir da liceidade de certos processos e verberar as medidas ilícitas dos indivíduos, e mesmo talvez dos Estados ou grupos de Estados.

Muito justificadamente, vós sustentais que os pontos essenciais da moral médica se devem tornar primeiramente convicção comum da Ordem dos médicos e entrar mais vastamente na consciência pública; além disso, que na formação dos estudantes de medicina se deveria introduzir, como curso obrigatório, uma exposição sistemática da moral médica. Os vossos relatos pedem enfim um juramento profissional médico, igual para os diferentes países e nações. Antes de se poder autorizar um médico a exercer a profissão, seria obrigado a prestar esse juramento diante dos delegados da Ordem internacional dos médicos. O juramento seria uma profissão dos princípios da moral médica, e ao mesmo tempo um sustentáculo e estímulo para a observar. Dai a esse juramento, ou antes, deixai-lhe o que por natureza lhe compete: o sentido religioso de uma promessa formulada diante da autoridade suprema do Criador, de quem recebem as vossas exigências, em última instância, a sua força obrigatória e a mais alta consagração.

Com os vossos esforços tendes em vista, e por justos motivos, a criação de instituições médicas de direito público e internacional, apoiadas por convenções entre os Estados. Abordamos agora este assunto, tratando do direito dos médicos.

II — O DIREITO DOS MÉDICOS

Militam efectivamente sérios motivos pela criação do direito internacional dos médicos, sancionado pela comunidade dos povos. Em primeiro lugar, porque a moral e o direito, por sua natureza, não se confundem sempre, e quando se unem, ficam formalmente distintos. Podemos neste lugar reportar-Nos ao que a este propósito disseoms aos membros do Congresso de direito penal internacional.

Em relação à moral, o direito desempenha diversas funções: por exemplo, a de selecção e concentração. As duas fundam-se em que o direito retoma as exigências morais apenas na medida requerida pelo bem comum. É característico, neste ponto, que o direito positivo, em contraposição ao simples postulado ético, propõe uma norma de procedimento, formulada pela autoridade competente de uma comunidade de povos ou de Estados

e obrigatória para os membros desta comunidade em vista do bem comum. A esse direito positivo concernem assim a obrigação jurídica, a vigilância jurídica e o poder da coacção.

A elaboração do direito dos médicos ultrapassa a competência desta profissão, como a da Ordem dos médicos: está reservada ao poder legislativo. Mas é clara a importância e necessidade do direito médico, em razão da profunda influência do médico tanto sobre o indivíduo como sobre a sociedade. E, assim, a legislação dos Estados contém prescrições, ora avulsas, ora agrupadas, e às vezes com bastantes pormenores, sobre a formação dos médicos e o exercício da sua profissão. Ao médico fornecem tais disposições legais as normas de actividade; aos ou-

tros, a garantia de que procederá bem, e à sua consciência, uma barreira contra a negligência e o abuso do poder. Elas tranquilizam a comunidade, certa de ter confiado os doentes a homens de ciência e prática experimentada, e submetidos além disso ao poder da lei. Naturalmente, supõe-se sempre que esse direito dos médicos é justo, isto é, conforme à verdade e à moralidade, e que não deriva de um sistema de violência privado de consciência.

Se a urgência de um direito médico se verifica nas circunstâncias normais, afirma-se muito mais ainda em tempo de guerra. Em nenhuma outra ocasião é mais importante que se observe a justiça; nunca é maior o perigo do erro e do tratamento injusto; nunca são mais

UM NOVO PRODUTO BARRAL

PAVOSAL

CLORIDRATO DE PAPAVERINA BARRAL

PAVOSAL, INJECTÁVEL — CLORIDRATO DE PAPAVERINA
POTENCIALIZADO PELO IÃO Mg, PARA
INJECCÕES INTRAMUSCULARES, A 3 % E 5 %,
E PARA INJECCÕES ENDOVENOSAS A 3 %.

MEDICAÇÃO MAIS EFICIENTE NA ACÇÃO VASOMOTORA
E ANALGÉSICA DA PAPAVERINA, NOS ESPASMOS VAS-
CULARES E NOS SINTOMAS DOLOROSOS HIPERTÓNICOS.

PAVOSAL, GOTAS A 5 %

PAVOSAL, COMP. DE 0,05 GR.

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

Representantes no Porto: QUÍMICO-SANITÁRIA, LDA.

terríveis as consequências, para o soldado e para o médico. Talvez se devesse ainda acrescentar: nunca um e outro se encontram mais desprovidos de protecção como durante a guerra.

A sorte desta pode pôr o médico nas mãos do inimigo, ou confiar-lhe os seus doentes e feridos. Pode ele encontrar-se do lado dos vencedores ou dos vencidos, no seu próprio país ou em país inimigo. Que direito preside então à sua pessoa e ao exercício da sua profissão? Se ele próprio não é combatente, faz parte entretanto dos grupos de combatentes. E, assim, que condição se lhe atribui? Pode exercer o seu officio, e em relação a quem? Dos amigos e dos inimigos, dos militares e civis? Onde quer que é pedido e necessário o seu auxílio. E como o pode exercer: segundo os princípios da moral médica e da sua consciência?

Tudo isto está à espera de ser determinado por convenções internacionais. Muitos pontos foram já fixados por esse meio, mas nem todos os que deveriam sê-lo. Além disso, o número de Estados que tomaram parte nessas convenções não é muito grande, e menor ainda o número dos que as ratificaram. A corporação médica pode pôr-se em contacto com as assembleias legislativas, mediante diversas iniciativas e propostas, a fim de integrar no direito internacional projectado os pontos estabelecidos nos tratados que se concluíram. Outra possibilidade seria anexar às convenções existentes, com igual valor jurídico, o esquema de direito médico já em vigor.

Não se vai empreender semelhante obra com a esperança utópica de chegar ao fim de hoje para amanhã, mas com calma, maleabilidade, e essa tenaz perseverança sem a qual os empreendimentos importantes quase nunca chegam a termo.

O que aí fica diz respeito à necessidade de criar um direito médico internacional, e ao meio de o realizar.

A cada autorização corresponde um dever

No referente ao conteúdo desse direito, e aos enunciados jurídicos que se hão-de redigir, o projecto já preparado fornece indicações bastantes. Quanto ao aspecto técnico, não pretendemos intervir: estamos a tratar de moral médica.

Deste último ponto de vista, o direito médico codificado deveria ter como fundamento o que se contém nos vossos princípios basilares. Deveria assim ser um ponto de direito que o médico pode exercer a profissão sempre e em toda a parte em que isso seja praticamente possível, mesmo em relação aos inimigos feridos, aos soldados e aos civis, aos prisioneiros e internados, como geralmente em relação a todos aqueles que são atingidos pela doença, a desgraça e o sofrimento. As necessidades maiores têm sempre a prioridade, bem como os socorros inadiáveis. Não se poderá sujeitar a processo penal médico algum pelo único motivo de ter tratado os que disso precisavam, de se ter recusado a deixar morrer doentes ou feridos sem os socorrer, a lesar a vida ou o corpo humano, a mutilar ou mesmo a matar.

Mas seria muito pouco que o direito médico se limitasse a enunciar o que o médico *pode* fazer: importa igualmente determinar aquilo que *deve* fazer. Noutros termos: sempre que se concede uma autorização, deveria surgir também um dever. Isso respeitaria tanto ao médico de um partido como ao do inimigo e ao que, vindo de um país neutro, foi posto ao serviço de uma das potências beligerantes. O imperativo que se aplica aos médicos supõe um segundo imperativo que recai sobre os governos e os chefes de exército, e os impede, por um lado, de pôr entraves à actividade do médico e, por outro, os obriga a ajudá-lo na medida do possível, dando-lhe o pessoal necessário e pondo à sua disposição o material requerido. Estas exigências só podem tornar-se normas obrigatórias de direito internacional se o próprio médico se interdiz, durante a duração do conflito, toda a actividade política ou militar e não é levado a isso por nenhuma das partes.

O segredo profissional

Outro ponto deveria fazer parte do direito médico internacional: o *segredo profissional*. Por lei formal, o médico deve ter, mesmo durante a guerra, a possibilidade e obrigação de manter secreto o que lhe é confiado no exercício da sua profissão. Seria uma interpretação falsa ver em tal segredo apenas um «*bonum privatum*», uma determinação reservada ao bem do indivíduo, já que é igualmente exigida pelo «*bonum commune*», pelo bem comum. Em caso de conflito entre dois aspectos do mesmo bem comum, a reflexão detida mostrara qual prevalece. Não vamos agora explicar quais motivos, *por excepção*, desligam do segredo médico, mesmo contra a vontade do paciente. A lei deve ter por objectivo os casos ordinários, nos quais o segredo é de regra.

Se se conseguisse — e em parte já se obteve — inserir as mencionadas exigências morais nos tratados internacionais, com força de lei, o resultado seria apreciável. Tenha-se sempre presente que neste ponto o médico é o «*fraco*»; as prescrições jurídicas que se lhe referem servirão de pouco, em caso de conflito, se não se obtém que as autoridades do Estado se submetam a essas obrigações e sacrifiquem uma parte da sua soberania, sacrifício que sempre comportam, de certa maneira, as convenções internacionais deste género.

Vigilância e sanções do direito médico internacional

Resta a questão, difícil também noutros tratados internacionais, da *vigilância* e das *sanções* do direito médico internacional. Deve concordar-se que tais acordos só produzem seus benéficos efeitos se se logra resolver este problema de maneira satisfatória. A questão posta à O.N.U. quando da discussão dos direitos do homem, e para a qual chamastes a Nossa atenção, caracteriza a dificuldade presente: «Será a Assembleia Geral uma academia encarregada de redigir conven-

ções que nunca serão aplicadas?» (Versum «Statut mondial de la Médecine» pág. 52, al. 1 in fine). A Convenção de Genebra, de 1939, bem conhecida e tão importante, chegou até este ponto da vigilância e das sanções, mas ficou por aí.

Vós apresentais, pois, propostas concretas. Chamais a atenção para o Tribunal de Justiça Internacional, já existente, e pretendeis agregar-lhe uma secção de direito mundial de médicos, cuja missão seria vigiar, receber queixas, fornecer informações pronunciar em certos casos sentença e condenação. A execução desta, quando se trata de indivíduos isolados, é confiada ao Estado a que pertencem, àquele em cujo território se encontram, ou àquele a que devem ser entregues. A questão das sanções, tão importante em caso de guerra, quando a sentença recai sobre um Estado soberano ou um grupo de Estados, particularmente quando o Estado culpado sai vencedor do conflito — essa questão está ainda à espera de ser regulada pelo direito codificado.

Para não terminar a Nossa exposição com considerações menos agradáveis, queríamos, concluindo, chamar a vossa atenção para alguma coisa mais alta. Dizíamos há pouco que a última sanção da consciência médica é Deus. Deus é também a vossa força íntima mais poderosa quando a vossa profissão exige sacrifícios. Procedei levados por esta força, a do amor, de Jesus Cristo, Deus feito homem. Sabeis muito bem que magníficas obras a caridade cristã, inspirada neste amor, produziu em todos os campos para salvação da humanidade sofredora. Desejamo-vos, de todo o coração, essa força e esse amor.

Sociedade Portuguesa de Cardiologia

Ano Académico de 1953-1954

SESSÃO ORDINÁRIA

Dia 20 de Junho, às 9 horas

Salão Nobre dos Hospitais da Universidade de Coimbra

ORDEM DOS TRABALHOS

- 1) — Dr. J. Araújo Moreira — Interpretação vectorial das derivações electrocardiográficas correntes e das posições eléctricas wilsonianas.
- 2) — Prof. A. Cordeiro e Drs. M. Fonseca, A. Moreira e O. Ramos — Fístula aorto-pulmonar congénita.
- 3) — Prof. J. Porto e Drs. A. J. Aguiar e F. Pita — Sobre um caso de provável aneurisma artério-venoso.
- 4) — Dr. A. J. de Aguiar — Balistocardiografia em sete casos de aperto mitral.
- 5) — Dr. Antunes de Azevedo — Doença de soro com pericardite.
- 6) — Dr. Alfredo Franco — Notas sobre a acção da heparina na arteriosclerose.
- 7) — Dr. Luís Abecassis—Rawolfia Serpentina no tratamento da hipertensão.

Um produto "ANDRÓMACO"

TALIPECTIN

ANDRÓMACO

**Para a quimioterapia das afecções intestinais
de origem bacteriana**

Ftalilsulfacetamida — Pectina

Caulino coloidal

**Em forma de emulsão. Isento de açúcar.
De fácil administração em medicina infantil.**

INDICAÇÕES:

Colites ulcerosas. Disenterias bacilares. Enterites disenteriformes infantis. Intoxicações alimentares. Salmoneloses. Fase pre-operatória cirúrgica, etc.

PREPARADO NOS

LABORATÓRIOS



ANDRÓMACO, L.ª

Rua Arco do Cego, 90

Lisboa — Portugal

REQUISITOS PARA ADMISSÃO EM ESCOLAS MÉDICAS

A selecção dos estudantes

O Dr. Victor Johnson é doutorado em Medicina e em Filosofia, trabalha na Fundação Mayo para a Educação Médica e Investigação, em Rochester, Minnesota, E. U. A., tendo sido vice-presidente da secção A da I Conferência Mundial para a Educação Médica, realizada em Londres no ano transacto. É nesta última qualidade que se transcreve o seu depoimento, colhido no Brist. Med. J., e que possui inegável valor; não obstante ser um resumo de objectivos e dificuldades na escolha de candidatos à Medicina, está escrito com grande simplicidade.

Não há maior responsabilidade para os docentes de medicina que a de determinar quais são ou não os mais aptos para a cursar. Estou certo que qualquer apreciação dos resultados desses esforços de selecção, por aqueles sobre quem impende tal responsabilidade, seria feita com extrema modéstia, senão com humildade. Todos admitem que por motivo de apreciações erradas excluíram-se da medicina alguns que estavam qualificados para médicos e permitiu-se o ingresso de outros que o não deveriam ser.

A secção A da Primeira Conferência Mundial para a Educação Médica encarregou-se deste problema com o objectivo de alcançar, dos conhecimentos e experiências gerais, o auxílio que permitisse concluir com a maior aproximação os objectivos a atingir. Certas qualidades da capacidade dos estudantes de medicina são relativamente fáceis de medir, enquanto que outras são virtualmente impossíveis de determinar.

Admite-se que os candidatos aceitáveis devem ser inteligentes e que podemos medir essa inteligência com relativa precisão através de várias provas artificiosas, exames, e pelo testemunho do seu passado académico.

Mas como podemos estar seguros de que um candidato equilibra a sua capacidade emocional com a sua inteligência? Penso que se mantém a necessidade de demonstrar que o brilho está associado, mais provavelmente que a mediocridade, à instabilidade emocional. Além disso todos nós vimos muitos e sobejos exemplos de estudantes de medicina, intelectualmente capazes, cuja falta de estabilidade emocional os incapacitou de continuar os estudos e de serem médicos da melhor qualidade. Seremos eventualmente capazes de determinar a estabilidade emocional do mesmo modo como podemos determinar a inteligência?

VOCAÇÃO

Por outro lado, façamos de conta que o nosso candidato possui aptidão para a ciência e para a medicina. Ainda que as provas de aptidão sejam menos seguras que as da inteligência, podemos provavelmente alcançar uma relativa aproximação da realidade, por processos apropriados. Mas está a aptidão acrescida de desejos pessoais na escolha da carreira? Está o nosso estudante possuído de uma inclinação para a medicina que não possa ser posta em dúvida? Tem singular devoção para o seu trabalho escolar, para o trabalho de laboratório, de gabinete, e

para médico, de modo tal que muitas contrariedades futuras sejam plenamente anuladas pelas compensações da satisfação pela profissão escolhida? O árduo trabalho de estudar medicina não deixa lugar para nada senão para uma total dedicação.

Um desvio aparente na orientação através da medicina, do qual o estudante não pode ser responsável, pode teimosamente determinar uma paragem. Não me refiro ao caso tão simples do candidato inteligente e apto que diz: «Meu pai sempre desejou que eu estudasse medicina, mas eu não».

Este caso é simples. Também é raro. Mais comum é o caso do estudante suggestionado, cujas aspirações lhe foram imbuídas. Ele diz: «Meu pai sempre desejou que eu estudasse medicina, e eu também sempre o desejei». O pai terá exercido influência directa que não é inegável, mas por inúmeras, desprevenidas e indirectas vias indicou ao filho a carreira médica. O objectivo a que se aspira está no modo como descobrir a verdadeira da falsa vocação.

Muitas vezes o defeito manifesta-se só pela incapacidade de dominar as tarefas escolares da medicina, entregando-se a penosos esforços para ser bem sucedido.

A harmonia da inteligência com a estabilidade emocional, e a aptidão com a vocação requerem o mais perfeito carácter e altos ideais, objectividade temperada com calorosa afabilidade e natural faculdade de devoção ao trabalho. Talvez estes atributos nunca possam ser medidos. Todavia nunca devemos deixar de procurar alcançá-los.

Seria útil se soubéssemos apreciar estes requisitos do estudante de medicina e médico antes de completar os seus estudos preparatórios, mas não, em minha opinião, pela razão geralmente sabida.

Tem-se dito e reconhecido que o conhecimento prévio do seu passado, no tocante a classificações, deve defendê-lo de um futuro desapontamento no estudo que se propõe cursar e, também, defendê-lo, nos preparatórios médicos, instando-o a prosseguir os estudos noutro rumo.

Concordo com que a ambição de evitar-se o desapontamento, mas tenho pouca simpatia com o conceito do «tempo perdido», a menos que a educação para a vida seja tempo perdido para o pretendido médico.

O género de educação que melhor prepara um estudante para a escola médica também o prepara para outros fins. Em tal educação geral incluiríamos des-

tacadamente as ciências naturais. Hoje é moda afirmar, pelo menos nos Estados Unidos, para os conselheiros dos prováveis estudantes de medicina, que «Os alunos dos preparatórios não deviam ter demasiados estudos de ciências; deveriam antes adquirir uma boa educação geral», como se a educação em ciências naturais fosse inferior na ordem cultural à educação em humanidades ou ciências sociais.

Estes conselheiros de educação de hoje estão aparentados com alguns dos humanistas do passado, que negaram, sem qualquer cerimónia, às ciências o mérito de serem um factor de educação geral. Thomas Huxley (1899) apelidou-os de «Levitas encarregados da arca da cultura e monopolizadores da educação liberal. Ele descrê da opinião aceite sobre a Renascença, como a «Renovação das letras», dizendo «...assim como as influências então realizadas sobre a mentalidade da Europa Ocidental tem sido totalmente exauridas no campo da literatura. Penso que é habitualmente esquecido que a renovação da ciência... não foi de menor importância».

Talvez uma legítima razão pela qual os estudantes não costumam dedicar muito tempo às ciências, nos seus estudos preparatórios, está em que limitando-se o tempo que ele dedica às humanidades, nunca pôde compreender que estas não tenham mais direitos de propriedade que os devidos à ciência sobre o dramático, a ficção, o belo.

Nenhum poema épico exhibe tão arrebatadora majestade que exceda a da teoria evolucionista de Darwin. O equilíbrio e a perfeição de uma pintura são igualmente aparentes no que Walter Cannon chamou «A Ciência do Corpo».

O estribilho do meu pensamento é que olhamos a ciência, e ensinamos ciência a futuros médicos sem a apologia da sua utilidade, e como um ingrediente indispensável da cultura humana.

CONCLUSÃO

Deixem-nos alimentar a esperança de que esta conferência pode contribuir com algum progresso para uma melhor selecção dos mais qualificados para a medicina, que possuam não somente inteligência mas equilíbrio emocional, não só aptidão mas também vocação, não só habilidade mas também entusiasmo e delicadeza.

Deixem-nos manter a esperança de que podemos conseguir algum progresso para uma melhor preparação dos futuros médicos, uma educação que inclua as hu-

PRODUTOS



DEUTSCHE NOVOCILLIN GESELLSCHAFT m. b. H. ALEMANHA

que teve a honra de lançar no mercado português os já consagrados medicamentos:

PASIMYCIN 0,5 injectável — (500.000 U. I. de sulfato de dihidroestreptomicina equivalente a 0,5 de dihidroestreptomicina base + 300.000 U. I. de Penicilina Procaínica G + 100.000 U. I. de Penicilina Sódica G Cristalizada)

PASIMYCIN pomada — (comb. de 1.000 U. I. de Penicilina Sódica G cristalizada + 5.000 U. I. de sulfato de dihidroestreptomicina) por 1 gr.

PASIMYCIN pó — (frascos pulverizadores de 20 gramas, contendo cada grama de produto: 10.000 U. I. de dihidroestreptomicina + 2.000 U. I. de Penicilina Sódica G cristalizada);

PASICILLIN B 400.000 U. I. (injectável) — (100.000 U. I. de Penicilina Sódica G cristalizada + 300.000 U. I. de Penicilina Procaínica G cristalizada)

TUBERCID — (Hidrazida do ácido isonicotínico)

tem agora o prazer de apresentar mais as seguintes especialidades que mercê da sua rigorosa e cuidada preparação já se impuzeram no mercado mundial e, especialmente, nas grandes clínicas da Alemanha, conforme o demonstram os pareceres das clínicas:

«Clinique Médicale de l'Université Halle» Directeur: Prof. Dr. Cobet

«Clinique Chirurgicale et de la Policlinique de l'Université TUBINGUE» Directeur: Prof. Dr. Th. Naegeli

BANDICOAVIT — Poderoso anti-hemorrágico. Aumenta a resistência capilar e promove a coagulação. Tratamento pré-natal perturbações endócrinas, avitaminoses, doenças ulcerosas e neoplásticas. Estados alérgicos.

comprimidos

Fórmula:	Vitamina C	50	mgs.	} FACTORES P
	Hesperidina Chalcon	20	mgs.	
	Hesperidina Methylchalcon	20	mgs.	
	Rutina	20	mgs.	
	Aesculina	2	mgs.	
	Vitamina K	5	mgs.	

BANDICOAVIT injectável — Hemorragias retinianas e capilares. Perturbações internas. Hemorragias em doenças infecciosas. Várias formas de púrpura. Escorbuto. Doença de MOELLER-BARLOW'S. Púrpura reumática. Hipertonia. Complicações vasculares. Avitaminoses. Estados alérgicos. Hepatites, icterícia oclusiva. Toxemia da gravidez. Arteriosclerose. Urticária. Glaucoma.

Fórmula:	Rutina	75	mgs.	} FACTORES P
	Hesperidina Methylchalcon	75	mgs.	
	Aesculina	15	mgs.	
	Vitamina C	300	mgs.	
	Vitamina K	15	mgs.	

NOVOMINA comprimidos — Medicação excelente nos enjoos provocados por viagens marítimas, terrestres e aéreas e em todos os tipos de náuseas de origem vegetativa. Náuseas postanestésicas e vômitos post-operatórios. Novomina é altamente eficaz na Hyperemesis gravidarum e mais do que todos os antieméticos conhecidos até agora.

Fórmula: cada comprimido contém: 50 mgs β-Dimethylaminoethylbenzohydrylether-8-chlorotheophyllinate

DOCIVIT 1.000 injectável (1 ampola de 1 cc. contém 1.000 mcgrs. de vitamina B₁₂ cristalizada). — Anemias perniciosas. Myelosis funicular. Polineurites diabéticas e alcoólicas. Nevralgia do Trigêmeo. Nevrites. Osteoporosis e Osteoartritis.

Especialidades controladas por uma Clínica Médica Universitária e submetidas a testes oficiais pelo INSTITUTO ROBERT KOCH de Berlim

Representantes em Portugal, Ilhas e Províncias Ultramarinas:

SOCIEDADE FÁRMICA, LIMITADA

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

A V I D A M É D I C A

E F E M É R I D E S

Portugal

(De 7 a 12 de Junho)

Dia 7 — Em Lisboa, prossegue o X Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, no serviço de provas de pesquisas de sensibilidade e vacinação pela B. C. G. do Centro de Profilaxia e Diagnóstico.

No Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge, realiza-se mais uma lição, que está a cargo do Dr. Costa Andrade e versa sobre «Prática Sanitária». Após esta lição, os médicos inscritos no Curso efectuam uma visita de estudo ao Bairro de Alvalade, dirigida pelo Dr. Jorge Niny.

— Ainda em Lisboa, o eng. Arantes de Oliveira, Ministro das Obras Públicas, visita os hospitais de D. Estefânia e do Ultramar. É acompanhado pelo eng. Maças Fernandes, delegado do Governo junto da Comissão de Construções Hospitalares, sendo recebido no primeiro daqueles hospitais pelo Enfermeiro-mór e no segundo pelo Director.

8 — Em Braga, nas comemorações do Congresso Nacional Mariano inaugura os trabalhos o Prof. Augusto Lopes de Andrade, catedrático da Faculdade de Medicina de Lisboa, e director do Instituto Oftalmológico «Dr. Gama Pinto». O tema da sua conferência intitula-se «Mária, Saúde dos Enfermos».

9 — Em Lisboa, sob a presidência do Prof. Xavier Mourato, efectua-se, na Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, uma sessão científica.

O Dr. Neiva Vieira, apresenta uma comunicação intitulada «Sacro-coxites». A seguir o Dr. Alfredo Franco, trata dum trabalho seu sobre «A acção da heparina na artério-esclerose».

A seguir são eleitos alguns novos sócios.

— Em Braga, o académico e Prof. Reinaldo dos Santos, profere uma conferência integrada nas sessões de trabalhos do Congresso Nacional Mariano. Trata o tema «A Virgem na Arte Portuguesa», com projecções documentais de algumas das espécies artísticas citadas. «O Médico» dará notícia mais pormenorizada dos trabalhos apresentados por colegas àquele Congresso.

11 — No Porto, no Hospital Geral de Santo António, realiza-se a quinta conferência promovida pelo Serviço de Urgência. É orador da noite o Dr. Gil da Costa, Filho, que versa o tema «Acidentes arteriais agudos dos membros».

Esta conferência é apreciada pelos Drs. Pereira Guedes, José Aroso e Prof. Fernando Magano.

— Em Lisboa, no salão da Sociedade de Ciências Médicas, onde funciona o Curso de psicologia geral e aplicada, organizado pelo Dr. Almeida Araújo, director do Instituto de Orientação Profissional, realiza-se a 3.ª lição. Profere-a o Dr. Miller Guerra que se ocupa das bases fisiológicas da consciência.

12 — O Ministro das Obras Públicas, eng. Arantes de Oliveira visita o Hospital

manidades e as ciências sociais, mas também dê destaque às ciências naturais, não como meros e pragmáticos instrumentos, mas como indispensável meio do desenvolvimento cultural de um médico, de um advogado, dum sacerdote ou qualquer outra das úteis profissões do mundo moderno.

VICTOR JOHNSON

Escolar do Porto e o Hospital de Joaquim Urbano, da Direcção Geral de Saúde, acompanhado pela sua comitiva. No primeiro estabelecimento recebe-o o Prof. Hernâni Monteiro, Prof. Amândio Tavares e outras individualidades. O Ministro estuda a urbanização local, principalmente sob o aspecto de acesso ao Hospital e, depois, percorre uma boa parte dos oito pisos do edificio, passando, especialmente, pelas dependências destinadas a Bloco Operatório, Serviços de Oftalmologia, Secretaria da Faculdade, Farmacologia, Administração Geral e Médica, Pediatria, copa, salas de estar, salas de reuniões e de leitura, enfermagem, sector de cirurgia, cozinha e lavanderia.

A despedida, o reitor da Universidade, Prof. Amândio Tavares, pede àquele membro do Governo para se interessar pela breve conclusão da importante obra, que muito beneficiará a Faculdade de Medicina e, de modo geral, a população do Norte do País.

Depois, à tarde, na visita ao Hospital de Joaquim Urbano, troca impressões sobre a ampliação das instalações com o director deste estabelecimento e também Delegado de Saúde distrital, Dr. Domingos Afonso Cunha.

— O Prof. Luis José de Pina, catedrático de História da Medicina e Deontologia Profissional, da Faculdade de Medicina do Porto, apresenta ao Congresso Nacional Mariano, que se realiza em Braga, o seu trabalho intitulado «A Mãe de Deus nas páginas médicas clássicas portuguesas».

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Para provimento do lugar de médico municipal do 4.º partido, com sede e residência em Cardigos (Mação).

Em Coimbra, em colaboração com a Ordem dos Médicos e a Direcção Geral de Saúde, a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, vai realizar-se o XVII Curso de Férias.

Realizar-se-ão conferências e demonstrações clínicas, feitas em 5 sessões diárias nos diversos departamentos da medicina geral, cirurgia e especialidades. Haverá, também, um curso de actualização de conhecimentos e aperfeiçoamentos médico-sanitários que deverá ser frequentado por policlínicos, médicos municipais e subdelegados de saúde.

— No Porto, no dia 15 do corrente, às 21.30, na sede da Liga Universitária Católica, Rua de Cedofeita, 376, realiza-se mais um Circulo de Estudo, sob o tema geral «Deveres médicos na propagação da Família», sendo conferente o Dr. Abel Tavares.

Estas sessões que têmpositor e relator sempre designados, recebem na presente a colaboração, respectiva àquela função, dos Drs. Mendonça e Moura e Prof. Joaquim Bastos. Ainda este ano se devem realizar mais duas sessões, sendo uma sobre «O certificado médico pré-matrimonial», pelo Dr. Alvarenga de Andrade, com o Dr. Pimentel das Neves na opposição e Prof. Esteves Pinto no resumo. O Dr. Lopes dos Santos falará sobre «Os filhos; a criança; e a sua educação», na última do ano. Desta é opositor o Dr. Bianchi de Aguiar e encarrega-se da conclusão doutrinária o Dr. Leonardo Coimbra.

— Vai regressar ao Brasil o coronel

do exército brasileiro, eng. Guimarães Abitán, por ter terminado a missão de estudo de engenharia sanitária em vários países da Europa, durante ano e meio e com demorada permanência em Portugal.

Estrangeiro

Em S. Paulo, Brasil, de 19 a 26 de Julho inclusive, realizam-se simultaneamente o VI Congresso Brasileiro e IV Pan-Americano de Gastroenterologia. O tema conjunto é sobre a «Úlcera Péptica», sendo encarregado da organização o Prof. Dr. Benedito Montenegro, Rua Pará, 81, S. Paulo, Brasil, que será o presidente e para quem pode ser dirigida a correspondência.

— Em Junho realizam-se Congressos de Gastroenterologia em S. Francisco da Califórnia e em Paris. O primeiro decorre de 18 a 19 de Junho, diz respeito à Associação Americana de Gastroenterologia e, o segundo, decorre de 27 de Junho a 2 de Julho, sendo o IV da Associação Europeia e das Sociedades de Gastroenterologia das nações mediterrânicas. O Secretário-Geral é o Dr. André Busson para quem podem ser pedidos esclarecimentos.

— Em S. Francisco da Califórnia também reúne em Congresso a Associação Médica Americana, nos dias 21 a 25 de Junho.

Quer para a reunião da Associação Médica Americana, quer para a Associação Americana de Gastroenterologia os elementos necessários podem ser pedidos a J. O'Connor, M. D. The American Medical Association Housin Bureau, Room 200, 61 Grove Street, San Francisco, 2, Califórnia — E. U. A.

NOTICIARIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 2 a 7/VI/1954)

2/VI

Dr. Diogo Guilherme da Silva Alves Furtado, director de serviço da especialidade de neurologia dos Hospitais Cívis de Lisboa — autorizado a participar no Congresso Internacional de Otoneuroftalmologia, a realizar em S. Paulo (Brasil) em Junho corrente.

4/VI

Dr. António de Jesus Silveira, médico civil — contratado para prestar serviço no batalhão n.º 3 da Guarda Nacional Republicana (Évora).

— Dr. Luís Monteverde da Cunha Lobo Júnior — aprovado por unanimidade ao concurso para habilitação ao provimento do lugar de médico auxiliar do Dispensário Antituberculoso de Viana do Castelo.

— Dr. Mário Ferreira de Alenquer, assistente de serviço geral de clínica médica dos Hospitais Cívis de Lisboa — contratado como director de serviço da especialidade de fisiologia dos mesmos Hospitais.

— Dr. António Manuel Pintado — nomeado médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português e colocado em Moçambique, na vaga do Dr. Alberto Juliano Gonçalves Cofa Guerra, que foi promovido à classe imediata.

— Dr. José Manuel de Vasconcelos Pequeto Cortês Pimentel, segundo-assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa — rescindido o contrato, por ter sido pro-

O primeiro...



M. RODRIGUES LOUREIRO
— RUA DUARTE GALVÃO, 44 - LISBOA —

movido no lugar de primeiro-assistente da mesma Faculdade.

5/VI

Dr. Joaquim Alberto Pinto Coelho Afonso — promovido no lugar de estagiário do quadro do pessoal técnico das delegações e subdelegações de saúde, com colocação na Delegação de Saúde do distrito de Lisboa.

— Dr. José Eduardo David de Paiva — autorizada a sua exoneração do lugar de médico adjunto da Estância Termal de Melgaço.

— Dr. Artur Ricardo Jorge, director de serviço geral de clinica cirúrgica — prorrogada, por mais um ano, a equiparação a bolseiro do Instituto de Alta Cultura dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— Dr. Vítor Coutinho de Sá Vieira — classificado em mérito relativo no concurso para interno do internato complementar de especialidade de cirurgia torácica dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

7/VI

Dr. Luís Augusto Corte-Real Caiola da Mota, médico, contratado, dos serviços técnicos de profilaxia das doenças infecciosas e sociais da Direcção-Geral de Saúde — contratado, para exercer as funções, em regime de *full-time* de médico dos serviços técnicos de profilaxia das doenças infecciosas e sociais da mesma Direcção-Geral.

Dr. Neto Rebelo

Foi agraciado pelo Governo brasileiro, com a Ordem do Cruzeiro do Sul, o Dr. Neto Rebelo, cirurgião dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

Partidas e Chegadas

Prof. Salazar Leite

Partiu para os Estados Unidos da América o Prof. Augusto Salazar Leite, que, em missão do Instituto de Alta Cultura, foi visitar os estabelecimentos americanos de Micologia e Dermatologia.

Prof. Eduardo Coelho

Regressou de Paris, onde realizou uma conferência na «Semana Internacional de Cardiologia», o Prof. Eduardo Coelho, que também fez uma comunicação científica, de colaboração com dois dos seus assistentes, na Sociedade Francesa de Cardiologia, da qual é membro.

Prof. Cid dos Santos

Partiu para Roma o Prof. João Cid dos Santos, que, em missão oficial e como convidado de honra das Jornadas Médico-Cirúrgicas de Turim, ali foi presidir a uma reunião sobre Flebografia e inaugurar a exposição de todos os trabalhos angiográficos da escola do Prof. Reinaldo dos Santos.

Prof. Arsénio Cordeiro

Partiu para Turim o Prof. Arsénio Cordeiro, secretário-geral da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, que foi participar no Congresso da Sociedade Italiana de Cardiologia.

Prof. J. Moniz de Bettencourt

Com o mesmo fim, partiu, também, para aquela cidade italiana o Prof. J. Moniz de Bettencourt, vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, que, em Paris, de onde regressara dias antes de partir para Itália, apresentou uma comunicação na «Semana Internacional de Cardiologia».

Dr. Pedro Monjardino

Partiu para Paris, em missão do Ministério do Ultramar, o Dr. Pedro Monjardino.

Dr. Azevedo Rua

Partiu para Londres o Dr. Artur de Azevedo Rua, que, em missão de estudo, vai participar numa reunião do «Royal National Orthopaedic Hospital».

FALECIMENTOS

Faleceu em Lourenço Marques o Dr. Agostinho Torres Fevereiro, Procurador-Geral da República, irmão do Dr. Artur Fevereiro, director do dispensário anti-tuberculoso daquela cidade.

Faleceram:

O sr. Alfredo Cordeiro Feio Mendes Pereira, sogro do Dr. José Guilherme d'Argent Caldas, médico radiologista.



Receita para rápido restauro

Quando o depauperamento físico ou doença grave produziram sintomas de lassidão, [perda de apetite, esgotamento nervoso e] deficiência geral de forças, **Vi-nuphos** dá o necessário estímulo a um restabelecimento rápido.

Os doentes apreciam o seu agradável sabor — importante factor para conseguir a sua colaboração, sempre que esteja indicada medicação «tónica».

Vi-nuphos

TRADE MARK

Em frascos de 113 gramas



Impressos aos Ex.^{mos} Clínicos

Representantes: **Coll Taylor, L.da** — R. dos Douradores, 29-1.º — Lisboa

Depósito no Norte: **Farmácia Sarabando** — Largo dos Loios, 36 — Porto

O MÉDICO SEMANARIO DE ASSUNTOS MÉDICOS E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

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

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Morais, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrombotomosa do Dispen. de Higiene Social), 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); ÍNDIA — Pacheco de Figueiredo (Nova Goa); ESPANHA — A. Castillo de Lucas, Enrique Noguera, Fernan Perez e José Vidaurreta (Madrid); FRANÇA — Jean R. Debray (Paris) e Jean Huet (Paris); ALEMANHA — Gerhard Koch (Munster)

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com 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.da — L. Trindade Coelho, 9-2.º — Lisboa — Telefone 27507.

BISMUCILINA

Bial

INJECTÁVEL

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

EQUIVALENTE A

PENICILINA 300 000 U. I.
BISMUTO 0,09 gr.

Por ampola de 3 c. c.

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

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

