

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

V ANO—N.º 131
4 de Março de 1954

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

DOENÇA DE OUVIDOS?

INFLAMAÇÃO DO OUVIDO MÉDIO?



CILOPRINE

(4 carboximetilamino 4'-aminodifenilsulfona sódica)

O medicamento absolutamente inofensivo permitindo o tratamento conservador causal, *in situ*.

- igualmente em perfurações do tímpano
- cura e acalma as dores
- não tem contra-indicações.

Instilar algumas gotas de 3 em 3 horas.

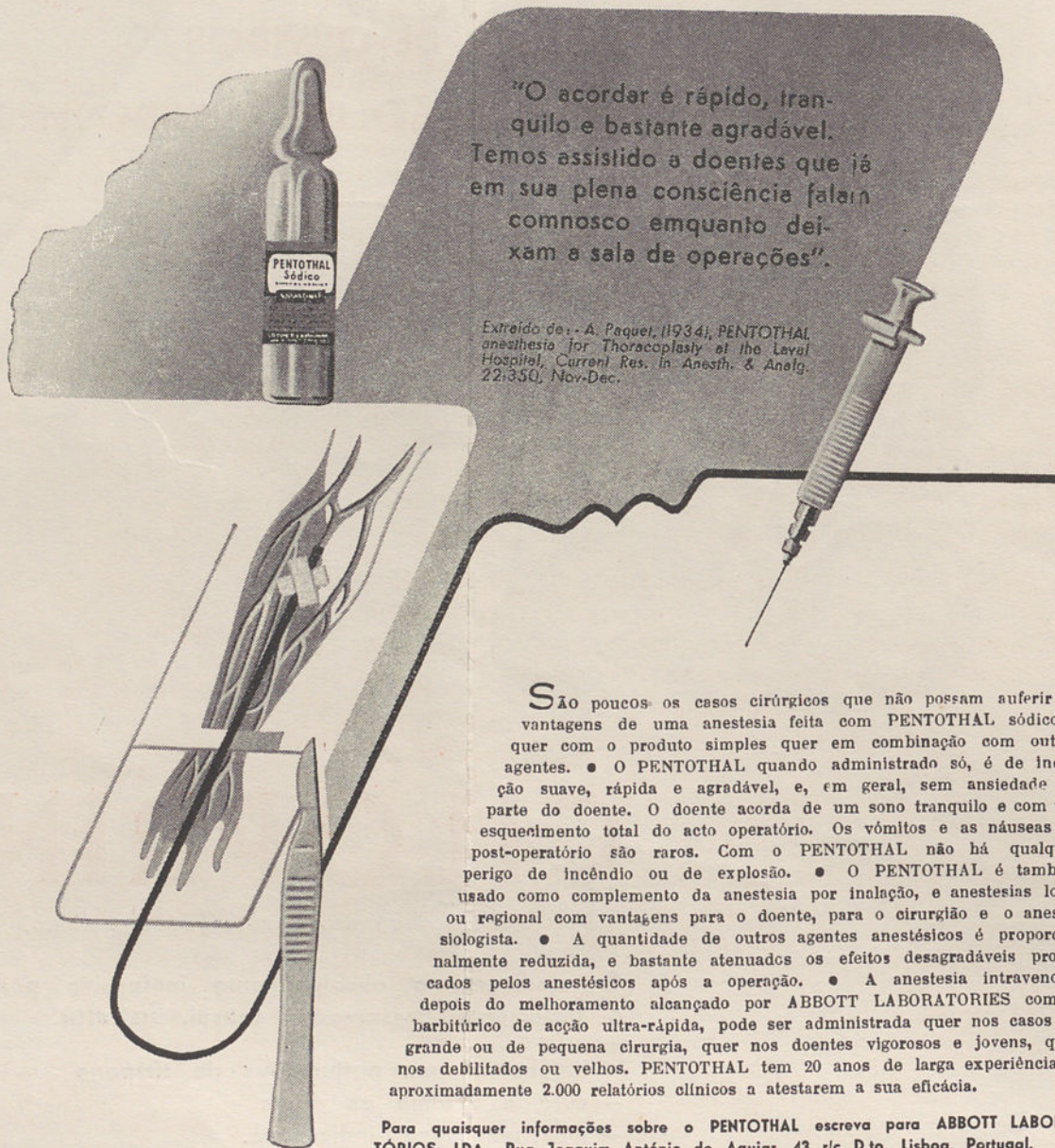


CILAG, -S. A.-SCHAFFHOUSE-SUIÇA

Representantes exclusivos para Portugal: SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÉUTICA—S. A. R.—LISBOA

SUMÁRIO

	Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
AMÍLCAR MOURA—Medicina psicossomática:—A orientação da escola do Prof. Harold G. Wolff, de Nova Iorque	163	O «Centro Internacional da Infância»—Luís A. C.-R. CAYOLLA DA MOTTA	139
TEIXEIRA RUELA—O problema da tuberculose em Portugal	169	Considerações à margem do projecto sobre a responsabilidade dos encargos com a assistência hospitalar—M. DA SILVA LEAL ...	143
J. ANDRESEN LEITÃO—V Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário	182	Estomatologistas e Protésicos—Luís HORTA E COSTA	144
		A festa de D. Lopo de Almeida, no Hospital de Santo António	146
		O aviso prévio do Prof. Cid dos Santos	150
		Noticiário diverso.	



"O acordar é rápido, tranquilo e bastante agradável. Temos assistido a doentes que já em sua plena consciência falam connosco enquanto deixam a sala de operações".

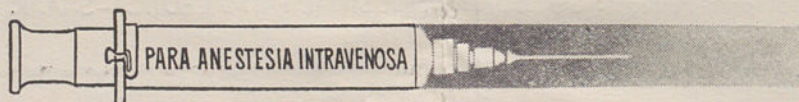
Extreído de: - A. Paquet, (1934), PENTOTHAL anæsthesia for Thoracoplasty at the Laval Hospital, Current Res. in Anæsth. & Analg. 22:350, Nov-Dec.

São poucos os casos cirúrgicos que não possam auferir as vantagens de uma anestesia feita com PENTOTHAL sódico — quer com o produto simples quer em combinação com outros agentes. • O PENTOTHAL quando administrado só, é de indução suave, rápida e agradável, e, em geral, sem ansiedade da parte do doente. O doente acorda de um sono tranquilo e com um esquecimento total do acto operatório. Os vômitos e as náuseas do post-operatório são raros. Com o PENTOTHAL não há qualquer perigo de incêndio ou de explosão. • O PENTOTHAL é também usado como complemento da anestesia por inalação, e anestésias local ou regional com vantagens para o doente, para o cirurgião e o anesthesiologista. • A quantidade de outros agentes anestésicos é proporcionalmente reduzida, e bastante atenuados os efeitos desagradáveis provocados pelos anestésicos após a operação. • A anestesia intravenosa, depois do melhoramento alcançado por ABBOTT LABORATORIES com o barbitúrico de acção ultra-rápida, pode ser administrada quer nos casos de grande ou de pequena cirurgia, quer nos doentes vigorosos e jovens, quer nos debilitados ou velhos. PENTOTHAL tem 20 anos de larga experiência, e aproximadamente 2.000 relatórios clínicos a atestarem a sua eficácia.

Para quaisquer informações sobre o PENTOTHAL escreva para ABBOTT LABORATORIOS, LDA., Rua Joaquim António de Aguiar, 43 r/c D.to, Lisboa, Portugal.

PENTOTHAL[®] Sódico

(TIOPENTAL SÓDICO ESTÉRIL — ABBOTT)



Medicina psicossomática:— A orientação da escola do Prof. Harold G. Wolff, de Nova Iorque ⁽¹⁾



AMILCAR MOURA

INTRODUÇÃO

Para compreender o desenvolvimento do conceito actual de Medicina Psicossomática torna-se necessária uma breve introdução histórica. Em língua inglesa, o termo «psicossomático» foi usado, ao que parece pela primeira vez, por Flanders Dunbar, a grande pioneira da Medicina Psicossomática americana — e, em 1939, aparecia, também na América, o primeiro número da revista «Psychosomatic Medicine: Experimental and Clinical Studies». A palavra «psicossomático» ficou, então, consagrada pelo uso comum, mau grado todas as tentativas feitas para a substituir. Qualquer definição do «psicossomático» pretende evitar a suposta dicotomia entre o «orgânico» e o «psíquico» e superá-la através duma concepção total do homem são e enfermo. Na realidade, o termo é infeliz uma vez que na sua própria estrutura persiste nitidamente desenhada a antinomia cartesiana a que se deseja fugir. Acontece com o «psicossomático» o que sempre tem acontecido com outros termos na Medicina ou com os nomes de certas ruas: o uso comum fixa-os e não há força de determinação legal ou académica capaz de os remover.

O que se quer afirmar com o termo «psicossomático» é que os fenómenos somáticos e os psíquicos acontecem no mesmo sistema biológico e se influenciam reciprocamente repercutindo-se uns e outros na indissolúvel unidade psicofísica do indivíduo. Na verdade, a Medicina considerada como «arte de ajudar» o homem enfermo, foi sempre psicossomática. O que tem variado no decorrer dos tempos é o ponto de vista segundo o qual se tem interpretado o saber patológico — o que quer dizer que a Patologia, como ciência do mórbido, nem sempre foi psicossomática. Em todas as épocas, a realidade do homem doente persistiu como facto inegável, através de toda uma evolução semeada pelos altos e baixos da história da humanidade. E em todas as épocas os médicos, inseridos no momento histórico do ambiente intelectual, interpretaram a realidade da doença e do homem doente de acordo com as concepções filosóficas que então os norteavam. Na medida em que o médico transcendia os dados da Ciência, da Técnica e mesmo da Arte e se aproximava do doente, outorgando-lhe a categoria de pessoa humana, de Ser, ao mesmo tempo subjectivo e corpóreo, livre e obrigado, a Patologia que o orientava era, de alguma maneira, psicossomática. Mas de todas as vezes que o médico, enquadrado no ponto de vista da sua Patologia explicativa, se inclinava apenas para a *vertente* física do enfermo, era psicossomática a Medicina que exercia enquanto «arte de ajudar», mas não a Patologia, definida como atitude teórica de explicação da entidade mórbida.

Se quisesse resumir o que foi a evolução da Ciência Médica desde o século XIX até aos nossos dias, eu diria que ao predomínio indiscutido do patologista sucedeu a real preponderância do clínico. Quero afirmar que se até então, o pensamento e acção médicos se regiam pela orientação científico-natural, hoje é a realidade do homem, na sua qualidade de homem que constitui o seu objectivo último. À realidade da morfologia do mórbido, prescruçada na mesa de autópsias, sucede a realidade do síndrome fisiopatológico e etiológico que deixa de apoiar-se, rigidamente, no estático duma Patologia fragmentar, para encontrar, depois, na *vertente* psicológica, correlações até aí ignoradas. Neste sentido, afigura-se-me consideravelmente enriquecido o conceito de *clínico* que ultrapassa o significado do romântico *João Semana*. O humanismo simples de João Semana, aprendido no contacto íntimo com os seus doentes e nas conversas da botica, foi substituído pela técnica do moderno internista que veio superar e englobar o conceito de *clínico-geral*. Ficou para trás o *Homem*, com os seus instintos, as suas paixões e ideais, subvertido pelo

número, pela fórmula, pelo laboratório; e surge, então, o clínico psicossomático iluminado pelo mesmo facho da Técnica, mas com uma perspectiva mais vasta que a oferecida pela investigação positivista.

Sabem como para a Patologia humana do século XIX, o médico via os seus doentes como entidades mórbidas, como *casos*, que era possível estudar, classificar e tratar sem ter em conta a condição de *pessoa* dos enfermos. O esquema e o conteúdo do saber patológico estavam encerrados dentro dos quadros da morfologia e da dinâmica fisiopatologia. No rodar do século, a patologia celular de Virchow atingia o apogeu e faziam-se importantes descobertas nos campos da Bacteriologia e da Bioquímica. O prodigioso conhecimento adquirido sobre a estrutura da matéria sobre a energia e as leis que regem as suas transformações tinham marcado profundamente a orientação das Ciências Naturais. Claude Benard erguia o método experimental como a única via para o estudo dos seres vivos e o espírito humano, sempre ávido de unidade, sentiu real satisfação quando lhe foi dado vislumbrar que os fenómenos do vital podiam ser assimilados aos fenómenos físico-químicos. Baseada neste método de investigação científico-natural, a Biologia aplicada à Medicina vai conseguir os extraordinários progressos que alicerçam uma parte fundamental do saber de hoje. Compreende-se como para uma Medicina assim orientada interessasse mais a doença do que o doente; e também se aceita sem estranheza que no ensino da Ciência Médica se desse importância primordial à patologia dos órgãos e às investigações do laboratório. Mais tarde, a introdução do tipo biológico do doente traz novas variáveis para a orientação médica; a interpretação do indivíduo e da doença começa a fazer-se em termos biológicos e a partir dum pensamento biopatológico, realiza-se a progressiva assimilação da pessoa para uma Patologia que se torna, assim, biográfica. De modo que, ao lado duma Patologia que se mantém enquadrada nos limites do «orgânico» e do biológico, e em que a preocupação do somático obscurece uma visão mais límpida e mais vasta dos problemas do Homem-doente, surgem as novas correntes da Medicina Psicossomática e Antropológica, com os nomes de Freud, Krehl, Siebeck, Flanders Dunbar, Von Weizsäcker e tantos outros.

Certamente que ainda não terminaram as discussões entre anatomopatologistas, fisiopatologistas e etiopatologistas. No momento presente, a Medicina não ultrapassou ainda a *idade mecanicista*, como lhe chama Edward Weiss. Mas assiste-se a um poderoso movimento contra o predomínio localicista em todo o mundo e, especialmente na América do Norte, onde, como bofeiro da Fundação Rockefeller, tivemos a fortuna de trabalhar cerca dum ano numa das mais afamadas escolas da Medicina Psicossomática: a Escola do Prof. Harold Wolff. Pretendo, nesta comunicação, dar-lhes uma ideia muito resumida da posição actual da investigação psicossomática com referência particular à orientação americana.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Em todas as doenças se pode demonstrar a existência de factores somáticos e psicológicos e, neste sentido, todas elas são psicossomáticas, como psicossomática é a própria saúde. Por

(1) Comunicação apresentada à Sociedade das Ciências Médicas, em 12-1-54.

outro lado, é manifesta a importância variável dos factores psicológicos quer como elementos reactivos nas chamadas doenças «orgânicas», quer como factores incluídos nas complexas constelações etiológicas das doenças, sejam «orgânicas» ou «funcionais». Quando se fala em etiologia vem logo à ideia o problema teórico-especulativo das relações *causais* psicossomáticas, problema filosófico que, por importante que seja, não vem a propósito para uma comunicação de índole puramente descritiva.

O PROBLEMA DA ETIOLOGIA

Mas há que esclarecer este ponto — o problema da *causa* ou do factor *precipitante* nos síndromas psicossomáticos, para boa compreensão do que adiante se diz e para se definir a posição que tomámos. Uma questão frequentemente discutida mas ainda não resolvida quando se fala de sintomas e doenças originadas em situações criadoras de conflito é o de saber se existe ou não uma relação de especificidade entre uns e outros; ou, se as mesmas situações provocam sempre, em quaisquer indivíduos, os mesmos sintomas ou doenças. A pergunta tem sido muitas vezes formulada com a ideia de que da sua resposta dependerá a validade da *consciência* psicossomática da Medicina actual. Realmente, as reacções individuais perante a mesma agressão actual ou simbólica, traduzem-se por uma variedade de quadros síndromicos, mais ou menos intensos, mas, de qualquer maneira, diferentes nas suas expressões «orgânicas» imediatas ou em quaisquer outras consequências futuras do desequilíbrio produzido. Tem-se dedicado considerável esforço à resolução deste problema. Por um lado, tem-se investigado se a determinada doença corresponde determinado padrão de personalidade ou, duma maneira mais restrita, se é possível correlacionar certos sintomas ou enfermidades do indivíduo com uma característica marcante da personalidade que seja manifesta no comportamento. Exemplos destas tendências são a exaustiva pesquisa de «perfis de personalidade» feita por Fl. Dunbar ou os estudos do Prof. Harold Wolff na formulação dinâmica que apresenta das crises de enxaqueca. A Escola de Franz Alexander, em Chicago, tenta encontrar uma «configuração dinâmica específica», um conflito nuclear, único para a mesma doença e só revelável através da análise do material inconsciente. A noção da «inferioridade dos órgãos» é outra tentativa já antiga de observar as diferenças observadas. Não pode negar-se a importância de todas estas vias para a compreensão do problema e, certamente, delas dependerá em parte, o futuro caminho da investigação psicossomática.

Sabe-se como para a Medicina Psicossomática Americana, o «psicológico» tem, muitas vezes, a força de «psicogénico» e aqui se filiam muitas das atitudes extremas que viciam o conceito da totalidade psicofísica que está na base da nossa orientação teórica e actuação terapêutica. Seja qual for a natureza da situação traumática, temos para nós, como fundamental, a maneira como o indivíduo a interpreta, a posição que nela ocupa e a atitude de «reacção» que se origina. Esta pode ser inteiramente diferente da de outro indivíduo sujeito ao mesmo agente ou circunstâncias traumatizantes. As diferenças na reacção registam-se de acordo com uma complexa série de factores que constitui o *terreno* dentro do qual e em consequência do qual eclodirá a particular reacção exibida. Entenda-se por *terreno* o vasto e ainda bem pouco conhecido conjunto de factores que vai desde o condicionamento genético e das necessidades básicas do indivíduo até à influência exercida pelos factores sociais, pela situação cultural e religiosa, etc. O ponto importante é que, qualquer que seja a reacção produzida, o indivíduo tenta conseguir um novo equilíbrio que lhe permita lidar com a situação agressora segundo um modo que lhe é peculiar.

Sendo assim, parece que a questão da especificidade é um problema secundário, ou, se se quiser, um outro aspecto do problema a resolver. Mas quando se encara duma maneira prática, o crescente desenvolvimento dos síndromas psicossomáticos — o que fundamentalmente interessa saber é quais são as especiais características, a intensidade do síndrome desencadeado. Por outras palavras, qual foi o custo, em termos de economia orgânica, do ajustamento conseguido. A maneira de obter, com meios adequados, um ajustamento menos dispendioso ou de o tornar desnecessário, parece-nos uma via prometedora para a terapêutica, sem implicar que seja indispensável conhecer a «causa» e removê-la para obter resultados. É neste sentido que nós entendemos e aceitamos o «psicogénico» nos elementos psicológicos.

CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS PSICOSOMÁTICAS

Podemos, agora, um pouco mais à vontade, estabelecer uma classificação das doenças psicossomáticas, segundo a importância relativa que os elementos psicológicos tenham na etiologia. Consideremos, esquematicamente, os seguintes tipos de doenças:

1) — Aquelas em que a importância dos factores psicológicos é manifestamente muito pequena. Seria o caso das doenças infecciosas, das malformações, dos tumores. Registe-se a possível influência que os factores emocionais reactivos podem ter na evolução de tais doenças, principalmente nas infecciosas.

2) — Doenças de etiologia perfeitamente definida mas em que elementos psicológicos inerentes à personalidade do doente são responsáveis como factores predisponentes ou precipitantes. Temos exemplos nas fracturas: Flanders Dunbar descreve um tipo de personalidade característico do fracturado.

3) — Doenças em que os factores psicológicos são de primordial importância, quer na constelação etiológica quer para a evolução do quadro clínico. Dentro desta alínea considero dois sub-grupos:

No sub-grupo a) — estão os doentes sem lesões orgânicas verificáveis que justifiquem a sintomatologia apresentada. São os chamados «doentes funcionais», mesmo quando o «funcional» já passou a época de auge a que von Bergmann o elevava. São estes doentes que constituem a grande massa dos que ocorrem às consultas hospitalares ou privadas.

Estudamos, recentemente, num trabalho que julgamos inédito em Portugal, a incidência do aparecimento destes doentes numa organização particular de assistência clínica (Posto n.º 6, da Federação de Caixas de Previdência). No período de um mês — que tão curta foi a duração do nosso estudo — estes doentes constituíram 50,4% de *todos* os casos observados, percentagem que dá uma noção da actual premência do problema do doente «funcional». Juntemos, a título de informação, que as percentagens médias de requisições de análises e radiografias, por consulta efectuada com estes doentes, se situaram, respectivamente, em 6,4% e 18,9%, consentindo assim valores superiores às médias habituais: 3,5 e 17,8.

No sub-grupo b) — ficam incluídos os doentes com lesões estruturais cuja sintomatologia ou nada tem que ver com o dano tecidual ou é a resultante do próprio componente psicológico no seio do qual se produziu a lesão orgânica. É o caso, por exemplo, da úlcera gastro-duodenal.

A classificação que acabo de lhes expor enferma, como é hábito em todas as classificações, de muitos defeitos mas tem a vantagem de restringir e de definir, ainda que um pouco artificialmente, o campo onde parece que a actuação psicoterapêutica se revela com resultados mais dramáticos. Se há doentes em que a Técnica objectiva, concretiza e define a doença que ainda para os próprios enfermos surge estranhamente desligada do Eu, outros há que só poderão ser compreendidos nas suas queixas e nas suas metáforas cheias de angústia, quando o critério psicoterapêutico nortear a aproximação do médico que se abeira desses indivíduos — que são doentes de *tudo* — em toda a intimidade e profundidade da sua estrutura de seres humanos.

A presença dum síndrome psicossomático num indivíduo sugere, pois, que alguma coisa aconteceu ou está a acontecer susceptível de perturbar o seu equilíbrio emocional; e, por outro lado, que certos factos da sua história pessoal e factores constitucionais ou adquiridos da personalidade, o predispuzeram a reagir da maneira como reagiu. Acontece que a reacção somática é, muitas vezes, um equivalente de perturbações psicológicas e que o desaparecimento terapêutico ou acidental dessa *dramatização somática* pode resultar na eclosão de alterações graves do comportamento, até certo ponto inesperadas e paradoxais. De qualquer maneira e em princípio, a existência, em qualquer indivíduo, dum síndrome psicossomático traduz um desequilíbrio emocional. A razão pela qual estes indivíduos adoecem e a maneira como adoecem, é a grande questão ainda confusa, no fluxo e refluxo das mais vivas controvérsias. Vejamos, então, como a Escola do Prof. Harold Wolff tenta resolver o problema.

O PONTO DE VISTA DE HAROLD WOLFF E COLAB.

O conceito básico em psicanálise é o da existência de processos inconscientes que não podem perceber-se pela simples

auto-inspecção, mas que, em conjunto com os processos conscientes, modelam e influem toda a experiência psicológica. Desde há muito tempo que esta afirmação tem sido demonstrada na ordem qualitativa. As dúvidas persistem quando se trata de apresentar as mesmas demonstrações na ordem quantitativa.

O Prof. H. Wolff e colab. estudam, experimentalmente, a acção de situações de reconhecida importância emocional para o indivíduo, aplicando as técnicas mecanísticas e quantitativas da fisiologia em conjunto com a observação psicológica. Por consequência, as descrições dos factos observados e as conclusões que deles se deduzem, são puramente fenomenológicas, não-psicanalíticas, visto que não se tem em linha de conta a actuação do inconsciente na modelação das perturbações fisiológicas sob estudo. Desta maneira — e sempre que é possível — os dados da alterada fisiologia são correlacionados com os estímulos psicológicos; e as reacções emocionais do doente são perfeitamente conscientes para este e fenomenologicamente aparentes para o observador.

A grande maioria dos estudos experimentais do Prof. Wolff e colab. foram realizados como sabem, no sujeito Thomas Little, figura bem conhecida no mundo médico que lhes apresento agora, deitado na cama de observações do Departamento de Medicina e Psiquiatria do New York Hospital.

Conhecem a história de Tom — que conta hoje quase setenta anos. Quando tinha 9, bebeu um líquido muito quente e queimou o esófago. Alimenta-se desde então através duma fístula gástrica criada cirurgicamente. Depois de mastigar e saborear bem os alimentos, deposita-os no estômago com o auxílio dum funil e de um tubo de borracha, operação que executa com surpreendente perícia. Vive há muitos anos, empregado como *dinner* nos laboratórios do Hospital, em Nova Iorque e, todas as manhãs, permite que lhe seja observado o interior do estômago. Para as observações que se realizam através da fístula aproveitam-se as ocorrências do dia a dia do laboratório e, sempre que é possível, procura-se correlacionar as atitudes, as emoções e acontecimentos com as observações feitas na mucosa gástrica. É este Tom — com a sua sensibilidade, o seu orgulho e independência; com os seus elevados padrões éticos, a sua teimosia e decisão — é este homem, umas vezes amável, outras carrancudo, irritável e agressivo, quando não deprimido, ansioso e cheio de temores — que tem oferecido aos investigadores um caminho para estudo ainda pouco explorado e que se revelou cheio de extraordinárias possibilidades.

Mostro-lhes a propósito, outros indivíduos que, mercê do síndrome patológico que apresentavam, deram, também, preciosa contribuição para estes estudos experimentais. O sujeito A, por exemplo, apresenta, como vêem, uma extensa área de prolapso da membrana mucosa do cego e cólon ascendente que resultou de cecostomia realizada em 1941, por colite ulcerosa. No indivíduo B que sofreu uma colostomia, vêem um prolapso do cólon descendente e sigmoideia. No sujeito C, com colite ulcerosa, podem observar o prolapso do cego no quadrante inferior direito. A pequena protuberância na porção inferior do prolapso é o íleo terminal. O sujeito D foi submetido a uma colotomia transversa e vêem aqui o prolapso do cólon transversa.

As observações feitas no ambiente experimental e terapêutico que envolve médico e doente, enfermam, como é de esperar, dos erros inerentes ao subjectivismo do observador que pode, em princípio, deixar-se influenciar. O argumento é válido principalmente quando se trata de estabelecer correlações entre o tópico emocional que se supõe importante e as mensurações quantitativas das perturbações fisiológicas desencadeadas. Na Holanda, onde trabalhamos algum tempo com o Dr. J. Groen, em Amsterdão, rodeou-se esta dificuldade aproveitando-se o meu desconhecimento do idioma. Em colaboração com o Dr. J. van der Valk, estudámos durante várias semanas, um doente com colite ulcerosa e com um prolapso do cólon. A introdução, no ambiente experimental, dum médico sempre silencioso e desatento a tudo que não fosse a parte quantitativa a medir (intensidade da cor da mucosa, intensidade e frequência das contracções, quantidade de muco, etc.), não parece ter perturbado as observações. A correlação entre os dados da alterada fisiologia e os assuntos de importância emocional discutidos, foi, na realidade, inteiramente sobreponível à que tem sido obtida, em doentes idênticos, no Departamento do Prof. Wolff.

Neste tipo de observações, os resultados são colhidos no curto prazo que duram as sessões terapêuticas. Se um dado

tópico quando introduzido abruptamente na situação, precipita uma modificação no estado emocional e na função fisiológica, conclue-se que é importante no desencadeamento das alterações — o que nem sempre quer dizer que constitua o núcleo básico de maior significado dinâmico. No N. Y. Hospital, utiliza-se, além deste método, a cuidadosa investigação da história biográfica do indivíduo, procurando notar os períodos em que circunstâncias particulares criadoras de conflito aparecem associadas com modificações orgânicas definidas. Por outro lado, investigam-se as atitudes, estados emocionais e alterações fisiológicas a partir do momento em que o indivíduo está sob a atenção dos investigadores.

Compreende-se melhor, agora, como estes métodos de investigação diferem consideravelmente dos de outras Escolas. Algumas, como já dissemos, sustentam que só a análise da influência do inconsciente, com o auxílio de processos e conceitos especiais, pode dar resultados satisfatórios no estudo das relações «emoção-perturbação fisiológica»; e que os estados emotivos de que o doente tem plena consciência não tem valor quando se trata de averiguar as correlações que referimos. Sem negar a influência que os processos inconscientes tem nos conscientes, a Escola do Prof. Wolff, apoiada nas observações feitas durante largos anos na mucosa gástrica de Thomas Little, sustenta o ponto de vista de que o conflito de maior significado para o indivíduo, a atitude que o indivíduo toma em face da situação ameaçadora, é o mais importante para as modificações que se observam no estômago, quer a constelação seja consciente ou inconsciente.

Um ponto para que gostaria agora de chamar-lhes a atenção, é que estas reacções desencadeadas por situações de vida relevantes para o doente, aparecem associadas com uma imensa variedade de respostas e que tais respostas são inespecíficas e monótonas. Na realidade, as reacções traduzem-se habitualmente por hipermotilidade, hipersecreção, engorgitamento e rubor nas mucosas atingidas. Vejam, por exemplo, o que sucede com a função nasal. Temos aqui um gráfico que mostra os efeitos da inalação dum agente nocivo sobre a função nasal. A inalação de vapores de carbonato de amónio provoca, de maneira súbita, hiperémia, com engorgitamento da membrana mucosa nasal e hipersecreção e obstrução das vias aéreas. Conjuntamente, observa-se lacrimação, esturnutação frequente e irreprimível, tosse e espasmo do diafragma e músculos intercostais.

Vejam, agora, o padrão de resposta que se obtém com a inalação de pólen (crise aguda de febre dos fenos) e que é inteiramente similar ao anterior. Estão presentes a mesma hiperémia e hipersecreção. No primeiro caso, tratava-se duma defesa, duma protecção contra a inalação dum agente nocivo; o segundo caso traduz a luta do organismo para se libertar dum agente irritante.

A projecção que lhes apresento, agora, refere-se a um doente com vida conjugal extremamente infeliz e de difícil solução. A discussão da situação familiar da qual este indivíduo não podia, por assim dizer, libertar-se, provocou, como vêem, o mesmo padrão monótono de reacção. No decurso de sucessivas observações, às vezes prolongadas por semanas e meses, este e outro indivíduos apresentaram os mesmos sintomas nasais, ocasionalmente associados com manifestações «asmáticas». É desnecessário frizar como estas mucosas edemaciadas se tornam presa fácil dos microorganismos que nelas habitam usualmente e que levam, mais tarde ou mais cedo, ao estabelecimento das entidades nosológicas a que se chama, por exemplo, «rinite vasomotora», «rinite crónica», «sinusite» e «asma».

Esta resposta monótona — hipersecreção, hipermotilidade, engorgitamento, obstrução — serve teleologicamente, um fim: — o de eliminar o estímulo agressor. Observe-se ainda, como o organismo, com o auxílio deste padrão de defesa e protecção, diminua tanto quanto possível, as suas relações com o ambiente, limitando, assim, a grandeza da sua participação. Deste modo, se menos participa, menos recebe e menos dá até que se atinja uma outra forma de equilíbrio que no momento dado pode ser o melhor. Nesta reacção total de não-participação — o «*shutting-out*» — dos autores americanos, está incluído um aspecto de «*shutting-in*», um «virar para dentro», no qual pode caber a repressão de ressentimentos e conflitos.

Todos estes fenómenos que acabamos de descrever acontecem como parte duma resposta condicionada. O indivíduo que utilizou o padrão fisiológico de reacção contra as noxas do ambiente — sejam fumos, poeiras ou pólen — pode aprender a empregar o mesmo padrão quando haja que proteger-se de outras

ameaças reais ou simbólicas e de ganhar protecção, apoio e simpatia. Um padrão que lhe servira em criança para obter auxílio e segurança pode perpetuar-se em idades adultas, de par com padrões de comportamento e estados emocionais quando surgirem perigos ou ameaças simbólicas. Acontece simplesmente que tais mecanismos se tornam progressivamente inadequados e ineficazes. Se a hipersecreção e obstrução nasais são capazes de diluir e eliminar a poeira e os gases irritantes, revelam-se manifestamente inúteis para «eliminar» ou «diluir» frustrações amorosas ou outras. Nos indivíduos adultos, as ameaças simbólicas quase nunca provocam o desencadeamento do padrão total de reacção, como sucede quando o agente agressor é um fumo ou uma poeira irritante. O padrão de reacção protectora fragmenta-se e aparece umas vezes localizado às estruturas nasais, com exclusão dos pulmões, diafragma, olhos e boca; outras vezes, como no caso da asma, apenas envolve a mucosa brônquica, com a participação muscular do diafragma intercostais, etc. A delimitação da área de reacção não implica, todavia, menor intensidade da resposta que se origina.

Na grande maioria destes indivíduos, foi possível correlacionar o início e a recorrência da disfunção nasal com situações criadoras de conflito. O tipo de reacção que lhes apresentei é bastante característico duma reacção geral de não-participação. Em outros indivíduos, ou nos mesmos, em situações emocionais diferentes, pode demonstrar-se a existência dum padrão de reacção oposto: nestas circunstâncias, a mucosa nasal mostra-se enrugada e seca, com palidez, aumento do lume das vias aéreas, etc.

Mostro-lhes, agora, como estes padrões de reacção e adaptação se repetem em outras estruturas, como sejam as do estômago e do cólon, demonstrando a importantíssima participação das mucosas nas reacções orgânicas, capazes de serem a base de modificações teciduais posteriores que, quando irreversíveis e fixas, constituem a base morfológica das chamadas «doenças orgânicas». Um dos padrões agressivos mais precoces que se revela na criança é o associado com a fome e o acto de comer. Grande número de indivíduos persevera pela vida fora em utilizar este padrão, quando se sentem ameaçados ou encolerizados ou quando desejariam ser cuidados tal como lhes acontecia em épocas anteriores da vida. Este desejo de ser animado é evidentemente pouco aceitável para o homem adulto; daí que seja fortemente reprimido o que dá origem àquele conflito emocional que é tão frequente nos ulcerosos gastro-duodenais. A tradução gástrica deste conflito faz-se em termos de hiperfunção, isto é, aumento de fluxo sanguíneo, hipermotilidade, hipersecreção ácida.

Nesta projecção, mostra-se a hipermotilidade gástrica, acompanhada de hiperémia e hiper-acidez em associação com sentimentos de hostilidade e ressentimento. Thomas Little tinha sido injustamente acusado de ser pouco eficiente e pouco digno de confiança.

Vêm, agora, como é evidente a hipersecreção ácida e o considerável aumento do fluxo sanguíneo em relação com um conflito emocional em que prevalecia um sentimento de cólera.

Este outro gráfico refere-se a um outro doente em que se observam os mesmos resultados. Durante estes estados de hiperfunção gástrica, a mucosa, hiperémica e engorgitada, torna-se extremamente frágil. Durante conflitos em que os sentimentos predominantes são a cólera e o ressentimento — sem que um ou outro tenham adequada expressão — desenvolvem-se pequenos pontos hemorrágicos, a partir dos quais se podem formar pequenas erosões da mucosa.

Vejam, neste desenho, uma pequena área de ulceração produzida pela acção do suco ácido sobre uma mucosa insufficientemente protegida por muco.

Quando está presente este estado hiperdinâmico do estômago, encontram-se sintomas semelhantes aos da úlcera gástrica, nomeadamente, dor gástrica localizada, aliviada pela ingestão de alimentos ou de alcalinos quer, na realidade, exista ou não uma ulceração.

É curioso referir o que o Dr. Groen conta sobre doentes judeus, com úlcera péptica, que ele teve oportunidade de tratar

antes e depois de terem estado internados em campos de concentração alemães. A sintomatologia característica da úlcera desapareceu por completo durante a estadia destes indivíduos como prisioneiros, para voltar novamente, uma vez que retomaram as actividades e posição social que tinham antes da ocupação germânica. Atribue-se o facto à desapareição dos «standards» de vida pelos quais estes indivíduos tinham de lutar na vida civil e, principalmente, à possibilidade de expressão dos seus sentimentos de hostilidade e ressentimento que, em vez de se voltarem para os guardas, passaram a dirigir-se para os companheiros da mesma casta, mas de nacionalidades diferentes.

Tal como dizíamos para as mucosas nasais e respiratórias, também para a mucosa gástrica existe um outro padrão de reacção que se pode classificar como hipodinâmico. Diminuem a motilidade e o tónus do estômago, diminui a secreção ácida e, ao mesmo tempo, aumentam a secreção mucosa e a salivagem. Este padrão hipodinâmico acoplado a um padrão motor que esvasia o estômago pelo esfago e pela boca, torna-se extremamente eficaz para eliminar qualquer agente nocivo que tenha sido ingerido. Ora, acontece que certos indivíduos, em face de situações inaceitáveis ou ofensivas, reagem da mesma maneira, tal como se houvesse um agente tóxico que fosse mister eliminar. Nestes casos, realmente, pode observar-se os mesmos padrões de reacção protectora, com diluição, neutralização e ejeção do conteúdo do estômago. Cito-lhes de passagem, a bem conhecida e frequente sintomatologia que apresentam certos indivíduos quando confrontados com situações de que desejariam libertar-se ou que, de alguma maneira, representam, para eles, uma ameaça à sua segurança, à tranquilidade do seu «pequeno-mundo» rotineiro: é o caso por exemplo, dos vómitos (e diarreia) antes dos exames, de concursos de responsabilidade, etc. Por outro lado, situações reais ou ameaças simbólicas, pelo seu significado de autêntico desespero para o indivíduo, podem provocar cessação completa da actividade gástrica, com a característica sintomatologia de enfartamento, anorexia e náusea.

Vejam, aqui, por exemplo, o efeito produzido na mucosa gástrica de Tom, por uma situação que poderia acarretar-lhe a perda do emprego no Hospital. Tom tinha perdido um livro onde estavam registados os resultados de importantes experiências que só muito trabalhosamente poderiam ser repetidas. Note-se que não era a perda do emprego, por si, que constituía para Thomas Little a mais séria ameaça, mas sim o facto de que ele deixaria de ser considerado pela família a seu cargo, um bom «provider», o que lesava gravemente a sua auto-estima.

Este padrão gástrico hipodinâmico pode, muitas vezes, ser uma parte duma reacção total de mobilização, acompanhada de padrões cardiovasculares hiperdinâmicos e dos músculos esqueléticos como preparação para a fuga ou para a luta (flight or fight). Em resumo, podemos encontrar no estômago, dois padrões de reacção hipodinâmicos; um, caracterizado pela depressão de todas as funções gástricas e associado a sentimentos de desespero, terror, etc., e outro, que também aparece associado com estes sentimentos ou com ameaças e situações que evocam sentimentos de desgosto, de rejeição e que se caracteriza pelo acoplamento de hipersecreção de muco, aumento da função motora duodenal e contracções da musculatura esquelética que, eventualmente, terminam no vómito.

Era abusar da vossa paciência e desmerecer da honra que me deram, prolongar mais esta comunicação para lhes mostrar como todos estes padrões de reacção e adaptação se repetem monotonamente em outras estruturas do organismo, nomeadamente nas mucosas do cólon. Permito-me lembrar, apenas, as magníficas monografias «Stress and Disease» e «The Human Colon», saídas, recentemente, do Departamento de Medicina e Psiquiatria do N. Y. Hospital, e onde estes assuntos são tratados extensamente e, sem a menor dúvida, com mais clareza e precisão do que eu pude fazer. Resta-me a esperança de que tenha conseguido dar-lhes uma ideia, pálida embora, dos pontos basilares sobre as quais assenta a doutrina duma das mais importantes correntes da Medicina Psicosomática Americana.

P V R

Imunoterápia não específica associada à Penicilina

COMPOSIÇÕES

Injectável

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G	600 000 U.
Penicilina G Procaínica	300 000 U.
Penicilina G Potássica	100.000 U.
Soro imunizante não específico de antigénios lipo- -proteicos e sais biliares associados a essências antissépticas	5 c. c.

Supositórios

1.000.000 U.

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G	600.000 U.
Penicilina G Procaínica	300.000 U.
Penicilina G Potássica	100.000 U.
Suspensão imunizante não específica, preparada com albuminóides, gorduras animais e sais biliares	0,3 grs.
Quinina básica	0,120 >
Gomenol	0,001 >
Eucaliptol	0,001 >
Cânfora	0,001 >
Vitamina A	30.000 U.
Vitamina D ₃	3.000 U.
Manteiga de cacau q. b. p.	3 grs.

500.000 U.

Metade da dose da composição anterior.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Terapêutica e profilaxia dos resfriados e, duma maneira geral, em todos os estados infecciosos, susceptíveis à Penicilina, em que se pretenda activar as defesas naturais do organismo.

APRESENTAÇÃO

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

Em embalagens de 1 e 2 supositórios de 500.000 U. e de 1.000.000 U.



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

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



Xarope para a tosse

SEDOPECTAN

A ausência na sua composição de alcaloides e hipnóticos permite, sem inconveniente, o seu uso prolongado por crianças e adultos.

COMPOSIÇÃO:

Infuso de abótano	1,71 g.
Infuso de pulmonária	2,56 g.
Metilesculetina	0,114 g.
Trietanolamina	0,57 g.
Xarope de groselha	7,1 g.
Açúcar	93,0 g.
Água destilada q. b. p.	150,0 g.

A PRESENTAÇÃO:

Frascos de 150 g.

C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. m. b. H.

MANNHEIM

AGENTES EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL:

FERRAZ LYNCE, LDA.

Travessa da Glória, 6-2.º - LISBOA

O problema da tuberculose em Portugal

Análise das suas causas determinantes

TEIXEIRA RUELLA

(Médico-Tisiologista)

(Continuação do número anterior)

CAPÍTULO II

A ALIMENTAÇÃO DO POVO PORTUGUÊS

Vimos no capítulo anterior, como um abaixamento do nível de vida aumenta o índice de tuberculose e implicitamente a taxa de mortalidade pela tuberculose. Nesta ordem de ideias, vamos seguidamente focar o caso concreto do nosso País, e, ao apreciarmos alguns aspectos do baixo nível de vida do seu Povo, mais fácil nos será compreendermos as causas que estão na origem de existir entre nós, um elevado índice de morbilidade e de mortalidade pela tuberculose em todas as suas formas.

Dizia o Prof. Maia Loureiro: «ao passo que as classes abastadas fazem um consumo de carne, peixe, aves e gorduras, que não só excede as exigências fisiológicas, mas atinge um nível certamente prejudicial ao equilíbrio orgânico, nas classes pobres de certas regiões do país o consumo destes alimentos, atinge níveis inverosivelmente baixos».

Afirmou o Prof. Gonçalves Ferreira: «o homem pobre dos campos vive nas regiões mais beneficiadas do país — sob o ponto de vista alimentar—à base de pão, batata, hortaliça ou legumes, com pequena quantidade de feijão, carne e peixe, e nas regiões mais pobres, de regime de cultura exclusiva ou em épocas menos abundantes, à base de pão e hortaliças. O consumo de azeite, restringido ao caldo e por vezes ao molho para as batatas, é sempre pequeno, embora o azeite seja de longe, a gordura natural mais barata e utilizada. O camponês não come manteiga nem carne de vaca, e consome pouca carne de porco (o tradicional porco anual) e, quando o faz, trata-se de animais pequenos, à volta dos 60 quilos, os quais não têm mais do que 6 ou 7 quilos de gordura. Como é compreensível, esta carne é gasta em 5 ou 6 meses, o que significa que o camponês e sua família passam metade do ano sem vestígios de gordura animal na sua alimentação. A situação alimentar das famílias pobres do trabalhador é angustiosa».

Diz ainda o mesmo A.: — «parafrazando conclusões da Comissão de Higiene da Sociedade das Nações, podemos dizer que as insuficiências alimentares características do nosso País, são:

a) Sub-alimentação dum fracção importante da infância, com todas as suas consequências para o desenvolvimento físico.
b) Produção diminuta de alimentos protectores (leite e derivados, carne fresca, ovos, vegetais verdes, frutos) que encerram substâncias de natureza a estimular o crescimento, a imunidade e a vitalidade gerais.

c) Insuficiência de cálcio, fósforo e ferro nos alimentos mais comuns.

d) Falta de carnes e de alimentos proteicos numa fracção importante da população (Classes menos abastadas).

e) Regímen alimentar, em geral pouco variado.

Num trabalho mais recente, e que data de 1950, com o título «O Problema Alimentar Português», o Dr. Rocha Faria, nas conclusões a que chega partindo das quantidades de produtos destinados ao consumo público, afirma que:

a) a quantidade de calorías é suficiente;

b) embora o total de proteínas esteja dentro daquilo que pode considerar-se normal, verifica-se que existe uma grande deficiência nas proteínas de origem animal;

c) as gorduras, provêm em grande quantidade, do reino vegetal;

d) o vinho, forneceu 6% e 8,1% do total de calorías, respectivamente nos primeiro e segundo decénio em que foi feito este estudo;

e) o regímen alimentar é desequilibrado;

f) não foram feitos os cálculos para os sais minerais e vitaminas, mas devem verificar-se deficiências sobretudo em cálcio, fósforo e vitaminas liposolúveis (a vitamina A e a vitamina D).

Não consideramos estas conclusões inteiramente certas. E não as consideramos, pelo facto de se ter entrado em linha de conta para o cálculo das calorías, com aquelas que fornece o vinho, que neste trabalho é considerado como um alimento. Já de há tempo, que o valor alimentar do vinho vem sendo negado por autores como Mme. le Bretton, Nyman e outros. Entre nós, o Prof. Ferreira de Mira afirmava no seu trabalho — «Bases da Alimentação Racional» — que experimentalmente se verificou que nas vinte e quatro horas o organismo só aproveita 70 a 80 gramas de álcool e ainda com a condição de ser administrado de forma diluída e em doses fraccionadas.

Mme. le Bretton e Nyman, demonstraram que o álcool pode ser tomado como estimulante e encobridor da fome. Contudo, não pode ser tomado em consideração como um alimento perfeito. E o próprio Dr. Rocha Faria, no citado trabalho afirma a página n.º 84 que: «devido ao consumo que se faz desta bebida e às suas propriedades *estimulantes* (1), entendemos dever incluí-la nos nossos cálculos». Isto é, o próprio médico-nutricionista Dr. Rocha Faria não atribui ao vinho valor alimentar, mas apenas propriedades estimulantes. Ora um estimulante não é um alimento, e nesta ordem de ideias e obedecendo a certa lógica, o citado médico-nutricionista deveria também ter entrado em linha de conta com os princípios activos do chá e do café, na medida em que sobretudo o segundo, se consome largamente nos grandes centros. E na realidade, não o fez.

Diz o A. citado, que a porção edível dos alimentos disponíveis em dois decénios, proporcionou em média, as seguintes calorías diárias:

	Por U. C.	Por indivíduo
1927-1936	3.300	2.524
1937-1946	3.127	2.403

Se a estes números, subtrairmos as calorías que o A. do trabalho em referência afirma serem fornecidas pelo vinho, em vez do número de calorías acima referidas, teremos os seguintes:

	Por U. C.	Por indivíduo
1927-1936	3.099	2.370
1937-1946	2.873	2.208

Ora os números que representam a média de calorías diárias que a alimentação fornece ao nosso Povo, estão abaixo daquilo que uma alimentação normal na realidade tem de fornecer.

Basta que se comparem estes números, com aqueles que adiante se transcrevem, tirados da publicação «Food and Nutrition Board», e pelos quais ficamos sabendo que: um homem de 70 quilos com vida sedentária, necessita de 2.500 calorías diárias; medianamente activa, 3.000 C. D.; muito activa, 4.500 C. D.; uma mulher de 56 quilos com vida sedentária, 2.100 C. D.; medianamente activa, 2.500 C. D.; muito activa, 3.000 C. D.

(1) O sublinhado é nosso.

A média de calorias indicada pela «British Medical Association» é de 3.400 calorias por U. C. Onde está então a suficiência das calorias que em média é fornecida aos portugueses?!

Mulher em período de aleitamento, necessita de 3.000 calorias diárias, e as mulheres grávidas, a partir do quinto mês, necessitam de 2.500 C. D. e isto é aumentado por mais necessidades calóricas em relação com a actividade física dispendida. Todos nós sabemos, como é frequente e podemos mesmo dizer ser regra geral, andar a mulher do campo em serviços pesados até à hora do parto.

Para não alongar este capítulo, ainda poderemos citar que as crianças dos 10 aos 12 anos necessitam de fazer uma alimentação que lhes forneça 2.500 calorias diárias, as raparigas dos 13 aos 15, necessitam de 2.600 calorias e os rapazes dos 13 aos 15, 3.200 e dos 16 aos 20, 3.800.

Mesmo que por uma mera questão de amabilidade quisessemos fazer a vontade ao Dr. Rocha Faria, desde que entramos em consideração com todos estes números, não podemos estar de acordo com ele, quando afirma que a média do valor energético da alimentação do Povo português, é suficiente. Com os próprios números que ele fornece, nós chegamos a uma conclusão diametralmente oposta!

O Eng.º Daniel Barbosa, no seu trabalho «Alguns aspectos da economia portuguesa», na pág. 143 afirma: — a primeira conclusão que tiramos é a de que parece ser evidente, em 1935-1939 e 1938-1940, a existência dum déficit calórico, que dentro do nosso sistema de avaliação se mediria por 27 % e 22 % respectivamente... e na página seguinte afirmava: «em 1950 as nossas necessidades em calorias orçaram pelos 7.008 biliões...»

Quanto ao valor energético da alimentação do Povo português, é curioso lançar-se uma vista de olhos sobre o quadro que se segue, pois nele, é estabelecida a comparação entre aquilo que se passa entre nós, e aquilo que consta das estatísticas de alguns países europeus. Este quadro, foi extraído da publicação da F.A.O. «A situação mundial da alimentação e da agricultura» (1951).

Cálculo do valor energético das disponibilidades alimentares nacionais, médias por habitante em 1948-49, 1949-50 e 1950-51:

	1948-49	1949-50	1950-51
Áustria	2.640	2.610	.....
Bélgica-Luxemburgo ...	2.750	2.895	2.896
Dinamarca	3.065	3.160	3.164
Finlândia	3.070	3.100	.....
França	2.695	2.685	.....
República Fed. Alemã	2.525	2.660	.....
República Dem. Alemã	2.410	2.460	.....
Irlanda	3.350	3.340	.....
Itália	2.355	2.370	2.373
Noruega	2.970	3.135	3.137
Suíça	3.095	3.195	3.198
Suécia	3.070	3.200	3.201
Países Baixos	2.990	2.970	2.972
PORTUGAL .....	.....	2.208	.....

O nosso País, não consta deste mapa, e a inclusão é da minha iniciativa, apenas para poder fazer-se a comparação aproximada, uma vez que o número que nos diz respeito, é um número oficial, e correspondente à média de calorias por indivíduo no decénio que vai de 1937 a 1946, o período de tempo mais próximo do ano de 1948 a 49, período de tempo em que as nossas disponibilidades a melhorarem, não atingiram com certeza o valor calórico da média alimentar do país que imediatamente se segue a nós, no valor progressivo da escala. Assim, a nossa diferença para aquele que imediatamente se segue (República Democrática Alemã) é de 202 calorias diárias por indivíduo. A consulta do quadro mostra-nos que mesmo em países com maiores possibilidades, esse acréscimo não foi atingido dentro do período de três anos, e quanto a nós, mesmo em referência a 1948 continuaríamos no fim da escala deste grupo, dada a impossibilidade de vermos acrescidas mais 202 calorias, à média diária da alimentação do nosso Povo.

Isto, quanto ao valor calórico da alimentação dos portugueses.

Diz ainda o Dr. Rocha Faria — no citado trabalho — que a nossa alimentação, é em média, desequilibrada. Eu digo um

pouco mais. Afirmando que ela é desequilibradíssima. E senão, vejamos:

Sabe-se que uma ração alimentar, para ser considerada equilibrada, terá de ser constituída em peso, da seguinte forma:

50 % do peso total, em hidratos de carbono.

30 % do peso total, em gorduras.

15 % do peso total, em proteínas, e nestas, as proteínas de origem animal, devem entrar na percentagem de 60 % do peso total de proteínas.

Depois destas breves considerações vejamos o que sobre o assunto nos diz o trabalho que a Direcção Geral dos Serviços Agrícolas publicou, assinada pelo médico nutricionista a que temos vindo a fazer referência. Orientamos o nosso cálculo da seguinte maneira. Nos dois decénios (1927-36 e 1937-46), o Dr. Rocha Faria, apresenta no seu trabalho, a quantidade média de alimentos disponíveis para o consumo público, e assim, por unidades de consumo e por capitação, estabeleceu a média diária do peso em gramas do que seria em cada um daqueles decénios, o quantitativo e o qualitativo da média diária da alimentação dos portugueses do Continente.

Assim, desde 1927 a 1936, existiram livres para consumo, géneros alimentares que em média diária forneceriam a seguinte alimentação, expressa em gramas:

	Por unidade de consumo:		Por capitação:	
Proteínas	animais	25	.....	19
	vegetais	62	.....	48
	Total	87	.....	67
Gorduras	76	.....	59	
Hidratos de carbono	515	.....	394	
Total	678	.....	520	

No segundo decénio, isto é, naquele que decorre de 1937 a 1946, existiram para consumo um peso de alimentos, que em média diária, por unidades de consumo e por capitação, forneceram os seguintes números, que exprimem gramas:

	Por unidade de consumo:		Por capitação:	
Proteínas	animais	21	.....	16
	vegetais	57	.....	44
	Total	78	.....	60
Gorduras	73	.....	56	
Hidratos de carbono	475	.....	365	
Total	626	.....	481	

Para simplificação do nosso cálculo e para tornarmos mais explícitas as conclusões a que pretendemos chegar, tiremos a média nos vinte anos, dos números que acima exprimem, por unidades de consumo e por capitação, a alimentação média diária expressa em gramas, nos dois decénios referidos. Até porque assim, as nossas probabilidades de erro são menores. A média nos dois decénios, seria pois:

	Por unidade de consumo:		Por capitação:	
Proteínas	animais	23	.....	17,5
	vegetais	59,5	.....	46
	Total	82,5	.....	63,5
Gorduras	74,5	.....	57,5	
Hidratos de carbono	495	.....	379,5	
Total	652	.....	500,5	

Posto isto, e aplicando a estes números a regra que estabelece uma alimentação equilibrada (50 % do peso total em Hidratos de carbono, 30 % do peso total em gorduras, 9 % do peso total em proteínas de origem animal e 6 % em proteínas de procedência vegetal) vamos demonstrar qual foi por dia e em média, nos vinte anos referidos, o desvio no sentido do desequilíbrio, da alimentação do Povo português.

E assim, por unidades de consumo e em gramas por dia nos



ALGICINA
CÓDOL
RHINOL
RHEUMA



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA



REBITE POLIVITAMÍNICO DA RESISTÊNCIA ORGÂNICA

VICOMBIL

Bial

DRAGEIAS — XAROPE

VITAMINA A	5.000 U. I.	VITAMINA B ₅	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 INTELLECTUAIS, FADIGA, FALTA DE FORÇAS, ESGOTAMENTO, GRAVIDEZ, AMAMENTAÇÃO, PERTURBAÇÕES GASTROINTESTINAIS E ALIMENTARES, INFECÇÕES AGUDAS E CRÓNICAS, CONVALESCENÇAS

vinte anos; se todos se alimentassem igualmente teriam uma alimentação assim constituída:

Peso total	Hidrat. carb.	Gord.	Prot. anim.	Prot. veg.	Div.
686	495	74,5	23	59,5	34

Mas, para que esta alimentação fosse equilibrada dentro do peso total de alimentos, a quantidade de cada um dos componentes dessa alimentação, deveria ter sido antes:

Peso total	Hidrat. carb.	Gord.	Prot. anim.	Prot. veg.	Div.
686	343	206	62	41	34

Fácil nos é agora constatar por diferença, quais foram portanto em média diária e em gramas, por unidade de consumo, os desvios alimentares — depois de uma teórica distribuição por unidades de consumo — feita a partir dos géneros disponíveis nos vinte anos. Assim, teremos:

Desvios para mais:

Hidratos de carbono	152
Proteínas de origem vegetal	18,5

Desvios para menos:

Gorduras	131,5
Proteínas de origem animal	39

Feito o mesmo cálculo em média diária, à base de vinte anos, mas por capitação já sabemos que a alimentação por dia forneceria os seguintes pesos, assim distribuídos nas substâncias que compõem o peso total de alimentos:

Peso total	Hidrat. carb.	Gord.	Prot. anim.	Prot. veg.	Div.
527	379,5	57,5	17,5	46	26,5

Mas nestas condições de peso total de alimentos, os princípios alimentares que o compõe, numa alimentação equilibrada e por capitação, deveriam estar assim distribuídos:

Peso total	Hidrat. carb.	Gord.	Prot. anim.	Prot. veg.	Div.
527	263,5	158	47,5	31,5	26,5

Assim fazendo o cálculo por capitação, poderemos concluir dos desvios alimentares em gramas, por dia.

Desvio para mais:

Hidratos de carbono	116
Proteínas de origem vegetal	14,5

Desvios para menos:

Gorduras	100,5
Proteínas de origem animal	30

E assim, tanto por capitação como por unidades de consumo, poderemos afirmar que em percentagem, os géneros alimentares disponíveis, dado que fossem distribuídos equitativamente nos vinte anos que vão de 1927 a 1946, em cada dia, dar-nos-iam os seguintes desvios:

Quanto a hidratos de carbono, a alimentação em vez de 50 % do peso total de alimentos, teria fornecido 72 % desse mesmo peso, o que corresponde a um excesso de 44 %, isto é, quase mais metade do que deveria ter sido.

Quanto a proteínas de origem vegetal, em vez de terem estas entrado na percentagem de 6 % do total, entraram na realidade, na percentagem de 8,5 %, o que significa que houve um excesso de 46 %.

Aplicado o mesmo cálculo às gorduras, constatamos que em vez de terem entrado na percentagem de 30 % no peso total de alimentos, entraram na percentagem de 11 %, o que significa que em média diária, houve para menos, um desvio de 60 %. Isto é, se houvesse uma distribuição equitativa, por dia, na média dos vinte anos e com as quantidades de gordura que existiram nesse período, livres para consumo, quer por capitão quer por

unidades de consumo, as nossas disponibilidades alimentares na ração diária quanto a princípios gordos, nem metade do que necessitamos diariamente, poderíamos ter conseguido.

E quanto a proteínas de origem animal, em vez dos 9 % necessários a uma ração equilibrada, teríamos apenas 3,5 %, o que quer dizer que disponíveis para consumo na média diária da alimentação em vinte anos, houve a menos 65 % de princípios alimentares de elevada categoria nutritiva, isto é, quase um terço do necessário. E o que significa tudo isto? Significa que se come mais, e muito mais, aquilo que é barato, pois tanto os hidratos de carbono como as proteínas de origem vegetal, que nos são fornecidos pelo pão, leguminosas, produtos hortícolas, cereais e frutas de consumo corrente, são mais acessíveis em preço, à carne, ao peixe, aos ovos, ao leite, manteiga, banha, unto, toucinho, queijo, azeite e margarina, etc.

Isto, porque o poder de compra é diminuto e não se compadece com a larga produção de alimentos de origem animal, que não encontrariam colocação compensadora, nos mercados internos.

Traduzido isto em linguagem mais corrente, na média dos vinte anos a que temos vindo a fazer referência, comeu-se em média, muito mais pão, batatas, hortaliças, arroz e feijão, do que carne, peixe, ovos, leite, manteiga, azeite, banha, unto, margarina ou toucinho. É o que tudo isto significa, e em face dos números atrás expostos, dos desvios demonstrados em gramas ou em percentagem, nós em boa verdade, não podemos dizer como o Dr. Rocha Faria que a nossa alimentação é desequilibrada. Com desvios para menos e para mais, da ordem daqueles que foram expostos, a nossa alimentação tem que ser considerada, não apenas desequilibrada, mas sim, desequilibradíssima. Assim é que está certo, assim é que é justo, e não queiramos com palavras, dourar a miséria. Encarêmo-la tal qual ela é, e tenhamos a coragem de a proclamar!

Além disso, e fora de outras considerações de ordem económico-social que poderiam ser tiradas desta fome de proteínas e gorduras, tem este facto uma importância transcendente no caso especial que estamos tratando, porquanto o défice de proteína animal está em certa medida ligado à maior difusão da tuberculose. Assim, no n.º 1 da série 29 da revista médica «Tubercle», lê-se na sua página 21: naqueles países em que a quantidade de proteína de origem animal na alimentação se mantinha elevada durante a guerra, a mortalidade por tuberculose, manteve-se fraca. É o que se pode observar em relação à Dinamarca, que apesar da ocupação, manteve sempre para consumo, uma quantidade apreciável de leite, ovos, manteiga e proteínas de primeira qualidade.

As estatísticas sobre tuberculose, durante e depois das duas guerras mundiais sublinham a importância do regimen alimentar na resistência à infecção tuberculosa, e sobretudo, demonstram os tristes efeitos duma deficiência em proteína, quanto o dispêndio de energia é grande.

O quadro seguinte, ilucidará sobre este assunto:

	Para um gasto de proteína de:	O índice de mortalidade por tuberculose é representado por:
1938	1	1
1940	0,90	1,142
1941	0,84	1,203
1942	0,95	1,092
1943	0,93	1,117
1944	0,97	1,047
1945	0,99	1,035
1946	1,004	0,905

Portanto, constata-se em estreita relação com a diminuição de proteínas na ração alimentar, o aumento da cifra referente à mortalidade pela tuberculose. A um pequeno acréscimo do consumo de proteínas entre 1944 e 1946, correspondeu a diminuição da cifra que traduz a mortalidade por tuberculose.

Isto para demonstrar e não ficarem dúbidas, que se outras razões não houvesse — mesmo na análise da nossa alimentação — só a escassez de substâncias proteicas de origem animal e mesmo o desequilíbrio nas proteínas totais, concorrem para explicar a elevada morbidade e endemicidade e a não menos alta mortalidade pela tuberculose, no nosso País.

Consideramos bastante elucidativo o quadro seguinte, que

demonstra eficientemente a nossa pobreza em alimentos de qualidade superior. À sua vista, façamos o paralelo entre o peso de proteínas de origem animal que em média diária e por habitante entram na alimentação dos povos de alguns países da Europa, e aquela quantidade de proteínas da mesma origem, que em média e por habitante, ficam disponíveis para a alimentação dos portugueses do continente.

Países:	Anos:	
	1948-49	1949-50
Áustria	25 gr.	30 gr.
Bélgica-Luxemb.	36 gr.	41 gr.
Dinamarca	57 gr.	59 gr.
Finlândia	44 gr.	43 gr.
França	39 gr.	41 gr.
Alemanha (R. F.) ...	27 gr.	33 gr.
Alemanha (R. D.) ...	14 gr.	19 gr.
Grécia	14 gr.	19 gr.
Irlanda	49 gr.	50 gr.
Itália	19 gr.	20 gr.
Países Baixos	40 gr.	39 gr.
Noruega	52 gr.	56 gr.
Suécia	59 gr.	60 gr.
Suíça	50 gr.	52 gr.
Reino Unido	43 gr.	46 gr.
PORTUGAL	Decénio de 1923-36	19 gr.
	Decénio de 1937-46	16 gr.

Neste quadro, a comparação é feita também por nossa iniciativa, e refere-se a anos diferentes. Poderá existir por isso uma certa possibilidade de erro mas contudo, mesmo que dispusessemos de números mais actualizados referentes ao nosso País, convencidos estamos e à certeza temos, de que continuaríamos a desmerecer no confronto! E por isso, se mais razões não existissem, não é de estranhar a nossa posição relativa a outros países, quanto à mortalidade pela tuberculose.

Quanto a proteínas totais, também a nossa posição — se a enquadrarmos no quadro seguinte — não é nada lisonjeira.

Assim vejamos:

Capitação média diária de proteínas totais

Países	1948-49	1949-50
Áustria	76	76
Bélgica	81	85
Dinamarca	102	102
Finlândia	99	96
França	98	97
Alemanha (R. F.)	81	79
Alemanha (R. D.)	68	72
Grécia	74	77
Irlanda	98	97
Itália	75	75
Países Baixos	83	81
Noruega	101	102
Suécia	95	94
Suíça	94	98
Reino Unido	89	91
PORTUGAL	Decénio de 1927-36	67 gr.
	Decénio de 1937-46	60 gr.

Disse o Eng.º Daniel Barbosa no seu trabalho: «Alguns aspectos da economia portuguesa»: aonde, porém, o problema aparece com uma gravidade impressionante, é na carência de gorduras que caracterizou a nossa alimentação; nem mesmo no triénio de 1945-1948 se deixou de notar um déficit enorme: quase que 30%! A média da nossa produção de gorduras, afirma aquele antigo Ministro da Economia, nos três períodos considerados (1935-39; 1938-40; 1945-47), foi de 10 mil toneladas;

lembramos que para 1950 precisaremos de cerca de 187 mil; sejam mais 73 %...».

Ainda na demonstração da nossa escassez de alimentos de superior qualidade, o quadro seguinte mostra as quantidades irrisórias que a cada português caberia em média diária, feito o cálculo por unidades de consumo, se a todos fosse possível comerem todos os dias, carne, peixe, ovos, leite e no mesmo quadro comparámos as quantidades que a cada um seria dado se todos comessem batatas, feijão, grão de bico, etc. Este cálculo refere-se à média diária nos vinte anos que decorrem de 1927-1946. E assim, teríamos:

Leite	Dois centímetros cúbicos, ou seja, aproximadamente o volume que comporta um dedal.
Manteiga	2 gr. (em excesso)
Banha, unto, touc. ...	5,5 gr.
Margarina	0,25 gr.
Azeite	0,03 l.
Açúcar	34,5 gr.
Feijão	18,5 gr.
Grão de bico	5 gr.
Batata	292 gr.
Arroz	40 gr.
Bacalhau	23,3 gr.
Prod. Horticolas	304 gr.
Pão	530 gr.

Por aqui se constata também, que a nossa alimentação não é desequilibrada, mas sim desequilibradíssima, como de resto já atrás foi dito. Estes valores médios demonstram-nos também, que num regime económico em que impera a lei da oferta e da procura, aqueles que mais rareiam são precisamente os mais caros, e pelo facto de o serem, são aqueles a que a grande maioria não chega, porque o seu fraco poder de compra lhes não permite adquiri-los. Portanto, a alimentação da grande maioria dos portugueses, é feita sobretudo a partir das hortaliças, pão, batatas e algumas leguminosas (feijão, grão). Mas mesmo o pão, requer algumas breves considerações sobre ele, tanto mais que é o alimento-base da nossa gente. Baseado no censo de 1940 e em dados fornecidos pelo Instituto Nacional do Pão (Dr. Rocha Faria), 37 % dos portugueses come como pão, aquele que é confeccionado com farinha de milho. A boroa, tão usada sobretudo no Minho, Beira-Alta e parte de Trás-os-Montes, não é, na realidade, aquele alimento nutritivo e com aquelas qualidades que muitos lhe atribuem. É menos rico em proteínas do que o pão de trigo, tem quase sempre um grau de humidade bastante elevado, é de difícil digestão e falta-lhe pelo menos um ácido aminado indispensável num alimento de tão largo uso — refiro-me à zeína — e falta-lhe o ácido micotínico ou vitamina P. P. que é o factor anti-pelagroso.

Dentro dum campo mais restrito, diz o Dr. Montalvão Machado — que foi Delegado de Saúde do distrito de Vila Real — que sobretudo na região do Douro, a deficiência alimentar das classes trabalhadoras é em parte suprida pela ingestão de grandes quantidades de broa — onde vão buscar as calorias de que necessitam para dispêndio de energias — é diz esse médico, estar convencido de que a percentagem elevada de doentes do estômago internados no Hospital de Vila Real (8,6 %) se deve ao excesso de alimentação com pão de milho, que é pesado e de difícil digestão. Mesmo o pão de trigo — alimento bastante mais digerível — se agora é, pelo menos durante algum tempo não foi aquilo que deveria ser. Assim, no «Jornal de Notícias» de 2 de Abril de 1952, lia-se a seguinte exposição feita pela Direcção da Federação dos Institutos de Moagem, ao Ministro da Economia:

«...o trigo importado, é de baixa qualidade, e leva-se muito longe a extracção de farinha, englobando-se nesta uma parte do cereal que devia ser destinado a sêmas. Faz-se na farinha mistura — na percentagem de 25 % ou 15 %, conforme o pão é de 2.ª ou de 1.ª — de outros cereais panificáveis produzidos em território nacional, como o milho, a cevada e o centeio, estando ainda determinado que

**Novo... o primeiro
antibiótico de largo campo
de acção por via
intramuscular...**

Terramicina* Intramuscular

MARCA DA OXITETRACICLINA

*fácil administração parenteral
rápida acção antibiótica de largo espectro
boa tolerância*

A TERRAMICINA INTRAMUSCULAR é apresentada em frascos de uma dose contendo 100 mg. de Cloridrato de TERRAMICINA estéril. A posologia diária é de 200 a 400 mg., administrados em fracções de 100 mg. com intervalos de 6 a 12 horas.

Únicos Distribuidores:

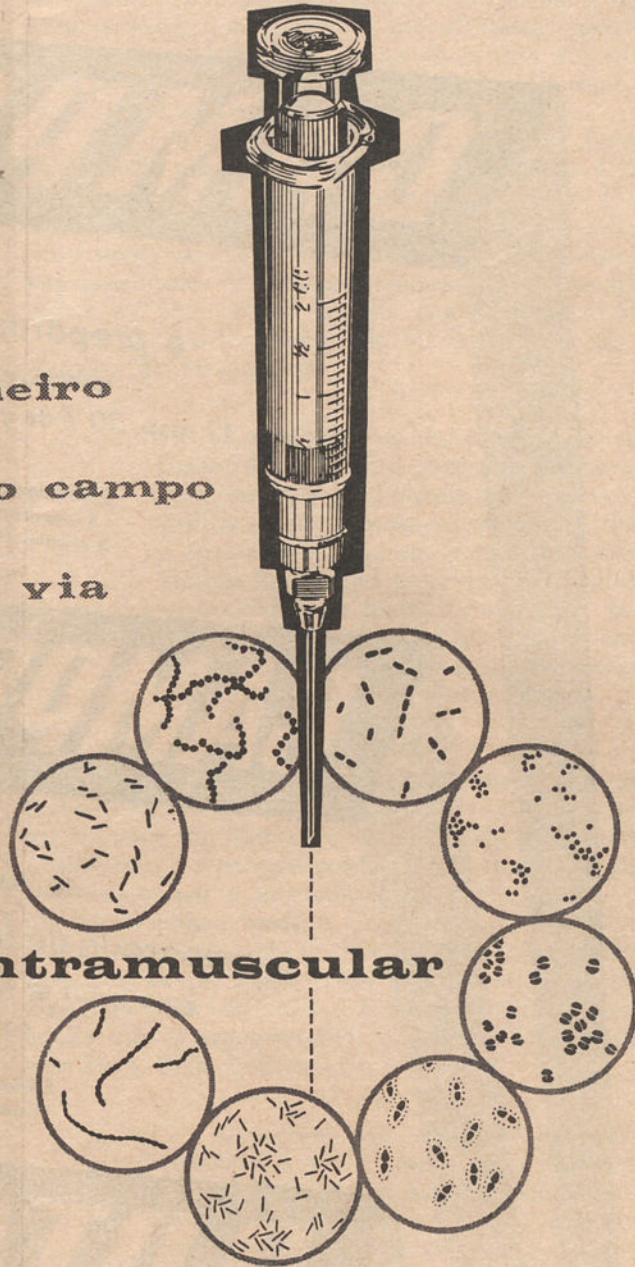
NÉO-FARMACÊUTICA, LIMITADA
AVENIDA 5 DE OUTUBRO, 21, R/C. — TEL. 51830
LISBOA

Representantes de

Pfizer

FUNDADA EM 1849

O maior Produtor de Antibióticos do Mundo



* MARCA REGISTRADA DA CHAS. PFIZER & CO., INC.

Para estimulação dos
órgãos hematopoéticos

GAMPOLON

o preparado de fígado
injectável, polivalente
com 12 resp. 30 % de vitamina B₁₂ por ampola

Embalagens originais
5 ampolas de 2 cm³
3 ampolas de 5 cm³

GAMPOFERRON

de intensa acção por via oral
o preparado de fígado + sal ferroso + cobre
para todas as anemias e especialmente a
convalescência

Embalagem original
Frasco de 100 cm³

OPTARSON

fortificante geral
a base de arsénio + estricnina

Embalagem original
12 ampolas de 1 cm³



»Bayer« Leverkusen, Alemanha

Representante para Portugal:
»Bayer« Limitada, L. do Barão de Quintela, 11, 2.º Lisboa

seja acrescentado a essa mistura, um complemento de 3% de farinha de arroz. A qualidade do pão, tem forçosamente de sofrer, e na verdade, o pão não é, nem pode ser bom...; nos países onde o pão é de melhor qualidade, a extracção normal de farinha limpa, não excede 74 a 75 quilos em cada cem quilos de trigo. Na generalidade dos países, essa extracção nunca ultrapassa os 82 quilos. Todavia, as moagens portuguesas, chegam a ter de levar a extracção, até aos 86 quilos de farinha, por cem de trigo».

Quere dizer, sendo o pão, aquilo que em média mais se come em Portugal, nem mesmo esse, satisfaz ou satisfaz aquelas condições que seriam de exigir a um alimento que ao fim e ao cabo só por si, quase que sustenta um Povo! O pão de milho, mantém as características que sempre teve. O pão de trigo, pelo menos na altura em que foi publicada a exposição acima citada, era aquela mistura de farinha e farelo, a que se refere a própria Federação dos Industriais de Moagem.

Tratando ainda do nosso problema alimentar, diz o Dr. Rocha Faria nas suas infelizes conclusões, que «não foram feitos os cálculos para sais minerais e vitaminas, mas devem verificar-se deficiências em cálcio, fósforo e vitaminas lipo-solúveis».

Após estas generalidades sobre a alimentação do nosso Povo, vejamos alguns casos concretos, pois assim melhor poderemos ajuizar da penúria de alimentos com que se debatem as nossas classes menos abastadas. O Dr. Montalvão Machado, a quem já atrás fizemos referência, no trabalho que publicou em 1950, afirma que o trabalhador rural do Douro, se alimenta vulgarmente, da seguinte maneira:

Princípios alimentares contidos em cada refeição

Refeições:	Géneros:	Peso (gr.):	Prot.:	Gord.:	H. C.	Calorias:
<i>Almoço</i>						
Uma sardinha :	Sardinha ...	20	4,5	0,5		26
Um caldo :	Azeite	50	0,17	0,75	1,51	36
	Feijão	50	10,5	0,75	30,5	163
	Couves	100	1	0,5	7	46
	Arroz	150	10,5	2,25	108	483
	Pão	200	18	3	102	486
	Total					1.240
<i>Jantar</i>						
Um prato :	Milhos	150	13,5	2,2	76	364
	Bacalhau ...	50	14	0,25	00	53
Um caldo :	Azeite	10	0,17	3,45	1,51	36
	Massa	150	18	2,20	76	397
	Batatas	100	2	0,1	20,5	88
	Couves	100	4	0,5	7	46
	Pão	200	18	3	102	486
	Total					1.470
<i>Ceia</i>						
Uma sardinha :	Sardinha ...	20	4,5	0,5		26
Um caldo :	Azeite	10	0,17	3,45	1,51	36
	Massa	100	12	1,46	50,6	264
	Pão	150	13,5	2,2	7,6	364
	Total					690

Esta é, quando têm trabalho, a vulgar e «suculenta» alimentação dos trabalhadores do chamado «Solar do Vinho do Porto». O total de calorias que em média lhes são fornecidas por um régimen alimentar desta natureza (3.400) deve estar abaixo daquilo que na realidade necessita um operário rural. Acresce ainda a circunstância, de se tratar duma região onde o esforço de trabalho é muitíssimo grande, pela topografia do terreno, pela constituição do mesmo, e nesta ordem de ideias, as 4.000 ou 4.200 calorias diárias, seriam, na verdade, aquelas de que teria necessidade um homem que trabalha de sol a sol e em condições que todos reconhecem serem bastante duras. E ainda fico estupefacto quando ao analisar números que não

são meus, por uma análise desapaixonada e imparcial eu chego à conclusão de que ignoro as causas que mantêm de pé, gente que assim se alimenta na época de trabalho duro... porque se o passado é bastante mau quando ainda ganham uns cobres, far-se-á uma pequena ideia do que será aquela vida, quando não é tempo de cavar vinha, podar videiras, surribar socalcos ou colher uvas e levá-las em grandes e pesados cestos para o lagar!

O homem, debaixo do ponto de vista alimentar, é omnívoro. Devido ao seu insignificante nível de vida, o operário rural do Douro — e só quando trabalha — é forçado a não ser omnívoro, passando a ser quase que exclusivamente vegetariano!

A quantidade de proteínas de origem animal e a exiguidade de gorduras na média desta ração alimentar, fazem dela uma alimentação muitíssimo desequilibrada.

Além de que a sua monotonia já por si favorece estados de carência, mas além de tudo isso — afirma o A. referido — a alimentação do rural duriense é pobre em cálcio, fósforo, outros sais e vitaminas. Além disso, é ao pão que vai buscar de maneira insuficiente, aquilo que lhe não pode ser fornecido pelas pequenas quantidades de proteínas animais e gorduras que em média ingere, e o pão, é o pão de milho cujos defeitos já atrás citámos.

É ainda o Dr. Montalvão Machado que a pág. 192 do seu trabalho, diz textualmente:

«O problema da deficiência alimentar do trabalhador duriense, com poucos alimentos e baixos salários, tem sido já abordado por diversas pessoas, que dedicam a sua atenção ao estudo do Vinho do Porto e seu «solar». Mas até ao presente, nenhuma modificação foi possível neste estado de coisas; entretanto os concelhos de Mesão-Frio e Peso da Régua, são os concelhos do Distrito que apresentam mais elevadas taxas de mortalidade pela tuberculose. Não devemos cansar-nos de o dizer e repetir».

E é assim! Como vimos no primeiro capítulo deste trabalho — «A Tuberculose e a Guerra» — a alimentação deficiente em calorias que fornece e em materiais de qualidade que são necessários, à reparação celular, é por si só uma causa do largo incremento que a tuberculose em todas as suas formas teve durante o último conflito. Só por aquilo que já está dito em matéria de alimentação do Povo português, se poderá ir fazendo uma ideia de que a tuberculose com tão elevadas cifras no nosso País, não é obra do acaso... E não é demais tornarmos a repetir aquilo que já transcrevemos e que foi textualmente afirmado pelo Prof. Maia Loureiro:

«Ao passo que as classes abastadas fazem um consumo de carne, peixe, aves e gorduras, que não só excede as exigências fisiológicas, mas atinge um nível certamente prejudicial ao equilíbrio orgânico, nas classes pobres de certas regiões do País o consumo destes alimentos, atinge níveis inverosivelmente baixos».

Na opinião deste professor, enquanto uns que são poucos — classes abastadas — podem adoecer por excesso alimentar, outros que são muitos — classes pobres — podem contrair doenças, que assentam num terreno que é antecipadamente preparado por uma autêntica penúria de alimentos. E uma dessas doenças, que está intimamente ligada à alimentação deficiente que depaupera o organismo, é a tuberculose em todas as suas formas.

Ainda quanto a alimentação, e focando aquilo a que chamamos casos concretos, podemos citar um trabalho do Dr. Rocha Faria, publicado nos n.ºs 44 a 48 do «Jornal do Médico», e intitulado «A alimentação dos Trabalhadores Rurais e Portugueses. Resumo de algumas investigações».

Esta publicação, relata as conclusões a que chegou o A., em resultado dum inquérito feito em Novembro de 1941, junto das Casas do Povo, a fim de se poderem colher elementos de apreciação das condições em que é feita a alimentação das populações rurais. Responderam ao inquérito, 137 Casas do Povo, e do conjunto das respostas, diz o A. que se podem tirar as seguintes conclusões:

1.ª — No inverno, costumam fazer-se três refeições

(almoço, jantar e ceia) e no verão 4 (almoço, jantar, merenda e ceia). Nas épocas de maior crise, passam muitas vezes com duas refeições, e ainda outras vezes alimentam-se apenas com pão e azeitonas.

2.^a — A composição e abundância das refeições está relacionada em grande parte, com os salários auferidos.

Na 3.^a e 5.^a — O salário médio para os homens que trabalham como jornaleiros, era de oito escudos e para as mulheres e crianças era de 4\$00, isto em 1941. Com estes números que são a média dos números enviados pelas próprias Casas do Povo, poderemos ficar a fazer uma pequena ideia da «variedade e da abundância» das refeições dos trabalhadores rurais, naquela altura, porquanto se afirma — e seria até escusado afirmá-lo — que «a composição e abundância das refeições, está relacionada em grande parte, com os salários auferidos»!

Aparecem depois umas conclusões que seria fastidioso estarmos para aqui a descrever, uma vez que não têm interesse de maior para o problema alimentar que estamos focando, e vem então a conclusão 12.^a que é do teor seguinte:

«A alimentação das crianças, é o mais deficiente e desprezada possível. Mesmo nos primeiros meses, já lhes são fornecidos os alimentos usados para os adultos. Como os pequenos seres não têm dentes para triturar os alimentos, são muitas vezes as mães, ou até pessoas estranhas, que primeiramente os mastigam e depois os tiram da sua boca com as mãos a maior parte das vezes conspurcadas, e os introduzem na das crianças. Assim lhes fornecem boroa, sardinhas, etc., etc., muitas vezes misturadas com vinho».

Prefiro não fazer comentários!

Em 1943, a revista médica intitulada «Amatus Lusitanus», publicou um artigo denominado «Contribuição para o estudo da Pelagra endémica em Portugal». Foram seus autores, os médicos Herculano Coutinho, Moura Monteiro e Jorge Janz. Este trabalho foi feito na base dum inquérito alimentar, junto das famílias de 18 doentes atingidos de pelagra. As famílias inquiridas pertenciam à classe dos trabalhadores rurais e estavam espalhadas por várias freguesias do concelho de Celorico de Basto. As conclusões a que chegaram os autores do artigo citado foram as seguintes:

- alimentação monótona, com uniformidade e constituição exclusivamente vegetal, em que o milho ocupa um lugar preponderante;
- semelhança, sob quase todos os aspectos, entre a dietas das 18 famílias, com raras excepções;
- valor energético adequado às necessidades dum trabalho moderado;
- percentagem elevada de hidratos de carbono;
- escassez moderada de gorduras e ausência quase total de gorduras de origem animal.
- razão proteica suficiente em valor absoluto, mas extremamente pobre em proteínas de origem animal;
- conteúdo de cálcio suficiente para a satisfação das necessidades mínimas;
- provisão apropriada de fósforo e ferro;
- teor de vitamina B, superior às necessidades mínimas;
- insuficiência de vitamina C;
- déficit moderado de ácido nicotínico.

Nesta última conclusão, está o fundamento da existência de pelagra naquela região onde se fez este inquérito alimentar e de importância é assinalarmos o facto de que os autores concluíram que o número de calorías, *era suficiente para o trabalho moderado* (1). Como se trata de trabalhadores e famílias de trabalhadores rurais, teremos antes que concluir que o número de calorías era insuficiente, uma vez que o trabalho dos campos de forma alguma se pode considerar trabalho moderado.

(1) O sublinhado é nosso.

Judiciosas e com certo grau de ironia, são as conclusões que tirou o Prof. Ferreira de Mira depois de ter feito os seus estudos, sobre elementos colhidos pelo eng.^o agrónomo Quartim Graça nos Conselhos Alentejanos de Elvas e Monforte e nos Concelhos do Norte do País, Amarante e Vila do Conde. Eis as conclusões:

«Com as devidas reservas, e enquanto observações mais extensas e completas nos não esclarecerem devidamente, podemos supor que a alimentação dos nossos trabalhadores rurais se aproximava, no início da guerra mundial, da que competia teóricamente a quem se entregava às lides agrícolas, e era de certo suficiente para gente habilitada desde as primeiras idades, a um regime sóbrio».

J. Alarcão, publicou na Revista de Economia (Março de 1947), um trabalho intitulado «Estimativa do Nível de Vida da População Operária Portuguesa», e nessa análise, o A. estudando a proporção em que no orçamento do operário português entram as despesas alimentares, inclui que as condições alimentares do operariado entre nós, se agravaram sensivelmente de 1919 para 1944, em consequência da diminuição do poder de compra — cerca de 17 % — que foi verificada entre as datas mencionadas.

Em Maio de 1948, o eng.^o agrónomo Oliveira e Silva, no seu relatório final de Curso no Instituto Superior de Agronomia, a que deu o título: «Níveis de vida do Trabalhador Rural Português — subsídios para o seu estudo», entre outras afirmações, garantia as seguintes:

«O nosso camponês não consome certos alimentos de que é produtor, tais como carne leite e seus derivados, ovos, etc., não por não gostar deles, mas sim porque com a sua venda obtém o dinheiro indispensável para satisfazer uma despesa premente: a compra do pão».

Este A. que fez o seu estudo à base de inquéritos feitos junto de 17 famílias distribuídas pelos mais diversos pontos do País (Ílhavo, Aveiro, Beja, Cuba, Vidigueira, Moura, Aljustrel, Macedo de Cavaleiros, Covilhã, Fundão, Guarda, Coimbra, Évora, Viana do Alentejo, Mafra, Lourinhã, Porto, Santo Tirso, Pegões, Alvalade, Vale do Sado, Montalegre, Viseu, Oliveira de Frades, Moimenta da Beira, etc.), concluiu que entre as famílias estudadas, 43 % estavam sub-alimentadas, 55,6% das 176 famílias do inquérito tinham uma receita diária por unidade de consumo inferior a 6\$00.

«Com tais disponibilidades financeiras — diz o A. — os trabalhadores vêm-se obrigados a quase só consumir pão e hortalíça. É por esta razão que o pão e o caldo são os alimentos principais, às vezes os únicos, da grande massa dos nossos trabalhadores rurais».

E ainda o eng.^o Oliveira e Silva afirma:

«De tão deficiente alimentação deriva a grande frequência, nas nossas populações rurais, de numerosas doenças de carência, provenientes de avitaminoses, como raquitismo, cárie dentária, pelagra, etc. Encontram-se frequentemente nas nossas aldeias as crianças sub-nutridas e pálidas, de ventre dilatado a atestar o excesso d epão na sua alimentação».

Nas 176 famílias estudadas, o A. encontrou a média de 3.197, 1 calorías, o que está abaixo daquilo que indica a British Medical Association (3.400).

Verifica-se entre os nossos rurais a lei de Engels, segundo a qual, quanto mais baixos são os salários ou rendimentos, maior é a percentagem dispendida na alimentação, e quanto maior for essa percentagem, mais monótona e vegetariana é a alimentação».

Ainda como caso concreto da alimentação do nosso Povo, é curioso para aqui transcrevermos naquilo em que se exprimem,

PRODUTOS DE FAMA MUNDIAL E ELEVADO INTERESSE CIENTIFICO

EM PORTUGAL ENCONTRAM-SE Á VENDA OS SEGUINTE PREPARADOS:

AMINOPTERIN

Tratamento da Leucemia Aguda

ARTANE

Trihexifenidil — Tratamento do síndrome parkinsoniano

AUREOMICINA CRISTALINA

Antibiótico

COMPLAMOM

Tratamento de todas as formas de anemia

DELFIGOL COM METIONINA

DIGITALIS

Tratamento das doenças do fígado

EXTRACTO HEPÁTICO COM VITAMINA B₁₂ E FOLVITE

Anti-Anémico - 15 U. de extracto hepático com 20 gramas de vitamina B₁₂ e 5 mgr. de ácido fólico por cc.

FOLVITE

Ácido Fólico — Anti-Anémico

FOLVRON

Ácido Fólico com Ferro — Tratamento das anemias secundárias

GEVRAL

Suplemento minero-vitamínico para geriatria

GRAVIDOX

Vómitos da gravidez

HETRAZAN

Dietilcarbamazina — Parasiticida orgânico contra as filárias, ascáris, etc.

INTRAHEPTOL

Extracto de fígado por via endovenosa, para tratamento das cirroses hepáticas

LEDERCILINA PARENTÉRICA

300.000 U. O. de Penicilina G Procaína Cristalina e 100.000 U. O. de Penicilina G Potássica Cristalina

LEDERPLEX

Vitamina B Complexa Parentérica

LEDINAC

Granulado (com Folvite) Associação de: amino-ácidos, proteínas, vitaminas, minerais e hidratos de carbono, para o restabelecimento do equilíbrio ácido-básico

NORMOCYTINA

Anti-Anémico injectável — Vitaminas B₁₂ e B₁₂b

PRENATAL

Dieta suplementar vitamínica e mineral para a profilaxia pré-natal e durante a lactação

PROPILTIOURACIL

Tratamento do hipertiroidismo

TEROPTERIN

Ácido Pteroil-Triglutâmico para a terapêutica anti-cancerosa

TRI-IMUNOL

Vacina mista: Diftérica, Tetânica e Pertussis

TUBERCULINA

Prova do adesivo com tuberculina

VACINA ANTI-CATARRAL MISTA

Para a profilaxia e tratamento da «constipação vulgar», etc.

VACINA ANTI-VIRUS GRIPAL TIPOS A e B

Vacina contra a gripe

VARIDASE

(Estreptokinase 100.000 U.; Estreptodornase 25.000 U.)

VI-MAGNA

Combinação das vitaminas: A, B₁, B₂, B₆, C, D, PP
Pantotenato de Cálcio e Ácido Fólico

AGENTES PARA DIAGNÓSTICO

ANTIGÊNEOS

Lederle

LABORATORIES DIVISION

AMERICAN Cyanamid COMPANY

NEW YORK — U. S. A.

Representantes Exclusivos para Portugal e Colónias

ABECASSIS (IRMÃOS) & C.^A

RUA CONDE REDONDO, 64-3.º — LISBOA

RUA DE SANTO ANTÓNIO, 15 — PORTO

BEDOZE MIL

TRATAMENTO
DE
ESCOLHA
DAS
AFECÇÕES
NEUROLÓGICAS

VITAMINA B₁₂

MIL MICROGRAMAS
AMPOLAS

PRONTO ALÍVIO
DAS
NEVRITES DO TRIGÊMIO
CIÁTICAS
POLINEVRITES
NEURALGIAS CÉRVICO-BRAQUIAES
CEFALEIAS REBELDES

ALÍVIO SINTOMÁTICO NAS
ÓSTEO-ARTRITES

BEDOZE GOTAS

FACTOR
PRINCIPAL
DO
DESENVOLVIMENTO
SOMÁTICO

FACTOR
LIPOTRÓPICO

INDICAÇÕES DO BÊDOZE-GOTAS

Estados de desnutrição em todas as idades (por carência alimentar, por doenças consumptivas, etc.).
Crianças nascidas prematuramente.
Crianças distróficas (por desvios alimentares, por debilidade congénita, etc.).
Nanismo.
Muitos casos de astenia e anorexia.
Hepatopatias (cirroses, hepatites agudas, etc.).
Dermatoses seborreicas e várias outras afecções cutâneas.
Lactentes alimentados artificialmente. (A vitamina B₁₂ aumenta a tolerância para o leite completo e duma maneira geral para as gorduras).

FRASCO CONTA - GOTAS DE 10 C. C.
15 MICROGRAMAS POR C. C.

as qualidades alimentares do tão reclamado caldo verde, que é a sopa e muitas vezes aquilo que quase exclusivamente come acompanhado com boroa, o nosso trabalhador do Minho.

Água	97,23 grs.	«Isto é, um litro deste caldo,
Gordura	0,23	são apenas 82 calorias! Como
Proteína	0,51	na realidade poderiam ir
Extracto Terciário...	0,97	mais numa sopa que é quase
Celulose	0,08	água!?»
Cinzas	0,98	
	100,00	

Nesta província, é quase regra o camponês, à hora do meio-dia comer apenas uma tijela dum caldo magro, e pão de milho! E o mesmo se repete à ceia! Só aos domingos, à refeição do meio-dia, se come mais um prato, constituído as mais das vezes por arroz com um pedacito de carne ou toucinho, ou então, bacalhau com batatas, nadando num recipiente com bastante vinagre tinto, à superfície do qual, andam suspensos alguns olhos de azeite!

O Dr. Gonçalves Ferreira, no seu trabalho: «Problemas Científicos e Sociais da Alimentação» (Biblioteca Cosmos, pág. 68, n.º 108-1946) diz:

«A situação alimentar das famílias pobres de trabalhadores, é angustiosa, mesmo nas regiões mais favorecidas. Em algumas destas, os trabalhadores podem comer em casa do patrão, consistindo a alimentação em: pão (300 gramas); batata (500 a 700 gr.); feijão (250 gr.); azeite (20 gr.); hortaliças (250 a 300 gr.); toucinho e peixe (150 gr.); vinho (0,5 a 1 litro). Esta alimentação, era antes de 1939, avaliada em metade do salário a sêco, o qual oscilava entre seis e oito escudos. No caso da mulher, este salário oscilava entre 3 e 4 escudos. Admitindo que uma família fosse constituída por homem e mulher jornaleiros e dois filhos menores, o salário sêco de seis dias seria de 66\$00 e a despesa da alimentação das quatro pessoas, por semana, deveria exceder 60\$00 ou seja, mais de 90 % do salário total. Comendo em casa do patrão, o salário recebido seria de 33\$00, dos quais 60 ou 70 % seriam gastos com a alimentação dos filhos e 20 ou 30 % com os alimentos de domingo. Donde se depreende que as famílias dos trabalhadores, gastavam antes de 1939 a quase totalidade dos seus salários, com a alimentação».

E continua ainda o Dr. Gonçalves Ferreira:

«Nos últimos tempos a situação tornou-se ainda mais grave, pois os alimentos atingiram preços três ou quatro vezes superiores e os salários, apenas duplicaram, pelo que não podem permitir uma alimentação de tipo médio. Os trabalhadores só tiveram até hoje, uma maneira de resolver — ou melhor — de iludir esta situação: comer menos e mais barato. Ora a alimentação mais barata, é constituída por pão e hortaliças. É por esta razão que o pão e o caldo são os alimentos fundamentais e por vezes exclusivos, da grande maioria do nosso Povo».

Escreveu isto o Dr. Gonçalves Ferreira, num trabalho que viu a luz da publicidade em 1946. Tem contudo uma actualidade flagrante — agravada até por outras causas — no ano de 1954, que agora está a começar.

E quanto a operários de fábricas, parece-me que não devo acrescentar mais nada, àquilo que no livro «Linha de Rumo» afirmou o seu autor, eng.º Ferreira Dias Júnior, na pág. 139.

«...o operário foge do refeitório da fábrica, preferindo comer à sombra dum muro ou duma árvore, para não mostrar aos companheiros, a magreza das sopas...».

Na sequência deste nosso trabalho, nada mais diremos em pormenor, sobre a alimentação do nosso Povo. Concordo comigo mesmo, quando ao fazer uma análise do que está escrito, verifico que me espraiei demais em matéria alimentar. Contudo, também penso que quando se faz uma afirmação ela deve ser suficiente provada para não restarem quaisquer dúvidas a quem queira estudar estes assuntos, ou apenas a quem nos ouve ou a quem nos lê. De resto, trata-se de uma afirmação que envolve sérias responsabilidades, quando se diz que o nosso Povo, na sua maioria esmagadora, não ganha o suficiente para se poder alimentar em condições normais ou que o que existe disponível para consumo não chega para em média fornecer aos portugueses, uma alimentação equilibrada em qualidade e quantidade.

Por tudo aquilo que atrás se escreveu e transcreveu, onde autores variados e com métodos diferentes chegaram a conclusões idênticas, parece-me não ser lógico, razoável ou inteligente, duvidar-se da nossa penúria alimentar. Trata-se duma realidade concreta, que temos que encarar de frente, porque não é forma justa de tentarmos resolver os problemas, virando as costas à verdade que eles traduzem. E se esta verdade é amarga e triste, por aquilo que encerra em si própria e por aquilo que advém do seu conteúdo, então, temos muitos motivos para que a encaremos sem receio de a enfrentarmos. Se assim fizermos, se a não encobriremos e a não desculparmos, demos então um passo decisivo na solução dos problemas que estão na raiz da nossa penúria alimentar e daqueles que constituem sua directa consequência. E para finalizarmos este capítulo diremos que casos concretos e apreciações de generalidade, fazem-nos concluir que em média:

- a) — a alimentação dos portugueses não tem o valor calórico que deveria ter;
 - b) — existe um grande déficit em proteínas de origem animal. Isto é bastante grave porquanto sendo estas proteínas as substâncias de maior valor alimentar e plástico, entram na alimentação do nosso Povo, em quantidades irrisórias;
 - c) — a quantidade de gorduras — a grande fonte de energia — é considerada inferior ao normal. Na alimentação em gorduras, entra em quantidade mínima, a gordura de origem animal;
 - d) — a maioria dos portugueses alimentam-se sobretudo de pão, batata e hortaliças;
 - e) — nalguns casos verifica-se falta de vitaminas, que se traduzem nas avitaminoses mais correntes entre nós: a pelagra e o raquitismo;
 - f) — a deficiência em cálcio, na alimentação, traduz-se em toda a espécie de alterações dentárias que por aí se topam, quer nas dentições anormais dos adultos, quer nos atrasos da dentição das crianças, além de influir no seu próprio crescimento.
- E já agora, para fecho do problema alimentar do nosso Povo, não me parece despropositado — embora pela terceira vez — transcrever o que disse o Prof. Maia Loureiro:

«Ao passo que as classes abastadas fazem um consumo de carne, peixe, aves e gorduras, que não só excede as exigências fisiológicas, mas atinge um nível certamente prejudicial ao equilíbrio orgânico, nas classes pobres de certas regiões do País, o consumo destes alimentos, atinge níveis inverosivelmente baixos».

V Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário

Relatório do Director do Curso, Dr. J. Andresen Leitão

Ex.mo Senhor Presidente do Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos.

Mais uma vez venho dar contas da organização de um Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário, honroso encargo que me foi confiado pelo Conselho Regional de que V. Ex.^o é digno Presidente.

Realizou-se de 17 a 29 de Novembro de 1952 o V Curso de Aperfeiçoamento Médico Sanitário.

De uma forma geral não diferiu a orgânica deste Curso em relação aos anteriores. Fui auxiliado na organização, como sempre pelo Dr. Pimentel Barata, ficando a parte burocrática a cargo do Sr. Álvaro Ribeiro. A ambos agradeço a valiosa colaboração.

Como habitualmente as manhãs das duas semanas foram dedicadas a problemas clínicos, que em princípio deverim constar de uma palestra, não superior a uma hora, seguida de serviço nas enfermarias. Conservamos palestras de equipa, em que parte da palestra é entregue pelo prelector convidado a colaboradores que só devem mostrar uma fracção do assunto e sob o aspecto prático.

Uma das manhãs nestas condições foi extremamente pesada para os ouvintes. Os colegas convidados a colaborar subsidiariamente na lição, consideram por vezes que a lição é sua e assim num caso específico um dos colaboradores a que deviam estar destinados uns 10 minutos para falar, entreteve-se 1 hora e 20 minutos em pormenores técnicos de extrema especialização. Se os quatro prelectores tivessem feito o mesmo a lição duraria 5 horas e 20 minutos. Apesar de não ter durado isso, atingiu mais de 3 horas e 30 minutos, com o que todos os colegas se queixaram. Por outro lado impediu a demonstração clínica que seria a mais interessante.

A principal dificuldade reside sempre, para o organizador do Curso, em conseguir que o convidado a dar uma lição aceite que esta é apenas uma parte integrante da manhã clínica em que o fundamental é a demonstração prática. Já noutra altura focámos as razões desta dificuldade. Felizmente os desvios neste sentido são menores de Curso para Curso e é maior o número de expositores que se compenetraram da finalidade a atingir.

Às tardes da primeira semana foram divididas em dois grupos. No primeiro estudaram-se problemas terapêuticos que este ano confinei aos estudos das doenças do sangue (estados hemorrágicos, leucémias e doença de Hodgkin) e à acção tóxica dos medicamentos sobre a pele. O segundo grupo foi dedicado ao estudo de problemas sanitários e esteve a cargo da Direcção Geral de Saúde, focando especialmente a profilaxia das doenças infecto-contagiosas.

Realizámos na segunda semana a divisão do Curso em dois Subcursos, de Ginecologia e Obstetrícia e de Radiologia. Marcámos as prelecções todas para as 15 horas, o que tornava os dois Subcursos de frequência incompatível. A pedido de colegas que queriam frequentar os dois Subcursos alteramos o horário de algumas lições pelo que na quase totalidade foi possível aos ouvintes assistir ao Curso inteiro.

Os colegas por amável deferência do Ex.mo Senhor Enfermeiro-Mor e do Director do Banco, frequentaram depois das 18 horas o nosso primeiro Serviço de Urgência. Na maioria gostaram muito do serviço que lhes foi proveitoso. Alguns sentiram-se um pouco desamparados. É difícil que de equipa para

equipa os factos se passem da mesma forma e nós sabemos quanto é difícil e por vezes demorado estabelecer um contacto proveitoso num serviço, vencendo sobretudo uma natural timidez. Põe-se aqui o mesmo problema que adiante discuto a propósito de estágio.

O programa do Curso, bem como a lista dos colegas que o frequentaram são apensos a este relatório.

Aos colegas inscritos foi entregue um questionário a que responderam com a habitual liberdade, respigando eu algumas opiniões das respostas àqueles pontos que me parecem mais significativos e de interesse geral.

RESPOSTAS AO INQUÉRITO FORMULADO:

1.º — Teve dificuldades burocráticas por parte dos organismos oficiais ou particulares junto dos quais presta serviço para poder vir frequentar o curso? Quais? Teve de se fazer substituir?

Resposta: 22 colegas não tiveram dificuldades, 2 tiveram-nas.

2.º — A frequência do curso tira-lhe regalias de férias ou licenças a que tenha direito?

Resposta: 8 colegas necessitam de se fazer substituir para se poderem ausentar dos seus lugares oficiais. Nestes encontram-se os médicos das Casas de Povo, que têm contrato de prestação de serviços sem direito a férias.

Parece-me este ponto digno de ser tomado em consideração e estudado pelos corpos directivos da Ordem.

3.º — Entende úteis os cursos de actualização?

Resposta: Todos responderam afirmativamente. Respigo a opinião do Dr. Ernesto Góis por corresponder muito sensivelmente à minha: «Muito úteis, não só pelos ensinamentos neles ministrados, pela troca de impressões com colegas... Constituem um salutar estímulo para o prestígio de quem frequenta estes cursos e para a classe».

4.º — Quanto tempo entende que deve durar o curso?

Resposta: 4 acham bem duas semanas; 1 diz 15-30 dias; 6 pretendem 3 semanas; 1, 20-30 dias e 1, 3-4 semanas; 6, querem 1 mês. Alguns consideram 15 dias seguidos prejudicial para as clínicas que exercem e um colega pretende 10 dias, uma semana a intercalar e outra vez 10 dias; outro colega 3 semanas intercaladas com semanas livres. Finalmente um colega diz que o curso deve ser só de manhã para poderem descansar.

5.º — O que acha sobre a organização deste Curso?

Resposta: 16 consideram a organização modelar, perfeita, muito boa ou boa. 6 põem críticas à organização,

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, MICROCO-
COS 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

Estados anémicos

de diversa origem, convalescença
retardada e estados de esgotamento
de todo o género.

Opotónico vitaminado

(com o complexo vitamínico B)

Tónico contendo extracto de fígado
e o complexo vitamínico B (incluindo
vitamina B₁₂)



DARMSTADT-ALEMANHA

Amostras e literatura:

Químico-Farmacêutica, Lda.
Rua das Pretas, 26-2.º
LISBOA

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

considerando: 1, razoável; 1, satisfatória; 1 mais ou menos boa. Um colega responde que os locais do curso são muito dispersos residindo o defeito do curso em obrigar a deslocar-se com pouco tempo. Finalmente outro colega (Dr. Bivar Branco) responde da seguinte forma: «Tudo correu bem, mas seria do maior interesse e um princípio indiscutivelmente moral que julgo dever ser acatado, que em caso algum seja permitido que um médico convocado seja porque entidade for, possa frequentar dois cursos, antes que todos os outros colegas os frequentem. Casos destes têm existido, até com um médico deste distrito já ocorreu e, ainda neste curso verifiquei existir mais de um caso semelhante».

Parece-me justo este ponto de vista, pelo menos em parte. Não é fácil a sua resolução pois não depende do organizador dos cursos. Há várias entidades a nomear os colegas que os devem frequentar e não podemos, não seria justo nem diplomático, indicar ou excluir nomes propostos. Por outro lado grande parte dos colegas que vieram uma vez ao curso ficam «fregueses» e mal sabem da organização de outro procuram junto das entidades com quem trabalham ser outra vez nomeados. É humano e sob certo ponto de vista lisonjeiro.

6.º — Encontra-lhe real utilidade?

Resposta: Só um colega faz restrições à utilidade do curso.

7.º — Foi atingida a finalidade prática que lhe propuzemos dar?

Resposta: 17 responderam afirmativamente; 1 declarou «mais ou menos»; 1, «em parte»; 1, «não em todas as palestras»; 2, «não»; 1, põe um ? cujo significado não sei interpretar perfeitamente.

8.º — Foi útil o serviço do Banco?

Resposta: 20 dão resposta afirmativa; 1 declara «muito curto para o fim em vista»; 2 declaram que não. Estes últimos queixam-se de pouco amparo na equipa que frequentaram.

9.º — Foi suficientemente amparado pela Direcção do Curso, no sentido de lhe tirar as dificuldades de Organização que encontrou?

Resposta: Resposta unânime positiva.

10.º — Entende útil, dada a pequena permanência dos colegas em Lisboa, que o Curso seja subdividido parcialmente como se verificou este ano?

Resposta: 19 responderam que sim; 2 que não; 1 colega acha grande o número de lições gerais e pequeno o número de lições da especialidade que lhe interessa.

11.º — Acha que a subdivisão escolheu as matérias que realmente eram úteis de focar «para alguns», ou escolhia outras matérias para a divisão do curso?

Resposta: 20 respondem afirmativamente; 2 põem objecções.

12.º — Concorda com os assuntos versados neste Cursos? Que assuntos não lhe interessaram e poderiam ser substituídos?

Resposta: 18 responderam afirmativamente. Os restantes não dão resposta.

13.º — Quais os assuntos que deveriam ser introduzidos em Cursos futuros?

- a) — Por serem problemas que lhe surgem com frequência;
- b) — por serem técnicas que dificilmente se aprendem nos livros;
- c) — por serem assuntos revolucionados por novos conceitos.

Resposta: São muito dispare as respostas quando elas se verificam, pois muitos colegas não respondem ao quesito.

Dermatologia, oto-rino-laringologia e traumatologia aparecem duas vezes: pediatria; ginecologia; obstetria; oftalmologia; oftalmologia e O. R. L. escolares; cardiologia; laboratório; medicina legal; peritagem nos tribunais de trabalho; orgânica de triagem de doentes: exame de fundo do olho; dietética: são citados, cada uma vez.

14.º — Describa as lições que foram de utilidade prática e aquelas que o não foram.

Resposta: Uns colegas acharam todas as lições boas. Na maioria citam as que agradaram e as que não agradaram. Algumas lições são consideradas úteis para uns e inúteis para outros. As críticas fundamentais a algumas das lições são observadas várias vezes: «Mostras de muito terem lido» «parecem tiradas de pontos de concurso» «excessiva erudição sem ensino real» «... a preocupação dileitante de enfiar citações e transcrições, que quase sempre encobrem a falta de poder de síntese e da digestão médico-mental do assunto».

Felizmente a grande maioria das lições é citada como didacticamente perfeita.

15.º — Que sugestões pode dar para que os futuros Cursos tenham uma maior utilidade?

e

16.º — É capaz de esboçar um Curso como o idealiza?

Resposta: Nem todos respondem a estas perguntas ou dizem não saber fazer melhor. Alguns dão sugestões e apresentam propostas que englobam as duas perguntas pelo que vamos analisá-las em conjunto.

Além da justa insistência por prática nas enfermarias e da crítica às demonstrações e exibições de casos raros «só nos interessam os casos correntes, pois os casos excepcionais são enviados para clínicas especializadas».

Alguns colegas pretendem que o Curso corra como estágio. Transcrevo por ser um exemplo dessa tendência a opinião do Dr. Miranda Mendes.

«Admitamos como suficiente o tempo de 2 semanas, que como disse na resposta devida, entendo como tolerável pelos encargos que o abandono do lugar causa aos médicos seus titulares. Teremos assim de admitir um estágio intensivo, que por muito que o seja não pode causar o cansaço das preleções ou das andanças apressadas de um para outro lugar.

Assim teríamos as manhãs da primeira semana inteiramente destinadas a um estágio num serviço de medicina geral.

As manhãs da segunda semana seriam passadas também inteiramente em serviços de especialidades, à escolha dos estagiários à razão de dois serviços três vezes por semana ou três serviços duas vezes por semana.

Desta maneira além de um estágio de medicina geral, cada um procuraria em duas ou três especialidades alguns conhecimentos de interesse para a sua clínica.

Os serviços deliciar-se-iam a pedido da direcção do Curso, proporcionar aos estagiários aquelas técnicas mais correntes as quais poderiam ser escolhidas por inquérito prévio, feito aos médicos rurais.

As tardes seriam passadas da seguinte maneira:

2 no serviço de transfusões de sangue;

6 para prelecções de tema escolhido entre assuntos de medicina legal, medicina sanitária ou outros de interesse geral;

2 para visitas a organizações hospitalares ou outras de interesse público ligadas a actividades médicas;

2 livres (sábados).

Independentemente deste esquema os médicos fariam dois estágios no Banco a partir das 18 horas.

Nas tardes destinadas a prelecções poderiam estas terem um máximo de 2 por dia, havendo o cuidado de as agrupar de maneira que não fiquem, por assuntos, claro.

À Direcção do Curso competeria, em especial:

Escolher os serviços no sentido da sua maior amplitude clínica e idoneidade e assegurar aos estagiários o amparo, da parte dos médicos desses serviços, de maneira a facilitar-lhes todos os esclarecimentos necessários.

Solicitar e orientar as prelecções das tardes.

Solicitar dos cirurgiões do Banco a melhor colaboração possível.

Agrupar os estagiários e distribuí-los pelos diferentes serviços, de maneira a evitar grupos excessivamente numerosos.

Promover a organização das visitas previstas.

Orientar em tudo mais o que se torne necessário para o bom êxito do Curso.

Os estágios, tanto os de medicina geral, como os das especialidades, poderiam fazer-se em sistema de «roulement», pelos diferentes grupos de estagiários, de maneira a dar-lhes maior número de esclarecimentos, levando-os todos a um maior número de serviços.

Creio desta maneira facilitar melhor do que até aqui a cada médico um sem número de conhecimentos de ordem prática que lhes facilite a sua missão na sua clínica, tornando-o no emaranhado da fragmentação da medicina especializada actual, um médico policlínico como tem de ser, mais capaz e mais confiante junto da cabeceira do doente, que é de facto onde ele passa praticamente, sozinho, a sua vida.

Os livros resolverão, em parte, mais alguma coisa.

Como se vê nem uma só lição clínica é proposta. O conceito é só de estágio.

Há duas objecções fundamentais a este ponto de vista:

1) Para estágio os colegas têm sempre os serviços hospitalares abertos e não são necessários cursos para que os frequentem. Se não sabem quais os serviços idóneos a lista de serviços idóneos para cada especialidade está publicada no Bole-

tim da Ordem, e esta poderá sempre dar informações a este respeito.

2) O conceito de curso e de estágio é completamente diferente.

No curso os assuntos são preparados para serem administrados digeridos aos ouvintes.

No estágio é a observação do que os outros fazem num serviço, a adaptação dos métodos, o seu estudo individual e gestão própria que são as características principais.

No curso a figura principal é a do prelector; no estágio a do estagiário.

Um curso pode ter duração mais ou menos longa. Um estágio tem que ter duração forçosamente longa.

No curso todo um serviço trabalha para esse fim. No estágio o serviço segue o seu curso normal e é o esforço do estagiário que o faz, em mais ou menos tempo, atingir o nível geral existente. Este esforço é penoso e não é rápido.

O estagiário tem que aprender tudo, desde a porta, o bengaleiro, a retrete, o nome dos colegas, das enfermeiras e das criadas, o ficheiro, a burocracia própria até, e que só vem depois, a parte propriamente clínica.

Um Professor inglês disse-me que os três primeiros meses eram inúteis para o estagiário e só então começava a aprender. Consideramos exagerado, por pretender ser demonstrativo ou pela tradicional lentidão inglesa, o tempo proposto. Mas mantemos como justo que um mês é suficiente para a adaptação, o que depende de vários factores, sobretudo das qualidades de inteligência, preparação e mais ainda de simpatia do estagiário, além das condições do serviço e da complexidade da especialidade.

O estágio total poderia durar, proveitosamente uns três meses. Podem os clínicos rurais estar este tempo longe das suas clínicas? Estou certo que não, de uma maneira geral, mas se pudessem nunca haveria da parte da Ordem possibilidade de subsidiar tão longas estadias em Lisboa.

Da leitura das respostas ao questionário se pode concluir que não foi tudo perfeito, o que não admira nas organizações humanas, e também que se pretende por vezes um ideal de curso, que está ligado à maneira de ver do ouvinte, variando de caso para caso e que nem sempre resiste à crítica da experiência. Isto não significa que o Director do Curso não sinta também que está longe de se atingir a utilidade completa destes cursos. Continuamos a trabalhar em pleno regimen de amorismo e a eficácia total só se pode obter com uma máquina montada para este fim, isto é, um Instituto possivelmente anexo à Faculdade e encarregado só do ensino aos pós-graduados. Esta organização terá que ter os seus quadros próprios e as suas clínicas anexas, quer isto se verifique no Hospital Faculdade ou noutra Hospital destinado a este fim.

Apesar de não estarmos convencidos da perfeição da obra executada pensamos que o trabalho feito foi completamente compensado por três ordens de factores.

1) Porque obtivemos da parte dos colegas que frequentaram o Curso um entusiasmo e um interesse pelas lições que chegariam para nos satisfazer da sua execução.

2) Porque obtivemos da parte dos ilustres Prelectores uma colaboração franca, esforçada, inteligente e desinteressada que fez com que o Curso tomasse o interesse que teve.

3) Porque sem estes passos que estamos a dar não poderíamos ter uma base para a organização em momento oportuno duma instituição sólida para os pós-graduados.

S U P L E M E N T O

O “CENTRO INTERNACIONAL DA INFÂNCIA” (*)

O que é — Qual a sua obra — O que se propõe fazer

LUIS A. C.-R. CAYOLLA DA MOTTA

(Médico da D.G.S., Interno dos H.C.L.)

Trata-se de um organismo de carácter internacional, fundado em Paris com o fim, não só de manter, permanentemente, as funções do «Fundo Internacional de Socorro à Infância» (F.I.S.E. ou U.N.I.C.E.F., como foi melhor conhecido, pelas iniciais do seu nome, em francês ou inglês), como também de reunir, divulgar, coordenar e orientar, em todo o mundo, todos os problemas de carácter médico e social respeitantes à infância e à maternidade.

Fundada a F.I.S.E., como órgão da O.N.U., em Dezembro de 1946, logo, em Junho de 1947, se encarou, sob proposta do seu representante francês, a criação, em Paris, de um organismo permanente para estudo, coordenação, divulgação e orientação internacionais dos problemas da criança, funcionando em estreita colaboração com a F.I.S.E., e prosseguindo na sua obra após a extinção deste último organismo, que tinha e tem carácter provisório. Adoptada esta ideia pela F.I.S.E., em Outubro de 1947, ela teve a aprovação do Conselho Económico e Social da O.N.U. em Fevereiro de 1948 e foi, unânimemente, aceite pela Assembleia Geral das Nações Unidas, reunida em Paris, no dia 4 de Dezembro de 1948.

Em Fevereiro de 1949, o Governo francês ofereceu, à O.N.U., todas as facilidades para o estabelecimento e funcionamento do centro projectado, oferecimento este oficialmente aceite pela F.I.S.E. em Junho do mesmo ano, bem como pelo Conselho Administrativo da Organização Mundial da Saúde, que resolveu concorrer, generosamente, para o estabelecimento e equipamento do futuro centro, cuja fundição foi decretada, oficialmente, em 10 de Novembro de 1949.

Nomeados em Dezembro do mesmo ano os primeiros membros do conselho de administração do C.I.E., reconhecido entretanto pelo Governo da República Francesa como «estabelecimento de utilidade e de interesse público», a sua inauguração internacional fez-se a 18 de Janeiro de 1950, perante numerosas personalidades francesas e estrangeiras ligadas aos problemas da Medicina, da Saúde Pública, da Pedagogia e da Sociologia.

Tem, desde então, o C.I.E., instalado no antigo Castelo de Longchamp, no Bosque de Bolonha, em Paris, *funcionado com a maior energia e entusiasmo, vendo aumentar, progressivamente, o campo das

suas actividades pedagógicas, de informação e de investigação científica no domínio dos problemas da infância, nomeadamente no dos de Pediatria Social.

Tem prestado a sua colaboração a todos os organismos especializados da O.N.U., assim como a todas as instituições nacionais de protecção materna e infantil, através, sobretudo, da sua direcção do ensino, pela realização de cursos, colóquios, visitas, estágios e exposições, efectuados quer na sede, quer em diversos países.

A sua administração está a cargo de um Conselho de Administração de 15 membros, 9 dos quais são franceses, e que é presidido pelo prestigioso nome do Sr. Prof. Robert Debré, da Faculdade de Medicina e da Academia de Ciências de Paris, que foi e é o principal impulsionador e orientador do C.I.E.

O Conselho de Administração trabalha em estreita colaboração, de orientação técnica e pedagógica, com um Conselho Consultivo, de que fazem parte peritos designados por cada um dos seguintes organismos internacionais que se interessam pelos problemas da infância: «Organização Mundial da Saúde», «Organização para a Alimentação e a Agricultura», «Bureau Internacional do Trabalho», «Divisão das Questões Sociais da O.N.U.», «Fundo Internacional de Socorro à Infância» e «U.N.E.S.C.O.».

O Secretário-geral do «C.I.E.» é o Sr. Prof. Gand, que acumula ainda, provisoriamente, o lugar de Director-geral do C.I.E.

Ligadas directamente ao Secretariado do C.I.E., existem três direcções gerais, que exprimem as três actuais funções principais do centro: 1) Ensino; 2) Investigação científica; 3) Documentação (bibliográfica, etc.).

É, entretanto, a direcção do Ensino a principal. Dirigida pelo Sr. Prof. Henri Bonnet, verdadeiro entusiasta da obra educativa do centro, esta direcção planeia e realiza todos os anos numerosos cursos, visitas, estágios, exposições (fixas e móveis) e, ainda, as campanhas de propaganda sanitária e social a favor dos problemas materno-infantis.

Desde a criação do «C.I.E.», já a direcção do Ensino organizou, até ao momento presente, 10 grandes cursos internacionais, oferecendo numerosas bolsas de estudo a médicos, enfermeiros

e agentes sociais. Esses cursos foram:

1.º) Em 1950, um curso de Pediatria Social, um curso de Tuberculose da Criança e um curso de Psiquiatria Social da Criança, que foram seguidos por bolseiros de 38 países, com lições, visitas e estágios, dirigidos por professores de 15 países diferentes, em diversas cidades da França, Inglaterra, Suíça e Itália.

2.º) Em 1951, um novo curso de Pediatria Social, dois cursos de Readaptação de crianças enfermas - «motores» (um para médicos e outro para auxiliares médicos) e um curso sobre as Vacinações contra as doenças contagiosas correntes da infância.

3.º) Finalmente, em 1952, um terceiro curso de Pediatria Social, um curso de Readaptação de crianças enfermas - «motores» para auxiliares médicos e um curso sobre o Diagnóstico Biológico das doenças transmissíveis da criança, em que tivemos a honra de participar, como auditor português.

Além destes grandes cursos internacionais, cujas lições foram, depois, todas reunidas e publicadas pelo C.I.E. em volumes separados (excepto no curso em que participámos), tem a direcção do Ensino promovido muitos outros pequenos cursos, visitas, colóquios e exposições, em França e em alguns outros países da Europa e da América, e, ao mesmo tempo, tem orientado numerosos inquéritos sociais e médico-sociais a propósito de alguns problemas da infância, nomeadamente: a habitação, o problema social e psíquico dos órfãos da guerra, a educação infantil, etc..

Têm sido efectuados, sob o seu patrocínio, colóquios sobre as casas, parques e aldeias de crianças, os estabelecimentos de crianças privadas de um meio familiar normal, os problemas infantis em zonas tropicais e, finalmente, sobre a aplicação de antibióticos a crianças.

Numerosas exposições, em Paris e outras cidades da França, têm divulgado, de maneira simples mas inteligente, os

(*) Excerto de um relatório, apresentado ao Ex.º Sr. Director Geral de Saúde, em Dezembro de 1952, pelo A., como bolseiro em um «Curso sobre o diagnóstico biológico das doenças transmissíveis», organizado pelo «Centre International de l'Enfance», em Paris—Outubro a Dezembro de 1952.

problemas da mortalidade infantil, as doenças hereditárias e as doenças contagiosas das crianças, a alimentação infantil e os seus erros, o perigo da tuberculose e a sua profilaxia, etc..

Deve-se ainda, à direcção do Ensino do C.I.E., a criação de uma «exposição ambulante», que pode e pretende percorrer, num camião especial, não só toda a França como muitos outros países, sobretudo aqueles em que a educação sanitária e o estado da higiene geral das populações sejam mais baixos. Esse camião, que vimos funcionar em Paris, está recheado de numerosos quadros e esquemas, inteligentemente elaborados, que explicam, em palavras ao alcance de todos, a anatomia e a fisiologia de uma criança e os perigos que a ameaçam e, ainda, como estes se podem evitar e combater. Está, além disso, equipado com numerosos filmes educativos — muitos deles em esquemas e com bonecos animados — especialmente indicados para as crianças e seus pais.

A segunda direcção do C.I.E., é a direcção de Investigação científica. Preocupa-se, sobretudo, com problemas médico-sociais e sociais: puericultura, pediatria social, psicologia e psiquiatria infantil, etc., e a ela se deve a orientação e a efectivação de numerosos inquéritos e estudos sociais, inquéritos sobre a habitação, sobre a psicologia infantil, etc. Entretanto, muitos outros problemas infantis preocupam e têm merecido a atenção dos investigadores do C.I.E., nomeadamente a alimentação e o crescimento das crianças, o estudo do desenvolvimento físico e psíquico das crianças normais e das crianças privadas dos cuidados maternos, os problemas do leite, as questões da mal-nutrição, o estudo da mortalidade intra-uterina, das malformações congénitas, da mortinatalidade, da sífilis congénita, da tuberculose das mães e das crianças, etc., etc..

Um laboratório moderno e bem aparelhado — onde decorreu a maior parte das lições do curso em que tivemos a honra de participar — situado junto à sede do C.I.E. e dirigido pelo Sr. Dr. Leblois, presta a sua colaboração preciosa a todos os problemas da direcção de Investigação, em que seja necessária a ajuda laboratorial experimental. No momento presente, estão em curso importantes estudos sobre a serologia da tuberculose e das doenças reumatismas, sobre as reacções cutâneas à tuberculina, sobre a vacinação pelo B.C.G. e sobre a vacinação contra a tosse convulsa.

Como a questão do B.C.G., pela sua enorme importância e pelo seu grande movimento, requeria uma existência um pouco à parte, foi criada em Paris, em 1948, a «Estação-piloto do B.C.G.», subvencionada pela F.I.S.E., mas que passou a depender directamente do C.I.E., após a inauguração deste último centro (1950), estando, hoje, como um anexo da sua direcção de Investigação, embora o seu trabalho interesse e dependa, ao mesmo tempo, desta direcção e da do Ensino.

Este centro de investigação tem estudado a acção das tuberculinas e do B.C.G. sobre o homem e promovido e estudado os resultados de inúmeras campanhas de vacinação pelo B.C.G..

Foram estudadas e comparadas vacinas preparadas em França (Paris, «Instituto Pasteur»), Suécia, Dinamarca, Tunísia, Egipto e Dakar, bem como diversas técnicas de vacinação: escarificação, injeção intradérmica, micropuntura e ingestão oral de doses maciças (método do Prof. brasileiro Arlindo de Assis), tendo-se procurado seguir, sempre que possível, a vida dos vacinados. Além disso, publica trimestralmente um boletim, que reúne toda a literatura médica mundial sobre o B.C.G. e, há poucos meses, fez publicar um volume reunindo os resultados da sua já larga experiência em França (Paris e províncias metropolitanas).

A terceira direcção geral do C.I.E. é a de Documentação, dirigida por Mlle. Garnier, e destina-se a pôr à disposição dos médicos e de todos os trabalhadores sociais do mundo a mais extensa documentação bibliográfica possível sobre todos os problemas médicos e sociais da infância. A biblioteca do C.I.E., organizada nos novos moldes das bibliotecas americanas, é, sobretudo, à base de fichas — de que já existem mais de 25.000 fichas-resumos — classificadas por assuntos e autores, segundo um processo que permite encontrar rapidamente qualquer assunto. Tem mais de 2.000 volumes das especialidades médicas e sociais com interesse para o C.I.E. e recebe, mensalmente, cerca de 800 revistas de todo o mundo, revistas essas cujos artigos são imediatamente catalogados (e resumidos aqueles que mais interessam ao C.I.E.).

Além disso, a direcção de Documentação, publica, sob a orientação da do Ensino, alguns periódicos e diversos livros de grande interesse, de que destacamos:

Uma revista, o «*Courier du C.I.E.*», que sai 20 vezes por ano, em francês e em inglês, e que publica estudos sobre questões sociais, pedagógicas e médico-sociais de interesse, bem como informações gerais de actualidade sobre todos os problemas da infância, além de trazer toda a bibliografia mundial sobre o assunto, recolhida dos 800 periódicos mensais, recebidos pela biblioteca do C.I.E., e de que se seguem resumos das de maior interesse e actualidade. Todos os assinantes — médicos, trabalhadores sociais, pedagogos, puericultores, pediatras, sociologistas e governantes, pois a todos pode interessar — têm direito a receber, gratuitamente, microfiches ou fotocópias dos artigos resumidos, ou apenas citados, que lhes interessem, facilidade esta que supomos ter grande interesse e muito contribuir para o conhecimento e cooperação internacional de todos os inúmeros problemas da infância.

Trimestralmente, publica, em francês e em inglês também, uma outra revista, «*Études Neo-natales*», que compreende, apenas, trabalhos e estudos médicos especializados sobre morfologia, fisiologia e patologia do feto e do recém-nascido.

Na série «*Trabalhos e Documentos*», tem a direcção de Documentação publicado alguns livros de grande interesse médico-social: 1) «*O tratamento das tuberculosas agudas da criança, pela estreptomycin*», organizado por um comité de

peritos nomeados pela F.I.S.E. e publicado em 1950; 2) «*Psiquiatria social da criança*», sobre o curso do mesmo nome organizado pelo C. I. E., em 1950; 3) «*Vacinação pela B. C. G.*», resultados das pesquisas da Estação-piloto do B.C.G., do C.I.E., publicado em 1952; 4) «*Vacinações contra as doenças contagiosas da criança*», sobre o mesmo curso do C.I.E., em 1951; 5) «*Readaptação das crianças atingidas por doenças da motilidade*», sobre o mesmo curso do C.I.E. em 1952; e 6) «*Pediatria social*», sobre o mesmo curso do C.I.E., a publicar brevemente.

Finalmente, na série «*Reuniões e Conferências*»: 1) «*Compte-rendu do colóquio de Mégeve sobre as casas e as aldeias da criança*», em 1952; 2) «*Compte-rendu do colóquio de Londres sobre as crianças privadas de família*», a publicar brevemente; e 3) «*Compte-rendu do seminário sobre antibióticos e as doenças das crianças*».

Existe ainda, ligada ao C.I.E., uma interessante «*Associação dos Antigos Auditores do C.I.E.*», a qual tem por fim promover e manter, com a maior continuidade possível, as relações médicas e culturais gerais entre o C.I.E. e todos os seus antigos auditores e destes entre si. Pretende, ainda, que os antigos auditores dos cursos e reuniões do C.I.E., promovam, nos seus países, a propaganda do C.I.E., junto dos organismos oficiais encarregados de todas as funções médicas, pedagógicas e sociais que interessem à maternidade e à infância.

Aquela associação procura, assim, que todo aquele trabalhador médico, pedagógico, ou social, que tenha, alguma vez, estudado ou trabalhado no C.I.E., não o esqueça mais e que deligencie, no seu próprio país, por contribuir para a obra internacional daquele centro, no estudo e na resolução dos principais problemas da infância.

Tomámos a liberdade de nos inscrevermos, como todos os outros colegas o fizeram, naquela associação, a pedido da sua principal impulsionadora, a sua secretária-geral, Mlle. Ika Paul-Pont. Já três portugueses faziam, então, parte daquela instituição: os Ex.^{mos} Srs. Dr. José dos Santos Bessa, Dr. Rosa Paixão e Sr.^a D. Dulce de Moraes Pinheiro, todos antigos auditores do C.I.E..

Como se vê, é já grande e importante a obra do C.I.E., embora a sua criação date de há cerca de dois anos apenas.

Todos os que aí trabalham se encontram animados do maior entusiasmo e boa vontade pelo estudo, compreensão, divulgação e solução dos problemas da infância e contagiam, com aquele seu entusiasmo, todos os que, por qualquer motivo, têm estudado ou trabalhado, junto deles, naquele centro.

Creemos que a obra do C.I.E. se irá tornando cada vez melhor conhecida e melhor compreendida, em todo o mundo, e que médicos, pedagogos, sociólogos e governantes, de todos os países, lhe dêem o seu melhor apoio e sigam as criteriosas recomendações dos seus peritos, na defesa do mais rico e sagrado património das nações — as suas crianças.

PROPULMIL

Bial

INJECTÁVEL

SUPOSITÓRIOS

Caixas de 1 e de 6

Consagrada associação, em doses óptimas, de:

Penicilina

Vitaminas A e D

Quinina

Essência de Niauli

Eucaliptol

Cânfora

Hexaidroisopropilmetilfenol

(este último, só no PROPULMIL Injectável)

Gripe

Traqueítes

Bronquites

Congestões pulmonares

Pneumonias

Broncopneumonias

PROPULMIL

INFANTIL

Bial

SUPOSITÓRIOS

Caixas de 1 e de 6

Perfeita tolerância

Rápida e poderosa eficiência terapêutica

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

Sob a presidência do Prof. Mário Moreira, ladeado pelo Prof. Vaz Serra e Dr. Gomes de Oliveira e Cristiano Nina, reuniu-se no dia 22 de Janeiro a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, tendo sido apresentadas duas comunicações. O Dr. Cordeiro Ferreira, em seu nome e no dos Drs. Nuno Cordeiro Ferreira e Leite da Silva, apresentou a primeira, intitulada «A nossa experiência no tratamento da meningite tuberculosa». Referia-se o trabalho a 178 casos daquela doença tratados, desde há seis anos, no Serviço de Pediatria do Hospital de D. Estefânia. Os autores dão conta das técnicas seguidas: tratamento só com estreptomina; tratamento com estreptomina associada ao ácido paramínico salicílico; tratamento com estreptomina e hidrazida; e só pela hidrazida, e, em seguida, fazem a crítica de cada um dos sistemas, comparando os resultados que verificam serem melhores desde que se usa a hidrazida, tendo-se obtido a percentagem total de curas de 76 por cento nos doentes com menos de dois anos de idade, ao passo que, nos de mais de 2 anos, a percentagem sobe a 88 por cento. Perante os resultados apontados, os autores preconizam para o tratamento da meningite tuberculosa o uso da hidrazida, associada à estreptomina, esta ministrada intramuscular, abandonando-se, assim, a via intra-raquidiana, sempre perigosa.

Falou, por último, o Prof. Arsénio Cordeiro, que apresentou um trabalho sobre «Um caso raro de bloqueio intraventricular».

No dia 12 de Fevereiro, efectuou-se uma reunião conjunta desta Sociedade com a de Oto-Neuro-Oftalmologia, presidida pelos respectivos presidentes, Prof. Mário Moreira e brigadeiro Dr. Pinto da Rocha.

Ao iniciar-se a sessão o Dr. Pinto da Rocha agradeceu a sua recente eleição para presidente da Sociedade de Oto-Neuro-Oftalmologia, fazendo, em seguida, algumas considerações justificativas da reunião, depois do que o Prof. Carlos Larroude apresentou uma comunicação sobre «Reabilitação dos laringectomizados».

O conferencista começou por lembrar como os humores da laringe são dos que apresentam mais altas percentagens de cura, quando tratados de início, e insistiu na importância da precocidade do diagnóstico. Referiu, depois, os actuais métodos de tratamento, a cirurgia e a radioterapia, e falou da acção que se antevê por parte da bomba de rádio e de cobalto.

Aludindo particularmente à cirurgia, disse que está indicada na maioria dos casos, expondo a seguir os processos que têm sido inventados para restituir a voz aos doentes privados da laringe, afirmando que, presentemente, se consegue, pela reeducação da voz, restituir a palavra aos naquelas condições, utilizando a voz esofágica. Apresentou alguns doentes operados, todos dotados de palavra, e terminou lembrando que se deve ao Subsecretário da Assistência o existir presentemente no nosso País uma reeducadora de laringec-

tomizados, nos Hospitais Cívicos, no serviço que o Prof. Larroude dirige.

Falou a seguir o Prof. Diogo Furtado, para apresentar «Papel de um novo fármaco — e Pirostigmína — no tratamento da miastenia. No seu trabalho o autor deu conta dos resultados que obteve com a aplicação do brometo de pirostigmína em quatro casos de miastenia graves, que confirmam as afirmações dos trabalhos já publicados sobre essa terapêutica, e apresentou as consideráveis vantagens da piridostigmína sobre a mais útil terapêutica até hoje usada na miastenia, a prostigmína.

O Dr. Miller Guerra, que falou por último, apresentou um trabalho intitulado: «O síndrome piramidal deficitário. Interpretação físiopatológica».

Instituto Português de Oncologia

No dia 21 de Janeiro, no Instituto Português de Oncologia, fez uma conferência intitulada «Tumores de células granulosas», o Prof. Georges Gander, anátomo-patologista daquele Instituto. O conferencista, que ilustrou a sua palestra com a projecção de numerosas microfotografias, depois de mostrar a evolução do conceito de rabiomioma granulo-celular da língua, à luz dos conhecimentos científicos, descreveu diversas causas de tumores glandulares do seio e da pele, discutindo a origem dos respectivos elementos celulares. Afirmou, depois, que os dados adquiridos pela cultura de tecidos colocam esses tumores dentro do quadro dos tumores musculares e disse, por fim, que, apesar da benignidade desses tumores, o seu tratamento deve ser a ablação cirúrgica.

Hospital do Ultramar

Realizou-se no dia 20 de Janeiro mais uma reunião científica do corpo clínico do Hospital do Ultramar, a que presidiu, como de costume, o director daquele estabelecimento de assistência, Dr. João Pedro de Faria.

Efectuaram-se duas conferências, tendo falado, em primeiro lugar, o Dr. Henrique Seixas, sobre «Um caso clínico de tetania infantil». O orador, depois de descrever a tetania infantil nas suas formas características, relatou um caso diagnosticado naquele hospital. Seguiu-se-lhe o Dr. Domingos Filipe, que após ter citado os mais recentes trabalhos de autores alemães e portugueses sobre tétano descreveu as bases teóricas em que se fundamentam as experiências, referindo-se à técnica utilizada e ao resultado colhido, que permitem desenvolver em parte a mecânica da fixação da toxina tetânica no sistema nervoso.



ALGINEX

**ANALGÉSICO
DE USO EXTERNO**

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

**DE ACÇÃO INTENSA
E RÁPIDA**



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA

MOSAICOS NORTENHOS

LIII

Considerações à margem do projecto sobre a responsabilidade dos encargos com a assistência hospitalar

Li com cuidado e interesse o projecto enviado pelo Governo às Câmaras e que condensa e metodiza os princípios fundamentais da responsabilidade dos encargos com a assistência hospitalar.

Este projecto pode não agradar a este ou àquele, num ou noutro pormenor, mas é inegável que denuncia e evidencia com relevo que na *Assistência* há directrizes estabelecidas que, pouco a pouco, se vão concretizando, progredindo-se francamente num sentido de aperfeiçoamento que merece louvores.

Há muito que manifesto um frânco aplauso à assistência pautada segundo as condições de vida do agregado familiar a que pertence o doente. Sempre que exteriorizo a minha concordância com este critério, tenho invocado a necessidade de organizar os grupos ou escalões com um sentido mais realista das necessidades actuais, de modo que a má ou defeituosa aplicação do método não desvirtua o seu valor e alcance. Evitar que a aplicação da doutrina definida e adoptada dê lugar a graves transtornos na orgânica monetária da família, será evitar também que, com razão, se formulem comentários mordazes e desagradáveis.

No projecto agora remetido às Câmaras para estudo e discussão, o critério dos escalões é mantido e estabelece-se uma ordem quanto à responsabilidade dos encargos a suportar com a assistência hospitalar.

Não posso deixar de mostrar completo desacordo com o que se pretende legislar, se bem que reconheça não estar no âmbito do sector da *Assistência* remediar os erros ou deficiências que se vão anotar e que em muito desvalorizam e prejudicam o projecto em causa.

A RESPONSABILIDADE INDIVIDUAL E A RESPONSABILIDADE DO ESTADO

O problema da responsabilidade dos encargos, com a assistência hospitalar, é logo esclarecido e definido de entrada, rezando assim:

Artigo 1.º — *Respondem pelos encargos de assistência hospitalar, successivamente e dentro dos limites das suas posses, averiguadas, quanto possível, por inquérito:*

- 1.º — *Os próprios assistidos;*
- 2.º — *Os cônjuges e os descendentes, ascendentes e irmãos;*
- 3.º — *As Câmaras municipais, em relação aos assistidos, indigentes e pobres com domicílio de socorro nos respectivos concelhos;*
- 4.º — *Os fundos e receitas das instituições que houverem prestado a assistência.*

É precisamente a enumeração das responsabilidades e a sua ordem que choca, por se não verem citadas e incorporadas no texto do projecto, as entidades que presidem ao *seguro-doença*.

Ora, na verdade, a *Previdência*, pelas elevadas somas que movimenta e pelo muito que tem afirmado quanto ao valor e importância da segurança social, não pode ser esquecida, quando se abordam problemas ligados à saúde.

Se está organizado e a funcionar o *seguro-doença*; se para ele concorrem patrões e trabalhadores com largas quantias; — como se pode exigir que seja o próprio doente, quando abrangido obrigatoriamente pelo *seguro*, a pagar os encargos de um internamento, ou, na sua

impossibilidade, os cônjuges, os descendentes, os ascendentes ou os irmãos? Como se podem esquecer as *Caixas de Previdência* e se estatue para as Câmaras municipais a obrigatoriedade de participarem nessas despesas?

Se um trabalhador que desconta para uma *Caixa de Previdência*, precisa de ser hospitalizado, que comentários fará quando souber que os descontos feitos de nada valem nessa emergência?

E se, por força da lei, ainda são chamados para contribuir nas despesas, os pais, os filhos e os irmãos — o que se dirá?

Desde que o *Estado* instituiu o *seguro*, não pode criar atitudes dúbias, que a todos merecerão reparo e em muito hão-de enfraquecer o prestígio das próprias instituições, colocando esse *seguro* numa posição privilegiada de só ter direito de arrecadar dinheiro, para conceder apenas uma pequena parcela do que deve dar.

Pode argumentar-se que a *Previdência* vai até onde pode, mas quanto às Câmaras municipais estabelece-se uma obrigatoriedade e não se pergunta se a imposição estará dentro das possibilidades dos seus rendimentos — em algumas bem parcos.

O *Estado* ao regulamentar as responsabilidades dos encargos com a assistência hospitalar, não pode esquecer a *Previdência*, nem consentir que ela continue a esquivar-se a cumprir com as suas obrigações.

O BUSÍLIS DA QUESTÃO

No projecto em discussão, logo a seguir ao Artigo 1.º, que atrás transcrevi, diz-se o seguinte:

§ 1.º — *A responsabilidade pre-*

PARA RESTABELECER O EQUILÍBRIO DO SISTEMA NERVOSO

N E R S A N

E L I X I R

O **NERSAN** é o MEDICAMENTO QUE, de há muito, A CLÍNICA IMPÔS como CALMANTE, SEDATIVO e ANTI-ESPASMÓDICO para a TERAPÊUTICA de:

ANSIEDADE * INSÓNIAS * NERVOSISMO

LABORATÓRIO FIDELIS

ESTOMATOLOGISTAS E PROTÉSICOS

Do colega Dr. Luís Horta e Costa, de Coimbra, recebemos o seguinte:

Coimbra, 22 de Fevereiro de 1954

Ex.^{mo} Senhor
Dr. Mário Cardia
Digno Director de «O Médico»
Av. dos Aliados, 41
PORTO

Meu Ex.^{mo} Colega:

Com os meus cumprimentos tomo a liberdade de enviar juntamente uma breve resposta a umas considerações que o colega Lopes de Oliveira fez no n.º 129 de «O Médico» a propósito de umas exposições enviadas pelos estomatologistas de Coimbra ao Presidente do Conselho Regional da Ordem dos Médicos, solicitando a sua publicação. Sou o primeiro a lamentar o roubo de espaço a «O Médico» com este assunto, mas a verdade é que para nós estomatologistas tem uma certa gravidade em face do que se está passando, e da protecção dada por muitos colegas a indivíduos que a não merecem.

Agradecendo, desde já, e não lhe querendo tirar mais tempo, creia-me colega muito grato e inteiramente ao seu dispor,

De V. Ex.^a,
Atentamente,

Luís Horta e Costa

vista neste artigo prefere a das pessoas que, segundo os princípios gerais, sejam responsáveis pelas consequências do facto determinante da assistência e, ainda, a das entidades seguradoras e das instituições de previdência, nos termos estipulados nos contratos e regulamentos.

Esta maneira de dizer «A responsabilidade prevista neste artigo prefere... a... das instituições de previdência, nos termos estipulados nos contratos e regulamentos» é a fórmula simplista de arrumar um assunto no qual o departamento da Assistência não tem autoridade para intervir.

A independência ou autonomia concedida à Previdência, e em especial ao seguro-doença, conduz a estas anomalias, que seriam fáceis de resolver, se entre os vários sectores da nossa Administração pública houvesse espirito de colaboração.

O divórcio entre a Assistência e a Previdência continua a escandalizar quem se interessa pelas coisas públicas desta nossa terra e é mais um argumento para juntar a todos quantos se formularam ultimamente na Câmara dos Deputados, quando se sugeriu, uma vez mais, a necessidade de criar o Ministério da Saúde.

«Como um dos signatários das exposições entregues por um grupo de estomatologistas de Coimbra ao Ex.^{mo} Senhor Presidente do Conselho Regional da Ordem dos Médicos, pedindo que o Digníssimo Conselho Regional junto das entidades superiores actue de forma a ser evitada uma nova intrusão dentro do campo estomatológico, não nos é possível deixar passar sem reparo algumas considerações que o colega Lopes de Oliveira, de Oliveira de Azeméis, achou por bem fazer a respeito das referidas exposições no n.º 129 de «O Médico».

Não temos o prazer de conhecer pessoalmente o Dr. Lopes de Oliveira, nem nos move qualquer atitude polémica, mas unicamente o desejo de esclarecer a nossa atitude.

O Dr. Lopes de Oliveira insurge-se contra o teor das referidas exposições e afirma que, «se aos signatários dos documentos fosse concedido o que pretendem, a miséria invadiria os lares dos policlínicos, pelo menos na sua grande parte» (sic).

O Dr. Lopes de Oliveira está no seu pleno direito de discordar das nossas petições, porém devemos fazer-lhe notar que a única coisa que pedimos é que se cumpram as leis vigentes. O Dr. Lopes de Oliveira, repetimos, está no seu pleno direito de discordar dessas leis. Nós, pela nossa parte, devemos confessar-lhe que não temos a menor responsabilidade no facto dessas leis não defenderem os mecânicos dentários, em detrimento dos estomatologistas e odontologistas.

No caso do Dr. Lopes de Oliveira não estar, o que não supomos, inteiramente ao par da legislação em causa, devemos informá-lo de que as disposições legais, que desejamos ver acatadas, são as seguintes:

a) — Decreto 32171 de 29 de Julho de 1942, relativo à repressão de exercício ilegal da medicina.

Artigo 14.º — Praticam actos estranhos à sua competência profissional:

5.º — Os mecânicos protésicos que executam trabalhos de cirurgia dentária ou forneçam aparelhos da prótese sem prescrição dos médicos estomatologistas ou odontologistas.

O artigo 12.º pune com as penas do artigo 236 do § 2.º do Código Penal os que sem títulos bastantes pratiquem actos de medicina e bem assim (artigos 12.º e 23.º) os médicos que, com o seu nome ou responsabilidade, encubram esse exercício ilegal.

b) — Despacho de S. Ex.^a o Ministro das Corporações, em 18 de Outubro de 1952.

Neste despacho é recusada terminantemente a inscrição no Sindicato dos Odontologistas a 103 protésicos dentários que a

pretendiam, invocando argumentos inconsistentes. S. Ex.^a é bem explícito quando define as atribuições e direitos das três únicas classes profissionais que em Portugal podem intervir em tratamentos estomatológicos: médicos estomatologistas, odontologistas e protésicos dentários. A propósito destes últimos afirma mesmo:

2.º — A inscrição no Sindicato dos Odontologistas nestas condições, ainda que tivesse sido admitida, não os poria sequer, a meu ver ao perfeito abrigo das medidas legais da repressão da medicina ilicitamente praticada.

Como já dissemos, este despacho não é nosso, nem foi feito por estomatologistas, mas sim por S. Ex.^a o Senhor Ministro das Corporações, que é, como toda a gente sabe, um distintíssimo juriconsulto. Nós, estomatologistas, acatamos inteiramente este despacho e não descançaremos enquanto não for cumprido rigorosamente em todo o País.

Mas certamente o Dr. Lopes de Oliveira sabe melhor tudo o que atrás foi dito, melhor do que nós, que de Direito nada percebemos. Mesmo a única razão porque estamos roubando um precioso espaço a «O Médico» é motivada pela já acima referida afirmação do Dr. Lopes de Oliveira, quando se referia à possível miséria da maior parte dos policlínicos portugueses se deixassem de ser auxiliados pelos tais enfermeiros protésicos que possivelmente nem se dedicam à enfermagem nem à prótese dentária.

Como o Dr. Lopes de Oliveira o acentua, os policlínicos podem tratar de todas as doenças do corpo humano e, portanto, a designação é sinónima de médicos ou licenciados em medicina e cirurgia. Consequentemente, o Dr. Lopes de Oliveira, ao falar na maior parte dos policlínicos, refere-se a uns largos milhares de médicos votados à miséria, na sua opinião, se se proibissem 103 protésicos dentários de exercerem ilegalmente a medicina.

A afirmação parece-nos particularmente arrojada, e até, vamos lá, um pouco achincalhante para a classe médica em geral, e, já que o Dr. Lopes de Oliveira saiu à estacada em defesa dos mecânicos, nós pedimos-lhe encarecidamente que em nova carta para «O Médico» nos indique o nome de um médico, um único que seja, que esteja arriscado a ter de estender a mão à caridade, se for cumprida rigorosamente a Lei da repressão ilegal da medicina. Mas, insistimos, é essa informação a única que pedimos, porquanto o assunto não se presta a polémicas entre médicos, mas sim entre advogados, e possivelmente perante os Tribunais.

A FESTA DE D. LOPO DE ALMEIDA

No Hospital de Santo António

Realizou-se, como de costume, no dia 29 de Janeiro último, a tradicional festa de D. Lopo de Almeida, promovida pela Misericórdia do Porto, no Hospital de Santo António. Publicamos, a seguir, o discurso então proferido pelo Dr. António José de Sousa Magalhães, que é actualmente Secretário Geral da Mesa Administrativa da Misericórdia, à qual tem prestado, com a maior dedicação, valiosíssimos serviços.

«Não há em Portugal nenhuma instituição particular de beneficência que possa disputar primazias à Misericórdia do Porto. Pela sua antiguidade, pelos seus serviços no Passado e no Presente, pelas suas perspectivas de Futuro, ela ocupa sem contestação o primeiro lugar entre as corporações portuguesas daquele género».

Assim escrevia o Dr. A. de Magalhães Basto em 1934, ao iniciar as «palavras prévias» da História da Santa Casa da Misericórdia do Porto.

Já lá vão 20 anos sobre aquelas palavras e hoje, mais ainda do que então, se sente o peso da sua verdade incontestada e incontestável. É que a Lei n.º 1998, de 15 de Maio de 1944 e com ela o Decreto-Lei n.º 35.108, de 7 de Novembro de 1945, mais vieram reforçar o que os séculos e o Decreto n.º 15.809 tinham dado de projecção às Misericórdias, e, entre elas, à maior do País — a Santa Casa da Misericórdia do Porto.

*

Desde a sua fundação até aos dias de hoje, na sua nobre, nobilíssima missão de — ensinar os simples
— dar bom conselho a quem o pede
— castigar com caridade os que erram
— consolar os tristes e desconsolados
— perdoar a quem vos errou
— rogar a Deus pelos vivos e mortos
— remir cativos e presos
— visitar e curar os enfermos
— cobrir os nus
— dar de comer aos famintos e pobres
— dar de beber aos que tenham sede
— dar pousada aos peregrinos e pobres
— enterrar os finados,

como se estatua no seu primeiro Compromisso, ao enumerar as catorze obras de Misericórdia, desde a sua fundação até aos dias de hoje, dizíamos, quantas vidas tiradas das garras da morte, quantos cativos remidos, quantos nus cobertos, quantos famintos consolados, quantos peregrinos e pobres albergados, quantos finados enterrados, com a alma encomendada a Deus!

Desfilassem eles, por magia, perante nós, e muitos e muitos milhões gritariam alta e sonoramente os benefícios recebidos desta Santa Casa!

Seriam vozes de satisfação, de glória, de reconhecimento aos que, através dos séculos, se emularam por a mais bela cruzada de caridade cristã, tão bem sintetizada no vocábulo «Misericórdia»!

Mas seriam também vozes, milhões de vozes de estupefacção, de admiração, pelo desconhecimento em que a obra da Santa Casa da Misericórdia anda.

Sim. Porque hoje como sempre, desde a sua fundação, a cidade tem-se mantido caprichosamente alheada da mais nobre das suas instituições e que mais benefícios lhe dá!

Podemos afirmar, e com que tristeza o dizemos, que a maioria da população do Porto ignora desleixadamente a magnitude de que se revestem os problemas da Santa Casa, chegando ao ponto de não saber quais os seus estabelecimentos e o que neles se realiza.

Pessoas das nossas relações, com quem conversamos, denotam sempre ou quase sempre a ignorância do que a Santa Casa da Misericórdia possui e administra:

a) — O Hospital Geral de Santo António, este magnífico monumento nacional, granítico, contrastando, na sua imponência e força, com a fugacidade da vida humana, bem expressa nesses centos de almas nele albergadas e distribuídas, qual mar de dor, pelos seus serviços e enfermarias de estomatologia, ortopedia, dermatologia, curieterapia, otorrinolaringologia, urologia, oftalmologia, obstetrícia, pediatria e serviços gerais de medicina e cirurgia divididos por sexos, e coadjuvados pelos serviços de Raios X e agentes físicos, análises, Banco de Sangue, etc.

b) — O Hospital do Conde de Ferreira outro colosso monumental, onde médicos e enfermeiros abnegadamente procuram trazer à razão e lucidez espíritos enevoados por circunstâncias várias de que nós, os pais, filhos, irmãos e simples seres humanos somos os culpados;

c) — O Sanatório-Hospital Rodrigues Semide, remanso bucólico na cidade, onde tudo poderia ser alegria se não fora os seus ocupantes serem vítimas desprevenidas desse terrível flagelo que é a tuberculose que, por felicidade, se lá entra em quase todos os casos de lá não sai!

d) — O Recolhimento de Órfãs de Nossa Senhora da Esperança, estabelecimento modelar, ali em S. Lázaro, com uma das capelas mais belas da cidade. Aqui tudo é alegria, inquietude, inocência nessas pequeninas quinhentas almas em formação, desde as primeiras letras até ao 7.º ano do ensino secundário, ministrado em condições óptimas de educação austera e cristã e eficiente, teórica e prática.

Ali encontram recolhimento as órfãs que a Misericórdia cobre com o seu manto!

e) — O Estabelecimento Humanitário do Barão de Nova Sintra, outra obra educacional, para meninos e meninas até aos 14 anos, de origem mais modesta, onde lhes são ministrados, em regime de internamento, conhecimentos até ao exame do 2.º grau e artes e ofícios.

f) — O Instituto de Surdos - Mudos Araújo Porto, onde, por acordo com a Casa Pia de Lisboa, só existem educandas.

Que belo exemplo de persistência e poder suasório ali se colhe ao ver aquelas Irmãs ensinando a falar quem, por Deus, se viu privado dos dons do ouvido e da palavra!

Que maravilha de caridade!

g) — O Hospital de Convalescentes D. Francisco de Noronha, instalado na Quinta da Prelada, célebre pelo seu labirinto, num magnífico local, servido por logradouros encantadores que a actual Mesa tenciona muito valorizar na sua função assistencial e social.

h) — Os Hospitais Menores, com as suas secções de Lázaros e Lázaras, Entrevados e Entrevadas, Velhas e Viúvas e Asilo Monteiro dos Santos, um refúgio onde se vão albergar, nos últimos dias da sua vida, aqueles que cá fora não encontram um pouco de carinho acalentador, o pão e a cama, debaixo de umas telhas, substituídas pelo incomparável manto de Nossa Senhora da Misericórdia.

E que Manto! Um Manto que não faz sombra e só luz, muita luz naqueles espíritos cansados e desiludidos, queimados pelo gelo da incompreensão e desinteresse humanos.

Ao menos ali aguardam que Deus se amerceie deles e delas, chamando-os à sua companhia, sacramentados, depois de



E. TOSSE & C.ª

HAMBURGO

Bismogenol

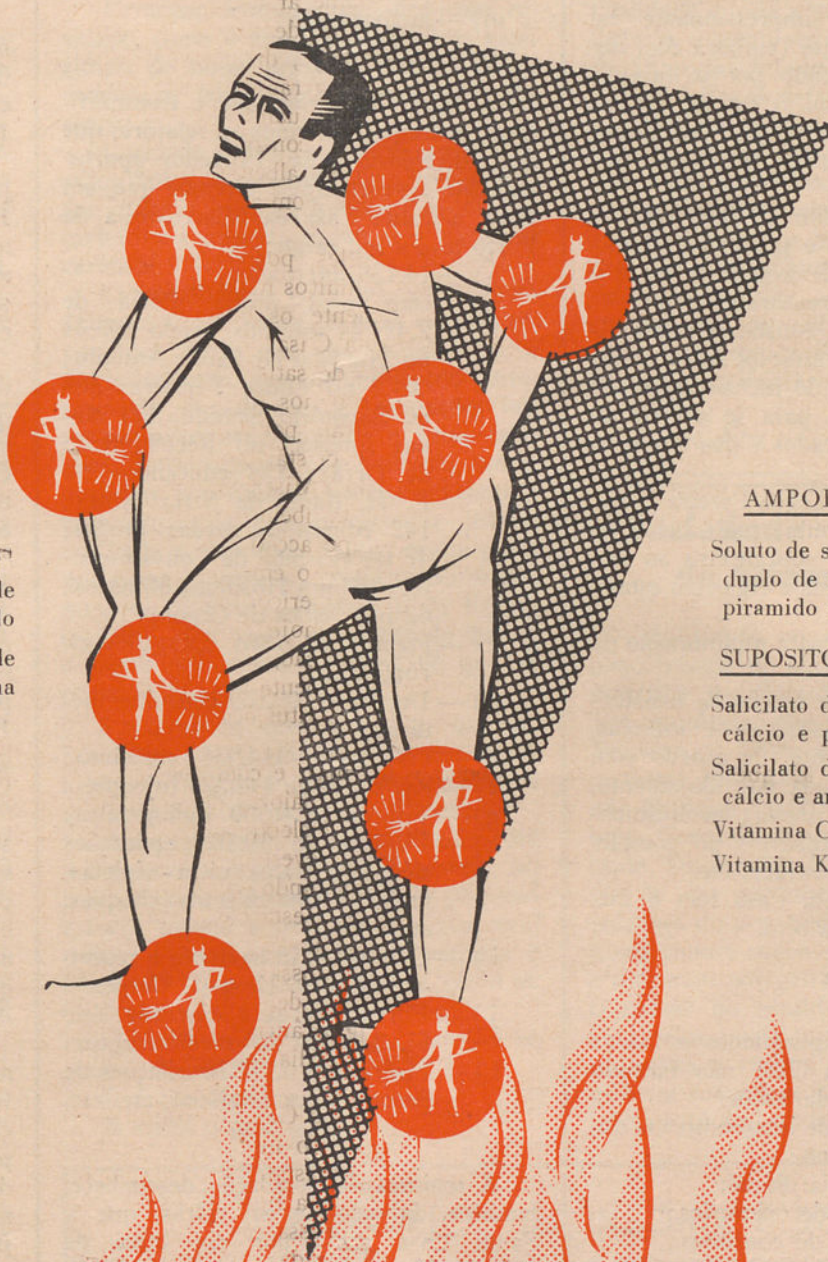
O MAIS PODEROSO ADJUVANTE DOS ANTIBIÓTICOS MODERNOS

Combinação Bismogenol-Penicilina: 1 c. c. Bismogenol, 2 vezes por semana durante oito dias e complementarmente 0,6 mega Depósito / Penicilina em suspensão oleosa, 3 vezes por semana. A dose total e a duração do tratamento variam e dependem do comportamento das reacções serológicas. O Bismogenol e o Depósito / Penicilina podem ser aspirados na seringa para injeção simultânea (Helmecci e outros).

REPRESENTANTE GERAL: SALGADO LENCART

Rua de Santo António, 203 — PORTO

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



DRÁGEAS:

Salicilato duplo de cálcio e piramido

Salicilato duplo de cálcio e antipirina

Vitamina C

Vitamina K

AMPOLAS:

Soluto de salicilato duplo de cálcio e piramido a 10 %

SUPOSITÓRIOS:

Salicilato duplo de cálcio e piramido

Salicilato duplo de cálcio e antipirina

Vitamina C

Vitamina K

REUMATISMOS

PARTICULARMENTE O ARTICULAR AGUDO

Salil-lab

DRAGEAS • SUPOSITÓRIOS • INJECCÕES

UM PRODUTO ORIGINAL DOS LABORATÓRIOS **Lab**

reconfortados com carinho inexcedível da sua Directora e pessoal.

i) — O Instituto Asilo de Cegos S. Manuel, obra capaz de fazer chorar o mais duro de coração ao entrar ali e observar aquelas crianças cegas, em luta com o seu destino, aprendendo a ler, escrever, contar, fazer contas e problemas com uma rapidez impressionante tal como qualquer vidente (embora com outros métodos) acabando por ir fazer o seu exame de 2.º grau às escolas oficiais vulgares, em iguais condições dos alunos videntes, onde vão obter, por regra, distinções.

Basta que cada um de nós feche os olhos por momentos e pense que já mais os abrirá, para poder avaliar o que é a desdita daqueles desventurados seres!

Basta igualmente constatar, numa visita, a alegria desses mesmos seres, quando em recreio, jogando inclusivamente o futebol (é incrível), para se avaliar do bem de que são rodeados e que quase os torna normais!

j) — O Asilo de Cegos Pereira Lima, situado num dos pontos mais belos de Vila Nova de Gaia, sobranceiro ao rio, onde se albergam cegos e cegas em estado de necessidade asilar.

Nada lhes carece para a minoração da sua falta de luz!

l) — Finalmente a secção de assistência em dinheiro, vestuários e esmolas, distribuindo largamente, de acordo com as necessidades de cada um, alojamento, dinheiro, vestuários, mantas, medicamentos, objectos indispensáveis ao complemento de órgãos e sentidos, etc.

Tudo isto a Santa Casa tem e faz. Tudo isto poucos o sabem.

*

Poucos sabem igualmente o valor assistencial da Santa Casa, não fazendo uma ideia aproximada sequer

- a) — do número de internamentos durante um ano;
- b) — da sua média diária;
- c) — do número de operações;
- d) — do número de consultas;
- e) — do número de curativos;
- f) — das injecções aplicadas;
- g) — do número de radiografias;

- h) — do número de aplicações eléctricas;
- i) — de enxovais dados a recém-nascidos;
- j) — do valor dos medicamentos dados a externos;
- l) — da quantidade insuflações de pneumotórax artificial;
- m) — análises, etc.

A título de curiosidade e exemplificação antecipar-nos-emos ao relatório que Sua Excelência o Sr. Provedor oportunamente apresentará, e diremos que, em 1953, a Santa Casa da Misericórdia do Porto teve a seu cargo:

- a) — 14.138 internados;
- b) — com uma média diária de 2.451,44 internos, sendo 805,24 no Hospital de Santo António; 604,2 no Conde Ferreira; 368 no Sanatório Semide; 121 alunas internas no Recolhimento de Órfãs; 138 educandos no E. H. Barão de Nova Sintra; 142 educandas surdas-mudas; 47 no Hospital de Convalescentes; 164 nos Hospitais Menores; 62 nos Asilos de Cegos;
- c) — Fizeram-se 6.386 operações cirúrgicas;
- d) — Deram-se 109.639 consultas médicas;
- e) — Fizeram-se 114.935 curativos;
- f) — Aplicaram-se 142.323 injecções;
- g) — Tiraram-se 9.300 radiografias;
- h) — Fizeram-se 19.503 aplicações eléctricas, raios ultra-violetas, ondas curtas, electro-choques, etc.
- i) — Deram-se 318 enxovais a recém-nascidos no Hospital Geral;
- j) — Forneceram-se a externos Esc. 617.331\$40 de medicamentos;
- l) — Fizeram-se 6.957 insuflações de pneumotórax artificial, etc. etc.

*

A maioria da população desconhece, também, falando-lhe em cifras, que a Santa Casa gasta por dia cerca de 100.000\$00, ou sejam mais de 4.000\$00 por hora, cerca de 70\$00 por minuto que passa!

*

Tudo é lamentavelmente esquecido desde o mais pobre ao mais abastado quando, na medida das possibilidades de cada um, põe entraves à entrega das suas contrapartidas em porções ou pensões ou rendas

Tudo isto é olvidado pela Ex.ma Câmara ao conceder à Santa Casa dois subsídios anuais únicos — um de 1.000\$00 e outro de 10.000\$00 — no total de 11.000\$00!

Tudo isto é igualmente, embora compreendido, não compensado pelo próprio Estado que concede subsídios manifestamente insuficientes para a manutenção e, acima de tudo, para o melhoramento dos serviços hospitalares, asilares e assistenciais!

Vimos com satisfação, publicado ontem nos jornais, um projecto de diploma que define os princípios fundamentais em matéria de assistência hospitalar, procurando regulamentar, com maior justiça, as responsabilidades das entidades competentes.

Sofrerá, certamente, acertos, rectificações; mas na sua essência é quase certa que subsistirá, e isso, embora não minore os encargos da Santa Casa, traz-lhe pelo menos, uma maior participação por parte da Ex.ma Câmara em relação ao Hospital Geral de Santo António, enquanto a diminua no que respeita ao Conde de Ferreira.

Não representa o projecto ainda a solução definitiva dos encargos das Câmaras e trata até os hospitais gerais em pé de desigualdade com os subregionais e regionais, possivelmente por entender aqueles em situação mais desafogada do que estes. Antevemos dificuldades por isso, mas a prática o dirá!

Podemos afirmar que já preconizáramos a necessidade de regulamentar a matéria constante deste projecto, com soluções no sentido exposto quanto à responsabilidade da Ex.ma Câmara, em acta de 9 de Julho de 1953, já que as outras matérias versadas se encontram dispersas por outros diplomas legislativos e circulares.

A Santa Casa, porém, à custa do seu património e dos seus serviços vai fa-

NOVO ANTI-ESPASMÓDICO INÓCUO DE ACÇÃO NEURO-MUSCULAR

B E T I F E N

NÃO TEM EFEITOS SECUNDÁRIOS
NÃO DÁ HABITUAÇÃO
SEM OS INCONVENIENTES DOS OPIÁCEOS

AMPOLAS

DRAGEIAS

SUPOSITÓRIOS

LABORATÓRIO FIDELIS

zendo uma caridade e uma assistência sem par, aguentando com 2/3 da assistência prestada no Porto, extensiva até a todo o norte do País.

Com uma administração forte, vigilante e criteriosa, e com a execução do programa que a Mesa tem em mãos, a Santa Casa continuará a cumprir, e cada vez melhor, a sua altíssima missão.

Cremos, até, minhas senhoras e meus senhores, que estamos numa fase ascensional, e que, se a cidade tiver criado confiança na sua Mesa Administrativa a Santa Casa da Misericórdia, uma das maiores glórias do velho Porto, dentro em breve poderá passar por mais um dos seus grandes momentos.

Temos Provedor. Pessoa cultíssima, com poderes de visão e previsão inexcedíveis; orientação superior incomparável também capaz de descer aos mais pequenos pormenores; insatisfação consigo mesmo e com todos, o que o faz viver a ele e aos seus colaboradores num desejo permanente de mais e melhor e cada vez melhor; acima de tudo vivendo as coisas da Misericórdia mais do que se suas fossem, por que o são dos pobres.

Um dia a Santa Casa lhe reconhecerá o lugar que veio ocupar. Não tenho dúvidas de que o seu nome, pelo que já fez e tem em mãos, ficará a letras de ouro nos anais da Santa Casa.

(Para ele peço, como preto de admiração, uma salva de palmas).

Só pedimos, quando chegar a hora, que a cidade saiba corresponder ao seu desinteressado esforço e com ele aos dos seus Mesários (dos quais me considero o mais modesto) fazendo daqui um apelo muito sincero a Imprensa, a essa indispensável mola impulsadora dos dias de hoje, para que leve junto de todos o que são a grandiosidade das despesas e necessidades da Santa Casa.

Fui lá longe de mais.

Ficaria porém, mal com a minha consciência, se não tivesse trazido os elementos concretos que apresentei.

Peço muita desculpa e vou fechar.

Estamos aqui a rememorar e comemorar um dos maiores benfeitores desta Casa: D. Lopo de Almeida.

Sem ele, talvez, a Misericórdia do Porto não tivesse possibilidades de sair da terrível crise em que então se debatia.

A ele se deve, certamente, a sua projecção nos séculos XVII, XVIII, XIX e XX.

Sem ele não teria surgido a pleiade de outros benfeitores que vieram engrossar o património dos pobres, sendo intenção da Mesa trazer a público a sua grandeza de alma, não só para que a sua memória seja lembrada aos presentes, como ainda para que o seu exemplo frutifique.

O dia de hoje foi profícuo: já houve missa solene; o tradicional almoço aos pobres da Santa Casa, servidos pelos seus Mesários; o Te-Deum. Encerra-se com esta sessão, para a qual, por má sorte de V. Ex.^{as}, fui escolhido para dizer duas palavras antes de se proceder à distribuição de prémios aos enfermeiros que mais se distinguiram.

Como Secretário Geral e também como Mesário deste Hospital, não quero

deixar de lhes dizer duas palavras em especial!

Aqui estão os melhores.

Pena é que não possam estar todos para que todos fossem «melhores».

Infelizmente assim não acontece, porque alguns mesmo tiveram de ser castigados.

Erraram. Foram castigados com caridade, como é uma das sete obras espirituais do nosso primeiro Compromisso, caduco na forma, mas vigente na substância.

Caridade e Justiça andam sempre de mãos dadas; a caridade não o será se não for justa; a Justiça não o será se não for caritativa e importa já em si a noção de caridade.

O trabalho que vós e nós aqui dentro fazemos é dos pobres e para os pobres; por isso temos que ser disciplinados e disciplinadores, intransigentes no cumprimento dos deveres e obrigações impostas pelos regulamentos e pelas funções. Neste aspecto não podemos ceder, nem que nos chamem «maus». Temos a consciência de sermos somente justos.

Toda a actividade dentro destas paredes exige abnegação, principalmente dos serviços técnicos — Médico e de Enfermagem — por serem eles junto do doente o sumo dos sumos da caridade que se presta.

Lembra-vos que, mais do que os Mesários, sois junto deles — os doentes — a personificação do bem que se presta e que esse bem será o que vós fordes!

Ao executardes a vossa missão, dia a dia, hora a hora, minuto a minuto, no contacto com o doentes fazei um pequeno esforço mental e colcai-vos a vós mesmos, a vossos pais, a vossas esposas e filhos no lugar deles e tratai-os como se eles fossem!

Que maravilha serão os serviços se assim procederdes!

E é tão fácil!

E assim o esperamos!

Tendes dificuldades de qualquer espécie? São elas de ordem técnica?

É muito simples.

Pedi aos vossos superiores hierárquicos que as exponham concretamente nos boletins clínicos para que S. Ex.^a o Snr. Director, o Snr. Professor Dr. Fernando Magano, homem e Médico de uma verticalidade a toda a prova, com a sua inteligência e compreensão, as tragam junto da Direcção Administração que não regateará todos os esforços para as resolver.

Parti da certeza antecipada de que tudo o que for justo e razoável e necessário será satisfeito.

Procedendo assim, todos podemos ter a certeza do dever cumprido e os premiados não serão somente os que vêm agora ou depois receber as pequenas lembranças que vão ser entregues, mas seremos todos nós, com prémios atribuídos pela nossa consciência, por Deus e pelos pobres.

Tenho dito.

Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Realizou-se no dia 29, com grande concorrência de sócios, a posse da nova direcção da Sociedade Portuguesa de Estomatologia, que é presidida pelo Dr. Ferreira da Costa e de que fazem parte os Drs. José Dias, Assis Camilo, Paixão Ferreira, Loff Pereira e Falcão Barbosa. Conferiu a posse o presidente cessante, Dr. Frazão Nazaré, que fez o elogio do seu sucessor. Este agradeceu as palavras do seu colega, pondo em relevo a sua valiosa acção em prol da Sociedade e terminou por afirmar a sua decisão de trabalhar no sentido da realização dos fins pelos quais luta a Sociedade, especialmente, o ensino, a assistência estomatológica infantil e o aumento da cultura estomatológica portuguesa.

ESPECÍFICO DA INSÓNIA E DE
TODAS AS AFECÇÕES NERVOSAS

NEURINASAS

Combinação dos princípios activos da valeriana fresca reforçada com o veronal puro

FÓRMULA DOS LABORATÓRIOS
GÉNÉVRIER

Antiespasmódico • Hipnótico • Sedativo

TOXICIDADE NULA • SABOR AGRADÁVEL

REPRESENTANTE:

PESTANA & FERNANDES, LDA.

39, Rua dos Sapateiros — LISBOA

A MEDICINA EM S. BENTO

O AVISO PRÉVIO DO PROF. CID DOS SANTOS

Extratos do «Diário das Sessões»

(Continuação do número anterior)

Discurso do Deputado Dr. João Porto

O Sr. Presidente: — Vai passar-se à segunda parte da ordem do dia: continuação do debate sobre o aviso prévio do Sr. Deputado Cid dos Santos.

Tem a palavra o Sr. Deputado João Porto.

O Sr. João Porto: — Sr. Presidente: é a primeira vez que subo a esta tribuna, e faço-o com a emoção correspondente às responsabilidades que esta Assembleia inspira.

As minhas primeiras palavras são para V. Ex.^a: de homenagem pelas altas qualidades de homem público e de admiração pela maneira prestigiosa como V. Ex.^a tem presidido a esta Assembleia.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Aos Ex.^{mos} Srs. Deputados endereço os meus cumprimentos respeitosos, com os protestos da minha mais franca e leal colaboração.

Quero também, e com o maior prazer o faço, endereçar daqui os meus cumprimentos ao Sr. Prof. Cid dos Santos, com protestos de muita consideração pelas altas qualidades de professor e investigador, que tanto tem prestigiado o País à quem e além fronteiras.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Sr. Presidente: para que as populações constituam a garantia da prosperidade das nações é necessário, todavia, que a sua gente seja sadia sob o ponto de vista físico, fisiológico, psicológico e espiritual. Daí a necessidade de os Estados intervirem directamente para garantia da saúde dos seus concidadãos e de se esforçarem por prover, com todos os meios necessários, todo o arsenal da luta contra a doença, de cujos elementos o mais importante é justamente o hospital. Certamente que o hospital de hoje não é o hospital de há cinquenta anos. Salas enormes, com uma cubagem desmedida, onde eram recebidos a esmo doentes indigentes com toda a sorte de moléstias, sem discriminação alguma sob o ponto de vista etiológico, mesmo sem classificação sob o ponto de vista médico-cirúrgico. Hospital quase tipo de caserna, sem conforto e sem condições de higiene.

Ora a verdade é que os progressos da medicina e das ciências da natureza que lhe prestam colaboração, e suas aplicações técnicas, têm, por um lado, permitido um diagnóstico mais seguro e uma terapêutica mais racional e pronta; por outro, uma mais discriminada individualização das entidades clínicas — doenças do foro médico, do foro cirúrgico, doenças da especialidade, etc. —, tudo associado a necessidades pedagógicas e de investigação clínica que, se exigiram novos métodos de administração, também obrigaram os hospitais a uma nova urbanização.

Para um hospital, organização, estrutura, distribuição das divisões, construção em pavilhões ou em bloco vertical, etc., tudo tem de se submeter ao signo da racionalização do trabalho e da adaptação ao estado contemporâneo da medicina.

Se as disciplinas médicas se aperfeiçoaram ou multiplicaram (e isso aconteceu sobretudo nas três últimas décadas), a concepção do hospital também paralelamente se modificou. Se o hospital de hoje se não pode considerar como organismo isolado, antes, pelo contrário, tem de se debruçar sobre o meio social onde está instalado, o seu urbanismo tem de ser função não apenas do progresso das ciências médicas, mas

ainda de toda a vida social da aglomeração. Por isso um dos arquitectos mais ilustres em construções sanitárias, J. Maitre, diz assim: «Se há domínios onde a especialização da arquitectura possa ser criticada como fonte de diminuição das suas faculdades criadoras, a arquitectura hospitalar está nessas condições. Devido a ter de constantemente enfrentar uma infinita variedade de programas, a concepção ou realização de um hospital é das tarefas mais

árduas que se oferecem aos nossos construtores».

Dizia Cláudio Bernard que a medicina não é uma ciência nem uma arte, mas sim uma profissão, como a do agricultor. Se este se esforça constantemente por melhorar a qualidade das sementes, assim o médico se esforça por melhorar constantemente a medicina, tornando-a mais capaz de dar satisfação ao diagnóstico e à terapêutica. Se a medicina assim melhora e progride, o hospital, nos seus progressos de urbanização, há-de modificar-se também, acompanhando esses progressos por forma que, em tudo que de si dependa, aquela produza o máximo de rendimento. Por isso mesmo, alguém, paradoxalmente, dizia que o hospital moderno não é aquele que se construiu ontem ou hoje, mas sim o que há-de construir-se amanhã. Daí resulta que nada há que mais preste o flanco à crítica que o hospital que acaba de se construir.

Um hospital constrói-se consoante a concepção dos serviços e sua distribuição no plano geral do edifício. Se os conceitos da medicina se modificam ou se para estas novas descobertas ou aquisições advêm (e nos últimos anos assim tem acontecido — toma-se para exemplo a anestesia e a reanimação, a transfusão de sangue, a hemodinâmica, a cirurgia cardiovascular, a cirurgia torácica, os efeitos do tratamento da tuberculose pulmonar pelos antibióticos, etc.), bastará que desde a elaboração do plano do hospital até à sua definitiva construção decorram duas dezenas de anos para que as deficiências aí se possam notar claramente.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — E para o Hospital-Faculdade o tempo que decorre desde o projecto até ao seu acabamento é superior a vinte anos.

Daí a necessidade de antes de se proceder à construção dum hospital ter em atenção a variabilidade na duração dos vários sectores, pois se há sectores que lentamente envelhecem com os tempos outros há com os quais assim já não acontece.

Para estes importa que a construção se faça com certa flexibilidade, por forma a que as transformações se possam realizar sem se tornarem muito onerosas. O Hospital-Faculdade possui essa flexibilidade, como não podia deixar de ser, dado o renome universal do arquitecto que o delineou e o do professor que o concebeu. É verdade que o Prof. Cid dos Santos não nega essa flexibilidade.

A medicina de hoje difere imenso da de outros tempos. Já o dissemos. Inicialmente o exercício médico é uma arte individualmente exercida em proveito do homem doente. Pouco a pouco, como para toda a arte, exige e obtém para o seu aperfeiçoamento a elaboração de princípios susceptíveis de a codificar e de servirem de base ao seu desenvolvimento.

Cedo pede o auxílio das ciências da natureza; e, de progresso em progresso, a ciência médica tem vindo criando ramos, cada vez mais vastos e numerosos, por intermédio dos quais se aprofunda o nosso conhecimento sobre a infinidade dos fenómenos vitais e suas reacções patológicas, suscitando-se assim, a cada passo, novas técnicas e novos aperfeiçoamentos na arte de curar.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Mas, paralelamente ao desenvolvimento das ciências médicas, con-



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 170 cc.	27\$00
Reforçado —	Tubo de 20 comp.	35\$00



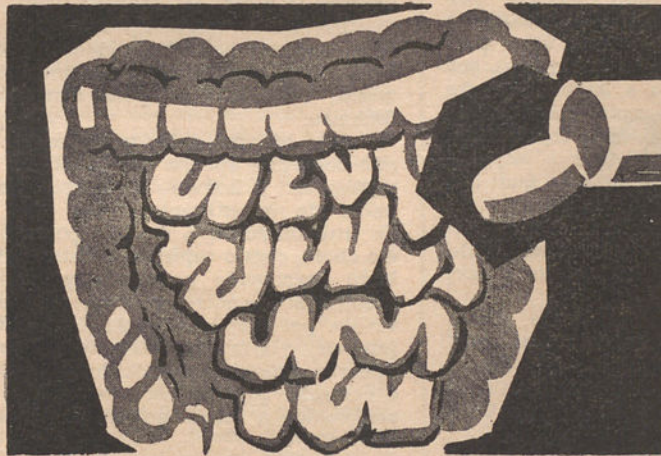
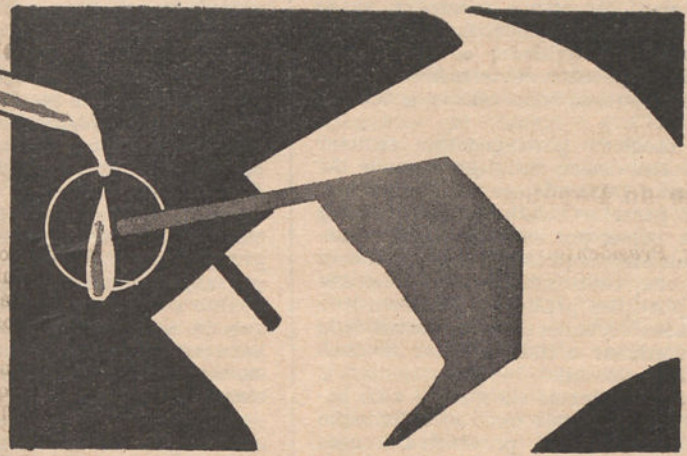
LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

Teninasal

Tópico nasal

Penicilina G potássica - Efedrina natural
Gomenol - Eucaliptol

Infecções das vias respiratórias primárias.



Carfospasmina

Poderoso anti-espasmódico
Cólicas gastro-intestinais, he-
páticas, renais, menstruais, etc.

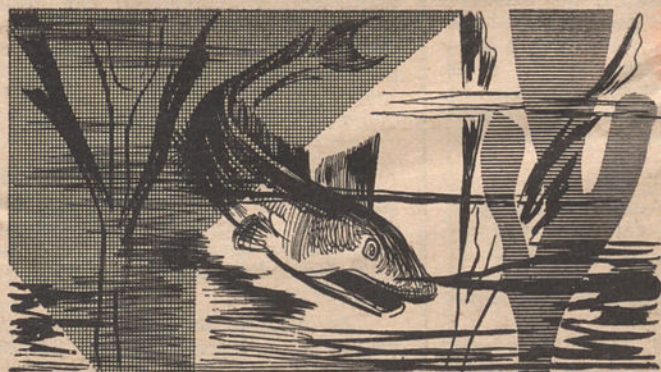
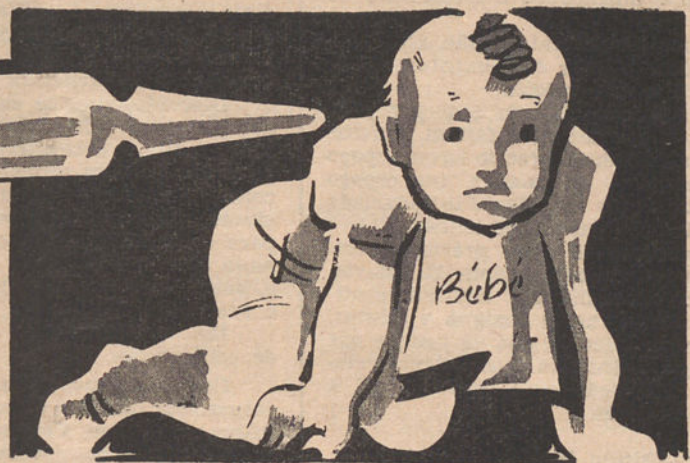
Apresentação { tubo de 20 pílulas queratinizadas
caixa de 6 supositórios

Osteovit

VITAMINA D₂

1 milhão de unidades

Raquitismo - Avitaminose D - Dentição



Adexiel

Vitamina A+D

VITAMINA A 300.000 U. I.

VITAMINA D 300.000 U. I.

Regulador do crescimento ósseo - malformações
dentárias - aumento das defesas orgânicas.
(Substitui o óleo de fígado de bacalhau).

sideráveis esforços se realizaram no domínio do social. Por isso a medicina, se de princípio tem carácter individual, depois se difunde pela colectividade; e, ao lado de uma técnica especificamente médica, criou-se e desenvolveu-se uma outra: a técnica sanitária.

E os médicos, para poderem realizar uma medicina assim simultaneamente tão extensa como profunda, se tiveram necessidade de pedir a colaboração de outras disciplinas, como, por exemplo, administração, engenharia, arquitectura, laboratórios, farmácia, etc., tudo indispensável à extensão das aplicações práticas da técnica médica, também reconheceram a necessidade de tudo coordenar e tudo orientar no sentido sanitário e social.

A interdependência do médico e do social afirma-se cada vez mais e a distinção entre medicina curativa, preventiva e construtiva é cada vez mais aleatória e fictícia, pois todas podem concentrar-se e confundir-se no hospital, que é, em última análise, o principal centro de gravidade de toda a acção médico-social de qualquer zona populacional.

Mas o Hospital Escolar vai mais longe e deverá satisfazer a um quádruplo objectivo:

- a) Centro de diagnóstico e de tratamento médico;
- b) Centro de ensino médico;
- c) Centro de investigação científica;
- d) Centro de diagnóstico social.

Como centro de diagnóstico e de tratamento médico o seu rendimento variará na proporção dos meios de que dispuser para o diagnóstico e para o tratamento, mas sobretudo da competência científica e técnica de quantos nele trabalharem, particularmente médicos e enfermeiros.

Não falo agora da competência de quem orienta o sector administrativo, pois isso se encontra implícito na qualidade e número de meios, bem como de sua combinação ao dispor do médico e do enfermeiro para o diagnóstico e tratamento do doente.

A clínica e o laboratório são, num hospital, os dois pilares fundamentais sobre que assenta a arte médica.

Quanto à clínica, esta tem por base o doente, e doentes não faltam, infelizmente. Mas também é preciso haver espaço para os alojar e eu julgava que espaço bastante houvesse no Hospital-Faculdade com uma lotação para 1.500 leitos.

Da exposição do aviso prévio, porém, deduz-se que ainda não chegam. E, todavia, tal lotação causa-me um legítimo sentimento de inveja, inveja benigna e salutar, é certo, daquela inveja que vê justo e até estima o que é doutrem e só deseja a elevação da instituição onde professa até à altura das maiores.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — É que para o Hospital da nova Cidade Universitária de Coimbra prevê-se apenas uma lotação ligeiramente superior a metade da de além e para todos os serviços, quer de clínicas médicas gerais, quer de especialidades, pois é de cerca de 800.

Dir-me-ão, porventura, que tão grande diferença poderá ser justificada pela diferença na frequência académica das duas Faculdades — Lisboa e Coimbra.

Porém, se, como é costume dizer-se, o hospital é o mais prestante laboratório de uma Faculdade, se ele pode ser comparável a um vasto livro, constantemente reeditado e renovado de patologia e de clínica, cada uma de cujas páginas simboliza seu doente aí internado, deve bem dizer-se, no entanto, que o que particularmente interessa é que os capítulos se não sobreponham por igualdade de textos, mas que aí domine, sim, a variedade.

O que importa para o ensino médico ou investigação clínica é, sobretudo, a variedade de entidades nosológicas, de casos clínicos diversos, e haverá tantas maiores

probabilidades de obter no hospital essa variedade quanto maior for a sua lotação.

Manifesto a convicção — e neste caso acompanho o Sr. Prof. Almeida Garrett a que penhorado agradeço as amáveis referências que ontem me fez nesta Assembleia, — de que nos Hospitais da Universidade de Coimbra o ensino médico só poderá ser eficiente com uma lotação não inferior a 1.200 leitos.

Lembre-mo-nos de que o progresso das ciências médicas e técnicas correlativas prenunciam a criação constante de serviços especializados, com novas exigências quanto a número de admissões. E não sei que de melhores e mais legítimos lugares para esses serviços do que nos hospitais onde se preparam os profissionais da medicina e se faz a investigação científica.

É possível que o hospital a construir na acrópole de Coimbra, junto da Faculdade de Medicina, não possa vir a ter lotação superior a 800 leitos, por a área disponível não permitir. Mas a minha Faculdade, que ainda no último conselho, por unanimidade, reconheceu a necessidade de que os seus hospitais não devam vir a possuir lotação inferior a 1.200 leitos para ser eficiente, admite, estima e advoga que às clínicas psiquiátricas, de moléstias infecciosas e obstétrica (maternidade) sejam atribuídos pavilhões independentes e separados do núcleo central hospitalar, o qual então ficaria com a lotação aproximada de 800 doentes, sim, mas apenas reservado a serviços clínicos gerais de medicina e de cirurgia e de especialidades anexas e respectivas consultas.

Para a realização deste desejo, que é também o da minha Faculdade, daqui apelo para o ilustre titular da pasta das Obras Públicas e para a muito digna Comissão Administrativa das Obras da Cidade Universitária.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O Orador: — Em referência à passagem do aviso prévio sobre laboratórios desejo dizer o seguinte: é legítimo atribuir a cada clínica médica ou cirúrgica um laboratório privativo? Em princípio sim, e só poderá recusá-lo a insuficiência orçamental.

Discordo, sim, se cada clínica pretender um laboratório completo, onde nada falte, desde o necessário para as análises de rotina para os serviços de enfermaria e consulta externa até ao bastante para a investigação científica, pois tal facto traria para o mesmo hospital a multiplicação de muita aparelhagem igual e deveras onerosa e, possivelmente para alguns serviços, sem o necessário rendimento.

Em alguns mesmo correriam o risco de estagnação.

Ora, não somos tão ricos que possamos desperdiçar dinheiro às centenas, senão milhares, de contos. Por isso advogo a ideia da instalação de um laboratório central, laboratório de análises clínicas, que possa dar satisfação às necessidades dos vários serviços, isto é, análises de uso corrente e para complemento do diagnóstico nos doentes da enfermaria, laboratório que condensasse ainda material de pesquisa, embora dispendioso e destinado a investigação delicada no domínio da físico-química e da química biológica, laboratório provido de pessoal técnico especializado e em condições de poder servir de escola para técnicos analistas.

Tal laboratório daria satisfação às aquisições oriundas dos diversos serviços hospitalares, da clínica geral ou especializada, e ficaria aberto e ao serviço de todos os professores e outros clínicos hospitalares para a realização das suas experiências.

Dirão os directores de serviços que tudo isso seria necessário, mas não suficiente, pois cada qual exigirá, anexo ao respectivo serviço, um laboratório que, além de permitir o exercício mais imediato da arte médica (pois só por esse meio se poderá obter em prazos mais rápidos a confirmação ou infirmação do diagnóstico

clínico), sirva ainda para dar satisfação aos seus anseios de investigador.

Vejamos:

A Faculdade de Medicina deve ter uma de suas funções a investigação científica. Eu tenho essa opinião. Sabe-se que nem todos a têm. Muitos professores há com a opinião de que à Faculdade cumpre apenas a missão de transmitir aos alunos a ciência já feita. Mas eu entendo, de facto, que melhor ensina a ciência quem a cria ou se esforça por a criar.

Mas vamos ao caso: para o investigador são necessários, por exemplo, laboratórios com animais à disposição em número suficiente, bem tratados, cuidados em instalações higiénicas, onde possam conservar-se com boa saúde e por tanto tempo quanto o necessário.

Para apetrechar o laboratório é necessária aparelhagem — pois a medicina experimental deve em grande parte a sua solidez e honestidade aos aparelhos — apetrechamento tão completo quanto o exija determinado ramo de estudos.

Precisa-se ainda de técnicos, de pessoal adestrado com habilidade manual, dotado de paciência e persistência no trabalho. Tudo isso se pode conseguir com dinheiro.

Mas há uma coisa que é essencial e se não consegue apenas com dinheiro: é o investigador, o homem de ciência. Se o trabalho de investigação exige uma *équipe* de trabalhadores, o mais importante ainda é o chefe, com o espírito inventor e director. Uma descoberta pressupõe primeiro uma iluminação, depois o ordenamento mais severo e por último a razão firme que deve intervir, vigiar, orientar todos os actos, quebrar todos os obstáculos e desimpedir o caminho que conduz à conquista do desconhecido. A prerrogativa do indivíduo é indiscutível.

O poder pessoal é absolutamente necessário e de tal modo que bem pode dizer-se que não é o laboratório que cria o investigador, mas sim o investigador que cria o laboratório.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Não pode, por isso, o Estado prover de aparelhagem a mais completa e dispendiosa todos os laboratórios anexos às diversas clínicas, embora se aceite que todos eles devem ser providos do necessário para a realização das análises de rotina.

Dizia eu há pouco que há professores que não têm gosto pela investigação; e, embora digam alguns que uma missão da Universidade é a investigação, todavia procedem como se nisso mal acreditassem. Demonstrem-no primeiro e o Estado, por certo, não lhe regateará o auxílio, embora dentro das suas possibilidades.

Aos professores portugueses, que, mercê das suas descobertas científicas, se honram a si e o País à quem e além fronteiras, quando começaram os seus estudos, por sua iniciativa e forte poder de vontade, não lhes foi difícil a criação dos meios. E os meios de que dispunham não eram superiores em número e qualidade aos dos laboratórios, que até hoje pouco ou nada produziram.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Provejam-se os laboratórios, sim, do que seja necessário ou essencial para efectivação de determinadas experiências quando o director o justifique e se demonstre que há desejo e possibilidade de êxito.

Se o director ou chefe dos serviços hospitalares tiver especial pendor para certo tipo de investigação e precisar, para isso, de determinado apetrechamento, entendendo que lho devem conceder. E, visto a investigação científica constituir matéria mais dependente do Ministério da Educação Nacional, não estou longe de admitir que aquele seja particularmente fornecido por

este Ministério, através do Instituto de Alta Cultura.

Vozes: — Muito bem!

O *Orador:* — O rendimento do hospital há-de depender da competência e do zelo de quem ali trabalha. Todavia, haverá que atender a que o doente é um ser que se não resume ou exprime apenas por leis da hidráulica ou por acções ou reacções eléctricas ou bioquímicas. É um ser constituído por várias camadas óticas, indissolúveis na sua unidade, e que é simultaneamente de natureza organo-sensível, psicológica e espiritual. É uma unidade substancial de corpo e alma.

O sofrimento daquele repercute-se nesta e vice-versa. Há quatro entidades que são como que os quatro vértices do rectângulo dentro do qual se inscreve toda a actividade hospitalar: o director, o médico, o enfermeiro e a assistente social.

Todavia, por mais perfeito que seja em qualquer outro sector, se, no dizer de René Sand, o director não pensar senão na administração, o médico senão na ciência, o enfermeiro senão nos cuidados corporais e a assistente senão nos recursos pecuniários, se todos os quatro não colaborarem harmoniosamente, reconhecendo que são, a títulos iguais, indispensáveis na obra comum, o hospital não será o que poderia ou deveria ser.

Vozes: — Muito bem!

O *Orador:* — O hospital deve ser cómodo, confortável. O conforto, a higiene e a boa alimentação criam um clima favorável para o doente, que chega ao hospital atormentado pelo sofrimento, com a alma roída por preocupações de ordem material, familiar e sentimental. Neste novo mundo onde penetra sente a rotura com tudo o que ontem era seu, o que concorre para lhe aumentar a angústia. Não se trata de um hóspede que entre num hotel, mas sim de um ser que sofre e é possuidor, por isso, de sensibilidade particularmente delicada.

Vozes: — Muito bem!

O *Orador:* — Daí a necessidade de no hospital tudo dever convergir para lhe restituir a confiança. Todos devem revesti-lo de atenções e de carinhos, num esforço ambicioso de cedo lhe prender o coração. Do pessoal hospitalar, é particularmente de médicos, enfermeiros e assistentes sociais que se exigem tais requisitos. É necessário que o pessoal de enfermagem possua, além de alta competência técnica, qualidades de afectividade e de doação de si mesmo.

Mas, Sr. Presidente, o aviso prévio critica a enfermagem entre nós, e por isso acerca do assunto vou demorar-me alguns minutos.

Bem fez o Prof. Cid dos Santos em conceder no seu aviso prévio um lugar de relevo ao problema da enfermagem no novo Hospital Escolar.

Efectivamente, os serviços de enfermagem constituem uma das bases fundamentais do hospital moderno. As suas técnicas, tendo-se separado gradualmente das técnicas médicas, assumem hoje uma quase completa autonomia e profunda especialização.

Exprimo aqui, todavia, a dúvida sobre se o Prof. Cid dos Santos terá sido justo na apreciação que fez do esforço do Governo em tal matéria. Afirmou-nos o ilustre Deputado que «as sucessivas reformas da nossa enfermagem oficial são tão mal concebidas e tão mal executadas que não permitem a elevação suficiente do nível da profissão».

Será efectivamente assim?

Façamos, antes de mais, um pouco de história.

Se é certo que a primeira escola de enfermagem, a de Florence Nightingale, foi fundada em Londres nos fins de 1859 e que na América do Norte só em 1873 abriu a de Bellevue, em Nova Iorque, Portugal viu aparecer em 1881, nos Hospitais da

Universidade de Coimbra, uma escola para enfermeiros, fundada e custeada pelo grande administrador que foi o Prof. Costa Simões. Seguiram-se as de Lisboa e Porto, em 1886 e 1887.

Em toda a parte, as primeiras escolas de enfermagem tiveram finalidade modesta: a de aperfeiçoarem tecnicamente os profissionais que já exerciam funções nos hospitais aos quais elas estavam anexas. Foi assim em Londres, em Nova Iorque e em Portugal. A segunda fase do crescimento das escolas caracteriza-se pela preocupação de formar profissionais, mas ainda destinados exclusivamente aos hospitais a que elas pertencem. Só muito mais tarde as suas intenções se alargam e os propósitos se orientam na preparação de enfermeiros destinados a todos os estabelecimentos de assistência do País. Esta última fase não é da livre escolha das escolas. Ela só surge quando a maioria dos hospitais ou estabelecimentos estranhos à escola sintam a necessidade de enfermeiros pro-

fissionais para substituírem os práticos até então suficientes e capazes de darem satisfação às exigências clínicas.

Assim, as escolas devem aguardar o amadurecimento do ambiente clínico para lhe corresponderem com os profissionais adequados em número e qualidade.

Ora, nós temos de reconhecer que até há pouco tempo as exigências dos hospitais portugueses em matéria de enfermagem eram modestas. Os hospitais de província consideravam o diploma dos enfermeiros como luxo desnecessário. Mesmo nos hospitais das maiores cidades os médicos atribuíam aos enfermeiros uma função predominantemente de vigilância sobre os doentes. A intervenção deste pessoal no tratamento dos enfermos era limitadíssima.

Em 1940 iniciou-se entre nós um novo ciclo do ensino da enfermagem com a abertura da escola do Instituto Português de Oncologia.

Não obstante o alto nível técnico, único entre nós, é certo que as dimensões redu-

Antisacer

WANDER

SIMPLES E COMPOSTO

PREPARAÇÃO ANTI-EPILEPTICA

NÃO DANDO ORIGEM A FENÓMENOS SECUNDÁRIOS.

TOLERÂNCIA PERFEITA

ACÇÃO BENÉFICA SOBRE O TEMPERAMENTO,

CONDUTA E RENDIMENTO DO TRABALHO

AP.: TUBOS DE 20 DRÁGEAS

AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DOS EX.MOS CLÍNICOS



Sociedade Portuguesa de Produtos Wander, L.^{da}

zidas desta escola e as grandes despesas pessoais e orçamentais a que obrigou e obriga não permitiram influir, como seria de desejar, na assistência pública. As enfermeiras ali diplomadas, em número reduzido, têm ficado, na sua maior parte, ao serviço do Instituto Português de Oncologia. Só uma ou outra tem vindo servir em estabelecimentos exteriores.

A escola das Casas de S. Vicente de Paulo teve já maior e mais profunda influência. Aberta a um número mais elevado de candidatas, dirigindo-se a classes sociais médias e mesmo superiores, teve o inegável merecimento de prestigiar a profissão e elevar-lhe o nível técnico.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Todavia estas escolas, apontadas pelo Prof. Cid dos Santos como as únicas que conseguem «uma preparação um pouco melhor», criaram-se e existem porque o Estado as ampara e auxilia desde o início e o continua fazendo neste momento.

Mas que teria sido dos nossos hospitais, dos nossos médicos e, sobretudo, dos nossos enfermos se nos tivéssemos contentado com a produção escolar destas duas unidades de ensino? Que teria sido de toda a assistência nacional sem a fecunda actividade das Escolas Artur Ravara e Ângelo da Fonseca e da do Hospital Geral de Santo António do Porto?

Honra às escolas que entre nós iniciaram o movimento de aperfeiçoamento do ensino. Mas justiça também às escolas que até hoje têm suportado quase todo o peso da assistência portuguesa.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Em meu entender, era manifestamente inviável a reforma brusca das escolas existentes, imprimindo-lhes exigências que a grande massa de candidatas não aceitaria e pondo, assim, em grave perigo a regularidade dos serviços de assistência, que é preciso salvaguardar a todo o custo.

Em vez disso, o Governo seguiu um caminho mais realista e acertado.

Gradualmente foi melhorando o recrutamento das candidatas. Assim, desde o Decreto n.º 32.612, de 1942, em que as habilitações mínimas eram as da instrução primária, com dispensa de exame de aptidão para os candidatos que provassem possuir o primeiro ciclo liceal, passou o regime do Decreto-Lei n.º 36.219, de 1947, em que o mínimo de habilitações era já precisamente esse primeiro ciclo liceal, e, por último, ao do Decreto n.º 38.885, de 1952, em que a dispensa do exame de aptidão é só para os candidatos habilitados com o segundo ciclo dos liceus.

Do mesmo modo, ao regime do Decreto n.º 36.219, de 1947, em que a duração do curso geral era de dois anos, substituiu, em 1952, o plano de estudos que a eleva para três anos.

Destarte firme e gradualmente, o Governo vem melhorando desde 1942 o nível das suas escolas oficiais, sem comprometer a frequência indispensável à manutenção dos serviços de assistência.

Afirma o Prof. Cid dos Santos que «os problemas da enfermagem estão nas mãos dos médicos e os médicos não são competentes para essa função».

Contém grande dose de verdade esta afirmação. Porém, ainda aqui as reformas do ensino oficial têm sido, a meu ver, escla- recidas e bem executadas.

Não pode negar-se que em 1947 não havia em Portugal um número suficiente de enfermeiras qualificadas para tomarem sobre si o ensino e a resolução dos seus problemas. A escola do Instituto Português de Oncologia mandou-as vir do estrangeiro por preço inacessível às restantes escolas; a de S. Vicente de Paulo assentou sobre essa magnífica figura de religiosa e de enfermeira que foi a irmã Eugénia Tourinho, que se viu forçada mesmo assim a chamar médicos em seu auxílio. Nessa

altura o recurso aos médicos era inevitável.

Mas começou então o Governo a mandar ao estrangeiro as melhores alunas das suas escolas. Desde 1948 a 1953 foram aperfeiçoar-se em vários países (França, Suíça, Bélgica, Inglaterra, Espanha e América do Norte) nada menos de quarenta e quatro enfermeiras. E não é exacto que todas estejam agora por aproveitar ou dispersas. Só a escola de Coimbra já recebeu quatro dessas senhoras, que ali deixaram e estão deixando o melhor de quanto aprenderam nos países aonde foram estudar.

Precisa-se também dizer que o Governo mandou vir oficialmente da Suíça catorze enfermeiros psiquiatras (sete de cada sexo), recrutados, por via diplomática, entre o que naquele país houvesse de melhor para constituírem a escola de enfermagem psiquiátrica na abertura do Hospital Júlio de Matos.

Por outro lado, o Decreto n.º 38.885, de 1952, e os regulamentos elaborados para as escolas com base nele, associam já as enfermeiras à direcção efectiva do ensino quando lhes entregam, em exclusivo, a regência das disciplinas de técnica e de adaptação profissional e quando lhes marcam lugar nos conselhos de direcção da escola ou lhes confiam mesmo essa direcção.

Posso, finalmente, informar que, funcionando na Escola Ângelo da Fonseca um curso para funções de chefia e monitorado, a maior e melhor parte das disciplinas desse curso é ali ensinada por profissionais de enfermagem.

Desejo, pois, deixar aqui uma palavra de justiça para a prudência e firmeza com que o Governo tem aperfeiçoado gradualmente o ensino da enfermagem e quero garantir que as escolas oficiais preparam hoje magníficos profissionais, aos quais confiadamente se podem entregar os novos hospitais escolares.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — E o que digo acerca das

escolas gerais é igualmente procedente em relação às especializadas, surgidas também a partir de 1947, com destino ao ensino da enfermagem psiquiátrica e da puericultura.

É minha convicção sincera de que o nível técnico atingido ultimamente em todas estas escolas as não envergonha. Posso garantir que aquela que eu dirijo, as melhores referências têm sido feitas, não só pelos dirigentes das duas escolas que o Prof. Cid dos Santos considerou satisfatórias, como ainda por técnicos e entidades estrangeiros.

A escola de Coimbra, que mantém hoje troca de informações com várias escolas europeias e americanas, não se tem sentido inferiorizada perante elas. Quanto à de Lisboa e à do Hospital Geral de Santo António do Porto — até aqui com funções oficiais — suponho que, dentro do seu condicionalismo próprio, resultante das maiores dimensões em que têm de trabalhar, haverão produzido também profissionais competentes e auxiliares capazes para os médicos.

É meu último propósito, nestas considerações gerais sobre o problema da enfermagem, louvar a protecção que o Governo a partir de 1947 tem dado ao ensino particular.

Dando um estatuto ao ensino privado e garantindo-lhe auxílio material, o Governo da Nação provocou esse magnífico surto de escolas particulares, criadas à sombra do Decreto-Lei n.º 36.219. Em Braga, em Castelo Branco, em Lisboa, em Coimbra, no Porto e no Funchal, as novas escolas vieram dar impulso decisivo à preparação de técnicos de enfermagem.

De tudo isto resulta, segundo o quadro que tenho presente e mando para registo no *Diário das Sessões*, uma curiosa verificação. Nos vinte e dois anos que antecederam o ano de 1948 diplomaram-se em Portugal 2.313 profissionais de enfermagem: nos seis anos escolares que se seguem ao Decreto-Lei n.º 36.219 foram diplomados 3.429.

Evolução do movimento de enfermagem em Portugal nos anos lectivos de 1925-1926 a 1952-1953 em escolas oficiais e particulares

Anos lectivos	Enfermagem geral				Enfermagem psiquiátrica			Enfermagem puericultura				Total geral
	Auxiliar	Geral	Complementar	Total	Auxiliar	Geral	Total	Auxiliar	Geral	Complementar	Total	
1925-1926.	—	31	—	31	—	—	—	—	—	—	—	31
1926-1927.	—	58	7	65	—	—	—	—	—	—	—	65
1927-1928.	—	76	—	76	—	—	—	—	—	—	—	76
1928-1929.	—	124	—	124	—	—	—	—	—	—	—	124
1929-1930.	—	94	—	94	—	—	—	—	—	—	—	94
1930-1931.	—	110	—	110	—	—	—	—	—	—	—	110
1931-1932.	—	218	—	218	—	—	—	—	—	—	—	218
1932-1933.	17	134	—	151	—	—	—	—	—	—	—	161
1933-1934.	15	119	—	134	—	—	—	—	—	—	—	134
1934-1935.	15	124	—	139	—	—	—	—	—	—	—	139
1935-1936.	—	147	2	149	—	—	—	—	—	—	—	149
1936-1937.	—	49	2	51	—	—	—	—	—	—	—	51
1937-1938.	—	84	—	84	—	—	—	—	—	—	—	84
1938-1939.	—	70	—	70	—	—	—	—	—	—	—	70
1939-1940.	—	117	4	121	—	—	—	—	—	—	—	121
1940-1941.	—	199	4	203	—	—	—	—	—	—	—	203
1941-1942.	—	69	15	84	—	—	—	—	—	—	—	84
1942-1943.	—	95	3	98	—	—	—	—	—	—	—	98
1943-1944.	—	78	—	78	—	—	—	—	—	—	—	78
1944-1945.	—	42	19	61	—	—	—	—	—	—	—	61
1945-1946.	—	65	—	65	—	—	—	—	—	—	—	65
1946-1947.	—	72	3	75	—	32	32	—	—	—	—	107
<i>Total.</i>	47	2.175	59	2.281	—	32	32	—	—	—	—	2.313
1947-1948.	203	275	8	486	71	39	110	—	—	—	—	596
1948-1949.	246	132	8	386	71	16	87	26	25	—	51	524
1949-1950.	426	183	—	609	81	7	88	9	17	—	26	728
1950-1951.	312	117	—	429	44	1	45	—	29	—	29	508
1951-1952.	302	165	8	475	4	27	31	2	14	2	18	524
1952-1953.	359	143	—	502	11	33	44	—	13	—	13	559
<i>Total.</i>	1.848	1.015	24	2.887	282	123	405	37	98	2	137	3.429
<i>Total geral</i>	1.895	3.190	83	5.168	282	155	437	37	98	2	137	5.742

Sr. Presidente: dir-se-á que, apesar disso, há falta de enfermeiras. E é verdade. Sòmente essa verdade é de alcance mundial, e não apenas nacional.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O Orador: — Permito-me dar à Assembleia algumas notas acerca do problema da enfermagem em vários países e das tentativas desesperadas de todos os governos para lhe dar solução:

Na África do Sul a falta de enfermeiras levou a Administração do Transval a enviar uma missão à zona ocidental alemã para ali recrutar raparigas, que vão estudar enfermagem nas escolas sul-africanas. Os primeiros grupos a chegarem a Joanesburgo totalizaram 170 raparigas (*Hospitais Portugueses*, n.º 20, p. 44).

Na América a falta de enfermeiras alarmou de tal modo as repartições respectivas que o Governo constituiu uma comissão de recrutamento de enfermeiras para estudar e resolver o problema. A comissão elaborou um plano de cinco anos, com início em 1951 e a desenvolver-se em duas fases: na primeira foi feito um apelo em massa e de âmbito nacional; na segunda são estimulados grupos de indivíduos em cada estado e em todas as localidades para entusiasmarem as raparigas a matricular-se nas escolas de enfermagem. Para este efeito utilizam a rádio, televisão, jornais, cartazes, etc. No ano de 1951 a comissão publicou cerca de 7.000 anúncios, afixou 22.180 cartazes em áreas urbanas e 3.121 em áreas rurais. Foram distribuídas no mesmo ano 150.000 brochuras (*The American Journal of Nursing*, Março de 1952, p. 302).

Por outro lado fez-se apelo pela imprensa, rádio e televisão às raparigas e senhoras desocupadas para que, voluntária e gratuitamente, venham ajudar as enfermeiras nos hospitais carecidos de pessoal. E o número de voluntárias justificou a elaboração de uma lista de serviços que todos os hospitais da América poderão confiar-lhes (*The Hospital Head Nurse*, p. 179).

Finalmente, como medida de recurso, a América está ocupando cada vez maior número de enfermeiras casadas. Assim o Cook Country Hospital, de Chicago, com 3.400 camas, tinha em 1952 38,8 por cento de enfermeiras casadas; o Minneapolis General Hospital, de 629 camas, tem 34 por cento de enfermeiras casadas; o Harris Hospital tem 110 enfermeiras, das quais 80 por cento são casadas.

Na Bélgica, *La Flandre Libérale*, Gand (2 de Abril de 1952) queixava-se da falta de enfermeiras no seu país. Dizia que, enquanto a Austrália tinha 1 enfermeira por 202 habitantes, os Estados Unidos 1 enfermeira por 292 habitantes, a Inglaterra 1 por 337, a Dinamarca 1 por 350, a Bélgica não possui mais de 6.680 enfermeiras em actividade, ou seja 1 para 1.252 habitantes.

Para despertar o gosto pela enfermagem criou-se em Bruxelas, no ano de 1946, na Escola Normal Emile-Demot uma secção de pré-enfermagem, na qual raparigas dos 15 aos 18 anos tomam os primeiros contactos com tudo o que interessa à saúde pública e individual, não só através de cursos, mas sobretudo de estágios que põem as alunas em contacto diário com a vida social. Ao mesmo tempo, lançou-se uma grande campanha ao público para que, com contribuições voluntárias, fossem criadas bolsas de estudo para aumentar a frequência desta escola.

No Canadá a falta de enfermeiras é tão grande que no dia 19 de Janeiro de 1952 o Governo criou um novo organismo intitulado Comissão para o Problema das Enfermeiras, encarregada de estudar as causas e remédios da aflitiva falta de enfermeiras (*Canadian Hospital*, Maio de 1952, e *Techniques Hospitalières*, Dezembro de 1952).

Na Inglaterra é tão grande a falta de enfermeiras que o Governo decidiu, em 1950, autorizar a admissão de cerca de 2.000 raparigas dos países bálticos. Estas raparigas tinham sido mobilizadas pelos

alemães e trabalhavam em fábricas alemãs (*Hospitais Portugueses*, n.º 6, pp. 44 e 45). Por outro lado, recorre-se cada vez mais a enfermeiras que trabalham «em tempo parcial». Basta dizer que estas enfermeiras, que em 1946 eram apenas 23.362 em toda a Inglaterra, passaram em 1950 para 25.302 e em 1951 para 26.098 (*The Hospital*, Janeiro de 1953).

Na Suíça foi presente à assembleia anual da Cruz Vermelha — que neste país dirige todo o ensino de enfermagem — no dia 6 de Maio de 1952, em Basileia, um relatório no qual se diz que a penúria de enfermeiras na Suíça se agrava de ano para ano, não obstante terem sido admitidas enfermeiras da França, Itália, Áustria e Alemanha. Diz o relatório que este fenómeno não é puramente suíço, mas sim mundial. Explica depois que, embora o número de diplomadas aumente regularmente de 10 por cento em cada ano, o certo é que as exigências dos novos processos terapêuticos e a busca cada vez maior de internamentos hospitalares se traduzem num permanente saldo negativo e anual de enfermeiras.

Propõe:

Uma campanha de publicidade a favor do recrutamento de enfermeiras, pela imprensa, rádio, exposições, filmes, cartazes, etc.

Melhoria das condições de vida das enfermeiras: alojamento, alimentação e vencimentos (*Veska-Zeitschrift*, Maio de 1952, p. 213).

Creio que entre nós o recrutamento das enfermeiras se facilitará através de duas ordens de medidas: a primeira tendente a prestigiar a enfermeira cada vez mais no campo social. A enfermeira quer ser considerada e respeitada mais do que o tem sido até aqui. Por outro lado, quer ter e deve ter melhor remuneração. Na escala de vencimentos dos estabelecimentos oficiais um porteiro, habilitado com a instrução primária, auferir um vencimento a que muitos enfermeiros só chegam depois de longos anos de serviço, não obstante exigir-se-lhes o 1.º ciclo dos liceus e três anos de curso e não obstante o risco elevado da sua profissão. Dê-se às enfermeiras o papel e a posição que social e profissionalmente lhes competem e atribua-se-lhes remuneração condigna, no justo equilíbrio dos ven-

NAPRO
PENICILINA
NOVO



ASSOCIAÇÃO DE PENICILINA - G PROCAÍNA
COM PENICILINA - G SÓDICA CRIST.

TAMPONADA

EM FRASCOS HIDRÓFUGOS

INJECTÁVEL TAMBÉM
POR VIA SUBCUTÂNEA

Frascos de 400.000 U. l. = 1 dose
2.000.000 U. l. = 5 doses
4.000.000 U. l. = 10 doses

Representantes para Portugal e Ultramar:

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

cimentos nacionais, e teremos facilitado entre nós a solução deste tão angustioso problema.

Vozes: — Muito bem!

O *Orador*: — Focados os aspectos gerais da questão da enfermagem em Portugal, vejamo-la agora em face do Hospital Escolar de Lisboa e, se me for permitido, em face dos restantes hospitais escolares.

Também eu consideraria mais conveniente que a tempo e horas se houvesse construído a escola de onde haveriam de sair os profissionais aptos a tomar em suas mãos de técnicos perfeitos o novo Hospital Escolar.

Não sei se alguém responsável levou ao Governo essa indicação. Mas, porque a escola não foi construída nem os profissionais preparados, eu creio que a comissão instaladora, sem qualquer responsabilidade no facto, está fazendo aquilo que toda a gente faria: vai buscar às escolas os melhores profissionais que encontra. Sinceramente, não vejo que outra atitude possa ser tomada.

Sómente eu preferiria que, em vez de ser a comissão a tratar directamente deste recrutamento, se nomeasse já a superintendente e a ela se deferisse tão melindrosa tarefa. Sem agravo para os membros da comissão instaladora, é minha convicção que só as enfermeiras sabem escolher enfermeiras e são insubstituíveis na ordenação dos quadros e na regulamentação dos serviços de enfermagem.

Suponho que o Governo anotou já e está compenetrado da necessidade de abrir as escolas de enfermagem antes de inaugurar os hospitais, pois que não há muitos dias vi no *Diário do Governo* a criação da nova escola oficial do Porto, destinada, sem dúvida, à preparação do pessoal que há-de servir no novo Hospital Escolar daquela cidade.

É certo que, ainda ali, a escola não dispõe de edifício próprio e terá de instalar-se em casas de renda, como está sucedendo em Lisboa e em Coimbra.

Mas eu confio no Ministério das Obras Públicas. Estou certo de que o ilustre Ministro desta pasta, uma vez demonstrada tão claramente a necessidade imperiosa da imediata construção dos edifícios escolares e residenciais de candidatos à enfermagem, iniciará imediatamente os trabalhos. Daqui lhe apresento esta sugestão e este pedido.

Vozes: — Muito bem!

O *Orador*: — Para o doente internado, por melhor que seja o trato da parte de todo o pessoal, vem depois o tédio. O doente sofre pela solidão de se ver segregado da sociedade e da família. E ainda pela lembrança das condições em que deixa a esposa e os filhos, por vezes sem recursos, com a perspectiva da renda de casa por pagar, os rendimentos que não chegam para o sustento ou a incerteza de poder vir a retomar o emprego.

Mais uma razão para que o hospital de hoje não deva ser considerado a cidadela que ciosamente se fecha ou isola, como que envolvida de um fosso em relação ao meio populacional.

O hospital deve, pelo contrário, ser cioso em proteger a população no seio da qual se ergue e sobre a qual se deve debruçar, com suas portas e janelas escancaradas e sempre prontas a prestar auxílio a todos que dele careçam. O hospital não é apenas lugar de internamento de doentes, não é ainda e apenas lugar onde se realiza a consulta externa. É também posto de auxílio para todos os pobres doentes que no próprio domicílio dele precisam.

Ora o hospital, embora não possa dar solução total a toda esta gama de problemas, pode, contudo, para isso contribuir com uma parcela maior ou menor. E fá-lo através das trabalhadoras sociais, que todas as clínicas e respectivas consultas deveriam possuir.

Vozes: — Muito bem!

O *Orador*: — Julgo de toda a conveniência que se dê o maior incremento à actividade da assistência social hospitalar.

O número das assistentes que as escolas anualmente preparam é ainda exiguo, talvez mais exiguo do que propriamente o desejo de as entidades superiores lhes darem ocupação.

Eu próprio não tive dificuldade em obter, em 1945, das instâncias superiores autorização para contratar uma assistente, a qual desde então trabalha no Centro de Cardiologia Médico-Social.

E o que tem sido a sua acção atestam-no os relatórios que este organismo todos os anos vem publicando.

Em Coimbra, nos Hospitais da Universidade, com a colaboração do Instituto de Assistência à Família, temos já organizado, além do inquérito assistencial extensivo a todos os doentes do concelho de Coimbra e que procuram as consultas externas ou internato nas enfermarias, o serviço social hospitalar; devo anunciar que os resultados têm sido magníficos. Eles poderiam, creio bem, servir de paradigma para outros hospitais do País onde se pretendessem instalar serviços com equivalentes objectivos.

Dou mesmo a sugestão de se dever pensar em medida legislativa criadora de serviço social hospitalar em cidades cuja população fosse acima de certo limite.

Não poderia tornar-se extensivo, pelo menos de começo, a cidades de pequena população, por motivos de ordem orçamental. Em França tais medidas já foram legalmente promulgadas para cidades de população superior a 100.000 habitantes. E em todos os hospitais de Paris funciona, em plena actividade e êxito, o serviço social.

Se em Portugal se quisesse adoptar o mesmo critério, só duas cidades gozariam de tal privilégio, quando é certo que o serviço social hospitalar já vigora em cidades onde a população pouco vai além de metade daquela, que é Coimbra.

O serviço social hospitalar poderia estabelecer-se em estreita colaboração com a direcção dos Hospitais e Instituto de Assistência à Família, instituição esta que em tão boa hora foi, há anos, criada entre nós.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O *Orador*: — Mas ao lado da assistente social, e em estreita colaboração com esta, um tipo especial de enfermeira — enfermeira-visitadora de higiene social — poderia entrar em acção, até mesmo para facilidade de tratamento de doentes no próprio domicílio, onde o ambiente familiar fosse favorável e a doença pouco exigente em elementos de diagnóstico e meios de tratamento. É experiência que se está fazendo na América e na Inglaterra, com o nome de *Home Care*.

O hospital receberia o doente de diagnóstico e de terapêutica difícil ou onerosa. Receberia ainda doentes que, sofrendo de doença de fácil diagnóstico e terapêutica, todavia não possuíssem ambiente familiar favorável. Restariam então os outros, mas casos com doença justificável de internamento, cujo diagnóstico devesse ser feito pelo médico do hospital, a terapêutica fosse indicada por este e a sua aplicação seguida pela enfermeira de higiene social no domicílio. Não está o facto fora das atenções do nosso Governo, e, em 11 de Outubro de 1950, S. Ex.^a o actual Ministro do Interior confirmava por um despacho a organização das brigadas da educação sanitária da família. Já nos Hospitais da Universidade de Coimbra, com a colaboração do Instituto de Assistência à Família, se criaram. Há actualmente duas brigadas em permanente actividade e os resultados são deveras proveitosos.

As vantagens do *Home Care* são de ordem económica e moral.

Para se avaliar das vantagens de ordem económica bastará dizer-se que nos lugares onde a experiência se realizou a percentagem dos doentes sujeitos a este

regime elevou-se a 35 por cento da totalidade dos internados. Menor preço nas diárias, descongestionamento dos leitos dos hospitais, reduzindo assim a necessidade de novas construções. Quer dizer: economia para o Tesouro Público e para o próprio doente.

Por outro lado, medicina mais humana, de ordem moral, pois não segrega o doente do seio da própria família. E não são poucos os casos em que a estada prolongada de um dos cônjuges em hospital ou sanatório tem dado origem a conflitos e desregramentos de ordem moral e à rotura dos laços conjugais.

É, creio bem, uma experiência que merece ser intensificada entre nós.

Sr. Presidente: um outro problema seria o da reeducação funcional para os fisicamente diminuídos.

Embora seja problema particularmente posto em países que muito sofreram durante as duas guerras mundiais, onde foi elevado o número de mutilados e estropiados (a Inglaterra pode constituir disso exemplo e tem montados tais serviços segundo métodos rigorosamente científicos, em pleno funcionamento e com rendimento apreciável), todavia, também entre nós não seria despropósito nele se pensar.

Com efeito, se o doente abandona o hospital, fisicamente diminuído, onde poderá ele continuar a ganhar a sua vida? E, todavia, mediante conveniente reeducação funcional (ou reeducação profissional, consoante suas aptidões psicótécnicas), poderia ainda continuar a ser um valor útil de produção. E, quando tal entre nós se fizesse, talvez devesse ser o hospital, senão a sede da reeducação profissional, ao menos a da readaptação funcional.

Sr. Presidente e meus senhores: eis um conjunto de problemas que, sobre ser uma suave crítica ao aviso prévio, constitui antes um conjunto de sugestões, que o Governo da Nação tomará na medida em que o merecerem e de harmonia com as possibilidades do Tesouro.

Disse.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O orador foi muito cumprimentado.

(*Continua*)

Festas-Centenárias Ehrlich-Behring

Em Março deste ano, comemora-se o centenário do nascimento de dois célebres investigadores alemães, que foram distinguidos com o Prémio Nobel — Paul Ehrlich e Emil von Behring.

Paul Ehrlich, que actuou em Frankfurt, descobriu em 1909 o Salvarsan. A Emil von Behring a humanidade deve a descoberta do soro contra a difteria e contra o tétano, e, assim, as bases para a seroterapia e vacinações.

Os Centenários desses dois investigadores serão festejados condignamente com várias solenidades, que foram marcadas para os dias 13 a 16 de Março do ano corrente, em Frankfurt-Meno e Marburg-Lahn.

Durante a festa comemorativa, na Igreja de S. Paulo, em Frankfurt-Meno, será entregue o prémio Paul Ehrlich, deste ano, ao Prof. Ernst Boris Chain.

As festas fecham com uma reunião científica, em Hoechst, na qual tomarão parte algumas centenas de cientistas, médicos e químicos de países europeus e de além-mar.

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Na sessão do dia 10 de Fevereiro da Assembleia Nacional, o deputado Dr. Trigueiros Sampaio apresentou o seguinte

REQUERIMENTO

«Ao abrigo do artigo 96.º da Constituição e para apreciação de alguns problemas de assistência hospitalar e, em especial, dos relativos à responsabilidade pelos respectivos encargos a tomar pelas diversas pessoas e entidades, assunto que se propõe tratar o Governo, conforme projecto apresentado para estudo à Câmara Corporativa, requero que, pelo Ministério do Interior, me sejam fornecidas as seguintes informações:

- 1) Verba destinada pelas câmaras municipais do continente (lista organizada por distritos e mencionando cada um dos concelhos de cada distrito), em cada um dos anos de 1943 a 1953, ao encargo de tratamento de doentes pobres e indigentes do respectivo concelho;
- 2) Verbas pagas por cada uma das referidas câmaras municipais, em cada um dos mesmos anos, com o tratamento de doentes pobres e indigentes;
- 3) Indicação discriminada de quais os estabelecimentos a que estas verbas se destinavam, isto é, se aos Hospitais Cívicos de Lisboa, Hospitais da Universidade de Coimbra, Hospital de Santo António, do Porto, ou outros hospitais centrais, se aos Institutos Câmara Pestana, Oftalmológico ou de Oncologia, se ao Hospital Júlio de Matos ou análogos, se aos hospitais das Misericórdias ou outros;
- 4) Indicação, por cada uma das referidas câmaras municipais, da sua receita ordinária sobre que pode incidir a percentagem até 10 por cento nos termos do § único do artigo 83.º do Decreto-Lei n.º 35.108, de 7 de Novembro de 1945;
- 5) Importância das derramas que as mesmas câmaras municipais têm cobrado nos referidos anos e a sua aplicação;
- 6) Importâncias que as mesmas câmaras municipais deram em cada um dos anos de 1943 a 1953 às respectivas Misericórdias locais, como auxílio para a sua sustentação e outras despesas, quer em dinheiro, quer como fornecimento de água, de energia eléctrica ou outros auxílios, géneros alimentícios, etc.;
- 7) Importância em dívida, por cada uma das câmaras municipais do continente, em 31 de Dezembro de 1952 aos Hospitais Cívicos, Hospitais da Universidade, Misericórdia do Porto, outras Misericórdias, institutos e todas as

casas de assistência em geral, pelo tratamento dos doentes pobres e indigentes do seu concelho;

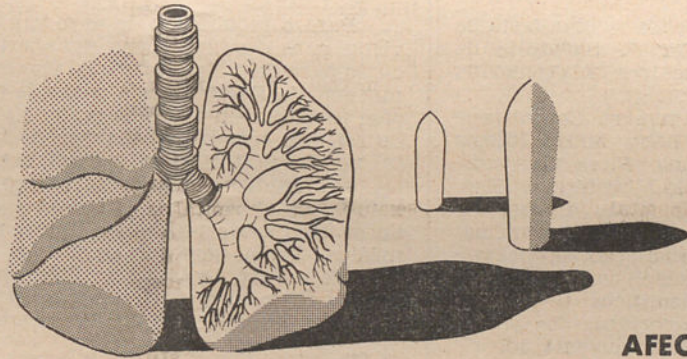
- 8) Quais são os hospitais que se encontram já a funcionar oficialmente como regionais? Se estes hospitais não pertencem às Misericórdias locais, a que entidade pertencem e quem os dirige e sustenta?
- 9) Em cada uma das Misericórdias do continente, nos anos de 1950, 1951, 1952 e 1953, separadamente, pretende-se saber:

a) Quantos doentes pobres, pertencentes ao respectivo concelho, foram internados e quantos foram tratados em consulta externa:

b) Quantos doentes indigentes, pertencentes ao respectivo concelho, foram internados e quantos foram tratados em consulta externa.

(Nestes números serão excluídos os sinistrados de cujo tratamento e mais despesas se responsabilizaram os patrões ou companhias de seguros);

c) Quantos doentes pobres contribuíram com quaisquer verbas para a Misericórdia como comparticipação das suas despesas de internamento e tratamento durante os últimos cinco anos? E com quanto contribuíram?».



**NAS
AFECÇÕES
DAS
VIAS
RESPIRATÓRIAS**

COMPOSIÇÃO POR SUPOSITÓRIO	PARA ADULTOS	PARA CRIANÇAS
Ascorbato de quinina	150 mgrs.	75 mgrs.
Dimetilaminofenazona	300 mgrs.	150 mgrs.
Cálcio Ião (em gluconato de cálcio)	500 mgrs.	250 mgrs.
Essências antissépticas	100 mgrs.	50 mgrs.
Vitamina A	5.000 U. I.	2.500 U. I.
Vitamina D	250 U. I.	125 U. I.
Excipiente apropriado	q. s.	q. s.

TRANSRECTINE

supositórios

- Infecções das vias respiratórias; bronco-pneumonias; bronquites agudas; gripes e suas complicações pulmonares; como valioso adjuvante da sulfamido ou antibioticoterapia.
- TRANSRECTINE não provoca irritação local nem sensação de ardor.
- Os princípios activos contidos em Transrectine são óptimamente tolerados e rapidamente absorvidos

MEDICAMENTOS **MICRA**

SECÇÃO DE PROPAGANDA

RUA DA MADALENA, 273, 1.º-ESQ. · TELEFONE 29174 · LISBOA

V I D A M É D I C A

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 22 a 28 de Fevereiro)

Dia 22 — O Dr. José Pulido Valente é contratado para o lugar de assistente além quadro, da Faculdade de Medicina de Lisboa.

23 — Em Alijó comemora-se o 10.º aniversário da morte do Dr. Henrique Domingos Pereira, com grande concorrência de pessoas, pode dizer-se o conceito inteiro.

— Chega a Lisboa, vindo de Genebra o Dr. Francisco Cambournac, professor do Instituto de Medicina Tropical e director do Instituto de Malarilogia de Aguas de Moura, recentemente eleito para o cargo de director regional para região de África, do O. M. S.. Na sua qualidade de director regional vêm, em missão oficial, apresentar cumprimentos ao Governo português, em nome daquela organização, devendo partir para a Libéria e África do Sul, com idêntico objectivo.

— Em Coimbra realiza-se uma festa de homenagem ao director do Sanatório de Celas, Dr. Carlos Gonçalves. É promovida pelos doentes.

— De avião, partem para Copenhague os Drs. João Soares Lobo, Mário Ramos Cruz Campos e António Pires Carrondo, que em missão oficial do Ministério da Economia, vão participar numa importante reunião internacional, que se realiza naquela cidade, sob a orientação da Organização Mundial de Saúde, com o fim de estudar problemas científicos e práticos relacionados com a salubridade dos produtos animais destinados à alimentação.

— Em Barcelos volta a falar-se numa homenagem de saudade à memória do Dr. José Gomes de Matos Graça.

24 — Em Coimbra, no C.A.D.C., o Dr. Francisco Ibérico Nogueira profere uma lição sobre «Aborto terapêutico», no ciclo das sessões de estudo sobre problemas de deontologia médica, promovido pelo Lactário de Nossa Senhora, dos estudantes de Medicina.

26 — Acompanhado dos engenheiros Gomes da Silva e Pena de Carvalho, respectivamente, director geral dos Edifícios e Monumentos Nacionais e director dos Edifícios, e ainda de outros técnicos daquele departamento, o engenheiro José Frederico Ulrich, Ministro das Obras Públicas, visita as obras em curso no Hospital de S. José, onde é recebido pelo enfermeiro-mor, Dr. Emilio Faro. A seguir o Ministro visita o Hospital dos Capuchos.

— Reúne a Assembleia Geral da secção regional de Lisboa da Ordem dos Médicos, presidida pelo Dr. Carlos Vidal ladeado pelos Dr. Mirabau Cruz e Silva Alves. Sobre o relatório e contas da gerência de 1953 faal m entre outros os Drs. Coelho de Campos, Viana Fernandes, e Carlos Vidal, presidente da direcção. O relatório é em seguida aprovado por unanimidade assim como o orçamento para 1954. É eleito para delegado da classe à comissão distribuidora do imposto profissional o Dr. Artur Viana Fernandes. A seguir falam vários oradores sobre a necessidade de ser revista pelas entidades competentes o que se refere ao capítulo dos quadros dos médicos hospitalares a última reforma dos Hospitais Cívics de Lisboa promulgada em 1953.

— De Lisboa, parte para a Monróvia, em missão oficial de serviço da O.M.S. o Dr. Francisco Cambournac, professor do Instituto de Medicina Tropical.

27 — As forças vivas de Peso da Régua enviam ao Ministro das Obras Públicas telegramas de agradecimento pela abertura

do concurso para a construção do novo edifício destinado ao Hospital local.

— O Fundo do Desemprego reforça com mais trinta e um contos a participação de quinhentos e trinta e dois concedida à Santa Casa da Misericórdia de Pínhel, para construção do seu novo hospital.

— É classificado em mérito absoluto no concurso para interno do Internato Complementar de Urologia dos Hospitais Cívics de Lisboa, o Dr. Carlos Alberto Fernandes da Costa.

28 — Chega a Lisboa o Dr. Guilherme Rios Centeno, grande cirurgião argentino que, a convite da Sociedade Portuguesa de Estomatologia, vem realizar algumas conferências entre nós, no decorrer das quais efectuará também intervenções cirúrgicas.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Para o provimento de nove vagas, previstas para o corrente ano, foi aberto Concurso para Oficiais Médicos do Quadro Permanente do Exército, pelo prazo de 60 dias, com princípio em 17 do corrente. As provas do referido concurso realizar-se-ão no Porto, no Hospital Militar Regional n.º 1.

— Nos dias 12 e 20 de Março, realizam-se no C. A. D. C., mais duas sessões de estudos sobre problemas de deontologia médica. Serão oradores, os Dr. A. Nunes Vicente e Prof. Dr. Luís de Pina, que versarão os temas, respectivamente, «Cirurgia das afecções mentais» e «Dicotomia».

Estrangeiro

Realizam-se na Maison de la Chimie, em Paris, nos dias 21 a 25 de Abril, as Jornadas Médicas da França e da União Francesa.

Secretariado: 12, Rue Pierre-Geofrois, Colombes (Seine).

— Em Aix-les-Bains, nos dias 7 a 9 de Maio, realizam-se as Jornadas Ortopédicas. Secretariado: Dr. Lance, 16, Rue de Phalsbourg, Paris.

— Também em Aix-les-Bains, de 9 a 16 de Maio, a 6.ª Semana da Conferência de Reumatologia.

— Ainda na mesma dia 16 de Maio, a 24.ª Reunião científica anual da Sociedade Médica de Aix-les-Bains, consagrada à doença post-traumática. Secretariado: Dr. Rosier, Place du Revard, Aix-les-Bains.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 19-2-54 a 24-2-54)

19-2

A Câmara Municipal de Oliveira do Hospital declara que para o lugar de médico do 2.º partido médico municipal, com sede em S. Gião do referido concelho, foi nomeado o Dr. Francisco Antunes.

20-2

Dr. José Luis Mendes Pulido Valente — aprovado o termo do contrato para desempenho das funções de segundo-assis-

tente, além do quadro da Faculdade de Medicina de Lisboa.

— Dr. Fernando Abreu de Carvalho Araújo — aprovado o termo do contrato para o desempenho das funções de segundo assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa.

— A Câmara Municipal da Figueira da Foz declara que para o lugar de médico municipal do partido com sede em Quiaios, do referido concelho, foi nomeado o Dr. Fernando José Antunes Traqueia.

22-2

Comodoro médico Dr. Joaquim Guerreiro de Oliveira Duarte, no quadro — mandado passar à reserva da Armada em 26 de Dezembro de 1953.

— Dr. João Arnelo Soares Pereira de Aragão e Rio, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em S. Tomé e Príncipe — reconduzido pelo período de três anos no referido lugar.

— Dr. José Anselmo Ranito, médico estomatologista do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da provincia de Macau — reconduzido pelo período de três anos no referido lugar.

23/2

Dr. Joaquim Moreira Fontes, autorizado por despacho do Conselho de Ministros a acumular o cargo de professor catedrático da Faculdade de Medicina de Lisboa com o de director do serviço da especialidade de Ginecologia e Obstetria dos Hospitais Cívics de Lisboa.

24-2

Capitão-de-mar-e-guerra médico, Dr. Emilio de Menezes Ferreira de Tovar Faro, desligado do quadro na situação de comissão especial — promovido ao posto de comodoro médico (Estatutos dos Oficiais da Armada).

— Capitão-de-mar-e-guerra médico, Dr. João Rodrigues Nunes da Costa, no quadro, promovido ao posto de comodoro médico (Estatutos dos Oficiais da Armada), preenchendo a vacatura aberta pela passagem à situação de reserva da Armada do comodoro médico Dr. Joaquim Guerreiro de Oliveira Duarte.

— Capitão de fragata médico Dr. António Telmo Augusto Cardoso Correia, no quadro — promovido ao posto de capitão-de-mar-e-guerra médico (Estatutos dos Oficiais da Armada) para preencher a vacatura aberta pela promoção ao posto imediato do capitão-de-mar-e-guerra médico Dr. João Rodrigues Nunes da Costa, devendo ser colocado na escala de antiguidades imediatamente à esquerda do capitão-de-mar-e-guerra médico Dr. Marcelo Gomes Rebelo Barbosa.

— Capitão-tenente médico Dr. João António Matos Serrasqueiro Rossa, no quadro — promovido ao posto de capitão-de-fragata médico (Estatutos dos Oficiais da Armada) para preenchimento da vacatura resultante da promoção a capitão-de-mar-e-guerra médico do capitão-de-fragata da mesma classe Dr. António Telmo Augusto Cardoso Correia, devendo ser colocado na escala de antiguidades imediatamente à esquerda do capitão-de-fragata médico Dr. João Esteves de Morais Sarmento.

— Primeiro-tenente médico Dr. Feliciano Tomé Dias Newton, no quadro — promovido ao posto de capitão-tenente médico (Estatuto dos Oficiais da Armada) para preenchimento da vacatura aberta pela promoção ao posto imediato do capitão-tenente médico Dr. João António Matos Serrasqueiro Rossa, devendo ser colocado na escala de antiguidades imediatamente à esquerda do capitão-tenente médico Viriato Baptista de Gouveia Santos.

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

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

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Moraes, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrombotosa do Disp. de Higiene Social), Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emídio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.to António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.to António), José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.to António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hospital de Santo António) — PORTO
Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Dir. do Sanat. Sousa Martins da Guarda), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matozinhos), J. Pimenta Presado (Portalegre), Joaquim Pacheco Neves (Vila do Conde), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), M. Santos Silva (Dir. do Hosp.-Col. Rovisco Pais — Tocha), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Vila Real)

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

Outros países: um ano — 200\$00

Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com 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

