

O MEDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 126
28 de Janeiro de 1954

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

Afeições



UMA CONCEPÇÃO NOVA NA
TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA

OMNACILINA

AZEVEDOS

LABORATÓRIOS AZEVEDOS
MEDICAMENTOS DESDE 1775

3 ACCÇÕES

- Antibiótica específica
- Imunizante inespecífica
- Modificadora do terreno

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

APRESENTAÇÃO

- INFANTIL — 0,25 g de Estreptomina +
+ 150.000 U. O. de Penicilina
- NORMAL — 0,50 g de Estreptomina +
+ 400.000 U. O. de Penicilina
- FORTE — 0,50 g de Estreptomina +
+ 400.000 U. O. de Penicilina

E

SUMÁRIO

	Pág.
A. CELESTINO DA COSTA — <i>Ramón y Cajal</i>	61
MOVIMENTO MÉDICO — ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS — <i>Pediatria e psiquiatria da infância</i>	70
O potássio em terapêutica	74

SUPLEMENTO	Pág.
<i>Este meu confortável «Pequeno Mundo»</i> — AMÍLCAR MOURA	53
<i>A Medicina em S. Bento — Discurso do DR. SANTOS BESSA na Assembleia Nacional — A mortalidade infantil — A luta anti-tuberculosa — Os problemas sanitários de Coimbra</i>	57
Noticiário diverso.	



GRIPE

QUINOPIRINA

ANTIPIRÉTICO • ANALGÉSICO

GRIPE, CONSTIPAÇÕES, RESFRIAMENTOS, BRON-
QUITES, TRAQUEOBRONquite AGUDA, OUTRAS
AFECÇÕES DAS VIAS RESPIRATÓRIAS SUPERIORES
REUMATISMO POLIARTICULAR AGUDO, CEFAL-
LEIAS, NEURALGIAS, ODONTALGIAS, ETC.

Boião-frasco de 40 grajeias 28\$00

Tubo plástico de 10 grajeias 10\$00

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

**AOS MEUS
ALUNOS**

Ramón y Cajal

(1852-1934)

Alocução pronunciada em sessão especial, organizada pela Faculdade de Medicina de Lisboa, para comemorar o centenário do nascimento de Ramón y Cajal, em 22 de Dezembro de 1952.



A. CELESTINO DA COSTA

Neste ano que vai findar, comemorou-se em todo o Mundo, por formas diferentes, o centenário do nascimento dum histologista.

A Histologia tem tido, desde que se formou como ciência, eminentes cultores. Pela primeira vez, porém, um desses cultores recebe homenagens desusadas, como as que se costumam prestar a poetas, a artistas, a escritores ou a homens públicos. Alguma razão deve haver para este procedimento extraordinário, e é o que vou tentar explicar.



Santiago Ramón y Cajal

A comemoração presente é a quarta, referente à mesma pessoa, em que tomo parte neste ano. A primeira vez foi na Academia das Ciências Brasileira, no Rio de Janeiro, em 23 de Setembro, na sessão comemorativa que aí se realizou e em que tive a honra de ser um dos oradores. Em seguida, participei no Symposium sobre «neurónio e sinapses», que se efectuou em Montevidéu, de 6 a 12 de Outubro. Finalmente, tomei também parte no Colóquio Internacional, realizado em Madrid, entre 14 e 20 de Novembro, em que se apresentaram numerosos trabalhos histológicos e neurológicos, na própria aula em que o homenageado ensinou durante dezenas de anos.

Esse histologista era Santiago Ramón y Cajal, cuja vida e obra vou traçar resumidamente.

Cajal nasceu em 1 de Maio de 1852, numa aldeia navarrense, encravada pelos acasos da política no antigo reino de Aragão. Chama-se essa aldeia Petilla de Aragón.

Nos «Recuerdos de mi vida», publicados no outono da sua existência, por Cajal, reproduzem-se fotografias

dessa aldeia humilde, cujo casario parece confundir-se com a terra áspera sobre que assenta. Cajal era o tipo do verdadeiro aragonês, de aspecto severo, modos bruscos, feições muito acentuadas, aspecto aparentemente duro, mas que escondia uma grande bondade.

Era filho dum médico, D. Justo Ramón, que formara o projecto de dar-lhe uma instrução sólida, habilitando-o a seguir a sua própria carreira. Mas o jovem Santiago tinha outras aspirações. Dotado de grande espírito observador, prodigiosamente interessado pela Natureza em todos os seus aspectos, e provido de grande habilidade para o desenho, só pensava em ser pintor e faltava-lhe a paciência para os estudos escolares. Por outro lado, atraíam-no os exercícios físicos de toda a espécie e só queria passar o tempo brincando, saltando, fazendo toda a espécie de exercícios ginásticos, desenhando e pintando nas horas vagas, fugindo à disciplina da escola e do estudo.

A luta entre pai e filho, que tinham assim tão opostas concepções da vida, durou anos. A certa altura, D. Justo recorreu ao expediente clássico e reforçou a proibição de desenhar e pintar, colocando o rapaz, primeiro, como aprendiz de barbeiro, depois, como aprendiz de sapateiro. Finalmente, Santiago decidiu-se a estudar um pouco; o Pai conseguiu ensinar-lhe o francês, mas o moço Ramón, mesmo nos estudos, revelou iniciativa e espírito de independência, preferindo a leitura livre aos livros de aula.

Um dia, descobriu que pelo telhado da sua casa podia entrar noutra onde havia uma boa colecção de poesias e romances, e assim adquiriu desde muito novo o gosto pelas belas-letras e o princípio duma boa cultura geral.

Mordia-o porém, sempre, o demónio do desenho e da pintura.

Certo dia, em Ayerbe, onde seu Pai se estabelecera, passava por uma rua, que dum dos lados tinha uma parede branca, nua, e achou que essa parede precisava absolutamente de ser coberta por qualquer coisa. Começou logo a enchê-la de desenhos, entre os quais a caricatura dum dos seus professores. Por pouca sorte, este apareceu, surpreendendo-o em flagrante delito. As contas ajustaram-se algum tempo depois, quando o moço Santiago não resistiu aos apertados interrogatórios do examinador, com grande desgosto do Pai.

Este teve, porém, uma luminosa ideia para chamar o filho a bom caminho. Aproveitando o gosto dele pela observação e pelo desenho lembrou-se de lhe ensinar osteologia. Os ossos ia-os D. Justo desenterrar no cemitério. O filho apaixonou-se rapidamente por esse estudo objectivo, prático e não apenas livresco, e assim entrou Cajal firmemente na aprendizagem anatómica.

Quando seu Pai se transferiu para Saragoça, Santiago matriculou-se na respectiva Faculdade de Medicina e aí fez rapidamente o curso médico. Ainda estudante, foi nomeado preparador de Anatomia, o que não só lhe valeu um lugar de Auxiliar, como também lhe despertou uma sólida vocação.

Pouco depois de terminar o curso, em 1874, foi chamado a tomar parte, como médico militar, na 1.^a Campanha de Cuba. Nessa ilha se demorou dois anos, tendo de voltar para Espanha profundamente debilitado, com um severo ataque de impaludismo, Cajal, que durante a sua primeira mocidade se vangloriava da sua força física e das suas qualidades atléticas e fora quase que um brigão entre os rapazes do seu tempo, viu desaparecer as massas musculares de que tanto se ufanava. Mas não maldisse a sua sorte, pois a longa convalescença a que foi obrigado serviu para lhe abrir mais o espírito e enriquecer a sua cultura.

De volta a Saragoça, o Pai, compreendendo que o filho nunca poderia ser um clínico, para o que lhe faltava a resistência física, insistiu com ele para escolher a carreira do professorado médico.

Cajal teve sempre pela memória de seu Pai a maior veneração. A seguir transcrevo um trecho em que Cajal aponta as qualidades que supunha ter herdado do seu progenitor:

«la religión de la voluntad soberana; la fe en el trabajo; la convicción de que el esfuerzo perseverante y ahincado es capaz de modelar y organizar desde el músculo hasta el cerebro, supliendo deficiencias de la Naturaleza y domeñando hasta la fatalidad del carácter, el fenómeno más tenaz y recalcitrante de la vida. De él adquiri también la hermosa ambición de ser algo y la decisión de no reparar en sacrificios para el logro de mis aspiraciones ni torcer jamás su trayectoria por motivos segundos y causas menudas.»

Todas as vezes que leio esta formosa síntese da hereditariedade paterna de Cajal vem-me à memória a famosa quadra em que Goethe resumiu, com tanta concisão como ternura, a parte que Pai e Mãe tiveram na sua formação:

«Von Vater habe ich die Statur,
Und das Leben's ernste Führen;
Von Mütterchen die frohe Natur
Und Lust zu fabulieren.»

Cajal obteve, por concurso, o lugar de director do Museo Anatomico de Saragoça, mas foi infeliz nos dois concursos para professor a que se apresentou em 1876 e em 1880, empurrado pela impaciência paterna. Resolveu, entretanto, para melhor se preparar, ir a Madrid doutorar-se, e foi nesse ano de preparação, de 1878, que o moço Cajal descobriu o encanto do microscópio.

O professor de Histologia, D. Aureliano Maestre de San Juan, mostrara-lhe algumas preparações histológicas que o entusiasmaram e logo tratou de comprar, a prestações, um modesto microscópio Verick, bem como os indispensáveis instrumentos e produtos químicos. Tudo isto instalou num desvão da sua casa, onde passava horas na sua iniciação histológica.

Foi só em 1883 que, mediante concurso, desta vez feliz, Cajal conseguiu entrar para o professorado, como catedrático de Anatomia, na Faculdade de Medicina de Valência.

Durante os anos que passou nessa cidade, ocorreu uma epidemia de cólera-morbus que exigiu a sua experiência de micrógrafo.

Cajal improvisou-se bacteriologista e prestou tão grandes serviços no combate à epidemia que o Ayuntamiento de Saragoça lhe deu, como prémio duma sua monografia sobre o cólera, um magnífico microscópio Zeiss, provido de todos os aperfeiçoamentos daquela época.

No espírito de Cajal levantou-se, durante certo tempo, alguma hesitação entre a Bacteriologia, ciência nova e promissora, e a Histologia, que poderia parecer já gasta; mas a circunstância de Cajal ser pobre e a técnica histológica ser bastante menos dispendiosa do que a bacteriológica, manteve-o fiel à Histologia.

Em fins de 1887 deu-se um acontecimento que iria decidir da carreira de Cajal e do destino da sua ciência.

Fora chamado a Madrid para tomar parte, como membro do júri, num concurso para professor. Durante

a sua estadia na capital, o ilustre psiquiatra D. Luís Simarro mostrou-lhe, um dia, preparações de sistema nervoso feitas com uma técnica nova que esse colega aprendera a fazer em Itália, segundo o método inventado pelo grande Camillo Golgi. Tratava-se duma descoberta casual.

O ilustre histologista italiano deitara para o balde, certa vez, um fragmento de tecido nervoso fixado em bicromato de potássio, mas o criado do laboratório desleixara-se, esquecendo-se de deitar fora o conteúdo do balde. Golgi reparou, passados alguns dias, que esse fragmento se tornara completamente negro, e teve curiosidade de verificar o que se passara.

Fez rapidamente uns cortes no pedaço de tecido nervoso enegrecido, espreitou ao microscópio e teve a surpresa de ver perfeitamente desenhadas, com todos os seus prolongamentos, em negro sobre um fundo amarelo, as células nervosas respectivas. Estava assim descoberta a famosa «reazione nera» e desta forma se introduziu na técnica histológica o método de Golgi.

A técnica era, porém, difícil e aleatória. Simarro confessava ter tido tantos insucessos que desistira de a praticar, mas Cajal compreendeu logo a importância do método para a destrição da complicada estrutura do tecido nervoso.

Quando voltou a Valência não descansou enquanto não dominou a técnica, introduzindo-lhe algumas modificações que a tornaram mais fiel.

Sem pretender dar uma descrição completa desse método, recordarei que ela consiste, essencialmente, primeiro numa fixação em líquido contendo ácido ósmico e bicromato de potássio; depois, de um tratamento pelo nitrato de prata, produzindo-se um precipitado de cromato de prata que vai impregnar alguns dos elementos anatómicos contidos na preparação. A modificação introduzida por Cajal consistia em repetir estes dois tempos. É a chamada dupla impregnação.

Para se compreender a revolução feita no estudo do sistema nervoso pelo método de Golgi, recordemos quais as ideias correntes à volta de 1875, quando Golgi começou as suas experiências.

As técnicas clássicas da Histologia, o método dos cortes e as colorações, as dissociações, conjugadas ou não com a impregnação pelo cloreto de ouro, os cortes por congelação introduzidos na técnica por Stilling, tinham mostrado que esse sistema é constituído por células, de diferentes formas e dimensões, providas de prolongamentos, de fibras como as que constituem os nervos e de certos elementos celulares que formam a chamada nevrógliia.

Entre os prolongamentos das células distinguira Deiters um, geralmente único em cada célula, mais delgado, de trajecto mais regular — cilindro-eixo ou axónio — e outros prolongamentos, em geral mais numerosos e mais espessos, por vezes muito ramificados — prolongamentos protoplásmicos.

As fibras nervosas, quer as dos nervos, quer as da substância branca do eixo cérebro-raquidiano, possuem uma parte central — cilindro-eixo — rodeada por bainhas, entre as quais as da mielina, substância de tipo gorduroso que lhe forma um envólucro protector. A nevrógliia é um conjunto de células, geralmente providas de muitos prolongamentos, que constituem uma espécie de trama esquelética no sistema nervoso.

A Histologia tinha estudado a disposição dos vários tipos celulares nas diferentes zonas e camadas do sistema nervoso. Tinha seguido as fibras nervosas nas suas terminações subtis, nos músculos, na pele, nos vários tecidos e órgãos, mas, com as técnicas desse tempo, não era possível fazer ideia clara do modo como todos esses elementos estão relacionados entre si. Qualquer estudante que hoje examine um corte de cérebro ou cerebelo, por exemplo, verá camadas celulares bem caracterizadas, mas tudo quanto fica entre as células lhe aparecerá como uma confusa e inextrincável rede.

Na ignorância da verdadeira disposição, edificavam-se teorias.

A que teve mais adeptos foi a de Gerlach, segundo

o qual as células nervosas estão em ligação umas com as outras por intermédio duma rede formada pelos prolongamentos protoplásmicos. A essa rede viriam dar, ou dela partiriam, cilindros-eixos que seriam fibras sensitivas. As motrizes seriam os cilindros-eixos saídos das próprias células. A teoria reticularista de Gerlach contentava os morfologistas, mas não os fisiologistas e os patologistas (Fig. 1).

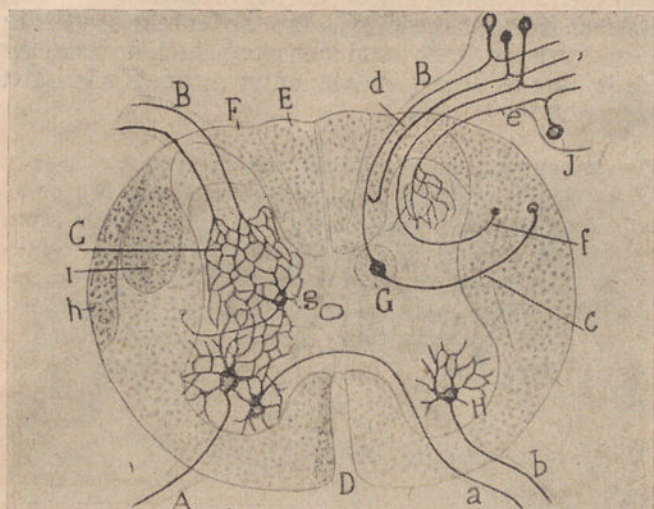


Fig. 1

Esquema da estrutura da substância cinzenta da medula espinal, segundo os autores da época pregolgia (antes dos trabalhos de Cajal). A, raízes anteriores, B, raiz posterior, C, suposta rede intersticial da substância cinzenta; D, sulco anterior da medula; E, cordão de Goll, F, cordão de Burdach; H, célula motriz; f, via piramidal cruzada; G, coluna de Clarke, I, gânglio sensitivo, h, feixes cerebelosos; d, e, prolongamentos das células ganglionares; a, b, prolongamentos cilíndricos de células radiculares.

Com efeito, a Fisiologia, tanto normal como patológica, exigia uma certa discontinuidade na estrutura do sistema nervoso. Só assim se podiam compreender os mecanismos dos actos reflexos, as localizações cerebrais, os caminhos bem definidos da sensibilidade e da motilidade, o carácter circunscrito das lesões nervosas e muitos outros fenómenos.

O método de Golgi possuía, na sua própria irregularidade, uma grande vantagem sobre todas as técnicas anteriores. Pelo facto de impregnar só umas ou outras células, em cada corte, podiam-se destrinçar muito melhor a sua forma e as suas conexões. Golgi e os seus discípulos trabalharam, afincadamente, durante uns 10 anos, com o novo método, demonstraram muitos pormenores novos de valor, mas a doutrina que deles saiu era também reticularista, embora de forma diferente da de Gerlach (Fig. 4).

Segundo Golgi, a rede nervosa seria formada por anastomoses entre os cilindros-eixos, únicos condutores do influxo nervoso. Os prolongamentos protoplásmicos seriam livres mas teriam apenas um papel nutritivo. Não era, pois, também, na teoria de Golgi que a Fisiologia encontrava as bases necessárias.

Continuava-se sem se compreender bem que relações existem entre o sistema nervoso central e os nervos. Destas deficiências da morfologia do sistema nervoso sofriram grandemente tanto a Fisiologia como a Patologia. Os neurologistas esperavam ansiosamente que a Anatomia lhes desse uma explicação clara da contextura do sistema nervoso.

Foi nessa altura que interveio Cajal com os seus estudos, e estes foram conduzidos por uma ideia genial. Mais tarde, Cajal haveria de explicar a génese dessa ideia um pouco da maneira seguinte:

Quando estamos numa floresta densa, de árvores muito aproximadas cujas raízes se misturam sob o solo e cujos ramos copados se entrelaçam prodigiosamente, podemos ter a impressão de existirem ligações entre raízes e raízes ou entre ramos e ramos, de maneira a não ser possível distinguir o que pertence a cada árvore. Mas, se em vez de observar a floresta no seu estado adulto, a tivermos visto quando começam a aparecer as

primeiras raízes e a crescer os respectivos ramos, e formos, seguidamente, observando as fases diversas do crescimento da floresta, facilmente nos convenceremos de que cada árvore é um todo em si, independente da sua vizinha, que não existem as tais redes, mas apenas entrecruzamentos de árvores diferentes. Ao contrário do que fizera Golgi, que principalmente estudara órgãos nervosos já adultos, Cajal teve a ideia de ir estudar o sistema nervoso de órgãos embrionários ou de recém-nascidos, tanto mais que a presença da mielina impede a reacção negra, de forma que, a partir duma curta distância da célula, deixam de se impregnar os respectivos prolongamentos.

Estudando-se o cérebro, o cerebelo, a medula e outros órgãos nervosos de embriões e animais novos de diferentes idades, pôde ver-se a célula desde as primeiras fases, assistir à sua ramificação progressiva e dar-se conta das verdadeiras relações que existem de célula para célula. Tal foi o método que Cajal começou a aplicar, já em 1887, e cujos surpreendentes resultados relataremos em seguida.

Quando Cajal empreendeu a série memorável dos seus estudos sobre o sistema nervoso, tinha já alguma experiência da investigação histológica. Publicara mesmo, alguns trabalhos, até em revistas estrangeiras.

O facto motivara críticas entre os seus colegas que perguntavam irónicamente: — quem é Cajal, para se atrever a tratar assuntos que se estudam *lá fora*?

Estas palavras traduziam a ideia que renasce, te-nazmente, por infelicidade, nos países peninsulares, de serem estas nações congénitamente inaptas para o trabalho científico, que, segundo esses derrotistas, só poderia fazer-se — «*lá fora*»!

Os trabalhos em que Cajal se meteu com o método de Golgi iam, porém, dar resultados de transcendência muito superior à dos seus primitivos estudos.

Cajal partia para o combate da teoria reticularista, certamente com a mais perfeita boa fé, mas escorado numa ideia geral, nele muito firme — a teoria celular — que o grande Virchow tanto contribuíra para popularizar entre os médicos. Sem que Cajal o soubesse, e pela mesma época, duas objecções de peso tinham aparecido contra a teoria das redes nervosas. Uma, de His, que demonstrava serem as células nervosas independentes desde o início, na fase de neuroblastos; a outra, do neurologista suíço Forel, que afirmava não haver bases objectivas para a teoria reticularista.

O primeiro objecto a que Cajal aplicou o método de Golgi foi o cerebelo (Fig. 2). As técnicas correntes mostram que cada lamela cerebelosa é revestida por substância cinzenta, na qual se vêem três planos de células: a camada superficial, larga, com células pequenas, esparsas; a camada média, com uma só fiada de grandes células piriformes (células de Purkinje), das quais saem, para o lado da camada molecular, grossos prolongamentos que se ramificam e, para o lado interno, um cilindro-eixo de que só se descortinava o começo. A camada interna, larga também, é formada por uma multidão de pequenas células, muito apertadas umas contra as outras, de aspecto geral granuloso, por isso chamada «camada dos grãos». Da parte medular do cerebelo percebia-se que vinham fibras para o cortex cinzento, mas era impossível destrinçar o seu trajecto. Cajal começou por ver que as tais escassas células da camada molecular possuem um cilindro-eixo que corre paralelamente à face externa da lamela e do qual saem em ângulo recto, em direcção às células de Purkinje, colaterais que, à superfície destas, terminam por um pincel, ou cesta, de finas expansões livres. Facto capital, que logo demonstrava serem as conexões entre células da camada média e da camada externa feitas por contacto dessas «cestas terminais» com o corpo dos elementos de Purkinje. Viu também que as ramificações das células de Purkinje são prodigiosamente numerosas e ocupam toda a altura da camada molecular.

Quanto ao cilindro-eixo, ou axónio, destas células, atravessa toda a camada dos grãos e dirige-se para a substância medular.

O mistério que rodeava as relações dos grãos do cerebelo foi também desvendado. Cada uma dessas minúsculas células possui um pequeno pincel de prolongamentos protoplásmicos e um axônio que sobe verticalmente até à camada molecular, onde se bifurca em T, e os dois ramos desse T vão-se apoiar na rica ramagem das células de Purkinje.

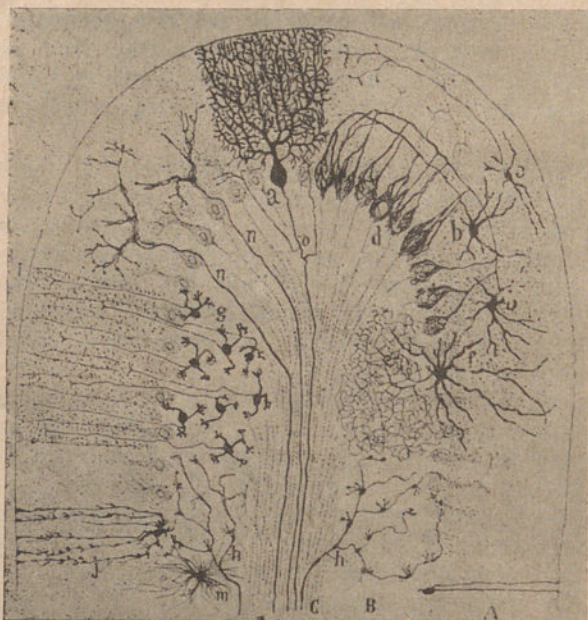


Fig. 2

Uma das primeiras descobertas de Cajal, a estrutura do cortex cerebeloso

Corte transversal semi-esquemático dum circunvolvimento cerebeloso de mamífero. A, zona molecular; B, zona dos grãos; C, substância branca do eixo da lamela: a, célula de Purkinje vista de frente; b, células estreladas pequenas da zona molecular; arborizações terminais das células precedentes (cestas terminais, à volta das células de Purkinje; c, células estreladas superficiais; g, grãos com seus cilindros-eixos ascendentes que se bifurcam em T; h, fibras musgosas; f, célula nevróglia de penacho; m, célula nevróglia da zona dos grãos; n, fibras trepadoras; l, fibras estreladas grandes da zona dos grãos.

Nas fibras que vêm da substância branca para a cinzenta do cerebelo distinguiu Cajal duas espécies características. Uma, a que chamou «trepadoras» porque trepam ao longo das células de Purkinje e dos seus prolongamentos, ramificando-se como estes mas sem nunca se fundirem com eles, contactando apenas; as outras, que denominou «musgosas», ascendem até à camada dos grãos onde, a diferentes alturas, emitem ramos colaterais que se articulam com os prolongamentos protoplásmicos dos grãos, como se fossem tufos de folhas de hera. Dessa forma, o cortex cerebeloso, de cuja textura até então nada se sabia, mostrou-se constituído por células articuladas entre si, ligadas a outros órgãos nervosos, quer por fibras que partem dos seus próprios elementos — fibras eferentes — quer por fibras que, vindas da medula, do bulbo, da protuberância, etc., vêm articular-se com as células cerebelosas — fibras aferentes. O cortex cerebeloso não é, portanto, uma rede (que em parte alguma se descortina), mas um encadeamento de elementos anatómicos relacionados entre si por articulações de prolongamentos livres.

A retina era considerada, antes de Cajal, como um órgão de estrutura tão misteriosa como o cerebelo (Fig. 3). Sabia-se que, à periferia, por baixo de uma camada de células pigmentares, existe a das células visuais — cones e bastonetes —, que mais para dentro se dispõe um estrato de células nervosas bipolares, ao lado de outros elementos de significação então obscura, e que, na face interna, estão células nervosas multipolares cujo axônio é uma fibra do nervo óptico. Não se sabiam exactamente as conexões entre estes vários elementos. Um discípulo de Golgi — Tartuffieri — applicara o método do seu Mestre ao estudo da retina, mas concluiu pela existência de redes nervosas. Os estudos de Cajal mostraram-lhe, com

grande nitidez, qual é o plano de estrutura da retina: à periferia, as células visuais que recebem a impressão luminosa, pelos seus prolongamentos, articulam-se com os prolongamentos periféricos das células bipolares; por seu turno, os prolongamentos centrais destas células articulam-se com os prolongamentos protoplásmicos, ou dendrites, das células multipolares, ou mesmo com o seu corpo celular. Dessas células saem os respectivos axônios, que são outras tantas fibras do nervo óptico.

Desta forma, como no caso do cerebelo, o influxo nervoso, transportando aqui a percepção luminosa, segue uma cadeia de células nervosas, entre as quais não existem nenhuma rede.

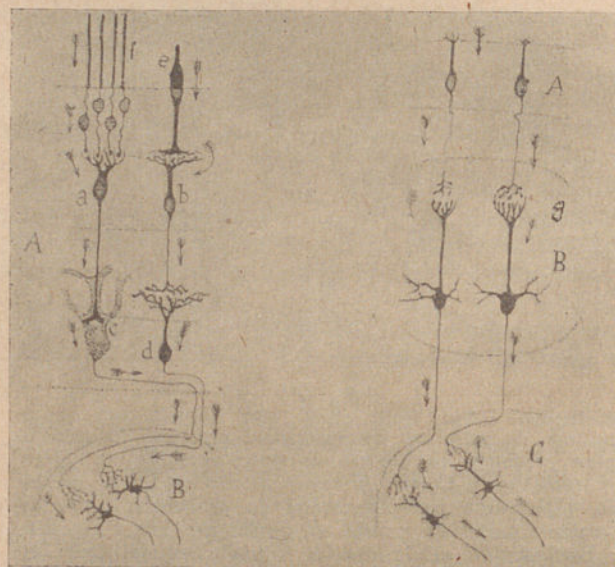


Fig. 3

Plano esquemático da organização dos órgãos receptores da visão (à esquerda) e da olfação (à direita) descoberto por Cajal, graças ao método de Golgi. (A- Retina: em cima a membrana de Jacob mostrando um cone (e) e bastonetes (f); em a) e b) células bipolares, articuladas em cima com os prolongamentos dos cones e bastonetes, em baixo com os dendrites (d) ou o corpo celular (c) das células multipolares. Estas emitem os seus axônios, que são as fibras do nervo óptico, que se dirigem ao cérebro (B). A direita, via olfactiva. Mucosa olfactiva com os neurónios olfactivos periféricos A; cujos axônios se articulam, formando (g) os glomérulos olfactivos com os dendrites das células mitraes (B), situadas no bulbo olfactivo. Os axônios destas células dirigem-se ao cérebro (C).

Deixemos o caso da retina, a respeito da qual haveria outros pormenores a acrescentar, e passemos ainda a um terceiro exemplo — o da medula espinal (Fig. 4).

Contém este órgão, na sua substância cinzenta, vários tipos celulares, entre eles o das células chamadas radiculares anteriores, porque os seus axônios vão constituir as raízes anteriores (motrizes) dos nervos raquidianos. As raízes posteriores possuem, perto da medula, um espessamento, chamado gânglio, onde se encontram numerosas células monopulares, de prolongamento único, ramificado em T. Um dos ramos do T, o periférico, constitui uma fibra sensitiva de nervo raquidiano; o central entra na medula. Até então, supunha-se que esse prolongamento central se ramificava na substância cinzenta medular, formando parte dum rede difusa na qual entrariam os prolongamentos das células radiculares anteriores. Cajal provou que não é assim. Segundo demonstrou, os ramos centrais das fibras que vêm dos gânglios, ao entrar na medula, ramificam-se, de novo, em dois ramos longitudinais, que em várias alturas vão penetrando na medula. A substância branca dos cordões posteriores é assim constituída, em grande parte, por fibras ascendentes, que seguem até o bulbo ou terminam em diferentes andares da medula. Em qualquer dos casos, trata-se de terminações livres, de articulações, e não de redes. O mesmo sucede com as fibras descendentes. As células da substância cinzenta medular, tanto as dos

P V R

Imunoterapia 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 antígenos 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 ₂	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 Q U Í M I C O B I O L Ó G I C O S

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



**PRODUTO ORIGINAL, NUMA EMULSÃO PASTOSA,
DE GÔSTO AGRADABILÍSSIMO!**

COMPOSIÇÃO	CÁLCIO ORGÂNICO	0,80 gr %		
		FÓSFORO ORGÂNICO	0,50 » %	
			FERRO ORGÂNICO	0,03 » %
			ARSÊNIO ORGÂNICO	0,03 » %
			MANGANEZ ORGÂNICO	0,03 » %
	MALTE DE CEVADA GERMINADA	15,00 » %		
	CONCENTRADO VITAMÍNICO DE ÓLEO DE GADUS MORRHUA, L.	Vitamina A — 50.000 U. I. %		
		Vitamina D — 20.000 U. I. %		
	VITAMINAS DO COMPLEXO B:	Vitamina B ₁ — 5.000 U. I. %		
		Vitamina B ₂ — 3.000 gam. %		
Vitamina PP — 0,025 gr. %				

Distribuidor para Portugal, Ilhas e Colónias

M. RODRIGUES LOUREIRO
RUA DUARTE GALVÃO, 44 - LISBOA

cornos anteriores como as dos posteriores, estão em conexão umas com as outras por intermédio de articulações.

Poderíamos acrescentar a estes três exemplos outros mais que demonstram a profunda modificação que os descobrimentos de Cajal imprimiram nos conhecimentos sobre a textura e o funcionamento do sistema nervoso. O essencial desses descobrimentos foi conhecido e publicado no ano de 1888, que Cajal haveria de denominar mais tarde «mi año cumbre, mi año de fortuna».

Realmente, foram os descobrimentos desse ano que rasgaram os novos caminhos. Por si só teriam bastado para a sua glória, mas Cajal não se contentou com esses resultados, embora capitais. Incansavelmente, investigou todos os órgãos do sistema nervoso em diferentes espécies de animais e em diferentes épocas da vida.

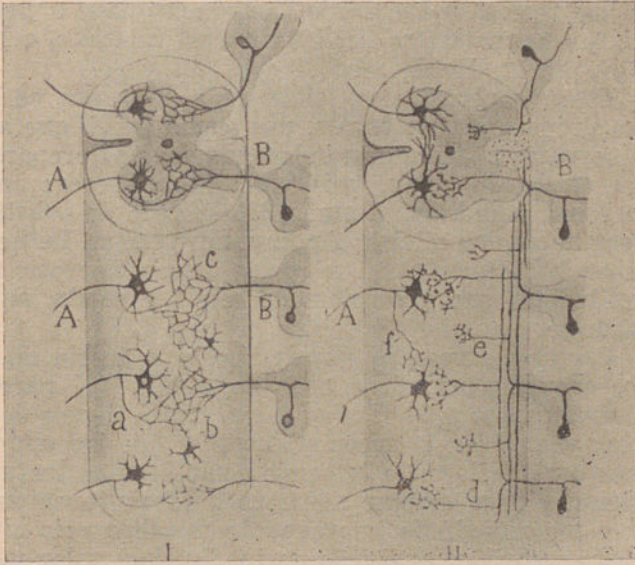


Fig. 4

Esquema das duas concepções da estrutura da medula espinal, I, segundo Golgi (teoria reticularista), II, segundo Cajal (teoria neuronista).

Em I, A, as células radiculares (motrizes) possuem dendrites livres, mas os seus prolongamentos cilindro-axiais anastomosam-se, pelas suas colaterais (b, c) com as ramificações das fibras sensitivas de proveniência ganglionar (B), formando redes nervosas. Em II, vê-se que as fibras de proveniência ganglionar (axónios das células dos gânglios, (B) se bifurcam ao entrar na medula em ramos ascendentes e descendentes. Dessas bifurcações partem colaterais que terminam: livremente (e), algumas (d), articulando-se com os dendrites das células radiculares (A). Outras articulações (f) estabelecem-se entre colaterais dos axónios das células radiculares e outras células medulares. Não existem redes nervosas.

Ao princípio, os seus achados passaram despercebidos. Cajal publicara-os numa revista de Barcelona (*Gaceta Médica Catalana*), pois, nessa época, já se tinha transferido de Valência para a capital da Catalunha.

Outros trabalhos foram publicados num jornal que ele próprio fundara e cujas ilustrações litográficas eram feitas por ele próprio, a *Revista Trimestral de Histologia normal y patológica*.

As tiragens dessas publicações eram extremamente reduzidas, apenas algumas dezenas de exemplares, que o seu autor enviava, principalmente, a histologistas estrangeiros. Publicados em espanhol, os mesmos trabalhos passaram quase completamente despercebidos.

Desconsolado por ver a nenhuma repercussão de descobrimentos de cuja importância tinha bem consciência, Cajal resolveu-se a ir mostrar os seus achados numa grande reunião científica.

Foi assim que, em fins de 1889, se meteu, com as suas preparações e o microscópio, numa 3.^a classe de comboio e dirigiu-se a Berlim, onde se ia reunir a *Anatomische Gesellschaft*. Do que se passou nessa reunião há vários testemunhos, não só os do próprio Cajal, como o de outros, entre os quais Van Gehuchten. O histologista espanhol instalou-se logo no primeiro dia do Congresso num canto da sala de demonstrações e foi pacientemente

e tenazmente atraindo ao seu «stand» os vários congressistas.

Mesmo os mais cépticos, os mais duvidosos da importância que poderia ter uma comunicação dum histologista peninsular, tiveram que render-se à evidência. Entre eles distinguíu-se, pelo entusiasmo com que acolheu os novos descobrimentos, o ilustre Koelliker, o venerando patriarca da Histologia alemã.

A demonstração do Congresso de Berlim teve a maior retumbância e logo no ano seguinte, em 1890, a consagração dos descobrimentos de Cajal veio com a publicação dum artigo dum revista médica alemã, cujo autor, o célebre anatomista Waldeyer, interpretando com muita lucidez esses descobrimentos, propôs o termo, que ficou clássico, de «neurónio» (*Neuron*) para designar o conjunto das células nervosas com todos os seus prolongamentos.

Segundo a doutrina do neurónio, como desde então se ficou dizendo, a célula nervosa possui independência anatômica, embriológica, fisiológica e patológica. É uma célula independente das outras e com elas apenas articulada; a sua autonomia existe desde que se diferencia no embrião como neuroblasto; é também uma unidade funcional, recebendo e transmitindo o influxo nervoso ao nível das suas articulações e as suas lesões localizam-se no território celular e não se transmitem aos elementos com que se articula. É ainda uma unidade trófica, com seu centro na porção da célula que rodeia o núcleo, pois qualquer troço de citoplasma, deste separado, degenera e morre. A degenerescência, chamada walleriana, dos topos periféricos das fibras nervosas cortadas, reproduz uma experiência de merotomia.

A estas noções fundamentais juntaram-se, em breve, outras complementares, para as quais contribuíram alguns dos mais brilhantes continuadores de Cajal, como Van Gehuchten, ao qual, como ao histologista espanhol, se deve a teoria da polarização dinâmica que atribuiu aos axónios a condução celulífuga do influxo nervoso e aos dendrites a condução celulípeta. As articulações fazem-se entre prolongamentos de nomes opostos, axónios com dendrites, ou axónios com o corpo celular (que possui também propriedade receptora). As articulações entre neurónios deram Foster e Sherrington o nome, que ficou clássico, de *sinapses*. Sherrington foi o fisiologista que primeiramente se destacou na compreensão, de importância capital para a Fisiologia nervosa, da doutrina do neurónio.

Quando, em 1894, Cajal publicou, em francês, o seu livro «As novas ideias sobre a anatomia fina dos centros nervosos», pode dizer-se que todo o essencial dos seus trabalhos e das suas interpretações aí estava contido. Nem faltavam mesmo as noções fundamentais sobre a gênese das fibras nervosas, pois estavam já descobertos, desde 1890, os famosos cones de crescimento. A sua glória estava já adquirida, embora o seu nome não tivesse ainda a expansão que mais tarde veio a atingir. Em Espanha, pouco mais era, porém, de que um desconhecido. A parte seu irmão Pedro, que em Saragoça ia continuando a obra de Santiago e trazendo factos novos, os outros jovens discípulos deste não só deveram ao Mestre as ideias, como, até mesmo, a redacção dos trabalhos que ele, generosamente, fazia publicar com os nomes dos colaboradores. Mas essa mesma colaboração precária pouco durou.

O meio médico quase o ignorava. Para se transferir de Barcelona para Madrid houve que vencer um concurso de provas públicas, cortado de peripécias.

Em 1895, um geólogo espanhol, de visita ao grande Virchow, em Berlim, soube, por este, da existência dum grande histologista espanhol, cujos descobrimentos revolucionaram a ciência neurológica.

De volta a Madrid, deu-se pressa em promover a eleição de Cajal para a Academia das Ciências. Foi eleito, mas os académicos médicos votaram contra.

Entretanto, do estrangeiro afluíam os sinais de admiração: em 1894, o convite para fazer, em Londres, a celebrada conferência do nome de *Croonian Lecture*; em 1899, após a guerra infeliz com os Estados Unidos,

o convite para ir a este país fazer conferências; em 1900, o prémio de Moscou, concedido pelo Congresso Internacional de Medicina para galardoar o trabalho médico mais importante dos últimos anos.

Foi a sensação causada em Espanha por esta grande recompensa internacional que levou o Governo de Silvela a crear o Laboratório de «Investigaciones Biológicas», situado no Paseo de Atocha (Fig. 5), modesta instalação para onde Cajal transferiu, de sua casa, os seus instrumentos, onde efectuou tantas investigações e teve os seus melhores discípulos e onde trabalhou todo o resto da vida.



Fig. 5

Casa do Paseo de Atocha, em Madrid, (à esquerda) onde durante muitos anos (entre 1901 e 1933) esteve instalado o Laboratório de Investigações Biológicas em que muitos dos mais notáveis trabalhos de Cajal e dos seus discípulos, espanhóis e estrangeiros, foram feitos.

A doutrina do neurónio encontrara, fora da Espanha, eminentes colaboradores e defensores: em França, Azoulay, Mathias Duval, Déjérine, o nosso compatriota Athias, que, então estudante, efectuou, entre 1895 e 1897, trabalhos fundamentais com o método de Golgi, que o Mestre espanhol sempre apreciou grandemente; na Bélgica, Van Gehuchten; na Alemanha, Koelliker, Waldeyer, Edinger, His; na Suécia, Gustav Retzius; na Itália, Lugaro e Tanzi; na Hungria, Van Lenhossek; na Inglaterra, Sherrington, etc., etc.



Fig. 6

Células nervosas com neurofibrilas. Método de impregnação argéutica de Cajal.

Em Portugal, foi Bombarda quem, em 1897, em conferências famosas, deu a conhecer as novas doutrinas.

Começara também Cajal, nos últimos anos do século (1897-1899), a publicar a sua monumental «Textura del sistema nervioso del Hombre y de los Vertebrados», que depois continuou e mais tarde se publicou em tradução francesa. A concessão, em 1903, da medalha Helmholtz, pela Academia das Ciências de Berlim e, em 1906, do prémio Nobel (conjuntamente com Golgi) marcaram o apogeu da fama de Cajal adquirida pelos seus imortais trabalhos sobre o neurónio que, por toda a parte, se confirmavam e recebiam aceitação de histologistas, fisiologistas e neurologistas.

Não era, porém, Cajal homem para se contentar com a glória adquirida. Incansável, prosseguia estudando o sistema nervoso, tanto mais que apareciam contraditores da teoria do neurónio, entre os quais o próprio Golgi, que se mantinha fiel à teoria reticularista, e Nissl, Apathy, Bethe, Held.

Esses contraditores, aliás cada um com as suas razões próprias, contestavam, uns, como Golgi, que as células nervosas aparecessem independentes nas preparações pelo cromato de prata, pois viam anastomoses; outros, como Nissl, acreditavam numa difusa rede de substância nervosa unindo as células; Apathy, nos vermes, Bethe, nos vertebrados, descreviam no protoplasma nervoso finas neurofibrilas que passariam de célula a célula, anastomosando-se.

Para esclarecer as dúvidas sobre a teoria do neurónio, que nos primeiros anos do século XX pareciam tê-la abalado nos seus fundamentos, Cajal, depois de tentar, em vão, obter as mesmas imagens que lhe opunham os seus contraditores, e tomando como base as tentativas de Simarro para revelar as neurofibrilas, inventou, em 1903, o seu método de impregnação metálica pelo nitrato de prata reduzido, aquisição de incalculável valor para a técnica histológica (Fig. 6).

Nas mãos de Cajal e do seu discípulo Tello, nas de muitos outros histologistas de todo o mundo, entre os quais Athias, em Lisboa, o método do nitrato de prata reduzido deu novos argumentos para a teoria do neurónio, permitiu rebater as oposições atrás mencionadas e acrescentar novos factos aos já conhecidos. Com esse método, nas suas múltiplas variantes, pôde Cajal empreender novos estudos sobre a histogénese das fibras nervosas (de

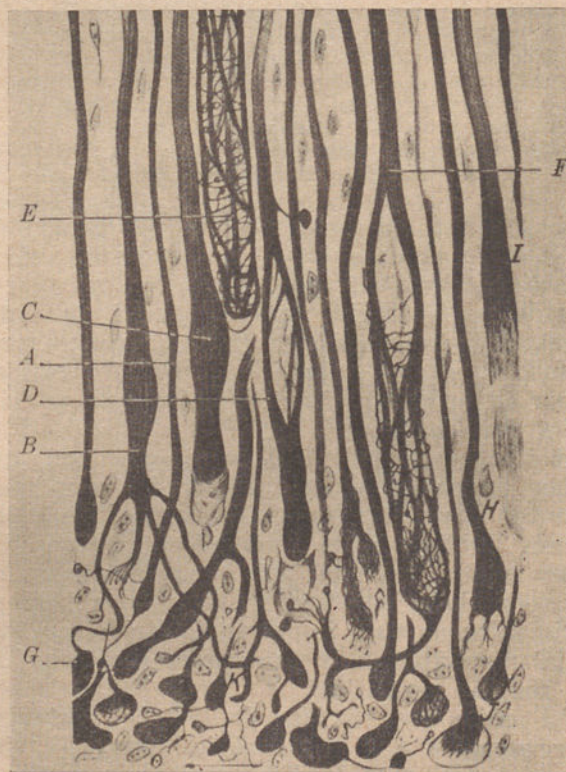


Fig. 7

Topo central dum nervo em via de regeneração. A axónio com seus botões de crescimento, ou massas terminais (G,H,K), B, axónio ramificando-se; C, axónio que não entrou em regeneração; D, fendilhação dum axónio; E, F, axónios com estruturas especiais.

que apresentara os primeiros resultados em 1906, no Congresso Internacional de Medicina de Lisboa) que depois continuou com investigações fundamentais sobre a degenerescência e regeneração das fibras nervosas (Fig. 7).

Renovando ideias antigas sobre a gênese das fibras nervosas, Hensen, Held e outros sustentavam a velha teoria catenária, segundo a qual as fibras seriam produzidas não só pelo crescimento dos axónios dos neuroblastos, como também pela junção, em cadeia, de troços sucessivamente produzidos pelas células de Schwann.

Cajal, apoiado e confirmado por outros investigadores, reduziu a nada essa hipótese catenária e consolidou a doutrina da unidade da fibra nervosa, produzida apenas pelo crescimento dos neurites.

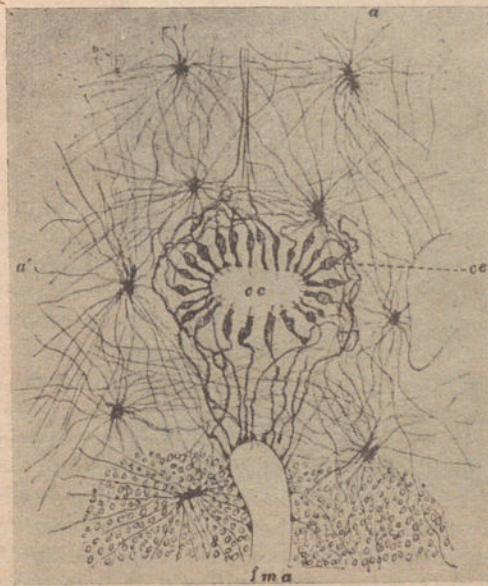


Fig. 8

Nevrógia da medula espinal, tal como Cajal a descreveu. cc canal epidurário; ce, células epidurárias; a, astrocitos

O laboratório de Cajal tornara-se, sobretudo desde a concessão do prémio Nobel, um lugar procurado pelos histologistas e neurologistas de todo o mundo. Tanto o Mestre, como os discípulos que sucessivamente foram aparecendo, após Tello, Domingo Sanches, Achúcarro, já neuropatologista sólidamente instruído por Alzheimer, Rio Hortega, discípulo imediato deste, Lafora, Fernando de Castro, Lorente de Nó, para só citar alguns dos mais notáveis e dos que por mais tempo trabalharam com D. Santiago. As técnicas de impregnação metálica permitiram esmiuçar a estrutura neurofibrilar do sistema nervoso, tanto dos vertebrados como dos invertebrados, principalmente insectos e cefalópodes. Para estudar o aparelho de Golgi (cuja importância na secreção foi apontada por Cajal) e a nevrógia, descobriram-se técnicas novas, cujos resultados abriram novos caminhos à Citologia e à Neurologia.

Não é possível, dentro dos limites deste trabalho, referir toda a extensa obra do grande histologista. Mas não quero, ao menos, deixar de lembrar que Cajal, depois de ter superiormente analisado a textura da nevrógia (Fig. 8) veio ainda a inventar um método especial, do *ouvro-sublímado*, para o estudo desse tecido em que Rio Hortega, continuando os estudos do Mestre, havia de adquirir justa celebridade.

Em Madrid tinham-se iniciado, com os estudos de Cajal sobre o cortex cerebral, o que viria a constituir depois a citoarquitectónica (Fig. 9).

À *Revista trimestral micrográfica* sucedera-se a esplêndida publicação dos *Trabalhos do Laboratório de Investigações Biológicas*, primeiro em espanhol, depois em francês.

Basta percorrer as páginas da colecção desta Revista para nos darmos conta do grande número de investigadores espanhóis e estrangeiros que nela colaboraram e da grande variedade de estudos que as técnicas da escola de Madrid iam produzindo.

Cajal passara a ser uma autoridade, não só mun-

dialmente reconhecida na Histologia e na Neurologia, como também acatada no seu país nos mais diversos domínios da cultura. A publicação, em 1897, do seu discurso da recepção na Academia das Ciências de Madrid, com o título de «Reglas y Consejos para la investigación biológica — los tónicos de la voluntad» — constituiria um acontecimento que se traduziu em sucessivas edições e traduções, pela penetrante análise das causas da fraca contribuição do seu país no trabalho científico e pela pertinência dos conselhos e sugestões para se intensificar esse trabalho, de que ele dera um glorioso exemplo.

Quando se fundou em Madrid a *Junta de Ampliación de Estudios y Investigaciones*, organismo que tão eminentes serviços prestou à renovação científica da Espanha, foi Cajal escolhido para presidente, função que conservou até à sua morte.

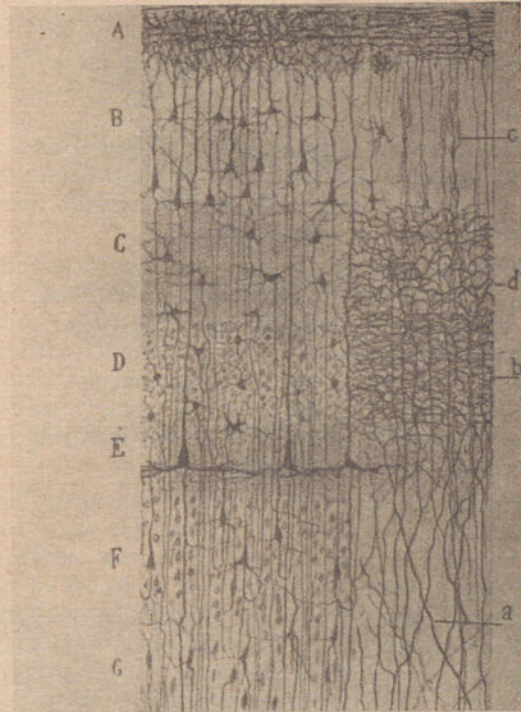


Fig. 9

Esquema da organização do cortex cerebral, (cortex visual, fenda calcarina) de um dos estudos de Cajal, precursores da citoarquitectónica cerebral. A, camada molecular; B, camada dos corpúsculos estrelados; C, camada das piramidais médias; D, camada dos grãos; E, zona das pirâmides gigantes; F, zona das células polimorfos. a, b, d, arborizações finais das fibras visuais centripetas

Honras e distinções afluíam de toda a parte, academias e sociedades científicas do mundo inteiro abriam-lhe as suas portas; títulos, prémios e condecorações não lhe faltavam. Quando, em 1922, se jubilou, admiradores e discípulos de vários países colaboraram num valioso «Libro en honor», em dois grossos volumes.

No próprio ano da sua morte, em 1934, publicou-se o último grande escrito de Cajal, que pode ser considerado como seu testamento científico.

É a memória intitulada «Neuronismo ou reticulismo» que já veio a lume póstumamente e na qual o grande histologista deu balanço crítico aos argumentos pró e contra o neurónio. É um trabalho completo, profundo, bem documentado, escrito com a mais serena equidade, digno fecho duma tão brilhante carreira.

Desde o prémio de Moscou, mais ainda desde o prémio Nobel, Cajal vivera num ambiente de prestígio e de glória.

O período de incompreensão, que para tantos grandes sábios e inventores tem sido longo e duro, fora-lhe bastante curto. Mesmo na própria terra (onde é regra não se ser profeta), Cajal obteve todos os meios de trabalho necessários e a sua voz foi constantemente solicitada e geralmente ouvida.

Honra à Espanha, que soube compreender a grandeza de um dos mais eminentes dos seus filhos.

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

Pediatria e psiquiatria da infância

ARVID WALLGREN (Estocolmo)

I — Incidência das perturbações psicogénicas na infância.

É muito frequente a crença entre os pediatras actuais, de que as perturbações psicogénicas, que requerem um consultório pediátrico ou aquelas crianças que vêm à consulta dum médico de clínica geral, são muito frequentes.

A incidência pode variar um tanto nas diferentes partes do mundo, em relação com as perturbações somáticas, mas nunca é pequena. Em Espanha, padecem de perturbações psicogénicas a quase metade das crianças que vêm à consulta particular dum pediatra ou do que tem a seu cargo a consulta externa dum hospital de crianças. Há, em todos os casos somáticos, uma sobreposição de sinais e sintomas devido à importância do psiquismo em relação com a doença somática.

Os pediatras duma geração anterior podem facilitar alguns conhecimentos acerca da menor incidência das perturbações psíquicas nos começos do presente século, e uma leitura dos relatórios da secção de doentes ambulatórios de há 50 anos demonstra a sua frequência naquele tempo; abundavam as perturbações somáticas e as doenças psicogénicas não eram muito frequentes. Tem aumentado a incidência das perturbações psíquicas e os pais são os culpados. Isto deve-se, provavelmente, a diversas circunstâncias típicas da importância da civilização em países economicamente desenvolvidos. A emigração do campo para as cidades, as dificuldades de alojamento, o trabalho das mães fora do lar, a falta de cuidados às crianças por parte dos pais, o aumento de famílias com um só filho, etc.

Não existe um número suficiente de pediatras em cada país que dedique atenções especiais a cada caso individual. As crianças doentes são muitas e os pediatras são muito poucos e demasiado dispersos. Em muitas regiões, a maior parte do seu trabalho está desempenhado por médicos de clínica geral que não estão especializados no que se refere à saúde da criança. Encontramos uma certa relação entre a psiquiatria da infância e o pediatra. Como a incidência das perturbações mentais e a necessidade duma vigilância da criança são tão grandes e os psiquiatras da infância são tão poucos, a grande maioria dos casos os tratam os pediatras ou os médicos de clínica geral.

A psiquiatria da infância é uma nova especialidade e até agora não há um número suficiente de pediatras psiquiatras. O somatório de conhecimentos que um psiquiatra de crianças deve receber é, todavia, objecto de discussão e este problema soluciona-se de diverso modo, nos diferentes países. Nós, provavelmente, nunca teremos número suficiente de experimentados psiquiatras de crianças, ou de clínicas para a infância, para as crescentes necessidades desta especialidade.

Contudo, o pediatra e também o médico de clínica geral vê-se na necessidade de tratar as crianças com perturbações psicogénicas ou dificuldades de educação. Antigamente, no tempo em que existia o médico família, ele conhecia todos os membros da família e também o seu caudal mental e a forma como os pais criavam os seus filhos, tendo uma ampla experiência acerca de como havia de prevenir ou de tratar tais perturbações e como era um bom amigo da família, era consultado frequentemente acerca destes assuntos. Nesta era de especialização desapareceu o velho médico de família tendo sido substituído por pediatras, psiquiatras infantis e por médicos de clínica geral.

II — Prevenção das perturbações psicogénicas.

Não há dúvida que o trabalho mais importante dum psiquiatra de crianças é a prevenção das doenças psicogénicas, e a dum pediatra é a de prevenir as doenças da infância, quer somáticas, ou psicogénicas. Que parte do trabalho de profilaxia das perturbações psicogénicas cabe ao psiquiatra infantil e que parte se deve considerar do domínio do pediatra?

É costume os médicos ocuparem-se mais do tratamento duma determinada perturbação do que da prevenção dessa perturbação. Antes de se aplicarem medidas profiláticas, devem conhecer-se aquelas medidas que vão contra as perturbações manifestas: sem este último conhecimento e experiência e um conceito adequado da causa originária dessa perturbação, as medidas profiláticas carecem de base. Por conseguinte, o requisito prévio é um conhecimento profundo da patogenia da doença que temos que prevenir. Diagnostica-se uma doença, faz-se uma análise e isto fornece a chave da patogenia da doença e ao mesmo tempo à forma como tratá-la. Posteriormente, este conhecimento desempenha um papel importante na prevenção da doença.

Por vezes, a profilaxia consiste em evitar que uma perturbação da criança se desenvolva, adquirindo um grave estado mórbido, guiando os pais nas suas responsabilidades educativas, aclarando os erros que se tenham cometido e explicando a sua relação com o comportamento anormal da criança.

Todos aqueles que se ocupam da profilaxia e tratamento das perturbações psicogénicas da infância, isto é, os pediatras e médicos de clínica geral, devem ter conhecimentos básicos acerca dos mais importantes princípios da profilaxia. Dum modo geral, as antigas gerações não recebiam nenhum conhecimento relativo à psicologia e psiquiatria da criança. Guiavam-se pela sua experiência e pelos estudos feitos neste sector. Contudo, é muito difícil encontrar a verdade naqueles livros que tratam da psicologia infantil ou do modo de educar as crianças; os conselhos dados por um autor são, às vezes, rebatidos por outro. Os psiquiatras da infância nem sempre estão de acordo e com certa frequência assinalam como evidentes, factos que na realidade não são mais do que teorias e frequentemente dão a impressão de que a única solução do problema da criança é seguir «*ipsis verbis*» as suas recomendações. Às vezes não dão suficiente importância ao facto de que os pais, famílias e crianças devem ser tratados individualmente.

Contudo, no presente momento há, certamente, alguns princípios importantes de educação e regras relativas às relações entre os pais e o filho, com as quais todos devem estar de acordo, e praticá-las em certos casos. Deve ser missão do psicólogo e do psiquiatra infantil ilustrar a antiga geração pediátrica e de clínica geral, acerca destes assuntos. Depois me ocuparei do problema do ensino aos estudantes e do adestramento dos pediatras neste sector da medicina.

A prevenção das perturbações devidas a uma inadequada técnica de ensino deve ser feita da mesma forma que no caso da profilaxia das doenças somáticas, isto é, por meio de informações em conferências públicas, artigos de imprensa, emissões da rádio, películas educativas e folhetos. A dificuldade desta forma de informação reside na falta de controle adequado das recomendações feitas, que às vezes ou se seguem duma forma

NOVAS INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS DA VITAMINA B₁₂

BEDOZE MIL

TRATAMENTO
DE
ESCOLHA
DAS
AFECÇÕES
NEUROLÓGICAS

VITAMINA B₁₂

MIL MICROGRAMAS
AMPOLAS

PRONTO ALÍVIO
DAS
NEVRITES DO TRIGÉMIO
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 dum
maneira geral para as gorduras).

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

INSTITUTO LUSO-FARMACO-LISBOA

NOVO



pelo



ácido diacetil pirocatecol 3 carboxílico

MOVIRENE

- Três vezes mais activo
 - Nitidamente melhor tolerado
- que o salicilato de sódio

UNION CHIMIQUE BELGE, S. A.
DIVISÃO FARMACÉUTICA
BRUXELAS BÉLGICA

Representantes
COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE
Rossio, 59-2.º Esq.º
LISBOA

diametralmente oposta ou se simplificam em grande escala os princípios. Ocorre frequentemente que aquele que tenha lido um livro popular acerca das crianças, ao ficar convencido dos métodos recomendados, julga-se preparado para divulgar em público aquilo que considera correcto. No nosso país esta informação popular tem produzido transtornos desnecessários no ânimo de muitos pais devido aos diferentes conselhos dados, e ainda às recomendações feitas terem sido mal entendidas ou mal interpretadas. Por conseguinte, esta espécie de profilaxia tem tido pouco êxito e tem contribuído para piorar o estado das coisas. A situação avalia-se pela alimentação artificial das crianças de há 3 ou 5 décadas, quando diferentes autores recomendavam diferentes tipos de misturas de leite de vaca. As mães não sabiam que pensar nem que fazer e não podiam julgar qual era o falso e o verdadeiro.

Na minha opinião, o ensino colectivo ou a informação pública, no que se refere à psicologia e educação da criança, deve ser feita somente por pessoas devidamente capacitadas e que tenham conhecimentos suficientes e experiência na matéria, devendo existir uma certa censura quanto às emissões de rádio, películas e folhetos. Em todos estes tipos de informação colectiva, a importância de dedicar a necessária atenção à individualidade da criança deve realçar-se sempre, recomendando que se consulte um médico, um pediatra, ou pessoa com experiência suficiente acerca do método a seguir na infância.

No que diz respeito às doenças somáticas das crianças, a directa e individual recomendação feita aos pais pelo médico, é a preferida. Isto pode realizar-se nos centros dedicados aos cuidados da infância. A responsabilidade das «nurses» visitantes, neste aspecto, é muito grande e muitas delas, talvez a maioria lutam com uma grande falta de conhecimentos, e por isso, tem-se mostrado um tanto renitentes ao realizar este trabalho. Às enfermeiras que cuidam das crianças ensina-se-lhes psicologia e psicopatologia infantil, o que lhes dá uma certa experiência para poderem aconselhar as mães e os filhos. Durante este ano, as enfermeiras dos centros infantis do nosso país, têm tido oportunidade de assistir a novos cursos nos quais os problemas de psicologia da criança e de adequada informação às mães a respeito de seus filhos tem sido objecto de atenção especial. Neste aspecto, tem de se fazer o ensino individual adequado acerca dos cuidados que se hão-de prestar à infância e deste modo os desvios da conduta e as desordens mentais evitar-se-iam em maior escala que até ao presente.

No nosso país, quase 90 por cento das crianças dependem dos centros infantis durante os três primeiros anos de vida. A orientação individual das mães abrange assim um período importante da vida da criança sob o ponto de vista da sua saúde mental. Com este ensino dos princípios fundamentais da higiene mental e orientação psicológica das crianças pequenas, os pais obtêm um certo caudal de experiência que podem empregar durante a idade pre-escolar da criança (três a sete anos de idade). Os oficiais sanitários dos colégios são, em geral, pediatras ou médicos de clínica geral e o que temos dito acerca da missão dos médicos nos consultórios dos doentes ambulatorios, nos centros infantis e na consulta privada, é aplicável também às suas actividades sanitárias nos colégios.

Uma parte importante da profilaxia das perturbações psicogénicas é a prevenção do trauma psíquico das crianças que ocorrem aos hospitais de crianças ou outras instituições dedicadas à infância. Quero referir-me ao muito conhecido livro de Borolby. Se o mau efeito produzido na criança pela brusca separação de sua mãe se exagera e, segundo a minha experiência, a admissão de crianças pequenas nos hospitais estabelece um grave estado emocional da criança e produz temporariamente, modificações da conduta e depressão mental. Os pediatras, geralmente, não têm dedicado a suficiente atenção a este assunto e devem, por conseguinte, fazer tudo para facilitar a regulação do menino e evitar os transtornos mentais devidos a um inadequado regime hospitalar.

A profilaxia das perturbações psicogénicas que tem produzido danos na infância e se estende para além dela, é de importância para o balanço mental futuro.

III — Tratamento dos transtornos mentais da infância.

Como não é possível para o psiquiatra experiente tratar mais do que uma pequena percentagem de todas as crianças que padecem de perturbações psicogénicas, ou que necessitam de

cuidados especiais, a capacidade do psiquiatra infantil como especialista em conhecimentos profundos e experiência, seria preferível que ficasse limitada aos casos mais graves. O seu tempo e a sua experiência são de grande valor para que o empregue em simples casos de oligofrenia ou em análises de vulgares perturbações psíquicas. A sua equipa de trabalho, o psicólogo, o ajudante social, o terapeuta encarregado de regularizar os jogos, etc., é demasiado valiosa para a utilizar nos casos mencionados, e deve ser empregue naqueles que estejam à altura da sua experiência e mereçam ser tidos em consideração. A discussão seguinte tentará traçar a linha divisória entre o raio de acção do pediatra e o do psiquiatra infantil, ao tratar as desordens funcionais.

As perturbações funcionais durante o período neonatal e primeira infância, isto é, as perturbações das relações mãe-filho, devidos a um trauma natal e a prevenção destas perturbações, pertencem ao pediatra. O que se refere ao desenvolvimento somático e psíquico da criança e à influência dos factores médicos, sociais e psicológico-emocionais e valorização das aberrações estão no raio de acção das actividades do psiquiatra. O pediatra, por conseguinte, deve estar em condições de desenvolver os testes correntes e conhecer a sua limitação.

As doenças psicogénicas típicas e os desvios de conduta devem tratar-se, desde logo, por pediatras. Refiro-me à anorexia, perturbações do sono, enurese, cólica umbilical, obstipação funcional, etc. Por meio duma simples entrevista com a mãe, pode-se visionar o mecanismo da perturbação, visto que, habitualmente, segue linhas gerais e pode ser curado, aconselhando os pais acerca dos cuidados que hão-de dispensar aos filhos, recomendando certo regime ou determinado medicamento.

Todavia, por vezes, o fundamento do mecanismo psicogénico é de natureza muito complicada e as recomendações feitas pelo pediatra não têm êxito. Estes casos podem ser solucionados pelo psiquiatra infantil para uma análise mais ampla dos factores psicogénicos, responsáveis pelo desenvolvimento da perturbação. Com a colaboração dos seus auxiliares, o psiquiatra infantil tem muito mais possibilidades de encontrar a causa psicogénica da perturbação. Por meio de entrevistas repetidas com os pais da criança e utilizando os diferentes meios de que dispõe uma clínica infantil, a criança tem muito mais possibilidades de recuperar a saúde.

Especialmente nas chamadas doenças psicossomáticas, ou seja, colite ulcerosa, vômito acetonémico e asma, a análise do fundamento das perturbações mentais feita pela equipa dum psiquiatra é geralmente necessária para instaurar um tratamento adequado que garanta as melhoras, o mais rápidas possível, da doença somática.

O grupo de perturbações psiconevróticas na infância e, especialmente, os da puberdade correspondem, segundo a minha opinião, ao psiquiatra infantil. Pelo contrário, grande número de oligofrenias de origem genética, endócrina, anóxica ou traumática são, em geral, fáceis de analisar, avaliando-as sob o ponto de vista do prognóstico e devem ser tratadas pelo pediatra ou pelo médico de clínica geral. Os casos imprecisos ou os mais complicados devem ser transferidos pelo pediatra ao psiquiatra infantil.

IV — O ensino da psicologia e psiquiatria infantil ao pediatra.

É necessário que o psiquiatra durante o período da sua especialização adquira conhecimentos suficientes de psicologia e psicopatologia infantil que o tornem apto a tratar grande número de simples perturbações mentais e perturbações psicogénicas, que se hão-de apresentar na prática. Um requisito prévio é que o clínico com o qual haja práticas pediátricas seja de mentalidade psicogénica e que o período de estudos post-graduados teóricos e práticos não seja demasiado curto.

No nosso país o futuro pediatra tem que trabalhar como interno durante cinco anos. A minha clínica dispõe duma secção de orientação infantil com o seu chefe psiquiatra infantil auxiliado por internos e pelos necessários ajudantes. A cooperação do pediatra interno e do de orientação infantil é excelente e quase diária; os pediatras internos têm discussões e consultas com o psiquiatra infantil. Além disso, fazem-se demonstrações e conferências científicas em que colaboram os psiquiatras e os

pediatras internos. Para facilitar a compreensão dos problemas que se põem nestes dois sectores de saúde da criança e dar ao pediatra algum conhecimento especial acerca dos métodos empregados numa clínica de orientação infantil e ao psiquiatra infantil a experiência necessária em pediatria geral somática, tem-se introduzido desde há anos um sistema de intercâmbio entre os internos destes departamentos. O futuro pediatra toma a seu cargo o trabalho do interno do departamento psiquiátrico durante seis meses. Se bem que este período seja curto, aqueles que já disfrutaram o sistema de intercâmbio, têm-se mostrado muito satisfeitos com os resultados obtidos.

No futuro, todos os pediatras que queiram praticar numa clínica desta especialidade devem ter contacto com a clínica de orientação infantil. Isto habilita o futuro pediatra a receber alguns conhecimentos básicos de psicologia infantil, para ava-

liar o trabalho do psiquiatra e saber quais são os seus limites, ao prevenir e tratar as perturbações psíquicas. Aprende também a dedicar tempo suficiente às suas entrevistas com a mãe da criança que padece de perturbações mentais, escutando-as para procurar descobrir a origem dessas perturbações.

A educação e adestramento dum psiquiatra infantil na Suécia, consiste em residir durante um ano num departamento pediátrico, um ano num hospital de psiquiatria geral, dois anos de residência numa clínica de orientação infantil e um quinto ano praticando num departamento neurológico e de medicina interna ou pediatria.

(«Revista Española de Pediatría», n.º 50 de 1953 — Extractos).

O potássio em terapêutica

M. CHARNIOT

II — INDICAÇÕES MAIS RARAS

Desde há muito tempo que se conhece a maior parte das propriedades fisiológicas do potássio. Tendo permanecido na obscuridade pelo facto da sua banalidade, foi só há uma dezena de anos que suscitou interesse por parte dos médicos.

Clinicamente, a hipopotassemia manifesta-se por uma sintomatologia de empréstimo, objectivada por perturbações do tónus muscular (adinamia, diminuição dos reflexos, paresias), perturbações da consciência (sonolência, coma), respiração rápida e superficial, perturbações cardíacas cuja tradução electrocardiográfica é patognomónica.

As perturbações electrocardiográficas são tais que permitem fazer o diagnóstico e seguir a evolução duma hipopotassemia tratada.

A terapêutica da hipopotassemia consiste essencialmente em administrar o potássio cujas indicações clínicas são de duas ordens:

I — INDICAÇÕES CORRENTES

Estão comandadas pelos factores de hipopotassemia à frente dos quais as perdas potássicas constituem um parágrafo importante de patologia do potássio.

São os *vómitos prolongados*, em especial os *vómitos incoercentes com cetose*, no decurso dos quais têm-se observado acidentes graves, de ordem mental muitas vezes mortais. Na maioria dos casos o cloreto de potássio administrado de urgência mostra-se eficaz.

A importância da perda de potássio no decurso das *diarreias* e dos *síndromes coleriformes na criança* tem sido posta em evidência por Darrow. O cloreto de potássio, nestes casos, leva rapidamente à cura e baixa a taxa de mortalidade infantil, ainda muito elevada, apesar dos progressos terapêuticos destes últimos anos.

As deficiências em potássio são igualmente frequentes no decurso do *período post-operatório*. A quantidade de potássio perdida nas urinas do operado é mais importante que no decurso dos fenómenos de catabolismo celular. Esta perda, que é bastante nítida nas primeiras 48 horas, é facilmente reparada pela absorção dum sal de potássio até que a potassemia volte ao normal. Alguns cirurgiões incorporaram o potássio ao «cocktail» medicamentoso utilizado para a preparação dos operados.

Também os tratamentos pelo A.C.T.H. e pela cortisona acompanham-se duma hipopotassemia que se deve conhecer e prevenir. É devida a uma hiperactividade das suprarrenais provocada, perturbando o equilíbrio electrolítico do organismo.

No decurso dos tratamentos por estas hormonas, sobretudo se eles são prolongados e em doses fortes, Thorn recomenda a administração regular e simultânea de 2 gr. de cloreto de potássio por dia.

Observa-se igualmente a hipopotassemia no decurso do coma diabético tratado. A patogenia é complexa e os factores intervenientes numerosos: acidose, vómitos, hemodiluição pela administração de grandes quantidades de soro cloretado hipertónico. Muitas vezes, pela 8.ª hora, é-se levado a prescrever alguns grammas de cloreto de potássio.

O *tratamento dos edemas pelas resinas* está na ordem do dia. A maioria dos autores, entre os quais De Gennes, Laroche e colaboradores, reconhecem que o maior obstáculo à utilização das resinas deve-se ao aparecimento quase constante duma baixa importante da potassemia. Ela cede notavelmente à administração sistemática de cloreto de potássio *per os*.

O cloreto de potássio tem sido recentemente recomendado por J. E. Buff nas *intoxicações pela digitalina*, na dose de 5 a 10 grs.

Nalguns casos têm-se prescrito com a digital, sem que se observe alguma intoxicação.

Os trabalhos mais recentes têm posto em evidência o papel importante que desempenha o potássio no decurso da evolução da *poliomielite* e insistem na necessidade de dar potássio a todo o doente atingido por esta afecção.

A posologia média de potássio é de 2 a 3 grs. por dia sob a forma de *cloreto de potássio e unicamente «per os»*. Este imperativo necessita duma explicação e leva-nos a abordar o problema da toxicidade do potássio.

H. Plattner, de Genebra, lembra-nos que a toxicidade do potássio começa a manifestar-se na clínica quando a taxa sérica atinge 300 mgrs. por litro. Uma só dose de 8 grs. de potássio (ou seja quase o dobro de cloreto de potássio) eleva a potassemia apenas em cerca de 40 mgr. por litro. Evidentemente que as doses de utilização estão longe de atingir as doses perigosas.

Além disso, a excreção renal (obrigatória exerce um efeito tampão porque, mesmo que a entrada de potássio seja nula, existe uma certa diminuição permanente deste electrólito. Uma sobrecarga de potássio é eliminada imediatamente pelos rins normais, mesmo que o indivíduo não esteja privado dele.

Mas quando se injecta uma dose excessiva dum sal de potássio, geralmente o fosfato, por via endovenosa pode produzir-se uma hiperpotassemia perigosa. Evitando esta via, o cloreto de potássio permite obter frequentemente, resultados entre os mais espectaculares que nos seja dado observar e cujas publicações abundantes fazem justamente alarde.

(«La Semaine des Hopitaux de Paris» — n.º 66 de 30 de Outubro de 1953).

S U P L E M E N T O

CARTAS DA AMÉRICA

ESTE MEU CONFORTÁVEL «PEQUENO MUNDO»...

(Ao Dr. Ant6nio da Silva Leal)

A travessia do Atlântico, instalado numa cabine de primeira classe dum simpático barco italiano, é um belo período de férias. Passada a primeira noite, toda a gente se conhece e a conversa recai, invariavelmente, no estado do tempo, no programa do cinema de bordo e nas pequenas tragédias individuais do inevitável enjoo.

Durante os oito dias e oito noites que durou a viagem para Nova-Iorque, Philip, americano de Iowa, foi um excelente companheiro. Devo-lhe as minhas primeiras lições de «americano», lições demoradas que se prolongavam pela noite dentro, cotovelos fincados no balcão do *bar* e que modificaram profundamente certo «british accent» de que me sentia tão orgulhoso antes de partir... Era dois palmos mais alto que eu, ombros largos, um rosto de expressão enérgica, decidida. Quando o barco fundeou no Hudson, perto da meia-noite, subimos ao *deck* superior. Soprava vento rijo e chuviscava. Philip apertou-me o braço e apontou a silhueta escuríssima que se via em frente:

— «*That's Manhattan, Doc!*»

A mole imensa e negra erguia-se lá adiante, erigida de agulhas agressivas. Os faróis riscavam arabescos amarelos no escuro e o badalar das boias de sinalização sonora perdia-se num longínquo tocar a finados. *Aquilo* — era New York, «The greater New York»!, escondida por detrás das ameias dos arranha-céus e do nevoeiro denso e baixo. À minha volta, outros vultos encapotados presenciavam o espectáculo nocturno oferecido pela grande urbe. A Estátua da Liberdade, para a esquerda, não tinha facho, oculto, o cimo, nas nuvens negras que pesavam o ar. À direita e encostado à amurada, a silhueta unicéfala dum par amoroso. Estava frio. Enregelava-se. Apalpei nos bolso a carteira do passaporte,

as minhas credenciais, a meia dúzia de dólares que levava. Experimentei acender um cigarro, contra o vento. E, de repente, senti-me só, sem pontos de referência, como que *atirado-para-ali*, sem meu consentimento. Nova Iorque mostrava-se bem diferente da que eu conhecia dos documentários de «actualidades». Era um escuro, uma fortaleza, uma cidade que logo ao primeiro contacto, se recusava. Realmente, há cidades que se oferecem, quase sem resistência: a gente chega à estação, olha em redor e tudo está ali, pronto a dar-se sem nada exigir. As ruas e as praças estão cheias de pessoas familiares. Toda a gente é como toda a gente, a tagarelar, a fazer compras, a dizer graças à menina dos cabelos loiros da tabacaria. Em outras latitudes, em outra linguagem embora, é o dia-a-dia de sempre, a tranquilizadora banalidade da loja do barbeiro, logo ali, ao voltar da esquina... Nova Iorque era um mundo novo. Vi-me a procurar um hotel por detrás das ameias aguçadas, a vaguear sem rumo, quase em pânico, pelas ruas enormes, lado a lado com pessoas estranhas, a caminhar freneticamente não se sabe para onde, nem para quê. Os arranha-céus, os faróis, os «ferry-boats» que pareciam fogos-fátuos a salpicar de pontos luminosos o negrume, tudo aquilo era a ruptura, a solução de continuidade, o pânico! Desejei voltar para trás e submergir tudo outra vez naquele confortável pequenimundo, em que tudo funciona sem atritos, na sedosa suavidade dos dias sem futuro. (*Que bom a gente sentar-se na cadeira do barbeiro, cruzar molemente as pernas e receber com ar beatífico, a bênção do quotidiano!*) Honestamente: tive medo. Abafei um crepitar íntimo de aventura, uma angústia esquisita que parecia querer invadir-me e repousei,

aliviado, na lembrança do sr. Silva, fornecedor de mercearias...

Embiocado até às orelhas no avantajado sobretudo, Philip falava-me agora, da Broadway, da «sua» Broadway para onde regressava depois dumas férias passadas na Europa («*I mean, Paris, of course!*»). Esperavam-no as horas febris no escritório da «for'y second street», o mesmo auto-carro das 8 da manhã, a mesma corrida para o elevador — aquela vida tensa, frenética, em que é preciso a gente aturdir-se desesperadamente, para se não estar só, perdido, lançado-para-ali, entre oito milhões de seres humanos. Falava-me daqueles «party» de Sábado, das longas horas passadas no balcão dos bares, a ouvir os «blues» de Jimmy, no piano, por entre o fumo denso dos cigarros e a voz quente de Martha, que parecia acariciar nas inflexões lânguidas:

«*I'm in love with you, darling!*
«*I love you so much!*»

Philip suspirou. Ficou silencioso por um momento, como que perdido, talvez a saborear lá dentro, a graça felina da cantora. Pareceu-me triste, súbitamente envelhecido, como se tudo aquilo fosse vazio, inútil, sem interesse. Para Philip, o regressar significava o tumulto na rotina entorpecente de todos os dias. Tudo ali estava pronto a amarrá-lo, a afundá-lo no vácuo, na tristeza imensa dum vida absurda que se esforça desesperadamente por encontrar um sentido: — o escritório, os «party», os «blues» de Jimmy a escoarem-se, languescentes, no ambiente azulado do *bar*, as cefaleias brutais de Domingo de manhã...

Quando, dias depois, num hotel da Broadway, vi o sol espreitar pela janela do meu quarto, compreendi, dolorosamente, o drama do isolado que vive entre a multidão de isolados,

NO PORTO

Distribuição de enxovais na Maternidade Júlio Dinis

na tremenda soledade de todos os possíveis; compreendi quanto era temido, mais que todos os outros, esse fantasma que persegue o homem moderno: *estar só*.

(«I am alone, alone, alone...»)
(«Just me and my shadow!...»)

O homem que tanto se orgulha do *progresso* é que esqueceu aqueles recursos interiores, aquela força íntima e possibilidade de *comunicação autêntica*, que poderiam ser a base de relações inter-humanas mais construtivas e duma vida social menos vazia. Esse pobre homem que, mal o tagarelar esmorece ou o intervalo se alarga, no ritmo dos «party» ou das canções de Martha, logo se torna presa fácil da angústia, desse indefinível estar-só-no-mundo, trágico e absurdo!

Lembro-me duma dessas reuniões onde um «rádio» barulhento servia de fundo às conversas que ninguém ouve e às perguntas a que ninguém responde, de permeio com o entrecocar de frases e dos copos de *whisky*. Quando, numa brusca decisão, fechei o aparelho, houve um instante de silêncio — eu ia dizer, um instante de pânico! Voltaram-se para mim olhos súplices; parecia que uma ameaça terrível tinha paralizado, súbitamente, os gestos e as palavras. Eu próprio fiquei surpreendido e expliquei:

«— *Mas se ninguém estava a ouvir!*»

E logo a resposta surgiu, ainda ansiosa, ainda a trair um medo profundo, incompreensível:

«*It doesn't matter, Doc. Put it on, again! Let's have fun!*»

*

Estávamos há muito tempo sós, no *deck* e já era muito tarde quando descemos para a cabine. Nessa noite, tomei cinquenta miligramas de *nembutal*.

New York, 1953.

AMILCAR MOURA

Na Maternidade de Júlio Dinis, realizou-se no dia 17 do corrente a distribuição de 88 enxovais a algumas mães indigentes, que, no ano de 1953, frequentaram assiduamente os diversos postos de assistência do Instituto Maternal do Porto.

Presidiu ao acto o Dr. Braga da Cruz, Governador Civil do Distrito, que foi recebido, no átrio da Maternidade, pelo Dr. João Espregueira Mendes, director do Instituto Maternal, e pelos médicos daquele estabelecimento de assistência materno-infantil, Drs. Óscar Ribeiro, Gonçalves de Azevedo, Carlos Areias, Antunes de Azevedo e Paulo Sarmento e pela comissão de senhoras que promoveu a execução dos enxovais, e a que preside a sr.^a D. Teresa Ortigão Espregueira Mendes. Ladeando o chefe do distrito, na mesa de honra, sentaram-se os srs. Dr. António Paúl, representando o Dr. Mário Cardia, director do Dispensário de Higiene Social; padre Brochado, capelão da Maternidade; Dr. Marques dos Santos, do Instituto Maternal de Rio Tinto; Dr. Mário Cardoso, do Instituto da Assistência Nacional aos Tuberculosos; e Dr. João Espregueira Mendes.

Aberta a sessão, o Dr. Espregueira Mendes, depois de agradecer a presença do sr. Governador Civil do Porto, pôs em relevo «as suas qualidades de inteligência e de carácter, tantas vezes já evidenciadas no desempenho das suas funções». Destacou a seguir o trabalho e dedicação com que um grupo de senhoras — D. Maria Augusta Gonçalves de Azevedo, D. Helena Maças Ribeiro, D. Maria Alzira Areias, Dr.^a Angelina de Sousa, Dr.^a Cesarina Lira e, ainda, a gerente da Maternidade — trabalhou para a efec-

tivação da caridosa cerimónia a que ia proceder-se. Fez votos para que continue, meritòriamente, na sua magnífica obra de amparo moral e material.

Seguidamente, o ilustre Director do Instituto Maternal deteve-se na apreciação do principal objectivo da festa, para dizer às mães que frequentam a assistência materno-infantil do Instituto que é necessário que acorram com frequência aos seus Postos, cumprindo, integralmente, as prescrições que lá lhes são indicadas, «desde o início da concepção até aos sete anos de idade dos seus filhos». «A mortalidade infantil tem diminuído duma maneira notável—afirmou—mas é necessário que decresça ainda mais».

No final, o Dr. Braga da Cruz sublinhou o significado do acto que estava a realizar-se, afirmando que há necessidade de se conjugarem todos os esforços no sentido de as mães conhecerem os serviços do Instituto Maternal e ali aproveitarem simultaneamente os benefícios respectivos, dia a dia mais perfeitos mercê da orientação que o Dr. Espregueira Mendes lhes vem imprimindo.

O Chefe do Distrito, por último, pôs em foco a propaganda que, no sector materno-infantil, se vai fazer, na próxima semana, em Lisboa, e manifestou o desejo de ver a obra assistencial do Porto em franco progresso

Seguiu-se a distribuição dos enxovais para crianças, de ambos os sexos, pelas mães que frequentaram com assiduidade os postos post e pré-natais do Instituto Maternal do Porto — uma obra assistencial que, em verdade, a cidade ainda não conhece em toda a sua latitude, nem mesmo ajuíza dos seus serviços — a todos os títulos modelares.

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

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

ESTOMATOLOGISTAS E PROTÉSICOS

De Coimbra, solicitam-nos a publicação dos seguintes documentos:

Ex.^{mo} Senhor Presidente do Conselho Geral da Ordem dos Médicos

Coimbra

Ex.^{mo} Senhor:

Os abaixo assinados, representando um grupo de Estomatologistas de Coimbra, vêm novamente perante V. Ex.^a solicitar a intervenção da Ordem dos Médicos no intuito de evitar que os protésicos dentários, que exercem ilegalmente a Medicina, consigam legalizar a sua actividade prejudicial aos interesses do público em geral e da classe médica em especial.

Receiam, os abaixo assinados, tendo em consideração o facto de cursos existentes no estrangeiro e que não têm equivalência em Portugal, poderem ser equiparados pelo Ministério da Educação Nacional, isso possa ser utilizado no sentido de protésicos que frequentaram, por curto prazo, uma Escola em Paris, sem categoria oficial em França, venham a ser autorizados a exercer uma actividade que na própria França lhes estaria negada em virtude da ínfima e ilegal categoria desse pseudo-curso.

Nestes termos, pedimos que junto do Conselho Geral da Ordem insista no sentido de que ao Ministério da Educação Nacional chegue esta informação, no intuito de evitar que o referido Ministério, inadvertidamente legalize uma situação manifestamente atentória dos legítimos interesses da classe Médica e do espírito das leis vigentes.

Esperando que este assunto mereça de V. Ex.^a o interesse que costuma dispensar a todos aqueles casos que dizem respeito ao prestígio da classe Médica, confiamos esta exposição inteiramente convictos de que V. Ex.^a não deixará de actuar da melhor forma possível, em defesa da justiça e da moral.

Coimbra, 4-1-1954.

aa) *David Martins Baptista, Luís de Sousa Lopes Horta e Costa, Virgílio Almeida de Alcântara Carreira.*

Ex.^{mo} Senhor Presidente do Conselho Regional da Ordem dos Médicos

Um grupo de Estomatologistas de Coimbra informa V. Ex.^a do seguinte:

Os protésicos dentários, depois de várias tentativas fracassadas para conseguirem obter o Diploma de Odontologistas, mais uma vez voltam à carga para ver se o conseguem.

Por informações certas, encontram-se em Paris, várias dezenas desses senhores para conseguirem o Diploma de uma Escola dentária particular que, a troco de uns milhares de francos e uns meses de pseudo-estágios, se prestará a isso. Evi-

dentemente que esse mesmo diploma não tem em França qualquer valor legal e servirá apenas para «Português ver» ou seja conseguir deitar poeira nos olhos das entidades oficiais que seriam assim levadas em erro. Para dar uma pequena ideia do valor desse diploma, basta saber que em França, nessas Escolas, apenas se podem matricular indivíduos que lá se encontram na maior parte, pelo menos, não têm mais do que o exame de instrução primária. Além disso em França, nessas Escolas os alunos têm que fazer exames na Faculdade de Medicina, o que estes também não podem fazer.

Consta-nos que estes indivíduos estão inscritos irregularmente no Sindicato dos Odontologistas. Será verdade?

Consta-nos que com esse diploma, ou melhor pseudo-diploma, esses indivíduos serão autorizados a abrir consultórios. Será verdade?

Gostaríamos de ser esclarecidos sobre estes assuntos, não para pretendermos tirar o pão seja a quem for, pois estes senhores na sua actividade de protésicos o têm por nós absolutamente garantido, mas sim para nos defendermos a tempo de prejuízos que seguramente nos trariam e também para prestígio da Classe Médica e em especial da Estomatologia, que por lei do nosso País não pode ser exercida senão por diplomados em Medicina e com o curso de especialidade com o respectivo exame final. Tudo isto representa, pelo menos, 16 anos de estudo, depois da instrução primária, claro.

Esperando que este assunto mereça de V. Ex.^a o interesse que é costume dispensar a todos os casos que digam respeito aos interesses da Classe Médica, e o seu prestígio, entregamos nas suas mãos esta exposição para V. Ex.^a proceder da forma que achar mais conveniente.

A Bem da Nação

Coimbra, 4 de Dezembro de 1953.

aa) *David Baptista, Virgílio Carreira, Horta e Costa, Ranito Pessoa, Chaves de Carvalho, Célia Leite, António Melo, Manuel Frota, Cavaco, etc.*

TRIBUNA DO MÉDICO CONSULTAS

Perguntas

O colega Dr. J. A. C. M., dos Açores, deseja saber:

1.º — Há disposições posteriores aos Códigos do Registo Civil e Administrativo, autorizando os médicos municipais ou os subdelegados de Saúde a exigir honorários e transporte, para a verificação de óbitos?

2.º — Quais as penalidades em que, em caso negativo, incorrem os referidos médicos, por cobrarem honorários ou exigirem transporte, para verificarem, por sua iniciativa, os óbitos, no seu partido ou fora dele?

Respostas

1.º — Não conheço.

2.º — Variam, conforme as circunstâncias; para não alongar, aconselho a leitura dos art.ºs 314 a 316 do Código Penal, que deverão dar suficiente ilucidação.

A. CARNEIRO

DOENÇAS DO FÍGADO E DAS VIAS BILIARES



COLEREPA

COLARÉTICO E COLAGOGO

A BASE DE

Ácido deidrocolico e hexametilenatetramina

Boião 33\$00



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

A MEDICINA EM S. BENTO

Discurso do Dr. Santos Bessa na Assembleia Nacional— A mortalidade infantil—A luta anti-tuberculosa— Os problemas sanitários de Coimbra

Recomeçamos hoje, arquivando nas colunas de «O Médico» o notável discurso que o nosso ilustre amigo e brilhante colaborador Dr. Santos Bessa proferiu no dia 12 de Dezembro último na Assembleia Nacional, esta secção, na qual se regista tudo que, com interesse para a medicina, se passa na Assembleia Nacional e na Câmara Corporativa. Supomos que, na actual legislatura, os problemas médico-sociais vão ser largamente abordados, a começar pela exposição e discussão do aviso prévio do ilustre deputado Prof. Cid dos Santos — que, só esse, deve dar motivo a numerosas e importantes intervenções. As nossas Assembleias legislativas darão assim o verdadeiro valor aos problemas sanitários — dos mais importantes que se poderão abordar, a bem da Nação. São numerosos os médicos — e dos mais distintos — que fazem parte da Assembleia Nacional; e a Câmara Corporativa conta também figuras distintas da nossa medicina, embora lamentemos que o seu número não seja mais elevado, como se torna necessário; aqui também são necessários especialistas dos vários ramos das actividades médicas. Muito tem a esperar o país da actividade desses ilustres médicos, deputados e procuradores, que, juntamente com outras distintas personalidades que fora do campo da medicina também se interessam pelos problemas da medicina social, procurarão, sem dúvida, cooperar com o Governo para valorizar a grei portuguesa num dos aspectos mais transcendentos: a saúde.

Eis o discurso do Dr. Santos Bessa:

Sr. Presidente: ao usar da palavra pela primeira vez nesta legislatura quero apresentar a V. Ex.^a os meus mais respeitosos cumprimentos pelo alto cargo que legitimamente conquistou dentro desta Assembleia, e que é fruto da sua brilhante inteligência e do seu fino espírito.

Aproveito a oportunidade para dirigir a todos os colegas antigos e novos os meus cordiais cumprimentos.

Sr. Presidente: não quero deixar de aproveitar a oportunidade que me oferece a discussão desta Lei de Meios para 1954 para pôr, perante V. Ex.^a e esta Câmara, certos aspectos do problema sanitário nacional, respeitantes às Direcções-Gerais da Assistência e de Saúde.

Não estranhem VV. Ex.as que me confine a este sector dos aspectos político e económico da defesa da saúde e da vida dos nossos concidadãos. Sendo médico, entendo que impende sobre mim a obrigação de dizer o que penso a tal respeito.

A saúde é um dos direitos fundamentais de todo o ser humano e a saúde de todos os povos é condição essencial da paz do Mundo, diz-se na Carta da Organização Mundial da Saúde, a que aderimos. No artigo 6.º da nossa Constituição claramente se determina que incumbe ao Estado «zelar pela melhoria das condições das classes sociais mais desfavorecidas, procurando assegurar-lhes um nível de vida compatível com a dignidade humana». A defesa da saúde pública é também obrigação constitucional.

Esta, no conceito de Winslow, é «a

ciência e a arte de prevenir a doença, de prolongar a vida e de favorecer a saúde física e a eficiência individual, graças aos esforços metódicos da colectividade, tendentes a realizar a salubridade do meio, a combater as infecções que a ameaçam, a ensinar a cada pessoa os princípios de higiene individual, a organizar os serviços médicos e de enfermagem que permitam o diagnóstico e o tratamento precoce da doença, a estabelecer condições sociais para assegurar a cada membro da colectividade um nível mais favorável à manutenção da sua saúde».

A saúde pública tem um alto valor económico e é nela que «assentam a felicidade do povo e o poder do Estado» (Disraeli).

Não há, pois, que lamentar o dinheiro que o Estado haja que destinar ao aperfeiçoamento da defesa da saúde pública, porque ele ser-lhe-á restituído com avultados juros nas vidas que se pouparem, nas doenças que se evitarem e com cujo tratamento não há que gastar e nos braços que, por motivo da doença, não forem roubados ao trabalho.

As despesas com a defesa da saúde em obras de profilaxia são largamente compensadas por muito maior redução nas despesas com a assistência à doença. A profilaxia é em toda a parte mais económica do que a doença.

Sempre que das verbas investidas na defesa da saúde pública resultem melhores condições de vida, menor número de mortes prematuras, mais reduzido número de débeis, menores taxas de invalidez e de morbilidade, essas verbas valem como as das melhores obras de fomento da Nação.

A morte prematura é um roubo feito

à Nação, porque a duração da vida humana tem uma alta expressão económica. É tão importante que se afirma que, se a morte ocorre antes dos 15 anos, ela representa grave perda para a sociedade; quando se regista aos 40, já se considera haver nítido benefício, e, se se verifica só aos 75, então esse benefício duplica.

A luz destas ideias, ofereço à meditação do País estes números: a Nação perde em cada ano entre 26.000 a 34.000 crianças com menos de 15 anos!

A forte morbilidade pesa ainda mais intensamente na economia das nações do que a morte prematura.

Na Rodésia do Sul o paludismo tem à sua conta uma redução de 5 a 10 por cento da mão-de-obra total do País, coincidindo com a época de mais intensos trabalhos agrícolas, e na Índia e no Perú causa prejuízos avaliados em 28 milhões de dólares.

A bilharziose desfalca todos os anos o Egipto em cerca de 7 milhões de dólares.

Nós não sabemos o valor económico representado entre nós pela febre tifóide e por outras graves doenças evitáveis que nos açoitam. Só temos três cálculos respeitantes às mortes por tuberculose: um do Prof. Lopo de Carvalho, feito há cerca de quinze anos e que computava em 500.000 contos anuais o prejuízo ocasionado pela morte nos nossos 15.000 tuberculosos; outro do Dr. Simões Ferreira, que aponta para as 12.000 mortes por essa doença, e ao preço dos salários de há dois anos, um prejuízo anual de 800.000 contos; o terceiro, um trabalho publicado no *Boletim dos Actuários Portugueses*, calcula a morte de cada tuberculoso como representando um pre-

juízo médio de vinte e nove anos de trabalho, ou seja (tomado por base o vencimento dos trabalhadores abrangidos pelos organismos de previdência em 1951) um desfalque de 230 contos de salários perdidos.

Para este último cálculo só se tomou por base a mortalidade por tuberculose ocorrida em 1949-1950 em indivíduos entre os 15 e os 70 anos. Os seus autores consideram superior a 500.000 contos o prejuízo que resulta da incidência da tuberculose sobre a massa trabalhadora abrangida pelos organismos de previdência.

Como neles não está abrangido senão $\frac{1}{7}$ da população portuguesa (trabalhadores e familiares) e mesmo admitindo que na que não está abrangida as proporções dos prejuízos sobre os indivíduos sejam diferentes, já podemos ver qual o prejuízo real que esta doença traz à Nação inteira.

Nestas breves notas fica claramente assinalada a alta importância da saúde pública na vida económica da Nação, e daí a imposição que me respeita de a expor nesta Câmara, com toda a verdade.

Ela reclama da parte do Governo uma mais cuidada atenção na execução do programa da Revolução Nacional. Isto, porém, não significa que eu esqueça ou queira ocultar que, neste quarto de século da Revolução Nacional, fizemos uma profunda reforma e demos um notável impulso à assistência e à saúde pública — os maiores dos nossos oito séculos de história.

As considerações que vou fazer respeitam especialmente aos artigos 18.º, 23.º e 24.º da Lei de Meios.

O primeiro refere-se à política de valorização humana e garante o desejo de elevar a verba destinada à comparticipação nos encargos e sustentação dos

serviços de protecção à maternidade e à primeira infância, de harmonia com o programa a aprovar pelo Governo.

Já por mais de uma vez puz perante esta Câmara, em termos claros, a aflitiva e vergonhosa situação da nossa assistência materno-infantil. No nosso I Congresso de Protecção à Infância, que se realizou há pouco mais de um ano, voltei a apresentar, com a mesma rudeza, a nossa angustiosa situação. O Congresso, em que participaram os catedráticos de Pediatria e Obstetria e muitos pediatras, obstetras, professores e outros profissionais que se interessam pelos problemas da mãe e da criança, aprovou votos que foram entregues ao Governo oportunamente e que constituem um largo programa de acção, de cuja execução há-de resultar, seguramente, a total transformação do nosso panorama nacional em matéria de protecção à maternidade e à infância.

A estes apelos e a estes votos responde o Governo com este artigo 18.º, que constitui uma clara demonstração do desejo de dar um novo impulso à política de protecção à mãe e à criança. Não se compreendia, portanto, que eu deixasse de trazer aqui, a propósito desta Lei de Meios, não só o meu mais profundo agradecimento ao Governo, como o meu mais caloroso aplauso ao ilustre Ministro das Finanças, que, com tão larga visão de estadista, meteu ombros a nova fase de política nacional.

E digo novo impulso porque não ignoro que ao Governo do Estado Novo se deve uma verdadeira revolução no campo da assistência materno-infantil.

A esta obra de Salazar ficam ligados os nomes do Dr. Dinis da Fonseca e do Dr. Trigo de Negreiros.

Não vale a pena recordar aqui os termos angustiosos em que o Prof. Alfredo da Costa, em 1906, se referia

àquela mansarda do Hospital de S. José a que pomposamente se chamava Maternidade de Santa Bárbara, nem as palavras com que o Prof. Costa Sacadura, ainda não há muitos anos, estabelecia o contraste entre o que tínhamos para assistir às parturientes — a pobre clínica do Dr. Daniel de Matos, em Coimbra; a escassíssima enfermaria de partos do Hospital de Santo António, no Porto, e a acanhada e paupérrima mansarda de Santa Bárbara, em Lisboa — e as múltiplas e magníficas maternidades da pequena Bélgica e da igualmente pequena Suíça.

Mas tem de prestar-se justiça a uma política que nos deu a Maternidade de Magalhães Coutinho (1927), a conclusão e apetrechamento da Maternidade Alfredo da Costa (1932), a Maternidade Júlio Dinis, (1938) a transformação da antiga enfermaria de Santa Bárbara numa pequena maternidade (1938), a Maternidade da Sé Velha de Coimbra (1945) e a Maternidade da Casa da Mãe da Figueira da Foz (1948). Em obediência a um plano de política à maternidade e à infância e na defesa da coordenação e centralização de todas as actividades deste sector, deu-nos o Estado Novo o Instituto Maternal, que desde 1943 vem exercendo a sua salutar actividade. Com a sua criação pretendeu-se que, automaticamente, ficasse subordinada a um comando único toda a actividade assistencial respeitante às mães e às crianças com menos de 7 anos.

Infelizmente, nem o comando único se tem podido executar como era mister, porque algumas instituições, como os centros de assistência social e outras que se dedicam à assistência materno-infantil, não foram senão parcialmente colocadas na dependência do Instituto e, portanto, nem a orientação técnica se pode executar como devia, nem a extensão do Instituto ao País inteiro se tem executado com o ritmo de que o País necessita.

Enquanto as contas de gerência, o orçamento e a acção disciplinar do pessoal desses centros pertencer ao Instituto de Assistência à Família e a orientação técnica ao Instituto Maternal creio que pouco de útil se poderá fazer. Se a lei determina que a maternidade e a infância até aos 7 anos pertencem ao Instituto Maternal, porque se espera para dar cumprimento à lei?

Quanto ao ritmo do desenvolvimento do Instituto Maternal, é confrangedor ter de declarar que nos dez anos da sua existência não foi possível levar a sua acção senão a sete distritos, com a criação de delegações e subdelegações, a despeito da boa vontade da sua direcção e das reais necessidades do País. Estas transparecem claramente do que vou dizer-lhes: no nosso país mais de metade dos partos que nele se dão não têm a mais leve sombra de assistência — de médico ou de parteira diplomada. Em Viana do Castelo e em Castelo Branco o número de não assistidos excede de 4,5 vezes o dos assistidos; em Vila Real, Bragança e Viseu os primeiros são 3,5 vezes superiores aos se-

UM PROGRESSO NA SULFAMIDOTERAPIA

DIMERAZINA

UMA DIAZINA ACOPULADA A UMA MERAZINA, TENDO PODER BACTERIOSTÁTICO EQUIVALENTE À SOMA DO PODER BACTERIOSTÁTICO DE CADA UMA DESTAS SULFAMIDAS ISOLADAS.

ELEVADA POTÊNCIA / ÓPTIMA TOLERÂNCIA
VASTO CAMPO DE ACÇÃO
LARGOS INTERVALOS DE ADMINISTRAÇÃO

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

ASSOCIADA A OUTROS ANTIBIÓTICOS
A DIMERAZINA REFORÇA A SUA ACÇÃO

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

REPRESENTANTES NO PORTO: QUÍMICO-SANITÁRIA, L.^{DA}

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, MICROCOCCOS
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

gundos; em Aveiro 3 vezes; na Guarda, Coimbra e Leiria 2,5 vezes; em Portalegre e no Porto 1,5 vezes. Em Évora e em Setúbal os números igualam-se, e só em Lisboa, Santarém, Beja e Faro o dos assistidos ultrapassa o dos não assistidos. E em vigilância da grávida, através de consultas pré-natais, nem é bom falar.

E o que sucede com a falta de assistência à maternidade verifica-se no sector da infância.

Esta falta, este nosso lamentável atraso traduz-se numa forte morbilidade da infância e em taxas de mortalidade infantil que constituem a nossa vergonha no confronto com as nações civilizadas.

Neste país de sentimentais e emotivos, onde um choque de automóveis ou um pequeno desastre provoca às vezes tão fortes reacções, toda a gente fica indiferente ao desaparecimento, em cada ano, de 30.000 crianças portuguesas com menos de 5 anos.

Não faz mal repetir estes números nesta Assembleia de representantes da Nação: das 200.000 a 220.000 crianças que nascem vivas em cada ano, cerca de 17.000 a 25.000 não chegam ao fim do primeiro ano; 6.000 destas não chegam mesmo a atingir um mês de vida; andam por 6.000 também as que morrem sem assistência médica!

Só muito lentamente temos vindo a reduzir as nossas taxas de mortalidade infantil, passando-as de 164,42 por mil em 1920 para 89,1 por mil em 1951.

Na exposição do primeiro ano de vida, organizada pelo Centro Internacional da Infância em Paris, Portugal foi apontado como exemplo de um país portador de uma taxa de mortalidade infantil muito forte, e em Barcelona, no ano passado, na exposição científica do VIII Congresso de Pediatria igualmente se reproduziu o gráfico demonstrativo da nossa vergonhosa posição neste capítulo.

É bem verdade que os números que exprimem a mortalidade infantil portuguesa não são compatíveis aos dos outros países, porque a recolha dos dados se não faz pelo mesmo processo. Enquanto em Portugal se registam como nado-vivos todas as crianças que nasçam com qualquer manifestação de vida, a França, a Bélgica e a Holanda, por exemplo, subtraem à mortalidade infantil os que morrem antes do registo de nascimento, que deve efectuar-se até ao terceiro dia depois do parto, registando-os como nado-mortos; a Espanha faz o mesmo para os que morrem nas primeiras vinte e quatro horas.

Como as mortes nos primeiros dias se verificam com muito maior frequência do que em outras idades, compreende-se como os países que assim procedem aliviam largamente as suas taxas de mortalidade infantil, inscrevendo como nado-mortos muitas crianças que realmente são nado-vivos. 20 a 27 por cento dos mortos durante o primeiro ano morrem no primeiro dia de vida. Por aqui se vê como o confronto internacional nos é desfavorável. Mas, mesmo

assim, é muito alta a nossa taxa de mortalidade infantil.

Entre os nossos 89,1 por mil e os 20 por mil na Suécia está o caminho que temos de percorrer em matéria de defesa da vida da criança.

A criança é uma riqueza de extraordinário e incalculável valor e dela depende o futuro da Pátria. Em todos os países do Mundo se procuram cercar de extremos cuidados de vigilância sanitária as mais tenras idades, na certeza do valor incomparável que elas representam para a vida das nações. Das crianças dependem o número e a qualidade dos homens que hão-de garantir a prosperidade económica das pátrias e sua própria sobrevivência.

Esperemos, portanto, que este reforço de verbas para a política de valorização humana seja o arranço dum novo período de desenvolvimento do Instituto Maternal. Veremos como o Governo vai estabelecer esse plano.

Não se me leve a mal que, sendo deputado por Coimbra, eu chame a atenção dos ilustres Ministros do Interior, das Finanças e das Obras Públicas para a necessidade urgente de dar começo à obra de construção das novas instalações da delegação de Coimbra do Instituto Maternal. Só quem conhece as deploráveis condições em que ali trabalhamos pode compreender a situação angustiosa em que nos encontramos. Temos todos os dias mulheres internadas em número igual ou superior ao dobro da nossa capacidade normal. Trabalhamos como se nos considerássemos em ambulâncias das primeiras linhas de uma batalha. E isto, repetido dia a dia, durante meses e anos, esgota o pessoal, quebranta o entusiasmo e compromete seriamente a higiene da instituição. Só um admirável altruísmo e uma inextinguível dedicação do pessoal têm tornado possível o êxito.

Pois bem: o director da delegação tem terreno comprado e projecto de obras aprovado. Só falta que o Governo o dote, como se torna absolutamente necessário. Coimbra espera dever ao ilustre titular das Obras Públicas — a quem já tanto se deve — mais esta grande obra do mais alto interesse nacional.

A rivalizar com a importância do problema da protecção e defesa da vida das crianças, temos em Portugal o da tuberculose. Alguns o apontam como o nosso problema sanitário n.º 1. A despeito do enorme esforço que temos feito nestes últimos vinte anos para dar combate ao mal, vemos, com amargura, que as nossas taxas de mortalidade por tuberculose se têm mantido teimosamente em elevado nível, à excepção dos últimos dois anos; cada um de nós sente à sua volta os efeitos do constante alastramento do mal e dá conta da tragédia dos novos lares que, em cada dia, vêm engrossar o caudal daqueles já minados pela peste branca. Sente-se que o rendimento social do dinheiro aplicado no combate à doença fica muito aquém do que parecia legítimo esperar.

Recebemos 800 camas e pusemos à disposição do País 7.522 para a luta antituberculosa. Em vez das 704 para

doentes pobres que possuíamos em 1947, temos hoje 1.606. Encontrámos 6 dispensários e temos a funcionar 76. Publicamos a Lei n.º 2.044, largamente discutida nesta Câmara, e por meio dela foram coordenados todos os serviços que colaboram na luta antituberculosa e criados os centros de profilaxia e diagnóstico, o Laboratório Nacional de Produção de Vacina B. C. G., o serviço de radiorastreio por microrradiografia torácica, o serviço de vacinação pela B. C. G. e os centros de cirurgia torácica. Indiscutivelmente realizámos um notável esforço e preparámo-nos intensamente para dar combate de frente a esta terrível doença. Temos fundadas esperanças no êxito destas modernas armas de combate, mas torna-se necessário que lhes criemos as indispensáveis condições para poder tirar delas todo o rendimento que nos podem dar.

A cirurgia torácica, a larga aplicação de antibióticos, a vacinação em massa pela B. C. G. e a microrradiografia torácica sistemática são, na verdade, poderosas e modernas armas de combate de que hoje dispomos para a luta antituberculosa.

No que respeita à cirurgia torácica, criámos três centros — em Lisboa, no Porto e em Coimbra, onde mais fácil pareceu a execução da tarefa que lhes compete neste campo da cirurgia altamente especializada. Estão a começar a sua acção. Esperamos que correspondam à confiança que neles depositamos para a cura de tantas formas graves de tuberculose pulmonar.

Quanto a certos antibióticos, de eficiência indiscutível no tratamento da tuberculose, começámos já a distribuí-los aos doentes pobres gratuitamente, através dos nossos sanatórios e dos nossos dispensários. Esta verba deve merecer especial atenção a S. Ex.ª o Ministro das Finanças, pois que com o seu reforço se pode alargar bastante a distribuição destes preciosos medicamentos a muitos outros doentes pobres, e assim concorrer para a cura rápida de muitos deles.

A vacinação em massa pela B. C. G. está na ordem do dia de todas as nações progressivas. Com ela se reforçam as defesas orgânicas contra o bacilo de Koch e com ela se farão desaparecer as formas agudas, rapidamente progressivas, que são as causadoras de mais de 65 por cento das mortes por tuberculose (Gomes). Mas na luta contra o mal no País ela só contará se puder atingir uma parte importante da população. Enquanto se mantiver limitada a umas dezenas de milhares de pessoas só terá valor muito restrito.

Esta arma, de uma inocuidade perfeita, que conquistou o aplauso quase universal, é extraordinariamente valiosa quando aplicada em massa, e por isso está hoje à cabeça das medidas de protecção contra a tuberculose. O seu valor no combate é tanto maior quanto mais intensa for a endemia tuberculosa, mais pobre o apetrechamento do País para a luta e mais escassos os seus recursos económicos. É uma arma barata. Por tudo isto está indicado que se reforcem

EM 1950: PROMICINA

EM 1953: ATOXIMICINA

Sinergismo de acção sem efeitos secundários

Nova associação de antibióticos:

Sulfato de dihidroestreptomicina — Sulfato de estreptomicina
Procaína penicilina G — Penicilina G potássica

Vantagens:

MAIOR EFICIENCIA

NEUROTOXICIDADE PRATICAMENTE NULA

Atoximicina

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

RECONHECIDO EFEITO TERAPÊUTICO

ADULTOS

FORTE

INFANTIL

Caixas com 1, 3 e 5 frascos

Caixa com 1 frasco

Caixas com 1 e 3 frascos

Instituto Luso-Fármaco • Lisboa

as verbas e se facilitem os meios que garantam uma rápida extensão da sua aplicação a grande parte da população.

A microrradiografia sistemática da população, periódica ou contínua, revela-nos os casos de tuberculose ignorada e permite-nos fazer o *contro'le* das lesões estabilizadas e a vigilância das recaídas.

O diagnóstico precoce tem vantagens indiscutíveis de ordem profiláctica e terapêutica que é desnecessário encarecer. Este método microrradiográfico está hoje a ser aplicado em todo o mundo civilizado. Temos de tirar de todo o rendimento possível, e para isso torna-se indispensável garantir-lhe uma íntima lição com a premunicação em massa pela B. C. G., com uma assistência médica oportuna, precoce e rápida, com uma suficiente rede de dispensários, com um bom apetrechamento sanatorial e com suficiente provimento de antibióticos.

Impõe-se, por isso, a criação das condições indispensáveis para a garantia de um outro ritmo no radiorastreio e simultaneamente um aumento da rede dos dispensários com maior eficiência que os actuais e um aumento do número de camas dos sanatórios para, rápida e prontamente, serem tratados os doentes que vão sendo descobertos.

Sei que este assunto não está descurado e que estão já previstos para dotação em 1954 mais dez novos dispensários e é desejo do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos que a esta fase outra se siga de dez outros novos dispensários. Mas o que se torna necessário é que esses vinte dispensários sejam postos rapidamente a funcionar e que a eles outros novos vinte se sigam dentro de pouco tempo. As consultas-dispensários são uma louvável iniciativa do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos para fazer face às dificuldades presentes.

Afigura-se-nos indispensável, para ocorrer a esta urgente necessidade, que as novas construções a fazer sejam ligeiras e económicas, embora dotadas do conforto necessário e convenientemente apetrechadas.

Junto dos actuais sanatórios poderão instalar-se, com notável economia, muitas centenas de camas desse tipo para, dentro em breve, podermos dispor das duas mil que agora nos faltam. Ou fazemos isto no campo do apetrechamento de dispensários e do aumento de camas para tuberculosos ou então será mais prudente revermos o nosso programa de radiorastreio, com todas as graves consequências nacionais e internacionais que o caso acarreta. No momento presente nem sequer ainda podemos atender os doentes curáveis que espontaneamente surgem e vão sendo diagnosticados.

SS. Ex.as os Ministros do Interior e das Obras Públicas, a cuja acção e superior inteligência a causa da luta anti-tuberculosa tanto deve, encontrarão forma de dar solução conveniente a esta urgente necessidade.

O resultado da nossa luta está absolutamente dependente da eficiência que

podermos garantir aos elementos de profilaxia e terapêutica que já possuímos e aos que viermos a criar. Com as armas que hoje possuímos, mas com uma firmeza e um cuidado que não temos, conseguiu a pequena Dinamarca vencer a tuberculose e anunciar ao Mundo, em Dezembro de 1950, primeiro que nenhum outro país, a eliminação da tuberculose como flagelo social.

O centro do País, que à margem da antiga Assistência Nacional aos Tuberculosos, cuidou seriamente da sua defesa contra a tuberculose e da assistência aos tuberculosos através dos seus dispensários e dos seus sanatórios, tem necessidade urgente de completar o seu apetrechamento com a construção de um

pavilhão para tuberculose pulmonar infantil junto do sanatório de Celas e de um sanatório para tratamento da tuberculose óssea na Figueira da Foz. Estão concluídos os respectivos projectos e aprovado há já muito o primeiro e supponho que também o segundo. É a Junta de Província que promove a respectiva construção, a qual aguarda somente a participação do Estado.

Escusado será demonstrar a necessidade e a urgência destas duas instituições num país como o nosso.

Para este assunto, como para os demais, solicito a atenção de SS. Ex.as os Ministros do Interior, das Obras Públicas e das Finanças.

Sr. Presidente: além destes dois problemas máximos da nossa saúde pública — o da assistência materno-infantil e o da tuberculose —, outros há, dentro do mesmo sector, para os quais não posso deixar de chamar a atenção do Governo, no momento em que se discute a Lei de Meios.

Vários são os problemas de política sanitária que têm andado descurados e dos quais têm derivado o nosso doloroso panorama profiláctico e as altas taxas de morbidade e mortalidade que nos comprometem no confronto com as outras nações. É doloroso dizê-lo, mas não o devemos calar: neste País, onde as epidemias do grupo tífico ainda, apesar de tudo, arremetem com violência todos os anos, contando-se por 5.000 a 10.000 os casos declarados e por 500 a 1.500 os casos de morte por cada ano, no decénio de 1940 a 1950 muito menos, é certo, que as de outrora; onde os casos de difteria, no mesmo decénio, variaram entre 1.700 e 5.700 em cada ano, com uma mortalidade de 10 a 20 por cento; onde o tifo exantemático e a varíola todos os anos fazem os seus surtos, embora muito menos extensos; onde só uma pequena minoria da população é protegida por obras de profilaxia; neste país, a nossa Direcção-Geral de Saúde não consegue gastar a sua escassa verba destinada à profilaxia! Todos os anos revertem para os cofres do Estado à roda de mil contos, porque um critério errado acerca da profilaxia — de que não é responsável a Direcção-Geral de Saúde — a tem impedido de aplicar essas verbas em verdadeira campanha profiláctica! Acha-se preferível deixar surgir as epidemias para, então, aplicar a verba no seu extermínio!

Reconhecido como está o nosso atraso em matéria de saúde pública, embora tenhamos melhorado muitíssimo, e sabendo como o Governo de Salazar tem procurado ocorrer a todas as necessidades urgentes da Nação, não se compreende o que nos patenteia o estudo dos orçamentos que lhe têm sido atribuídos: foram subindo sempre até 1949, saltando, em quatro anos, de 9.200 para perto de 35.400 contos; mas a partir desse ano têm descido sempre, até chegarem, em 1953, a 32.600 contos (nos quais estão incluídos os aumentos de subsídios aos respectivos funcionários).



COLONOL

REEDUCADOR DA FUNÇÃO INTESTINAL

À BASE DE

Acido cólico, oximetil-antraquinonas, resina de podofilo e extracto de beladona.

Boião 13\$50
Tubo 4\$00



LABORATÓRIOS
DO
**INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

Será que se julga que não precisamos de continuar a melhorar estes tão importantes serviços públicos? Ignoramos as razões que têm impedido o actual titular da pasta do Interior de continuar o ritmo reformador que instaurou naquele Ministério. O que disse no início das minhas considerações e o que todos sabemos acerca de saúde pública nacional dispensam-me de argumentos justificativos da necessidade de dar maior incremento e melhores condições de vida aos órgãos encarregados de velar pela defesa da saúde dos Portugueses.

À semelhança do nosso Plano de Fomento, devemos pensar num vasto plano de saúde pública que nos permita, em poucos anos, extinguir ou reduzir a ínfimas proporções as doenças infecciosas, elevar o nível e as condições de trabalho dos médicos, assegurar eficiência aos nossos laboratórios de investigação, aperfeiçoar ainda mais a enfermagem, criar um verdadeiro serviço social, garantir a pureza e a eficiência dos medicamentos nacionais e estrangeiros, etc., de modo a conseguirmos melhorar a saúde física e mental da população.

Essa profunda reforma sanitária de que carecemos deve acompanhar ou vir na sequência do progresso económico da Nação para que possa dar os resultados que dela se esperam. Tem de ser contemporânea do desenvolvimento económico e dos esforços realizados no campo da melhoria da instrução, da habitação e da alimentação do povo e tem de ser acompanhada de uma vasta campanha de educação sanitária. Só com a garantia do verdadeiro progresso económico se podem esperar bons resultados dessa reforma. Suponho que ninguém ousará negar que chegámos ao ponto de poder encarar de frente mais este grande problema nacional.

Não a podemos retardar, porque corremos o risco de ir criando problemas ainda mais sérios do que aqueles que presentemente já temos. A este respeito permito-me chamar a atenção do Governo para o que já se passa com a higiene industrial. O plano de higiene industrial deverá acompanhar ou seguir de perto a execução do nosso Plano de Fomento. Essa missão cabe, sem sombra de dúvida, à Direcção-Geral de Saúde; mas o serviço embrionário que ali existe não pode de modo algum dar solução conveniente aos problemas que vão surgindo. E alguns deles são já de extrema gravidade, como o Governo muito bem sabe e não vale a pena aqui referir.

Há pois que reorganizar e ampliar o actual serviço de higiene industrial, criar o laboratório respectivo e concentrar num comando único, na Direcção-Geral de Saúde, tudo o que lhe diz respeito.

Outro sector que está a pedir reforma urgente é o que diz respeito à Junta Sanitária de Águas. É um organismo com funções executivas, a quem está confiada a defesa da salubridade das populações rurais, mas que é regido por um decreto antiquado e não

dispõe dos meios necessários à execução da missão que lhe compete. Há que reorganizá-la, garantindo-lhe a colaboração eficiente com o Ministério das Obras Públicas, dotando-a com indispensável laboratório de análises privativo e criando-lhe as indispensáveis delegações.

A fiscalização dos medicamentos é outro assunto de mais alta importância que carece de ser tratado a sério. A este problema está ligado um outro não menos importante — o da actualização da nossa farmacopeia. Temos uma farmacopeia atrasada, que não fala de antibióticos e nem sequer impõe que o *cat-gut* deva ser estéril. Não te-

mos métodos analíticos aprovados oficialmente para a verificação da pureza e da actividade de muitos medicamentos. Isto é duma gravidade extrema.

A fiscalização que se está fazendo distribui-se hoje por quatro laboratórios: o do Instituto Câmara Pestana para soros e vacinas; o do Instituto Central Ricardo Jorge para a vacina antivariólica; o Laboratório Central de Patologia Veterinária para os soros e vacinas aplicados em medicina veterinária e o da Comissão Reguladora dos Produtos Químicos e Farmacêuticos para os outros medicamentos.

A esta Comissão Reguladora devemos a montagem e o funcionamento

NOVO!



MICORENE

Solução a 15 % de dimetilamida do ácido N-crotonil- α -etilaminobutírico + dimetilamida do ácido N-crotonil- α -propilaminobutírico

Analéptico central

Estimulante respiratório e circulatório



Caixa de 5 empolas de 1,5 cm³

Frasco conta-gotas de 15 cm³

Amostras à disposição dos Ex.^{mos} Clínicos

J. R. GEIGY S. A.—BASILEIA (SUÍÇA)

REPRESENTANTE PARA PORTUGAL E ULTRAMAR:
CARLOS CARDOSO
Rua do Bonjardim, 551—PORTO

deste laboratório, que tem prestado óptimos serviços. Mas o que é conflagrador é que a Direcção-Geral de Saúde, a quem cabe o dever de olhar pela pureza dos medicamentos empregados em Portugal, não disponha dum laboratório para tal fim. Enquanto ele se não monta, subordine-se, ao menos, tecnicamente e oficialmente o laboratório da Comissão Reguladora à Direcção-Geral de Saúde.

Passados assim em revista alguns aspectos da assistência pública em Portugal, seja-me permitido ocupar mais alguns minutos à Câmara para tratar de necessidades e de direitos do círculo que aqui represento e que à saúde dizem respeito.

Quero referir-me à delegação do Instituto Central de Higiene Ricardo Jorge a que Coimbra tem direito pelo que está expresso no artigo 88.º do Decreto n.º 35.108, de 7 de Novembro de 1945. Coimbra carece também duma delegação ou secção do Parque Sanitário, em boa hora criado, em 1927, por Vicente de Freitas. Tem necessidade urgente dela, porque nem sequer dispõe, hoje, dum serviço de desinfecção, já que o seu excelente Posto de Desinfecção da Câmara Municipal foi absorvido pelos Hospitais da Universidade, no tempo do Ministro Duarte Pacheco.

Coimbra carece ainda de instalação condigna para o seu Dispensário de Higiene Social, formação sanitária da mais alta importância, à qual pertencem múltiplas funções no campo da profilaxia e que é a base de apoio da acção das brigadas móveis que dele devem irradiar. O que lá existe é um embrião comprometedor, sem dotação especial e que vive aflitivamente. Está-lhe vedado cumprir a alta missão que lhe incumbe.

Todas estas instalações e mais as respeitantes à Delegação de Saúde poderiam conceber-se em edifício comum, evitando assim perda de tempo e de dinheiro.

E não ficam por aqui as reclamações de Coimbra. Com a reivindicação destas instituições, a que tem direito,

Coimbra quer ver restaurado o seu curso de Medicina Sanitária, há anos extinto.

A criação dos cursos de Medicina Sanitária em Lisboa, Porto e Coimbra foi feita em 1901. Desde Março de 1903 passaram a funcionar regularmente — o de Lisboa no Instituto Central de Higiene e os de Coimbra e Porto junto das respectivas Escolas Médicas.

A partir da reorganização de 1904 passaram esses cursos a ter verdadeira independência, realizando-se os exames finais nas cidades onde se ministrava o ensino. Essa mesma reorganização permitia a frequência das respectivas aulas aos estudantes do 5.º ano de Medicina, mas com a condição de o exame ser feito só depois de concluídas as provas de todas as disciplinas do curso médico.

Em Coimbra a frequência do curso foi sempre muito grande. Suponho que o mesmo aconteceu no Porto. E compreende-se que assim fosse, pois que o curso de Medicina Sanitária em 1904 passou a ser indispensável para o provimento dos lugares de delegados e subdelegados de saúde e a constituir razão de preferência para a nomeação de médicos municipais, cargos a que a maioria dos médicos portugueses tem necessidade de concorrer.

Assim se mantiveram as coisas durante quarenta e três anos. Mas, a partir do ano lectivo de 1947-1948, passou esse curso a funcionar exclusivamente em Lisboa, com manifesto prejuízo de uma grande parte dos médicos que frequentavam as Faculdades de Medicina de Coimbra e do Porto. Desde então a obtenção desse curso — indispensável à maioria dos médicos — obriga os recém-formados a mais um ano de curso e à sua permanência em Lisboa durante cerca de dez meses. A grande maioria dos médicos que concluíram em Coimbra a sua formatura não têm tido possibilidades de permanecer em Lisboa durante esse tempo, e por isso ficam privados do curso de Medicina Sanitária, que continua a ser indispensável para a nomeação dos médicos dependentes da Direcção-Geral de Saúde e a ser motivo

de preferência nos concursos de médicos municipais.

Enquanto nos últimos vinte anos do funcionamento do curso em Coimbra a frequência oscilava habitualmente entre os 40 e os 80 alunos, descendo num dos anos a 23 e subindo em outro a 107, essa frequência dos diplomados por Coimbra passou a ser diminutíssima com a passagem do curso para Lisboa. Efectivamente, tanto em 1948 como em 1949 só 4 e em 1950 só 21 dos diplomados por Coimbra obtiveram esse curso em Lisboa, o que representa, respectivamente, 6,4, 7,2 e 42 por cento dos diplomados nesses anos. Isto significa um grave prejuízo para os diplomados pela Faculdade de Medicina de Coimbra, os quais, na sua maioria, não podem suportar a diferença dos encargos desses dez meses em Lisboa.

Não se conclua do que acaba de dizer-se que se deseja a restauração do curso tal qual era, com a frequência das aulas no 5.º ano médico. Reconhece-se que as exigências dos dois cursos tornam impossível a sua frequência simultânea.

O que se pretende é que, dentro do mais curto prazo possível, os serviços de saúde do Porto e de Coimbra sofram a indispensável reforma, de modo a permitir a restauração desses cursos nestas duas cidades.

Coimbra tem dentro de si numerosas instalações industriais, uma Faculdade de Medicina e várias instituições de carácter médico-social que podem constituir largo campo de aplicação para o indispensável ensino prático das matérias versadas nesse curso.

Temos necessidade de ter neste País um número cada vez maior de médicos bem preparados em questões sanitárias — uns para exercerem os cargos de delegados ou subdelegados de saúde, outros para colaborarem intimamente e útilmente com eles na defesa da saúde do povo. O caminho por que se enveredou não me parece justo, dado que se torna impossível, para muitos médicos, a sua permanência em Lisboa durante tanto tempo.

No artigo 23.º da Lei de Meios, sobre política rural, o Governo coloca na quinta alínea as construções para fins assistenciais ou para instalação de serviços. As considerações que fiz a propósito da saúde pública e da assistência levam-me a sugerir à Câmara a alteração da ordem estabelecida pelo Governo, indo as da quinta alínea ocupar o terceiro lugar nas alíneas desse artigo.

Pelo que respeita ao artigo 24.º da proposta e dadas as prementes necessidades das populações rurais, parecem-nos que mais justo seria que o Governo nos desse a garantia de um aumento substancial das verbas destinadas aos melhoramentos rurais, em vez de simplesmente nos garantir que elas não são susceptíveis de transferência.

Disse.

MARTINHO & C.ª

Tudo que interessa à medicina e cirurgia

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

Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa

Reuniu no dia 15 de Dezembro a Sociedade Médica dos H. C. L., para escutar três importantes comunicações dos Drs. Paiva Chaves, Pedro Formigal Luzes e Prof. Aires de Sousa, intituladas, respectivamente, «Possibilidades da utilização do osso homólogo conservado — Estudo de cinquenta casos». «Síndrome de Guillain-Barré. Dois casos tratados pelo ACTH e cortisona» e «Os primeiros resultados obtidos com o novo produto SH 216, destinado a visualizar directamente os ductos biliares».

Na primeira, o autor principiou por justificar a necessidade de se recorrer, em certos casos, ao uso do osso conservado. Descreveu os vários métodos de conservação do osso homólogo e heterólogo e, em seguida, apresentou os resultados obtidos nos primeiros 50 casos, nos quais a enxertia de osso homólogo conservado foi utilizada no tratamento de indivíduos cuja idade variou entre os 3 e os 62 anos, sofrendo de mal de Pott, de coxalgia, de fractura recente dos membros e da coluna, de pseudartrose, etc. Estudou esses casos clínica e radiologicamente, e disse que os resultados permitem extrair conclusões muito animadoras, e terminou por exhibir um filme de uma operação na qual a metade superior da tíbia foi substituída por uma peça semelhante homóloga conservada.

No segundo trabalho, o Dr. Pedro Luzes apresentou os resultados obtidos nos três casos descritos, com o emprego do ACTH e cortisona. Trata-se duma doença, disse, muito possivelmente alér-

gica que não é essencialmente benigna e tem uma mortalidade de 20 por cento.

Por último, o Prof. Aires de Sousa apresentou os primeiros resultados obtidos com o novo produto SH 216, destinado a visualizar directamente os ductos biliares. Depois de passar revista a todos os meios de contraste utilizados desde os trabalhos iniciais de Graham e Cole, disse que havia vasto campo da patologia biliar até agora inacessível aos R. X., que agora pode ser explorado por aquele produto, eliminado pela célula hepática, como, por exemplo, os portadores de icterícia obstrutiva, que podem beneficiar deste valiosíssimo produto de contraste. O autor apresentou numerosas radiografias.

Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Reuniu em assembleia geral sob a presidência do Dr. Frazão Nazaré, a Sociedade Portuguesa de Estomatologia, que elegeu, por maioria absoluta, a nova gerência, a qual ficou assim constituída: Dr. Ferreira da Costa, presidente, e Drs. José Dias, Assis Camilo, Loff Pereira, Paixão, de Santarém, e Falcão Barbosa.

No dia 16, na Ordem dos Médicos, em Lisboa, realizou-se uma sessão de Sociedade, durante a qual foram exibidos três filmes científicos cedidos pelo Instituto Britânico, intitulados «Higiene oral», «Prótese completa» e «Apicectomia». Sobre o primeiro, proferiu algumas palavras explicativas o Dr. Palma Leal,

FALECIMENTOS

Dr. Charters de Azevedo

Faleceu em Leiria, depois de longo sofrimento, o Dr. Luís Carlos da Costa Charters de Azevedo, de 63 anos, médico-cirurgião na capital.

O extinto, que era natural daquela cidade, onde, pelas suas excelsas qualidades de carácter, bondoso coração, que sempre a todos acolhia e tratava com devotado carinho, deixa profunda saudade pelo que foi muito sentida a sua morte. Fez parte do C. E. P. em França, como tenente-médico.

Faleceram:

Na Guarda, a sr.^a D. Adelaide Patrício Gil, viúva do grande poeta Augusto Gil. A finada era irmã do Dr. Ladislau Patrício, que há dias deixou o cargo de director do Sanatório da Guarda, por ter atingido o limite de idade.

— Em Faro, a sr.^a D. Maria da Conceição Castel-Branco de Mendonça Corte-Real Moniz Nogueira, esposa do Dr. João Moniz Nogueira, director da Casa de Saúde daquela cidade. A finada era filha do falecido Dr. Francisco Vito de Mendonça Corte-Real.

— Em Lisboa, a sr.^a D. Elisa de Carvalho Miranda Sequeira, esposa do Dr. Alexandre Magno de Araújo Sequeira, médico em Moita do Ribatejo.

— Vítima de um desastre de viação ocorrido em Ílhavo, faleceu o sr. José Gonçalves da Silva, pai do Dr. Helder da Silva.

ROTER
Comprimidos

A terapêutica eficaz nas:

ÚLCERAS GÁSTRICAS E DUODENAIS

- Tratamento ambulatorio sem dieta.
- Eliminação espontânea dos sintomas subjectivos.
- Efeito terapêutico seguro, mesmo nos casos refractários a outros tratamentos.
- Sem efeitos secundários.

Literatura e amostras à disposição da Ex.^{ma} Classe Médica.

PHARMACEUTISCHE FABRIEK ROTER • HILVERSUM / HOLANDA
REPRESENTADA POR: NÉO-FARMACÉUTICA, LDA. • AV. 5 DE OUTUBRO, 21 R/C • LISBOA • TEL. 5 1830

V I D A M É D I C A

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 19 a 24 de Janeiro)

Dia 19 — É aprovada pelo Ministro do Interior a deliberação da Câmara Municipal do concelho de Matosinhos, relativa à criação de um segundo partido médico com centro em S. Mamede de Infesta, abrangendo esta freguesia e a da Senhora da Hora.

20 — Inaugura-se em Lisboa, no Palácio Foz, a Exposição de Educação Sanitária, promovida pela Direcção Geral de Saúde com a colaboração da Liga Portuguesa de Educação Sanitária.

A cerimónia inaugural preside o Ministro do Interior, tendo comparecido também os Subsecretários da Assistência e da Educação Nacional, enfermeiro-mor dos Hospitais Civis, Secretário Nacional da Informação, directores gerais de vários serviços do Estado, etc. Os representantes do Governo e as outras individualidades são recebidos pelo Dr. Augusto de Castro Soares, em representação do Director Geral de Saúde.

Após os cumprimentos, o Ministro do Interior inaugura oficialmente o certame, mostrando o maior interesse pelos assuntos focados na curiosa iniciativa.

Dirigem-se depois, os membros do Governo e convidados, à sala de espectáculos cinematográficos do S. N. I., onde se realiza uma sessão solene alusiva ao acto.

Em primeiro lugar o Dr. Castro Soares, inspector superior de Saúde lê o discurso do Dr. Augusto Travassos, ausente por motivos estranhos à sua vontade.

«As minhas palavras são, gostosamente, de agradecimento para todos aqueles que com a sua presença nos trazem forte incentivo a esta cruzada de educação sanitária. É dever de justiça e gratidão pôr em relevo o alto patrocínio fornecido à preparação desta sessão pelo Ministro do Interior e pelo Subsecretário de Estado da Assistência Social, proporcionando-nos, com elevado espírito de visão das realidades, os meios necessários e indispensáveis à sua realização e com a sua valiosa presença a garantia oficial do seu apoio».

Agradece também aos Subsecretários da Educação e Secretário Nacional de Informação, a colaboração dada à iniciativa e congratula-se com a presença de «miss» Drenckhahn, representante o Comité da Europa da Organização Mundial de Saúde, e do sr. Lucien Viborel, secretário geral da União Internacional para a Educação Sanitária da População.

E, após o discurso, o Dr. Castro Soares diz que o director geral de Saúde sente grande prazer em afirmar o sentimento de esperança que anima todos os membros dos corpos directivos da liga irmanados com diversos elementos dos serviços de Saúde pública.

Falam depois a sr.^a Vivian Drenckhahn, funcionária superior da Organização Mundial de Saúde, e o sr. Lucien Viborel, secretário geral da União Internacional para a Educação Sanitária da População, referindo-se ambos aos problemas que convergem em redor da educação sanitária, inseparável da disciplina moral.

O sr. Lucien Viborel, no seu discurso dirige palavras de saudação aos Dr. Trigo de Negreiros, presidente e membros do comité executivo da União Internacional para a Educação Sanitária da População e, em seguida, lê uma mensagem do Prof. Clair Urner, dirigida aos srs. Presidente da República, Presidente do Conselho, e a todos aqueles que se consagram à obra da saúde pública, quer no plano governamental, quer no plano da livre iniciativa, e ao povo de Portugal.

No final exibem-se vários filmes da Liga de Educação Sanitária.

— O Dr. Albano Ramos faz na sede do Conselho Regional do Porto, uma palestra subordinada ao título «Ultra-Sons: o que são e o que valem». No final da sessão, é projectado um filme sobre o assunto da palestra.

Esta foi promovida pelo Serviço de Divulgação Bibliográfica da Ordem e tem grande assistência de médicos da cidade e da província, sendo o orador muito aplaudido.

— Em Lisboa, sob a presidência do director, coronel-médico Dr. João Pedro de Faria, realiza-se no Hospital do Ultramar, pelas 21,30, a reunião mensal do corpo clínico, em que são conferentes os Drs. Henrique Seimas e Domingos Filipe que apresentam, respectivamente, «Um caso clínico de tetania infantil» e «Contribuição para o estudo da fixação da toxina tetânica no sistema nervoso».

22 — Em Coimbra, o major-médico Dr. António de Melo, 2.º comandante do Grupo de Companhias de Saúde, é nomeado director do Hospital Militar Regional n.º 2, daquela cidade.

— Por determinação do Ministro do Interior, é autorizado a título excepcional, o funcionamento de mais uma turma do Curso de Medicina Saniária, cuja matrícula está aberta no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, em Lisboa e até 29 do corrente.

— De Lisboa parte para Genebra o Dr. Francisco Cambournac, Prof. do Instituto de Medicina Tropical e director do Instituto de Malariologia, de Águas de Moura, que vai tomar posse do lugar de director regional da Organização Mundial de Saúde, para que foi eleito em 1952 em Moçavia, por unanimidade dos representantes de todas as nações, depois de consultas aos respectivos governos. O Dr. Francisco Cambournac que vai exercer aquele cargo, pelo menos durante cinco anos, dirigirá toda a acção da O. M. S. das Nações Unidas no que respeita aos ramos de saúde pública no continente africano, o que constitui uma honra para Portugal e para a medicina portuguesa.

— De Lisboa segue para Madrid após alguns dias de visita ao nosso País, acompanhado de sua esposa e do seu chefe de gabinete o sr. Costa Floret, Ministro da Saúde Pública e da População, do Governo francês.

23 — Em Coimbra, no Lactário de Nossa Senhora fundado e mantido pelos estudantes da Faculdade de Medicina e que funciona no C. A. D. C., inaugura-se pelas 21,30 um ciclo de conferências sobre problemas de deontologia médica.

É conferente o Dr. Lobato Guimarães, que aborda o tema «Limites da terapêutica».

— Na mesma cidade, o major-médico Dr. António Manuel da Cunha Ferreira, que foi exonerado de comandante do 2.º Grupo de Companhias de Saúde e nomeado inspector da 2.ª Inspeção dos Serviços de Saúde do Exército em Coimbra, faz as suas despedidas naquela unidade militar, tendo sido muito homenageado por parte da respectiva oficialidade.

O major médico Cunha Ferreira é saudado pelos major-médico António de Melo, 2.º comandante; tenente-coronel Crucho de Almeida, chefe do Distrito de Recrutamento; capitão Manuel Carvalho, chefe do Centro de Mobilização dos Serviços de Saúde; e capitão Paiva Ribeiro, subchefe do Estado Maior.

— Em Lisboa, no ginásio da Escola Industrial Marquês de Pombal faz uma conferência o Dr. Fernando Moreira, assistente do Dispensário Central da Rainha D. Amélia, intitulada «Profilaxia de alguns flagelos sociais».

Preside o governador civil de Lisboa. O Dr. Fernando Lencastre, antigo director do Dispensário da Rainha D. Amélia, elogia a iniciativa da direcção do Atlético Clube

de Portugal, em promover um ciclo de conferências educativas, e faz o elogio do conferencista, como médico amigo dos pobres e um valor na pediatria médica. A seguir, o Dr. Fernando Moreira refere-se à educação da mãe portuguesa, na sua orientação para com os filhos, nos primeiros meses, na alimentação e no vestuário, até aos sete anos, e fez várias considerações e recomendações respeitantes à vacinação das crianças, no combate à varíola, difteria e outras doenças contagiosas.

AGENDA

Portugal

Em Coimbra, no C. A. D. C., por iniciativa da direcção do Lactário dos Estudantes de Medicina, vão realizar-se, nos dias 30 do corrente e 22 e 25 de Fevereiro próximo, respectivamente, as seguintes conferências deontológicas: «O médico perante as curas milagrosas», pelo dr. António Meireles do Souto; «Aborto terapêutico», pelo dr. Ibérico Nogueira; e «A evolução da Medicina e da Biologia», pelo Prof. Dr. Michel Mosinger.

— O Prof. Francisco Cambournac presta juramento, em Genebra, no dia 1 de Fevereiro próximo, como director regional da G.M.S. e perante o seu concelho executivo.

— O Dr. Fernando Magalhães Mendonça e Pimentel seguirá brevemente de Lisboa para Lourenço Marques, onde vai dirigir o Hospital Miguel Bombarda, daquela cidade.

— Em Coimbra, em 31 do corrente, pelas 14 horas e meia, reúne-se a assembleia geral ordinária da Secção Regional da Ordem dos Médicos de Coimbra, para apreciação do relatório e contas do ano findo e apreciação do orçamento para o corrente ano.

— O orçamento geral da província de Moçambique, para o corrente ano, consigna, na rubrica «Urbanização e Sanidade» as seguintes verbas: 1.º, Abastecimento de águas, sanidade, hidrologia e pequenos aproveitamentos hidráulicos, 6.000.000\$00; 2.º, Intensificação da luta contra a Tsé-Tsé em áreas susceptíveis do desenvolvimento económico e especialmente em áreas pecuárias, 20.000.000\$00.

— No Porto, reúne no próximo da 28, a Assembleia Regional da Ordem dos Médicos para discussão e votação do relatório, contas e orçamento. Os trabalhos iniciam-se às 21 horas.

Estrangeiro

Em Roma realizam-se as II Jornadas Reumatológicas nos dias 13 e 14 de Fevereiro.

— Em Londres, a 24 de Fevereiro, reúne a secção de Endocrinologia da Sociedade Real de Medicina, tendo como tema «Estrogénos».

— Em Hamburgo - Eppendorf, realiza-se um Curso de Actualização Ginecológica sobre «Carcinomas genitais», durante os dias 1 a 5 de Março.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 15-1-54 a 20-1-54)

15-1

Dr. Alberto Madureira de Carvalho Osório — exonerado, por ter atingido o limite de idade, do lugar de médico-cirurgião do quadro complementar de cirurgiões e especialistas de Angola.

— Dr. Cassiano de Sousa Galvão — nomeado para o partido médico municipal n.º 1, com sede na freguesia de Moura do concelho de Murça.

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.º assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bessa (chef. da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroudié, 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 Antitrombotomosa do Dispen. de Higiene Social), Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), 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.º 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.º António), José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.º 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 PRINCIPE, 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

