

# O MÉDICO

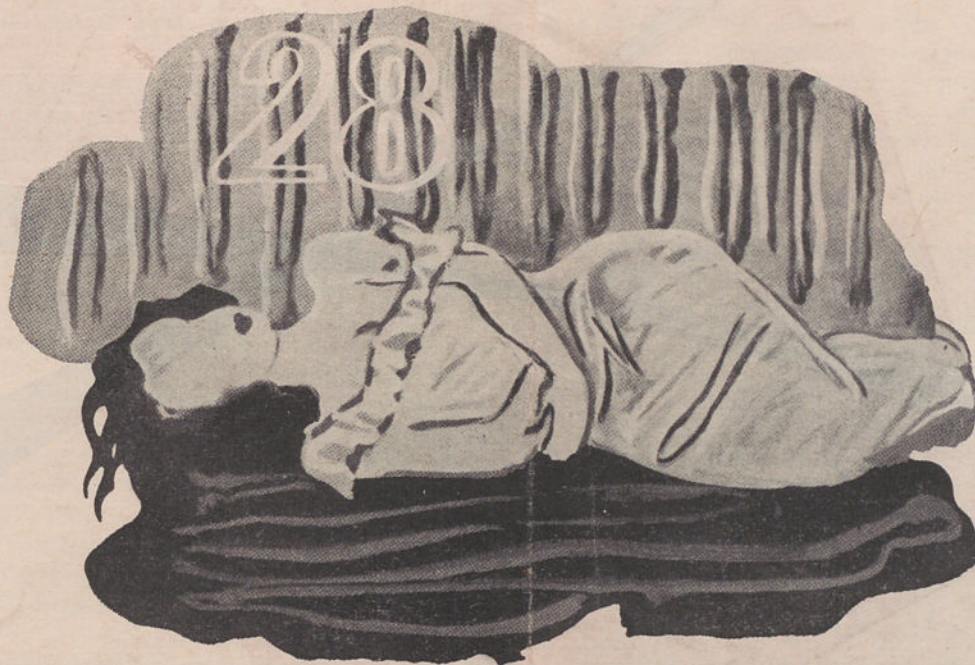
SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 109  
1 de Outubro de 1953

DIRECTOR E EDITOR:  
MÁRIO CARDIA

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

NA ALTURA DA FASE MENSTRUAL



## ADYSMENE

tomado profilaticamente, evita a dismenorrea. De acção rápida, sem qualquer influência prejudicial sobre as glândulas endocrínicas, isento de barbitúricos, o ADYSMENE combate eficazmente as dores menstruais.



CILAG, -S. A. - SCHAFFHOUSE - SUÍÇA

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

### SUMÁRIO

	Pág.
GEORGES GANDER — <i>Anatomia patológica e citologia do cancro do pulmão</i> .....	109
E. LIMA BASTO — <i>Carcinoma brônquico</i> .....	817

### SUPLEMENTO

	Pág.
<i>Pedras soltas</i> — MENDONÇA E MOURA .....	749
<i>Ecos e Comentários</i> .....	753
<i>Alguns aspectos da Estatística</i> — S. C. ....	754
<i>Noticiário diverso</i>	



# LONGACILINA

N,N'-Dibenziletilenadiazina-dipenicilina G. Composto de reabsorção muito lenta.

## LONGACILINA

Comprimidos para administração oral.

Cada comprimido: 150.000 U.—Actividade: 8-12 horas

Boião de 12 comprimidos

Indicações: Tratamentos prolongados e tratamentos de consolidação de infecções agudas por germes sensíveis à penicilina.

## LONGACILINA A

Soluto aquoso estável pronto a injectar.  
Escassa reacção local. Menos reacções gerais que a penicilina-procaína.

Caixa de 1 frasco de 300.000 U.—Actividade: 7 dias

Caixa de 1 frasco de 600.000 U.—Actividade: 14 dias

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

# Anatomia patológica e citologia do cancro do pulmão

GEORGES GANDER

(*Prosector de Anatomia patológica  
no Instituto Português de Oncologia*)

## REMINISCÊNCIAS ANATÓMICAS

Seguindo o epitélio brônquico desde a traqueia até às finas ramificações dos brônquios encontramos na *traqueia* epitélio cilíndrico estratificado de aproximadamente 70  $\mu$  de espessura. Entre os seus elementos ciliados vêem-se numerosas células caliciformes e alguns ilheus de epitélio pavimentoso estratificado. Vamos encontrar estas mesmas características nos *brônquios* até ao nível dos bronquíolos de aproximadamente 0,5 mms. de diâmetro onde se vê a desapareição das camadas estratificadas inferiores e a conservação dum revestimento cilíndrico ciliado simples que seguindo a diminuição do diâmetro do lumen diminui também de altura. Com o aparecimento do epitélio uniestratificado observa-se a desapareição das células caliciformes. Também as glândulas mucosas diminuem progressivamente em número para desaparecerem totalmente nos bronquíolos de 0,85 mms. de diâmetro. Nos brônquios médios e pequenos encontram-se já fora da cartilagem.

O pulmão é constituído como uma glândula alveolar-tubulosa. Um bronquíolo penetra em cada lóbulo primário e transforma-se por divisão dicotómica em 50-100 bronquíolos terminais

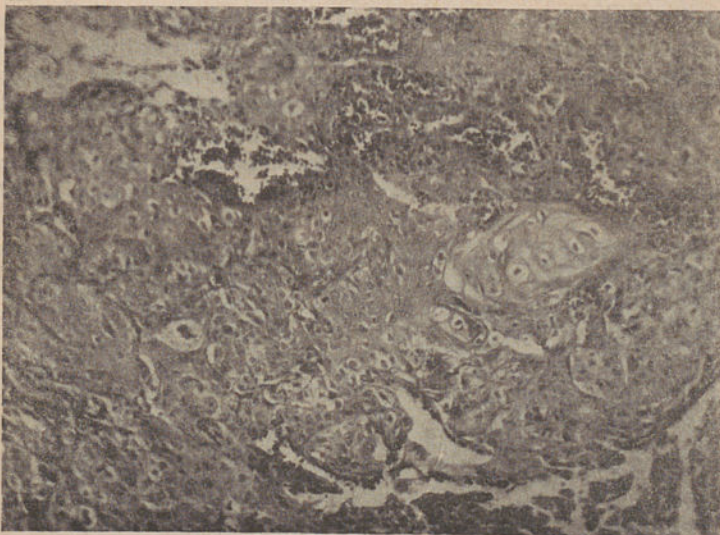


Fig. 1 — Carcinoma espino-celular (Biopsia de broncoscopia)  
(119 X)

que distendem-se de novo num canal alveolar que, por sua vez, se transforma num certo número de sacos: os *infundibula* que são envolvidos pelos *alvéolos*. Os *bronquíolos terminais* chamados também *bronquíolos respiratórios* estão revestidos somente por epitélio uniestratificado *não ciliado*, que se achata progressivamente e se transforma em epitélio chamado respiratório (Schulze). Para alguns autores (Eberth, Elenz, C. Schmidt, Fr. E. Schulze, Kölliker) é formado por grandes placas não nucleadas, claras e por algumas pequenas células escuras, cúbicas e nucleadas. Seguindo Oppel estas placas não nucleadas não são senão os prolongamentos das células nucleadas com os quais se estendem irregularmente. A passagem do epitélio brônquico cilíndrico ao epitélio respiratório faz-se irregular e progressivamente nos brônquios respiratórios.

Assim mostra-se que o epitélio brônco-pulmonar só representa uma modificação progressiva do epitélio ciliado estratificado da traqueia que, pouco a pouco, perde as células caliciformes,

a estratificação, os cílios e por fim se achata por completo por recobrir os alvéolos. Tudo isso nos mostra que na realidade não existem *cancros brônquicos* e *cancros pulmonares* mas que *todos os cancros primários que podem ser observados ao nível do pulmão são de origem brônquica* e trazem só o rótulo pulmonar por causa da sua situação no interior deste órgão. Considerações histológicas vão-nos permitir firmar a nossa opinião.

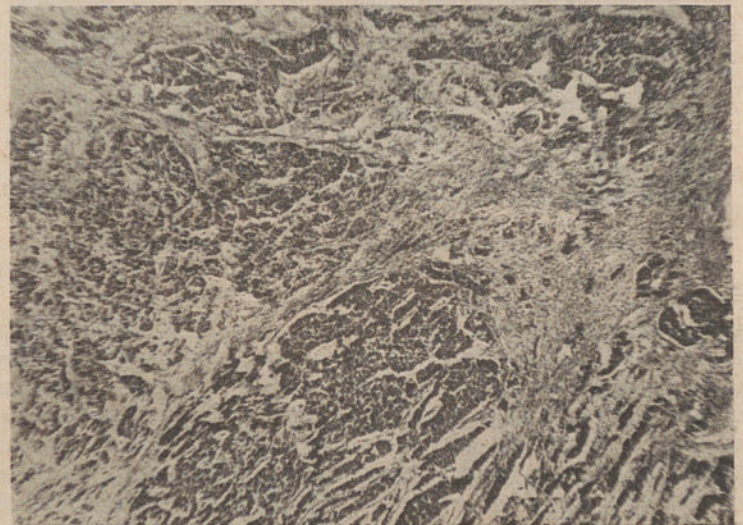


Fig. 2 — Carcinoma de pequenas células, «Oat-cells» carcinoma  
(32 X)

## CONSIDERAÇÕES HISTOLÓGICAS

As *formas histológicas* dos carcinomas pulmonares são três:

- 1.<sup>a</sup> — O *carcinoma espino-celular* (Fig. 1);
- 2.<sup>a</sup> — O *carcinoma de pequenas células*, «Oat-cells carcinoma» (Fig. 2);
- 3.<sup>a</sup> — O *carcinoma glandular* ou *adenocarcinoma* (Fig. 3) que achamos mais justo ser chamado *Carcinoma de células cilíndricas*

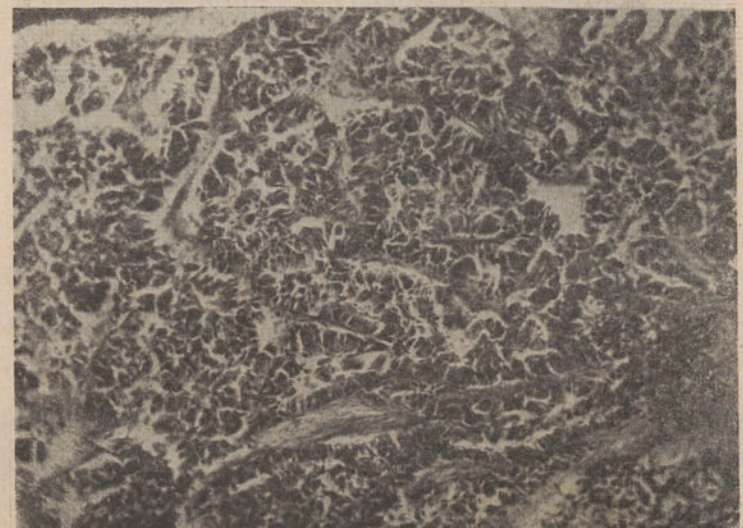


Fig. 3 — Carcinoma glandular ou adenocarcinoma ou Carcinoma de células cilíndricas

*dricas*. Os seus elementos mostram-se de maneira geral agrupamento com aspecto glandular, mas não se encontra estrutura glandular típica; em geral vêem-se cavidades irregulares com revestimento cilíndrico alto, irregular, acidófilo e não ciliado. Devemos também dizer que nunca temos observado epitélio mucíparo o que parece indicar, de acordo com vários autores, que o carcinoma glandular do pulmão não tem origem nas glândulas mucosas das paredes brônquicas, mas sim no epitélio cilíndrico; provavelmente dos bronquíolos, no ponto onde as células caliciformes já têm desaparecido.

Esta classificação é inteiramente arbitrária e nós estamos

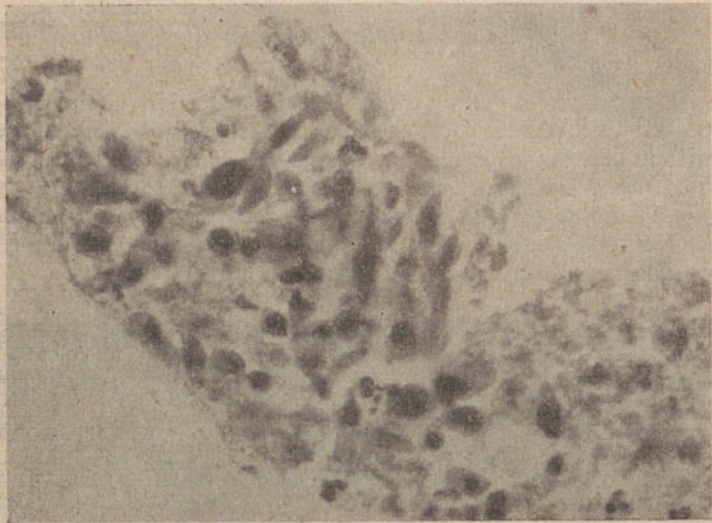


Fig. 4 — Células neoplásicas na expectoração (esfregaço corado)

plenamente de acordo com Willis quando diz no seu livro — «Não há várias formas de carcinoma do pulmão, mas sim o *cancro do pulmão* que pode apresentar-se no estadio puro, ou misturado em diversas variedades: espino-celular, glandular ou anaplástico (tipo Oat-cells)». — Assim como todos os câncros pulmonares são de origem brônquica esta maneira de pensar está inteiramente justificada. Especialmente para a forma anaplástica, chamada também pela forma das suas células «Oat-cells carcinoma», vemos que vários autores americanos, como também Hoessly de Zurique, por ter encontrado ilheus de células pavimentosas acreditam numa origem espino-celular desta forma. Para Willis esta opinião é um erro, visto que este autor tem

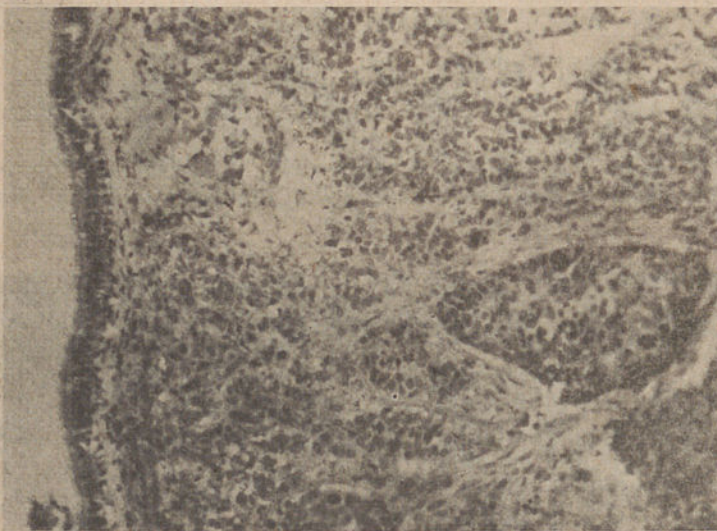


Fig. 5 — «Oat-cells carcinoma». Exame citológico negativo visto que o tumor se encontra inteiramente por baixo do revestimento cilíndrico ciliado brônquico

observado em «Oat-cells carcinomas» ilheus pavimentoso-estratificados ao lado de imagens glandulares. Pessoalmente não temos observado nenhum destes ilheus nos nossos casos de câncros de pequenas células. Não podemos, por isso, chegar a qualquer conclusão pessoal. No entanto é agora evidente que numerosos casos publicados há muitos anos sob o nome de sarcomas linfoblásticos, linfadenomas, endoteliomas, tumores de pequenas células

redondas, são na realidade tumores epiteliais do tipo que actualmente é chamado «Oat-cells carcinoma». O carácter epitelial que por vezes não é nítido no tumor primitivo aparece com nitidez nas metástases. Devo acrescentar que em Portugal a forma indiferenciada de pequenas células («Oat-cells» tumor) bem como a forma glandular de células cilíndricas predominam, ao contrário das observações que fiz anteriormente na Suíça onde a forma espino-celular se mostrava com maior frequência (possivelmente as metaplasias pavimentosas do epitélio brônquico consecutivas a epidemia de influenza de 1918 devem ser responsáveis por esta particularidade de forma) mas também posso

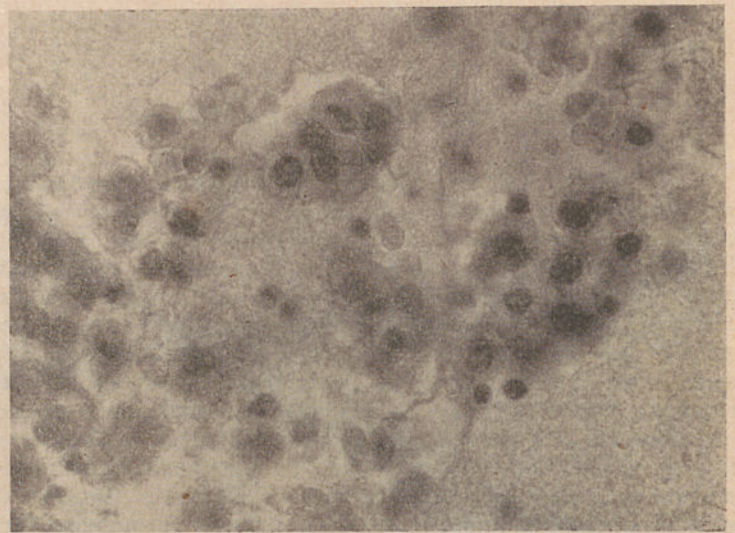


Fig. 6 — Células cancerosas no exsudado pleural (esfregaço corado)

dizer que desde 1940 a forma de pequenas células se via com maior frequência.

#### ASPECTO MACROSCÓPICO

O aspecto macroscópico do carcinoma do pulmão é polimorfo. O tumor mostra grande variabilidade de forma, aspecto e dimensões. Algumas vezes temos tumores estenozantes do brônquio com invasão progressiva do parênquima vizinho, outras vezes observa-se uma forma maciça ocupando um lobo inteiro, outras vezes vê-se um tumor em focos múltiplos. Um grande número de casos mostra um tumor pequeno, discreto, que só

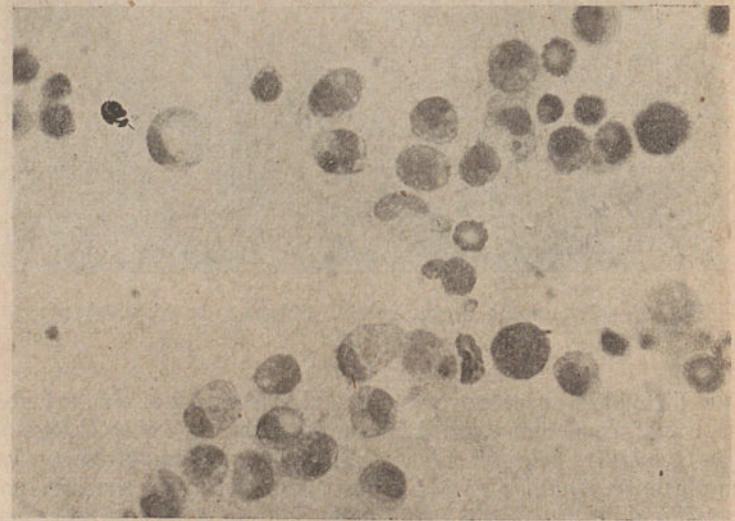


Fig. 7 — Células vacuolizadas ou em anel de sinete no líquido pleural duma doente de 40 anos com síndrome pleuro-pulmonar agudo simulando uma neoplasia. (Esfregaço corado). (1360 X)

uma dissecação cuidadosa de toda a árvore brônquica permite descobrir. Nestes casos são as metástases que chamam a nossa atenção e só o exame atento do pulmão permite descobrir o tumor primário. O cancro pulmonar mostra-se mais frequentemente à direita que à esquerda; para Simons, em 2177 casos 1147 localizam-se à direita e 992 à esquerda; a localização exacta sobre 649 casos foi 169 vezes no lobo superior direito, 70 vezes

no lobo médio direito, 119 vezes no lobo inferior; no pulmão esquerdo 179 vezes no lobo superior e 112 vezes no lobo inferior.

### INVASÃO

A invasão do carcinoma pulmonar faz-se em primeiro lugar no pulmão e na pleura. Esta última mostra pequenos nódulos poliposos e uma reacção inflamatória que se traduz por um derrame frequentemente hemorrágico no qual podem ser encontrados elementos neoplásicos no exame citológico. Fora do pulmão e da pleura visceral e parietal a invasão faz-se em direcção

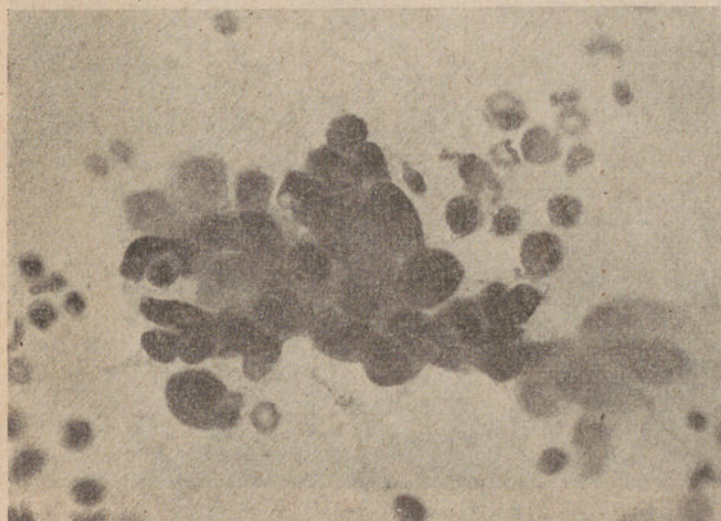


Fig. 8 — Mesmo caso: células pseudo-neoplásicas

ao mediastino, ao pericárdio e coração. Esta última proliferação faz-se por quatro caminhos diferentes: *por extensão directa, pelas veias pulmonares, pela via linfática* e enfim *pelo caminho metastático* com invasão do sistema coronário. Em 1947 publiquei com I. Mahaim o caso dum colega de 65 anos, fumador inveterado, que tinha tosse e asma há 15 anos. Vários médicos consultados pensaram num cancro pulmonar, outros num bócio intratorácico. Enfim como tivesse perturbações circulatórias o nosso colega foi consultar o cardiologista Mahaim que descobriu um ritmo nodal, provávelmente por destruição do nódulo de Keith-Flack por metástase dum tumor pulmonar. A autópsia

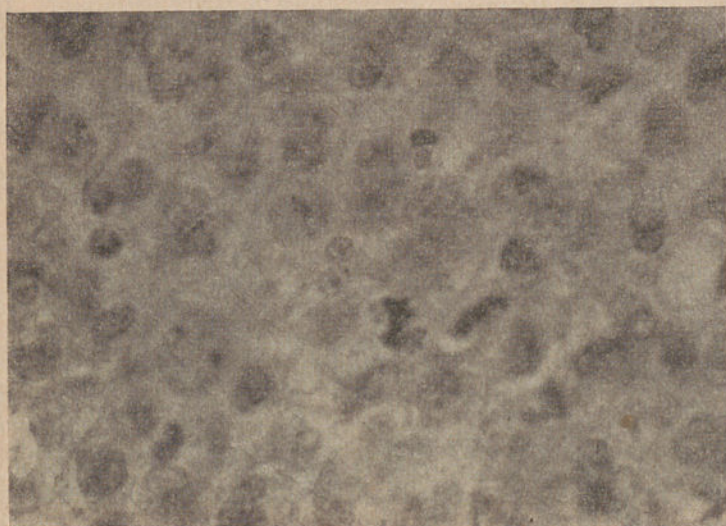


Fig. 9 — Mesmo caso. Num corte histológico do centrifugado do líquido pleural uma mitose atípica ao lado de células suspeitas

torch). Nalguns casos mostram-se as artérias pulmonares comprimidas mas estão raramente invadidas. A invasão do esófago e da coluna vertebral é rara.

### METÁSTASES

Pela *via linfática* temos metástases nos gânglios hilares, da bifurcação dos brônquios, do mediastino. Encontram-se em 75 % dos casos. Fora do tórax mostram-se invadidos os gânglios superiores do abdómen, os gânglios cervicais e axilares. A *pleura* está muitas vezes atingida (para Willis, 25 vezes em 84 casos).

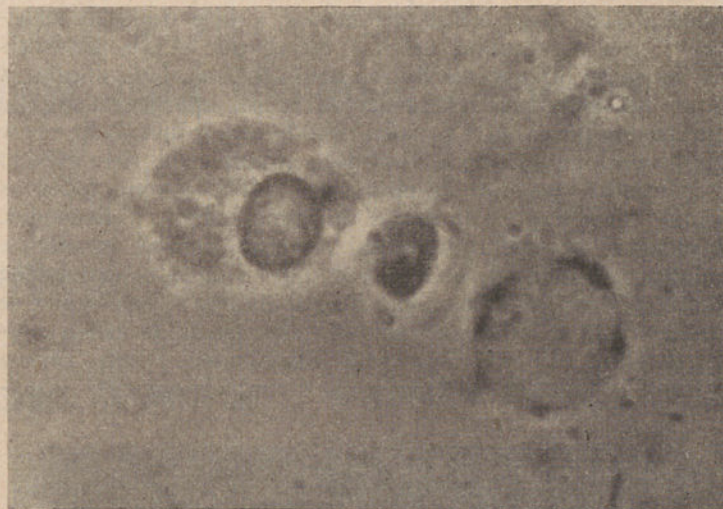


Fig. 10 — Mesmo caso. Células atípicas (contraste de fase) (4362,5 X)

O *pericárdio* em  $\frac{1}{4}$  dos casos mortais e o *peritонеo* em 10 % dos casos. Pela *via sanguínea* temos na metade dos casos metástases *hepáticas*, em 30-40 % dos casos metástases das *suprarrenais* e em  $\frac{1}{4}$  ou  $\frac{1}{3}$  dos casos metástases do *sistema nervoso central*. O *esqueleto* mostra-se invadido no  $\frac{1}{4}$  dos casos. Muito raras são metástases oculares, testiculares, intestinais, da língua e da mucosa bucal.

### COMPLICAÇÕES

As complicações mais frequentes são a oclusão brônquica com atelectasia do território pulmonar correspondente, a este-

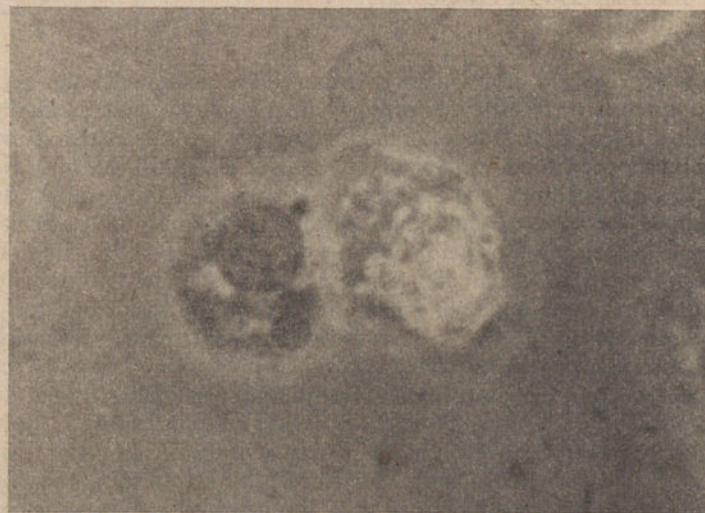


Fig. 11 — Mesmo caso: células atípicas (contraste de fase) (4362,5 X)

que executei mostrava um carcinoma espino-celular do brônquio principal direito com invasão da pleura, do pericárdio e do coração e o exame histológico mostra uma destruição total do nó de Keith-Flack. Em 1937 Schnitker e Bailey tinham apresentado uma observação semelhante. Mais frequente é a invasão da veia cava superior e do tronco venoso braquiocéfalo e nalguns casos invasão venosa do ventrículo esquerdo (Dama e Mc In-

nose brônquica parcial formando uma cavidade mal drenada, na qual se desenvolvem microorganismos e em seguida formação de abscessos ou de bronquiectasias, a infecção do tumor com perfuração nos órgãos vizinhos e a invasão da pleura com derrame hemorrágico. A causa habitual da morte é a caquexia ou a insuficiência cardíaca favorecida pela compressão ou invasão dos grandes vasos ou mesmo do coração.

## EXAME CITOLÓGICO

Temos agora de falar do diagnóstico do cancro pulmonar pelo exame citológico da expectoração ou das secreções brônquicas colhidas por lavagem na ocasião da broncoscopia ou eventualmente pelo exame do exsudado pleural nos casos acompanhados do derrame.

O exame da expectoração e dos líquidos de lavagem e de punção para descobrir elementos neoplásicos não é descoberta recente: foi praticado há muito tempo, mas a difusão da técnica chamada de Papanicolaou e o aperfeiçoamento dos métodos de colheita e de exame citológico põem-nos de novo na ordem do dia. Esta técnica foi criada por Papanicolaou para o exame do líquido vaginal para tentar determinar a fase do ciclo menstrual. Como apareceram nalguns esfregaços células anormais pela forma e pelo aspecto do núcleo, Papanicolaou chegou a pensar que poderiam ser elementos neoplásicos descamados e o futuro deu-lhe razão. Um novo método estava inventado e teve logo devido a um grande reclame uma grande voga. Este método foi aplicado à pesquisa de elementos neoplásicos em todos os líquidos normais ou patológicos do corpo humano: exsudados, transudados, expectoração, urina, secreção vaginal, prostática, produtos de punção de quistos, etc., etc. O método tem grande valor, mas é difícil a coloração de Papanicolaou, bem como as suas habituais modificações não são específicas da célula neoplásica. Uma boa coloração pelo Hemalumen e pela Eosina mostra-se em numerosos casos mais favorável; em 1947 Wool-

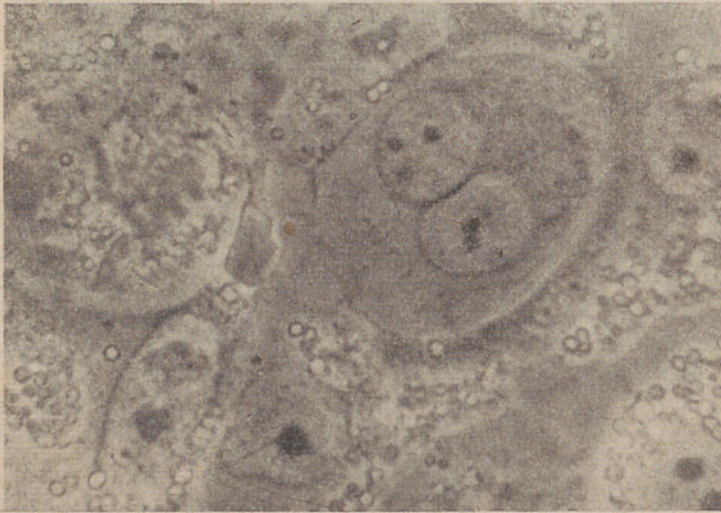


Fig. 12 — Metástases pleurais de carcinoma da próstata: elementos neoplásicos no líquido pleural (contraste de fase) (3570 X)

ner e Mc Donald criam para o exame da expectoração um método novo que os seus Autores chamam «Papanicolaou modificado» que na realidade é uma coloração pela Hematoxilina de Harris (como no Papanicolaou) e pela Eosina diluída! Mais simples é a pesquisa dos elementos a fresco pelo microscópio de contraste de fase e ainda mais segura a pesquisa no material fixado e precipitado pelo líquido de Bouin ou pelo líquido de Dubosc-Brasil (chamado também Bouin alcoólico) e incluído em parafina como qualquer fragmento de biópsia. No Laboratório de Anatomia do I. P. O. fazemos de rotina o exame a fresco pelo microscópio de contraste de fase e preparamos dois esfregaços fixados imediatamente numa mistura em partes iguais de álcool a 95° e de éter. O resto do material é precipitado pelo líquido de Dubosc-Brasil ou de Bouin e incluído em parafina, como também o recomenda Botherau. Os cortes são corados pelo Hemalumen e Eosina e pelo método de v. Gieson e os esfregaços pelo Hemalumen e Eosina e seguindo a técnica de Papanicolaou.

O exame da expectoração (Fig. 4 e 5) deve ser feito sobre material colhido de manhã, após lavagem da boca para evitar tanto quanto possível a mistura com restos alimentares ou outras impurezas. O material colhido deve ser entregue tão rapidamente quanto possível ao Laboratório onde a expectoração vai ser preparada e examinada seguindo a regra atrás descrita. Quais são os resultados a esperar deste exame? Fora dos casos onde a expectoração ou o líquido de lavagem dos brônquios contém um pequeno fragmento do tumor, a interpretação das imagens obser-

vadas é muito difícil, muitas vezes, perturbada pela presença de muco ou de macrófagos que apresentam corpos refringentes ao microscópio de contraste de fase. Woolner e Mac Donald da Mayo Clinic que têm examinado 588 casos de doenças suspeitas do tórax e descoberto 100 cancros tinham somente 68% de resultados positivos no exame da expectoração e sobre 93 casos nos quais a biópsia foi positiva em 65 exames citológicos positivos (70%). O exame citológico da expectoração e dos líquidos de lavagem mostra-se especialmente útil nos casos em que uma biópsia broncoscópica se torna impossível ou nos casos com imagens radiográficas duvidosas. Os clínicos mostram maior

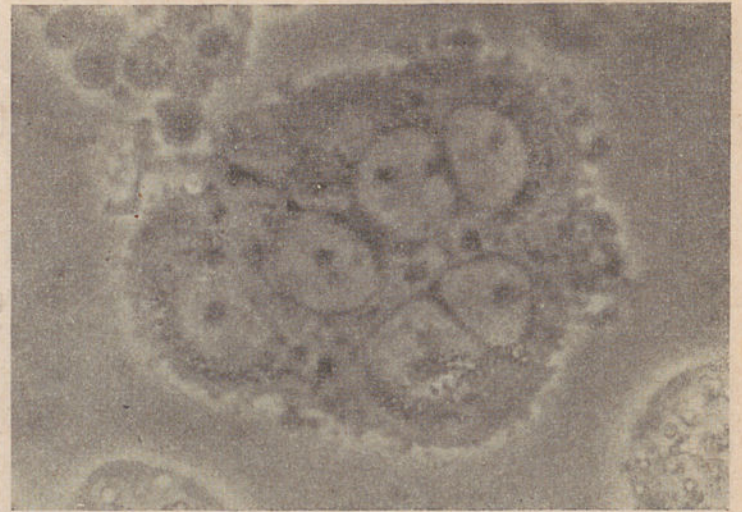


Fig. 13 — Mesmo caso, Célula cancerosa multinucleada. (Contraste de fase) (3570 X)

entusiasmo que os anátomo-patologistas pelo método, possivelmente pelo facto de conhecerem já a história clínica do doente a apreciação de malignidade dos elementos nos seus próprios laboratórios torna-se mais fácil (também menos objectiva) que para o anátomo-patologista que trabalha fora das secções clínicas e não conhece pessoalmente o caso.

Pelo exame citológico do líquido pleural pode ser feito também o diagnóstico duma neoplasia pulmonar, mas somente no estágio em que o tumor invade já a pleura e forma pequenas vilosidades que se destacam e caem no exsudado (Fig. 6). No entanto como chama a atenção v. Albertini, devemos tomar cuidado, não confundir elementos suspeitos com elementos tumo-

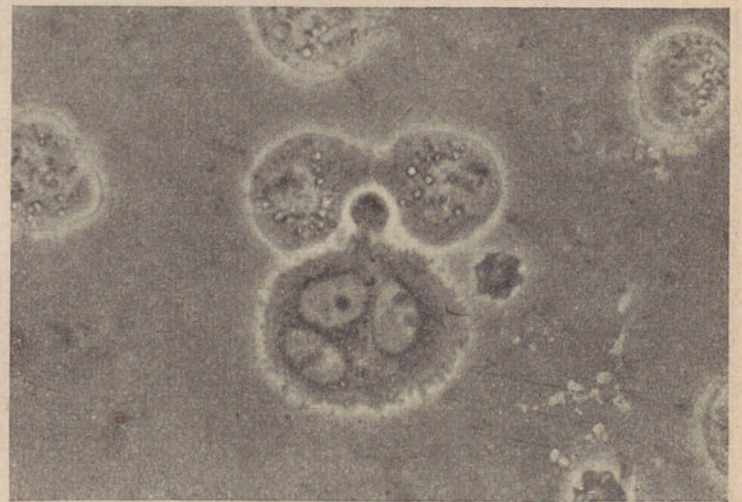


Fig. 14 — Mesmo caso. Elementos neoplásicos. (Contraste de fase) (2100 X)

rais certos, visto que nalgumas proliferações reacionais do revestimento da pleura podem ser encontradas células que têm morfológicamente aspecto tumoral. Num caso pessoal duma doente de 40 anos que apresentava um síndrome pleuro-pulmonar direito de evolução relativamente rápida mas com diagnóstico clínico e radiológico difícil, uma punção pleural mostrava líquido turvo no qual encontramos no microscópio de contraste de fase elementos atípicos que nós vimos também nos esfregaços corados e na qual a inclusão do centrifugado mostra uma mitose atípica ao lado de outras células suspeitas (Figs. 7-11). Dois meses

# ENTEROBIÓTICO

Antibiótico-sulfamidoterápia associada para tratamento entérico

## COMPOSIÇÃO

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de sulfato)	0,015 Grs.
Bacitracina . . . . .	600 U. I.
Sulfato de Neomicina . . . . .	0,0075 Grs.
Ftalilsulfacetimida . . . . .	0,500 Grs.
Excipiente q. b. p. . . . .	1 comprimido

Em virtude de nenhum dos componentes do Enterobiótico ser absorvível pela corrente sanguínea em extensão apreciável, permite que seja utilizado em doses maciças sem qualquer perigo de efeitos tóxicos.

## APRESENTAÇÃO

Tubo de 20 comprimidos . . . . . **Esc. 42\$00**



**LABORATÓRIOS**  
**QUÍMICO**  
**BIOLÓGICOS**

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

# 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

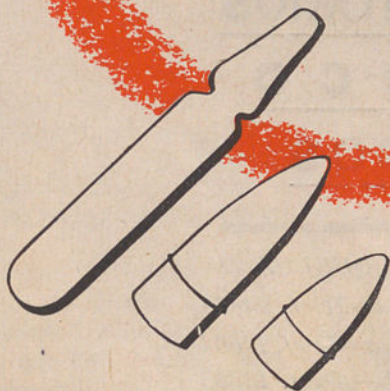
COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS





mais tarde a doente teve alta com desaparecimento do derrame pleural, melhora do estado geral e desapareção quase total das manifestações pulmonares. Deve ter-se tratado duma reacção inflamatória da pleura e não dum tumor. Em vários casos de derrame pleural hemorrágico não se encontram elementos neoplásicos, o que não infirma o diagnóstico de carcinoma pulmonar possível. Para terminar vamos mostrar alguns elementos observados num exame de derrame pleural dum homem de 51 anos que tinha metástases pleurais dum carcinoma do pâncreas (Figs. 12, 13 e 14).

### CONCLUSÃO

Em conclusão devemos dizer que o cancro pulmonar é sempre de origem brônquica e que as suas diversas formas representam somente variações de diferenciação ou de desdiferenciação do mesmo epitélio respiratório.

A pesquisa de elementos neoplásicos na expectoração, no líquido de lavagem brônquica e nos produtos de punção pleural pode dar grande ajuda ao diagnóstico do cancro pulmonar, mas os resultados obtidos devem ser utilizados com prudência e crítica, e sempre se deve ter presente que um exame citológico negativo não exclui a hipótese de existência de um tumor maligno.

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

# REVISÃO DE CONJUNTO

## Carcinoma brônquico

E. LIMA BASTO

(Prof. agreg. da Faculdade de Medicina de Lisboa — Cirurgião no Instituto Português de Oncologia)

O cancro brônquico tem sido recentemente objecto de numerosos estudos por se ter verificado um aumento cada vez mais notável do número de casos de cancro com esta localização.

Se este aumento é real ou aparente tem sido a pergunta a que muitos têm atentado responder; e, embora a alguns autores pareça que o registo de maior número de neoplasias broncogénicas é devido a um melhor diagnóstico e ao maior número de autópsias que modernamente se realizam, as estatísticas, nos países que as podem manter duma forma eficiente, são bem claras na demonstração duma curva ascendente e impressionante da incidência do cancro do pulmão, e daí a importância cada vez maior que esta lesão tem tanto para o especialista como para o clínico geral.

E se muitas doenças interessam particularmente ao especialista, a neoplasia pulmonar deve pelo contrário ser atentamente estudada pelo clínico geral, pois é a este que se deve imputar principalmente a responsabilidade da sua detecção, factor primordial numa melhora dos resultados terapêuticos que todos desejamos e queremos.

### INCIDÊNCIA

A localização pulmonar das neoplasias era praticamente desconhecida na antiguidade. Mais modernamente, no princípio do século passado, o cancro pulmonar era também quase desconhecido como o afirmou Croisact—cit. Fried—sendo erroneamente atribuída a Laennec a primeira descrição do cancro do pulmão, o que hoje se não pode demonstrar. Já Bayle em 1810, apesar de considerar o cancro do pulmão como uma 6.<sup>a</sup> espécie de tísica, descreveu um caso de tuberculose pulmonar associada a cancro do pulmão.

O carcinoma de localização pulmonar foi uma entidade praticamente desconhecida mesmo até Virchow e Lubarsch (1894-1895) que mantinham a ideia de que em tecidos onde se observam frequentemente metástases de carcinoma raramente se desenvolvem tumores primitivos. Esta teoria, que mais tarde não

### BIBLIOGRAFIA

- V. Albertini A. — Das Malignitätsproblem in histologisch-zytologischer Betrachtung.  
Verh. d. dtsh. Ges. f. Path. 1951.35.Tg. (54-69).
- Bothreau N. R. — Use of Paraffin-embedding Methods in the Cytologic Study of various Bodily-Secretion.  
The Amer. J. of Med. 1950, VIII (733-737).
- Dana H. W. and McIntosh R. — Amer. J. med. Sci. 1922. 163 (411).
- Hoessly G. F. — Ueber Differencierung in Oat-cells Karzinom der Lunge. Schw. Z. f. Path. u. Bakt. 1947. X. (302-308).
- Mahaim I. et Gander G. — Cancer de la bronche droite avec propagation à l'oreillette droite.  
Helv. Med. Acta A. 1947 V. 14. Fasc. 2.
- Schnitker and Bailey — cit. Mahaim e Gander.
- Simons E. J. — Primary Carcinoma of the Lung. Chicago, 1937 (cit. Willis).
- Szymonowicz — Lehrbuch der Histologie, Leipzig, 1924.
- Willis R. A. — Pathology of tumors. London, 1948.
- Woolner L. B. and Mc. Donald J. R. — Bronchogenic Carcinoma. Diagnosis by microscopic Examination of Sputum and Bronchial Secretion.  
Proc. Staff Meet. Mayo Clin. 1947. 22 (369-381).

foi de nenhuma maneira demonstrada, teve todavia influência nos patologistas.

A evolução dos conhecimentos da patologia, o aparecimento da bacteriologia da era de Koch e a descoberta dos raios X, trouxeram como consequência um desenvolvimento enorme à medicina com uma perfeição cada vez mais marcada no diagnóstico e no conhecimento da patologia. É em parte aos poucos meios de que o médico dispunha e aos conhecimentos errôneos da patologia em que se baseava que muitos autores atribuem o facto da neoplasia pulmonar ser raramente diagnosticada até ao início do século actual.

Desde então o número de casos observados tem aumentado progressivamente e duma forma que se pode considerar alarmante. Para isso vários factores têm concorrido.

É indiscutível que os meios de que hoje dispomos nos permitem um diagnóstico mais preciso. Não é necessário recuar muitos anos, para ver que a precisão do diagnóstico estava longe da perfeição já nos nossos dias. Não resisto a citar Fried que diz ter Mubarsch, ao rever os casos de cancro na Alemanha em 1921, concluído que os erros de diagnóstico eram de cerca de 32,5 % o que tirava qualquer valor às estatísticas de localização de cancro. O mesmo autor cita Wells que em 1923 e 1927 ao fazer o estudo de 578 casos de cancro do Cook County Hospital, de Chicago, verificou haver 32,5 % de erros de diagnóstico. O mesmo sucedeu aliás com Baslford de Londres, Reichelmann de Berlin, Berency e Wolf de Budapest e Bels de Jena.

Aquele autor verifica que o aumento estatístico actual das neoplasias é especialmente notável nas localizações em órgãos internos.

Todos sabem que a idade média de vida tem sido cada vez mais elevada, duma forma mais acentuada nas últimas décadas. Se recordarmos que no fim do século passado a duração média de vida era nos Estados Unidos de 45 anos vemos que diferença ela faz para os 63,77 anos calculados em 1940!

Evidentemente que esta maior longevidade dá lugar a que

maior número de pessoas ultrapassem a idade em que as neoplasias são mais frequentes.

Este aumento da longevidade, índice seguro dum aperfeiçoamento da medicina e particularmente da saúde pública, tem uma consequência natural: maior número de indivíduos ultrapassando os 50 anos e portanto o aparecimento de maior número de neoplasias. Os progressos da medicina trouxeram também uma outra consequência: a actual sobrevivência de muitos doentes sujeitos a doenças degenerativas, como a diabetes e um número cada vez mais elevado de indivíduos curados de tuberculose.

O desenvolvimento dos serviços hospitalares paralelo ao maior número de necrópsias hoje realizadas, permitem um estudo mais intenso e mais perfeito, ainda que muitas vezes retrospectivo, mas de resultados positivos baseados na maior experiência.

O incremento da estatística e dos registos auxiliados por um bom serviço de saúde pública permitem também um conhecimento mais exacto do estado de saúde da população pelo menos nos países felizes em que esse estudo é possível, e aos quais temos de recorrer pela nossa insuficiência local.

Se estes factos são verdadeiros e podem levar à conclusão de que o aumento do cancro, especificadamente do cancro do pulmão, é aparente e não real, as modernas estatísticas são de tal forma impressionantes que a qualquer observador convencem.

Passemos uma breve revista a algumas estatísticas.

Em Inglaterra, por exemplo, o número de casos de carcinoma pulmonar aumentou de 1922 a 1947 cerca de 15 vezes (Doll, R. and Hill, A.B., *British Med. J.*, 2:739, 1950).

De 1939 a 1948 o número de cancros do pulmão, pleura e mediastino subiu de 4.900 a 10.463 quando o número de falecidos por cancro com outras localizações subiu, no mesmo período de 62.233 a 68.969.

Numa estatística francesa das autópsias realizadas na Alsácia (Strasbourg) (L. Fruhling e D. Horrenberger, *Bull. Ass. fr. ét. Cancer*, 39;1; 1952) em indivíduos de idade superior a 20 anos o número de cancros pulmonares subiu nos períodos de 5 anos de 1926-1930 a 1946-1950, de 25 a 86 casos ou, se observarmos a percentagem de cancro pulmonar em relação às outras localizações de cancro nos mesmos períodos vemos que ela se elevou de 5,1 % a 18,7 %.

Se observarmos agora os mesmos números em relação com o número de adultos autopsiados verificamos que a percentagem aumentou de 1930 a 1950 de 0,84 a 4 %.

Nos Estados Unidos da América as estatísticas apresentam valores impressionantes. Os carcinomas brônquicos produziram a morte de 6.732 indivíduos em 1938 e 10 anos depois 16.450, isto é, houve um aumento de 144 %, quando no mesmo período a mortalidade por cancro em geral aumentou 31 %.

Um tal incremento não se pode atribuir unicamente a uma melhoria dos meios de diagnóstico. Se é certo que esta melhoria se tem mostrado mais eficiente nos cancros internos também o certo é que não estão em relação com o aumento de percentagem de mortalidade por cancro em geral. Os números absolutos são por si conclusivos dum aumento real dos casos de cancro pulmonar. Foi aliás a conclusão a que chegou o simposio sobre o cancro pulmonar realizado em Junho passado em Louvain (Bélgica). No nosso país não nos é fácil verificar o aumento correspondente a outros países na frequência do cancro do pulmão. Infelizmente as estatísticas oficiais no nosso país não estão organizadas por forma a podermos apreciar a mortalidade nas diversas localizações neoplásicas.

O número de casos que têm sido enviados ao Instituto Português de Oncologia não tem aumentado de forma notável nos últimos anos quando o número de falecidos por cancro no país aumentou de 3.590 a 5.228 de 1942 a 1951 (45 %) (Instituto Nacional de Estatística).

## ETIOLOGIA

Qual a causa deste aumento de frequência?

Passemos uma revista breve sobre quais os factores etiológicos que se têm atribuído a esta localização tumoral.

Foquemos em primeiro lugar a tuberculose. Apesar do primeiro caso descrito de cancro pulmonar associado com tuberculose ter sido uma das primeiras descrições daquele tumor pulmonar, por Bailey em 1810, e de Ewing ter considerado a tuberculose como um dos factores etiológicos mais importantes, a associação das doenças neoplásicas e tuberculose tem sido objecto de grande discussão entre os clínicos, sendo por muitos considerada como não existente. Não é o que na realidade se observa. Fried, por exemplo, em 319 casos verificou a associação com tuberculose em 10,6 %. As duas doenças estavam associadas quer no mesmo pulmão, quer em diferentes partes do mesmo pulmão, quer em pulmões diferentes. Em especial na primeira hipótese o factor etiológico é de considerar pois aquele autor verificou que a lesão era de longa duração e que o aparecimento da lesão neoplásica lhe era subsequente. Na opinião de Fried nos indivíduos com tuberculose produtiva crónica há uma resposta activa da parte dos tecidos de regeneração, pela regeneração das estruturas epiteliais que pode culminar na doença maligna (sic.).

Aliás a ideia erroneamente generalizada da raridade de coexistência das duas doenças não tem sido comprovada e numerosos casos têm sido publicados demonstrando o contrário.

Não podemos deixar de citar como um dos factores etiológicos mais interessantes por se relacionar com a doença profissional o dos casos de tumor pulmonar sobrevivendo nos mineiros de Schneeberg (Alemanha) e Jachymov (Checoslováquia). A doença pulmonar que desde o século XVI se observa nos mineiros foi identificada em 1879 por Weigert em Schneeberg, como um linfossarcoma, diagnóstico este que foi rectificado em 1922, pois se concluiu que se tratava na realidade de carcinoma brônquico.

Também em Jachymov o diagnóstico era de tuberculose pulmonar e só em 1929 foi feito o diagnóstico de carcinoma. O factor etiológico desta neoplasia nos mineiros de urânio e pecheblenda tem sido também tema de discussão, sendo porém às emanações de rádio que se atribue a acção mais importante não só por aspiração como pela sua absorção através da pele. De notável o facto de o tempo que dista entre o começo do trabalho nas minas e o aparecimento do tumor ser por vezes muito longo, de alguns anos, mesmo até quando o mineiro já está reformado. De notável também neste caso o factor hereditário de receptividade, dado que nos mineiros são frequentes os casamentos consanguíneos, o que corresponde às condições experimentais nos animais (in-bred).

Em menor número de casos se tem observado carcinomas do pulmão nos operários trabalhando com crómio, assim como amianto. A silicose pulmonar não pode ser considerada como factor etiológico importante pela baixa percentagem de casos verificados.

O tabaco, em especial o fumo dos cigarros, tem sido ultimamente o factor mais considerado como capaz de desempenhar um papel importante na etiologia do carcinoma brônquico.

O estudo estatístico mostra realmente que o cancro do pulmão é mais frequente nos fumadores de cigarro, em particular nos grandes fumadores (grande número de cigarros por período superior a 20 anos).

Segundo Wynder e Graham (*J. A. M. A.*, 143, 329, 1950) a percentagem de grandes fumadores nos indivíduos portadores de cancro do pulmão era em 665 homens de 96 %, enquanto na população em geral a proporção dos fumadores em relação aos não fumadores seria de 73,7%. Seria fastidioso enumerar aqui as inúmeras estatísticas que têm sido publicadas levando à mesma

**WANDER**

*Em Medicina a Qualidade  
é uma Necessidade...*

# Aminacyl

**WANDER**

**O PAS CÁLCICO DE ELEIÇÃO**

## GRANULADO

FINÍSSIMO E COM UM MÍNIMO DE SUBSTÂNCIAS DE EXCIPIENTE, CONTENDO 85% DO SAL CÁLCICO DO ÁCIDO P-AMINO-SALICÍLICO E 9,8 g DE CÁLCIO FACILMENTE ASSIMILÁVEL.

FRASCOS DE 100 e 400 g

\* DADO QUE O PAS EM SOLUÇÃO AQUOSA DÁ ORIGEM AO META-AMINOFENOL, ESTAS PREPARAÇÕES APRESENTAM-SE SOB A FORMA «SECA».

## DRÁGEAS

CONTENDO 0,395 DE SUBSTÂNCIA ACTIVA E DE EXCEPCIONAL TOLERÂNCIA.

FRASCOS DE 250 e 1.000 Drag.

## \* AMPOLAS SECAS (APLICAÇÃO LOCAL)

SAL SÓDICO CRISTALIZADO, CORRESPONDENDO A 2 g DE PAS SÓDICO ANIDRO POR AMPOLA.

CAIXAS DE 1 FRASCO

## \* SUBSTÂNCIA—PARA INFUSÕES

PAS SÓDICO MUITO PURO E MUITO ESTÁVEL.

EMBALAGENS DE 250 g



*Nos estados*

*diarreicos*

# TANALMICINA

GELEIA DE SABOR AGRADÁVEL

Dihidroestreptomicina

Ftalilsulfatiazol

Tanato de albumina

Pectina

Vitamina K

Frasco de 90 grs.



AGENTES EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL:

**FERRAZ, LYNCE, LDA.**

Travessa da Glória, 6-2.º - LISBOA

conclusão, em percentagens maiores ou menores. Mas não podemos deixar de citar as observações e estudos estatísticos feitos nos Estados Unidos da América pondo em relação o número de câncros brônquicos com o consumo de tabaco.

Na realidade o consumo de tabaco (cigarro) tem aumentado extraordinariamente e progressivamente naquele país e não há dúvida de que se pode observar um paralelismo nas curvas destes dois elementos.

Assim de 1903 a 1948 a produção anual de cigarros por pessoa subiu nos Estados Unidos da América, de 46,3 para 2.541.

Dado que o efeito carcinogénico se deve observar cerca de 20 anos depois, pode-se verificar que houve um aumento no consumo de cigarros por habitante de 1920 a 1930 de 480 para 930 (cerca de duas vezes mais).

A este aumento correspondeu nos anos de 1938 a 1948 (18 anos depois) um incremento do número de casos de cancro do pulmão de 4,2 para 11,3 por 100.000 habitantes (2,7 vezes).

Ochner e colab. numa antecipação aterradora, prevêem que, se esta relação entre o consumo de cigarros e o cancro do pulmão existe de facto, uma vez que de 1930 a 1948 o número de cigarros consumidos por pessoa aumentou de 930 para 2.541 (2,6 vezes) o número de câncros do pulmão por 100.000 habitantes nos Estados Unidos subirá em 1970 de 11,3 para 29,4 o que representará um aumento de falecimentos por cancro do pulmão de 16.450 em 1948 para 47.000 em 1970.

Da mesma maneira, o número de falecidos por cancro do pulmão que, em 1920, era de 1,1 % dos mortos por cancro em geral, em 1930 foi de 2,2 % e em 1948 8,3. Com a mesma relação em 1970 será 18 % se a proporção se mantiver!!

Na mesma ordem de ideias se verifica que o número de mulheres em relação aos homens atingidos por esta doença tem aumentado em relação com o incremento que o vício do fumo se tem generalizado nas mulheres.

A importância do tabaco é inegável não só pelo papel desempenhado pela irritação crónica das mucosas das vias aéreas pelo fumo mas ainda pela acção carcinogénica do tabaco, em especial pelos alcatrões.

São já de alguns anos os estudos feitos sob a acção carcinogénica do alcatrão, desde os trabalhos de Itchikawa no Japão, com a cancerização pela pincelagem da orelha do coelho com alcatrão, até aos estudos notabilíssimos do químico inglês Kennaway que ao realizar o desdobramento dos alcatrões pode concluir que eram as substâncias que incluíam um núcleo fenantrénico que tinham um poder cancerizante marcado, muito particularmente o 3,4 benzopireno e o metilcolantreno, derivado do 1,2 benzantraceno.

O poder cancerizante do alcatrão fez pensar na possibilidade do alcatrão, cada vez mais usado na pavimentação das estradas, ter contribuído para o aumento da incidência do cancro do pulmão.

Ainda no estudo do tabaco o mesmo Kennaway estudou recentemente a influência que os vapores de arsénio contido nos diversos tipos de tabaco poderiam ter na incidência da doença. Os resultados desta investigação não levaram contudo a quaisquer resultados, não correspondendo as diferenças da quantidade de arsénio libertado nos diversos tipos de tabaco à diferença na incidência do cancro pulmonar.

Estes problemas estão a ser estudados activamente em vários centros, da mesma maneira que se procura intensificar o estudo dos factores resultantes da raça, posição geográfica, meio ambiente, etc., que podem influir nas diferenças de incidência desta localização neoplásica.

\*

O cancro pulmonar é actualmente mais frequente no homem que na mulher numa proporção de 9:1. Nalgumas estatísticas

a percentagem em homens brancos é maior que nos negros nos Estados Unidos.

É ligeiramente mais frequente no pulmão direito que no esquerdo e mais nos lobos superiores que nos inferiores. É mais frequente entre os 50 e 60 anos podendo porém observar-se em indivíduos mais jovens. 28 anos tinha um dos nossos casos.

Sobre a anatomia patológica do carcinoma brônquico falará a seguir o Prof. George Gander.

O carcinoma brônquico evolue insidiosamente; numa primeira fase não provoca qualquer sintomatologia — é a «fase silenciosa» de Overholt. Os sintomas que posteriormente apresenta são resultado de uma fase mais avançada, por vezes mesmo demasiado avançada.

O primeiro sintoma é em regra a tosse. Passa muitas vezes sem a devida atenção este sintoma, pois é difícil a um fumador notar a princípio qualquer alteração quer no ritmo quer no tipo da tosse. É um sintoma muito importante e para o qual nunca é demais chamar a atenção. De facto qualquer modificação da tosse habitual do fumador ou o seu aparecimento no não fumador deve pôr alerta o clínico, em especial quando se trata de um indivíduo de mais de 40 anos.

As hemoptises, pouco abundantes em regra, são frequentes (cerca de 50 % dos casos), assim como as doenças inflamatórias da árvore brônquica que não cedem ao tratamento como seria de esperar numa infecção vulgar, e que devem chamar a nossa atenção e obrigar a um exame mais completo do doente.

A perda de peso acompanha também em regra os primeiros sintomas. As dores torácicas, dores persistentes embora não muito intensas, podem também constituir o primeiro sintoma mas correspondem em geral a uma fase mais adiantada da doença.

As dores articulares de tipo reumatisal acompanham frequentemente o carcinoma brônquico. Price Thomas na sua longa série de casos tem uma alta percentagem de doentes com dores articulares que imediatamente desaparecem após a ressecção pulmonar.

Dispneia, suores nocturnos, rouquidão são outros sintomas todavia mais tardios da doença.

Estes sintomas correspondem aliás à evolução da neoplasia.

Originária na mucosa brônquica a neoplasia aumenta de volume e pela sua presença obstrue o brônquio. Compreende-se bem que originará uma retenção das secreções e naturalmente a sua infecção. A obstrução brônquica provoca também a atelectasia pulmonar.

Depende, pois, da localização primitiva da neoplasia a evolução da sintomatologia. Se ela está situada num dos brônquios principais, são a infecção, atelectasia, hemoptises, dispneia os principais sintomas. Se o tumor é mais periférico é a invasão da pleura, as dores o derrame peural.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com a tuberculose pulmonar, lesão inflamatória (abscesso pulmonar), quisto hidático, tumores benignos do pulmão, linfangioma, bócio aberrante, metástases pulmonares de carcinoma (suprarrenais, próstata, mama, etc.), linfogranuloma de Hodgkin, linfosarcoma, etc.

A história do doente muito particularmente análises de sangue, velocidade de sedimentação, análise expectoração, reacção de Casoni e Weinberg podem esclarecer facilmente o diagnóstico o que, aliás, não é a regra.

O Dr. Carlos Rebelo mostrará um caso em que a idade do doente, história e análises nos levaram a crer tratar-se de um quisto hidático (tanto mais que se tratava de um rapaz de 28 anos) e afinal operámos de ressecção pulmonar por tratar-se de carcinoma brônquico.

Se houver gânglios palpáveis a biopsia e exame histológico impõem-se e dar-nos-ão o diagnóstico, em especial nos casos de linfogranulomatose.

Nos tumores benignos; quistos dermóides, etc.. só muitas vezes a toracotomia esclarecerá o diagnóstico. É necessário tam-

bém fazer-se a pesquisa de outras localizações tumorais primitivas, no caso de suspeita de metástases.

Na neoplasia brônquica o diagnóstico precoce é essencial para um bom êxito da terapêutica como aliás em todas as neoplasias. Todos sabem que as neoplasias têm no início um desenvolvimento local, depois um crescimento expansivo, invasor.

Da massa tumoral destacam-se células neoplásicas que através dos vasos linfáticos se vão localizar nos mais próximos gânglios linfáticos regionais. Nestes desenvolve-se um novo tumor e novas metástases se formam a partir destes gânglios.

A cura duma neoplasia obter-se-á seguramente quando o tumor for completamente extirpado, antes que células neoplásicas se tenham localizado em tecidos não extirpáveis.

A obtenção duma cura só é possível quando o diagnóstico for precoce, isto é, quando se identificar o tumor numa fase de crescimento local.

Para o caso do carcinoma brônquico é essa a grande dificuldade. O ideal será identificar o tumor na sua fase silenciosa, inicial.

Os resultados terapêuticos são absolutamente satisfatórios quando o diagnóstico é feito nesta fase como mostraremos adiante.

Como obter o diagnóstico nesta fase? Ou por despistagem radiológica ou por observação casual. O carcinoma brônquico é então perfeitamente curável; impõe-se pois que a despistagem se faça pelo único meio que nos revela o tumor nesta fase inicial assintomática: o exame radiológico, hoje possível e praticável com a microradiografia. A despistagem é possível e é praticável uma vez que os serviços de saúde pública, devidamente organizados, possam radiografar a intervalos regulares os indivíduos de mais de 40 anos. Em alguns países tem sido possível despistar grande número de casos iniciais por este processo (até 56 por 100.000 observados).

Uma vez passada esta fase inicial a tosse, expectoração hemoptóica, perda de peso, etc., devem chamar imediatamente a atenção do médico que *deve* pensar sempre na hipótese do cancro pulmonar.

Os elementos semiológicos são escassos no início mas a presença de qualquer dos sintomas citados deve pôr à lèrta o médico. De que meios dispomos para fazer o diagnóstico? Em primeiro lugar a radiologia depois a broncoscopia, pelo seu exame directo da árvore brônquica no segmento atingível pelo aparelho endoscópico. pela colheita das secreções brônquicas para exame citológico ou pela biópsia directa da lesão.

Nos casos de derrame pleural o exame citológico do líquido pleural colhido por punção pode dar-nos o diagnóstico. Eis o que vão descrever os meus Colegas.

\*

De que meios dispomos para tratamento:

- 1 — Cirurgia;
- 2 — Radiações;
- 3 — Quimioterapia.

O tratamento cirúrgico consiste na ressecção pulmonar. Está indicada em todos os casos em que a ressecção seja tecnicamente exequível.

Como dissemos antes, se o tumor está limitado ao parenquima pulmonar a ressecção tem grandes probabilidades de êxito. Tem-se discutido se se deve fazer a lobectomia ou pneumectomia.

Alguns cirurgiões torácicos defendem a lobectomia nos casos iniciais perfeitamente localizados; os resultados, porém, são muito melhores quando nestes casos se faz a pneumectomia. É ela o tratamento indicado, completado com a extirpação dos gânglios do hilo.

Operação cirúrgica violenta e chocante, reside nela porém a possibilidade da cura do doente.

Quais são, porém, as suas limitações? Além das limitações da idade, estado do sistema cardiovascular e doenças coexistentes, as limitações são as das possibilidades técnicas da ressecção. Hoje a pneumectomia realiza-se fazendo a dissecação do hilo pulmonar, com laqueação e secção de cada um dos seus elementos. Esta só é de possível realização com êxito quando existe espaço para a sua efectivação sem risco demasiado. A invasão do pericárdio assim como da pleura, com derrame hemático, são considerados contra indicação operatória.

A ressecção curativa é só possível na fase inicial do tumor localizado; nalguns casos avançados em que a localização é periférica, atingindo mesmo a parede do tórax pode realizar-se uma

ressecção paliativa, com a finalidade de obter uma sobrevivência com menos sofrimento para o doente, mas não podemos esperar uma cura nestes casos.

O exame radiológico é por vezes enganador quanto à extensão da neoplasia; uma zona de atelectasia ou o componente inflamatório podem mascarar os limites reais da neoplasia.

A toracotomia nestes casos impõe-se pois só ela poderá dar ao cirurgião a medida da possibilidade da ressecção. Quais os resultados obtidos com a ressecção? Na generalidade a percentagem de curas aos 5 anos não é alta em relação ao número de doentes observados e isto em todos os serviços do Mundo.

Se a ressecabilidade é de 100 %, com 75 % dos casos sem invasão ganglionar do hilo (Overholt), nos casos operados na fase assintomática (despistagem) com uma percentagem de cura aos 5 anos que chega para alguns a 90 %, a generalidade dos doentes vêm, em regra, numa fase adiantada da doença. Para não repetir números em outras partes publicados, de todos os doentes diagnosticados cerca de 50 % são inoperáveis. Dos operáveis são susceptíveis de ressecção 35 % tendo alta curados da operação 28 % do total (Ochner). Vê-se bem a diferença dos resultados em relação com o aumento do diagnóstico e o tempo de evolução.

Da totalidade dos operados as curas aos 5 anos vão, segundo os vários cirurgiões até 26 % (Price Thomas, que inclui nesta cifra todas as ressecções curativas e paliativas).

Devemos pois todos lutar pelo ideal dum diagnóstico precoce do carcinoma brônquico, único meio de proporcionar ao doente uma cura definitiva.

\*

Os resultados da radioterapia não têm sido até há pouco de grande eficácia nesta localização neoplásica.

A dificuldade de obter grandes doses profundas sem provocar lesões cutâneas, tem sido um óbice à obtenção de bons resultados. É certo que a radioterapia se tem reservado, na maior parte dos Centros, aos casos que foram considerados inoperáveis, mas o problema da dose letal no tumor tem sido o mais difícil de resolver.

Alguns radioterapeutas estão agora animados por novos horizontes que se abrem à terapia profunda mas cujos resultados efectivos a distância não podem, por enquanto, ser avaliados. Referimo-nos à terapia convergente (que está já em uso no Instituto Português de Oncologia), às supervoltagens, especialmente ao Betatrão com 30.000.000 de voltas, às máquinas de 50 milhões e à bomba de rádio de 30 e 50 gramas. Os resultados até agora obtidos superam os que se conseguiram com outra aparelhagem, mas será necessário, como dissemos, deixar passar mais algum tempo para avaliar a realidade dos factos.

\*

Muito se tem falado da quimioterapia. É um facto que até hoje se não obteve ainda um caso de cura pela quimioterapia.

Vários produtos se tem usado e alguns de indiscutível valor, uns como paliativos, outros com acção assemelhável à dos raios X, ou como sensibilizantes do tumor à radioterapia, como o gás de mostarda e seus derivados e a trietilena melamina. Mas repito: o seu uso só pode ser considerado hoje como um adjuvante das outras terapêuticas.

Vê-se, pois, què é na cirurgia que neste momento podemos confiar para a cura do carcinoma brônquico.

Para a sua realidade é necessário um diagnóstico precoce que se obterá se todos tiverem presente que esta neoplasia é mais frequente do que se pensava e que o seu diagnóstico se impõe sempre que se apresente qualquer dos sintomas apontados, até que se prove o contrário.

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

**A III parte deste Simposium sobre Cancro do pulmão sairá num dos próximos números com o titulo:**

**«Aspectos radiológicos do Cancro do pulmão», pelo Dr. Carlos Silvio Rebelo.**

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

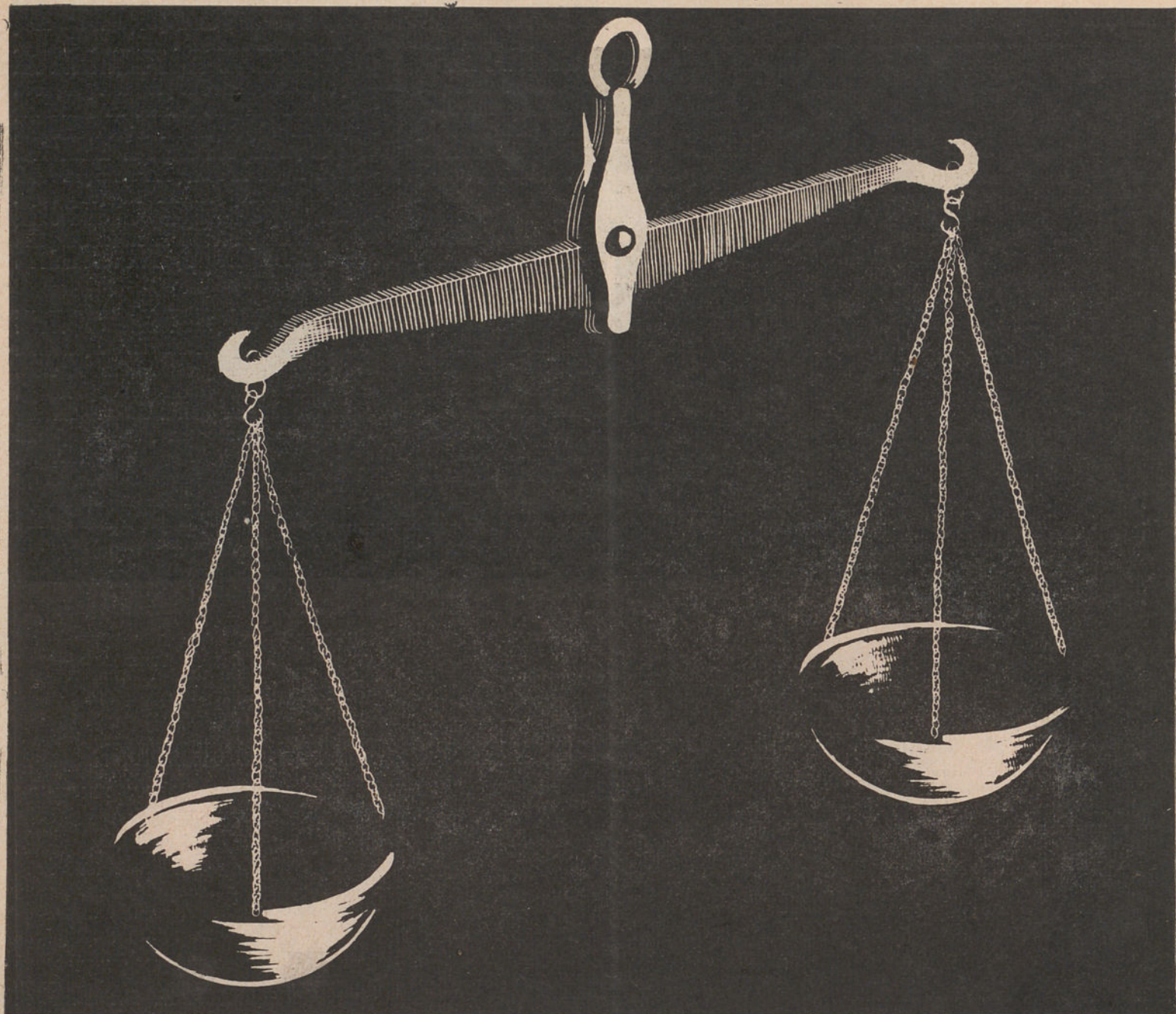
INFANTIL

Caixas com 1, 3 e 5 frascos

Caixa com 1 frasco

Caixas com 1 e 3 frascos

Instituto Luso-Fármaco • Lisboa



NAS PERTURBAÇÕES NEURO-VEGETATIVAS

# O PRISCOFEN

RESTABELECE O EQUILÍBRIO

Em média, 1 drageia 3 vezes por dia

## 3 VANTAGENS

- O Priscofen é bem tolerado
- O Priscofen não é soporífero
- O Priscofen não provoca habituação

1 Drageia de Priscofen \* contém: 0,0025 g de Prisol\*, 0,01 g de Trasentina\* e 0,02 g de ácido fenil-etilbarbitúrico

\* MARCAS REGISTRADAS

PRODUTOS CIBA, LIMITADA—LISBOA



# SUPLEMENTO

## PEDRAS SOLTAS

### Do Ensino Médico...

#### I

A Medicina evoluciona num mundo em constante evolução. É o que Gemelli traduz, dizendo: *l'esercizio della medicina si transforma in una societa che si transforma*. Mas o que mais importa, neste evolucionar da medicina, não é o progresso constante das suas técnicas, o avanço contínuo dos meios de diagnóstico, a melhoria persistente dos recursos da terapêutica, a luta pertinaz em busca das incógnitas que a etiopatogenia, a fisiopatologia de tantos morbos ainda encerram.

O que mais importa, se dermos como assente o conceito unitário do Homem, o princípio Hipocrático-Tomista da definição de Pende, o biotipo total individual da linguagem biológica, o que mais interessa na evolução da Medicina, é a sua preocupação do Social.

Estigma da nossa época, no campo da Política como no da Economia, no âmbito da Arte como no da Ciência, na Medicina como nas demais, representa nesta, mais vincadamente, o retorno a um humanismo cristão que lhe inibe o passo para um comunitarismo ignorante das individualidades e, por igual, a afasta do espírito de limite, característico do tecnicismo, a circunscrever a visão ao pormenor e a impedir o abarcar das totalidades.

Retorno a um humanismo que, baseado na integralidade da Pessoa Humana, não carece da Medicina psicosomática como ramo especializado do saber médico, porque a Medicina, para que de facto o seja, será no todo psicosomática.

E esta designação, supérflua como muitos dizem, e em relatório técnico da Organização Mundial da Saúde ainda há pouco se acentuava, só pode ter vingado ao traduzir um corpo de doutrina que pretendeu constituir o armamento adequado à campanha contra aquela medicina de que Jiménez Diaz dizia, *los enfermos suelen ingresar en grandes clinicas en las que van passando de mano a mano recogiendo-se datos que forman al final un abultado protocolo sin que de todos esses médicos que el enfermo a ido viendo ninguno le haya visto a el*.

Medicina das clínicas hiper-aparelhadas, taylorização do acto médico, sobre-especialização por um lado e, por outro, medicina de série, de sobre-carga, de trabalho-escravo, medicina sintomática, medicina socializada, irmanadas no erro comum de ignorar que *qualquer que seja a atitude da colectividade em frente dos serviços médicos, o objectivo da Medicina foi sempre, e permanecerá sempre, o pró-*

*prio paciente*, como se afirma no Relatório Técnico a que acima nos referimos.

#### II

Preocupação do Social que na Medicina, expurgada dos erros da socialização e do tecnicismo, nos conduz à *comprehensive medicine* dos anglo-saxões, em que o Homem, visto na sua totalidade de Pessoa Humana, não pode logicamente entender-se isolado, antes se integra na célula familiar a que pertence, no corpo social em que vive, no estrato profissional em que labuta, na comunidade espiritual em que se forma. Estamos na Medicina Social.

#### III

Medicina Social que, ao contrário do que alguns pensam, não é medicina socializada. Negação do individualismo pela constatação de que o *individuo é pessoa*, e como tal tem de abarcar-se no todo de corpo e espírito, integrado nas células familiar, social, racial, profissional em que vive, ligado às ancestralidades de que provém, marcado pelos estigmas de tudo o que sofreu ou sentiu e no seu todo se vincam indelévelmente, no subconsciente como nos humores, a conferir-lhe personalidade.

Personalidade que demarca, por sua vez, a individualidade dos males, dos sofrimentos, das reacções orgânicas, da facies das enfermidades, a negar a uniformidade que a socialização pressupõe ou pretende impor nos seus conceitos.

Personalidade que deve entender-se, com Gemelli, *não só e não tanto como a soma de atitudes e hábitos de determinado individuo, mas como integração dinâmica de tais atitudes e de tais hábitos a permitir compreender como o individuo, considerado integralmente, se adapta às várias condições da vida, entendida esta, especialmente, como relação inter-individual*.

Personalidade que, do mesmo passo que destrúe a mentira da medicina de série, impõe a realidade viva da medicina social.

Medicina social porque engloba o homem no todo espiritual e orgânico que o cerca e o condiciona, ignorando o órgão para melhor o compreender no organismo a que pertence, cuidando o homem em função de tudo o que nele influe para melhor lhe aperceber a individualidade.

#### IV

Medicina social de que tantos falam e tão poucos sabem, tabuleta ou cartaz de serviços sem tradução na prática, estaremos nós, médicos, em condições de a realizar?

Dominados pela novidade, quantos confundem o inquérito social com o serviço social, quantos julgam ver neste a rotação que volverá a sua medicina, individual ou tristemente colectiva, em medicina social...

Quantos, baseados em assistentes sociais que mais não fazem que rastreio e nem tanto, julgam transmutar em medicina social os cuidados em série que só por o serem se distinguem da medicina individual...

Quantos, só porque «estandardizam» os tratamentos, já pensam fazer medicina social, porque assim conseguem estender com maior rapidez a assistência a maior número de enfermos...

Quantos, só porque estendem à grande massa uma medicina eivada dos vícios da clínica individual, desprovida aliás das suas vantagens, só porque, através do processo socialista de nivelar por baixo, fornecem, aos grandes aglomerados humanos, uma assistência de base que, pela sua própria natureza, ignora os problemas da pessoa, não julgam, e talvez de boa fé, fazer medicina social...

Médicos ou leigos, quantos no caminho errado. E, quanto aos primeiros, certamente mais culpados, quantos por carência de formação...

#### V

Carência de formação que resulta das carências do ensino médico. A própria Escola e não apenas entre nós, não está ainda integrada nas novas sendas da Medicina. Preocupada com o ensino dos diversos ramos da clínica e das chamadas cadeiras base, descarta a preparação do que, modernamente, se tem designado por *práticos da medicina global*. Isto é, médicos integrados no conceito social da Medicina.

#### VI

Isto o sentimos todos. Mas pouco importava que há sete anos o tivéssemos escrito, como escrevemos, acentuando as tarefas que esperavam o médico, as carências fundamentais do ensino, através destas palavras: *Formação de médicos, técnica e culturalmente aptos a desempenhar a tarefa que lhes cabe e em que mais ninguém pode substituí-los*.

*Tarefa de assistência clínica na doença, de profilaxia individual e colectiva das enfermidades, de educação higiénica da sociedade; tarefa de vigilância do trabalho, dos desportos e mesmo até do repouso; das creches, dos jardins infantis, das escolas elementares, médias ou superiores e técnicas ou artísticas; tarefa de seleccionar, de distribuir o trabalho,*

segundo a capacidade de cada um, segundo a sua propensão íntima; tarefa de regular o trabalho na sua duração e no seu horário, de vigiar a distribuição das doenças pelos grupos sociais, etários, profissionais ou outros, ou pelas zonas geográficas do país. Tarefa, finalmente, de compendiar as lições dos factos, de tirar delas as justas ilacções e de impor a legislação que, por melhor quadrar ao conjunto humano que forma o país, contribua para melhorar os seus quadros, elevar o seu nível de vida, engrandecer a Nação.

— Tarefa em que o médico tem de ser assistido por outros técnicos, desde o clínico ao economista, do actuário ao estatista, do engenheiro ao jurista, mas a ele devendo caber papel de relevo na organização do futuro, pelo conhecimento que lhe vem do estudo do Homem e dos seus problemas, em que a saúde ocupa tão destacado lugar.

E, passando ao ensino, que deve fazer aquela formação: *A orgânica do curso de medicina enferma de profundos males:*

— Primado das disciplinas em que a memória desempenha o principal papel;

— Desiquilíbrio da distribuição de cadeiras pelos diversos anos do curso;

— Extensão conferida a determinados estudos, em detrimento de outros, limitados ou inexistentes;

— Teorismo excessivo da parte técnica e, paradoxalmente, ausência de estudos a que poderíamos chamar a teoria ou a filosofia da Medicina. ....

— Deficiente preparação, quer por excesso real do número de alunos em cada curso, quer por excesso relativo, vistas as deficientes condições em que o ensino tem de ser ministrado.

— Ignorância propositada dos problemas morais que o curso põe, a Escola sendo neutra, como se à Ciência não interessasse a consciência, quando se trata de formar Homens e não apenas de preparar Técnicos. ....

... Urge impor à Escola a reforma dos seus programas, libertá-la de classicismos inúteis, dar-lhe condições para preparar os médicos de que se necessita.

Urge evitar que a selecção que se efectua nos primeiros anos da Faculdade de Medicina continue a basear-se na reprovação em massa nas cadeiras que exigem, acima de tudo, um violento esforço de memória...

E, acentuando a intenção de que o ensino deve comportar em si próprio um fim, como consequência da eutelequia que se desejaria para a própria Escola:

Fim que, por definição, não pode ser, para a Universidade, a banal preparação de especialistas do pormenor, mas, se quisermos usar do paradoxo, de técnicos de ideias gerais, de Homens capazes de compreender a vida, de dominar-lhe os desvios, de modificar-lhe o rumo, sob a inspiração daqueles princípios eternos e imutáveis que constituem o abstracto da nossa ética.

## VII

Isto o sentimos todos, mas pouco importava que alguém, com o brio dos trinta anos e a franqueza bebida na rudeza austera da província natal, em círculo de estudos que marcou pela vivaci-

dade de empenhamento de muitos dos participantes, o tivesse definido em poucas linhas:

... Se na constituição do facto médico, enquanto médico, entram elementos psíquicos, morais, sociais, religiosos, numa palavra, elementos humanos, inseparáveis da realidade biológica, então a lei médica que os define não pode ser exacta. Quando muito pode ser válida na série animal mas jámais no homem. Todo o esforço, por mais científico que seja, levará a um conhecimento falso porque não se fundamenta no real. A medicina constituída nestas condições será uma medicina desumanizada.

E é esta a medicina oficial, a medicina que nos ensinam e se aprende nos tratados.

Como conhecimento do homem normal, a Faculdade não nos deu mais do que o estudo dos cadáveres do teatro anatómico, e as experiências nos animais do laboratório de fisiologia. Do homem ficamos só com a imagem cadavérica, isto é, uma imagem de quando deixa de ser homem...

Passando ao estudo do homem doente aprendemos técnicas de exploração, aprendemos a perseguir as doenças e a combatê-las, mas o homem doente, na plenitude do seu temperamento, da sua compleição corpórea, do seu psiquismo, do seu moral, ficará para nós desconhecido, reduzido à condição do caso clínico, do fenómeno médico...

## VIII

Pouco importava que muitos assim pensassem, que alguns, entre outros, desta forma se tivessem expressado, há anos já. As suas palavras, por muito que correspondessem ao sentir geral, não ultrapassavam aquele círculo limitado de repercussão que não chega a polarizar as vontades e, mesmo quando provoca comentários apaixonados, é só para acentuar o desacerto de se procurar, tão de baixo, remediar o mal de tão alta Instituição.

## IX

Recentemente, contudo, o sentir assim explanado, começava a ter a confirmação dos doutos areópagos e das sumidades reconhecidas.

## X

Um Congresso de Medicina reunido em Nancy sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde, entendeu que, sendo o objectivo supremo da Medicina a prevenção da doença e a conservação da saúde, ele não pode vir a ser atingido, enquanto a formação profissional do médico continuar a ser feita dentro dos strictos moldes da medicina curativa, que apenas se preocupa com o diagnóstico e tratamento da doença.

O Prof. Meliço Silvestre, de Coimbra, delegado português ao referido Congresso ou Conferência, escrevia de seguida, neste mesmo Jornal, em Abril passado, sob a influência, por certo, do que em Nancy se passara:

Volvendo agora a nossa atenção para o plano de estudos das Faculdades de Medicina de Universidades portuguesas, temos que convir que o ensino destas ma-

térias se encontra bem longe das directrizes que acabamos de indicar .....

Criam-se, é certo, dia a dia, dispensários mono ou polivalentes, instituições e serviços médico-sociais, os mais variados, quer de protecção materna e infantil, quer de medicina escolar e de medicina industrial, etc., mas o médico que se nomeia para qualquer desses serviços continua a ser preparado à moda antiga, dentro dos clássicos e rígidos moldes da medicina curativa e, por conseguinte, sem aquela formação médico-social que naturalmente deveriam possuir para o bom desempenho e um maior rendimento e eficiência desses serviços...

Não é só, contudo agora, a Escola coimbrã a evidenciar os erros do ensino médico. O Prof. Fernando Magano, vice-Reitor da Universidade do Porto escrevia, não há muito:

— O ensino superior instrue as gerações em pormenores das técnicas; mas a imperfeição do ensino, no ponto de vista da crítica dos conhecimentos é manifesta.

No que diz respeito, em particular, ao ensino médico, a imperfeição regulamentar é quase dolorosa. O esforço isolado dos professores, sempre atentos à ciência do seu momento e sempre conformes com um elevado sentido ético, esse esforço não tem cerzadura e não é proclamado como convém e é necessário.

Também lá fora, recentemente, se está sentindo a insuficiência do ensino, a desconexão entre a missão que espera o médico e a preparação que lhe é dada.

Alfonso de La Fuente escrevia há pouco mais de um ano: *La Universidad ha confinado su vida en el estrecho recinto de un local viejo, que no antiguo, y reducido su actuación a la expedición de títulos facultativos mediante selección que todos juzgamos inadeguada.*

Seja aqui lícito dizer que, vai para sete anos, o esforço dos mestres, amarrados ao arcaísmo que agora proclamam, e já então sentíamos, era reconhecido por nós, como pode ver-se nestas palavras de então com que culminávamos a crítica sumária dos erros do ensino médico: *E tudo isto apesar do valor incontestado de numerosos professores, da dedicação de quase todos, do trabalho de muitos.*

## XI

Mas vale a pena passar os olhos pelo Relatório da Comissão de Peritos para a formação profissional e técnica do pessoal médico e auxiliar, recentemente publicado pela O. M. S., para ver como as suas conclusões se casam com o que, há muito já, nós e outros da nossa igualha sentíamos e proclamávamos, sem a vantagem da originalidade, mas traduzindo o sentir geral.

Sobre a Escola:

*A escola de medicina deve ser o centro de irradiação da medicina na colectividade. Para este efeito deve voltar-se resolutamente para o futuro e aceitar este papel dinâmico em razão de certas funções.*

Acerca da selecção escolar:

A selecção dos estudantes deve repousar sobre uma apreciação das capacidades intelectuais, dos conhecimentos, das aptidões psicológicas, do sentido social e das qualidades físicas e morais dos candidatos. É preciso não esquecer que, num bom médico, a personalidade do homem importa tanto como as outras qualidades.

A propósito do modo de ensino:

Como toda a formação profissional, a formação médica consiste, para o interessado, em ensinar-se ele mesmo. O bom professor é aquele que desperta e estimula a curiosidade do estudante e o ensina a trabalhar. Erro seria contar demasiado com os cursos magistrais sistemáticos, que têm muitas vezes como resultado levar o estudante a desprezar o esforço pessoal.

Quanto ao objecto do estudo:

Os estudos psicológicos e aparentados iluminam os estudos biológicos, mostrando que o comportamento do homem no seu meio deve ser interpretado em função de todo um complexo de factos, uns puramente físicos, outros de ordem psicológica e intelectual. Assim, o conjunto das ciências ensinadas ao estudante de medicina deve contribuir para fazer compreender a este que o homem é um organismo perpétuamente em desenvolvimento, evolução e maturação, num meio dinâmico e vivo.

No que respeita à «formação»:

... os professores de medicina constituem o elemento profissional mais importante do meio psicológico do estudante. Quer sejam abertamente expressas quer não, as concepções do professor acerca da medicina, da ciência, dos doentes, dos outros elementos de estudo e da prática da medicina, impregnam inevitavelmente os estudantes.

Onde se diz da função de ensinar:

Os professores devem guiar os estudantes num espírito de simpatia e estimular-lhes o sentido de independência, sem por isso deixar de vigiá-los constantemente e de estar regularmente à sua disposição para todos os conselhos de que possam ter necessidade.

Em matéria de programas e coordenação:

O programa de estudos deve ter conta das necessidades actuais e futuras da colectividade ... ..

Em cada divisão da escola de medicina, o programa de estudos deve ser estabelecido em função do programa de conjunto do estabelecimento ... ..

É muito importante assegurar uma correlação entre cursos paralelos, tais como o de bioquímica e o de fisiologia, a fim de que o estudante possa apreciar mais facilmente a influência destas ciências uma sobre a outra. Igualmente, durante os estudos clínicos, é essencial realizar uma coordenação não apenas entre as diversas cadeiras, mas também entre

a escola de medicina e as instituições sanitárias da colectividade ... ..

Repudiando o isolacionismo:

Qualquer que seja o seu grau de desenvolvimento num país dado, a instituição sanitária oficial é, em geral, a melhor fonte de informações sobre o estado sanitário da população e sobre os recursos que exige. A escola de medicina deve ter conta destes factos, quando estabelece os seus programas ... ..

Em certos países, as associações profissionais tomaram a iniciativa de favorecer a elevação das normas do ensino da medicina, mantendo relações estreitas com estas associações, os estabelecimentos de ensino médico podem assegurar-se largo apoio junto do corpo médico para fazer aplicar ideias novas e empreender experiências ... ..

Em vários países foram empreendidos estudos aprofundados com vista a «reformar» o ensino da medicina, quer dizer, a adaptá-lo às necessidades actuais e mesmo às do futuro na medida em que são previsíveis. Em certos casos, apesar de esforços repetidos, estas tentativas falharam, principalmente no que respeita à redução da importância concedida às disciplinas tradicionais para permitir a introdução de matérias novas ... ..

Para poder reunir, sobre as tendências variáveis do ensino da medicina aos estudantes, pareceres que tenham na devida conta as necessidades do país e as condições que nele prevalecem, pode ser necessário instituir um conselho médico nacional, representativo de todas as partes interessadas, de forma que as decisões tomadas sejam judiciosamente equilibradas. Este conselho poderá compreender membros do ensino médico, representantes dos serviços de saúde, membros do corpo médico em geral e das profissões aparentadas. É indispensável proceder periodicamente a uma análise crítica das mudanças a introduzir no ensino da medicina.

## XII

Estas as repercussões da desactualização do ensino médico, que todos vêm sentindo e não é já possível esconder, como aconteceu com o relatório de Ricardo Jorge há mais de 60 anos, porque o murmúrio da «arraia miúda» se tornou em fragor que atinge os Congressos e as grandes organizações internacionais.

Desactualização que se agravou por nela vir integrar-se a dissociação resultante da diferença, cada dia maior, entre a finalidade para que a Escola continua a preparar os médicos e as missões que a Sociedade tem para lhes confiar.

Desactualização porque o ensino se deixou ultrapassar, de onde resulta que, desgraçadamente, em muitas escolas de Medicina, o estudo da medicina social e dos outros ramos da medicina preventiva moderna não foi organizado, de tal forma que os práticos têm sido muitas vezes mal preparados para fazer face às necessidades de um moderno serviço de saúde. Em outros termos, o médico tornou-se

incapaz de desempenhar plenamente, junto das famílias confiadas aos seus cuidados, o seu papel de conselheiro, não apenas para o tratamento das doenças, mas também para as questões de saúde em geral e de protecção social. A formação do médico não cobre, em semelhante caso, todos os aspectos da assistência sanitária, como se acentua, incisivamente, noutro relatório técnico da O. M. S. sobre «Administração da Saúde Pública».

Desactualização que deixa o médico apto apenas e quão deficientemente!, para a medicina curativa, mas incapaz para a acção sanitária que lhe cabe, inapto para a medicina social que o espera.

Desactualização que cada um sente, dissociação entre aspirações e realidades, resultante de um ensino que não corresponde à própria função da Universidade.

## XIII

Vocación y Etica, Accion y Contemplación, serena atracción hacia el dolor, Técnica y Humanismo, Personalidad e intimización son los jalones del ejercicio profesional que todo médico lleva en lo profundo de sus entrañas, y que hasta ahora nadie ha sabido o querido liberar del peso secular de una rutinaria y arcaica enseñanza, como diz La Fuente.

## XIV

Se nos agrada ver confirmado pelo parecer de técnicos e professores, reunidos sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde em 1952, o que seis anos antes escrevêramos sobre as carências do ensino médico, mais nos desgosta ver que o mal não teve até hoje remédio.

E dele resulta que a Medicina social seja ainda em geral uma utopia que uns volvem, com segundo sentido, em socialização da Medicina, e outros aproveitam, como cartaz de uma Medicina que dizem organizada, para dominar os médicos e os sujeitar a uma orgânica que todos, no fundo, repudiamos.

Possa a Escola modificar a sua estrutura, tornando-se o centro de irradiação da Medicina na colectividade, possa a Escola voltar-se resolutamente para o futuro, já que não será senão na medida em que a sua organização lhe permitir aplicar as ideias novas e em que estiver adaptada à civilização a que pertence, que a escola de Medicina poderá verdadeiramente corresponder às necessidades futuras da sociedade.

## XV

Este o sentido das nossas palavras, de ontem como de hoje.

Longe de procurar nelas, ou no pensamento que as ditou, um sentido de requisitório, ou a vontade de fazer o processo da Escola, aceitem-se com o espírito aberto que consente atender ao parecer dos demais, embora, logicamente, prevenido como no velho provérbio que diz: todos os conselhos ouviréi, só o meu não desprezarei...

Quanto à Escola, de que todos somos filhos, se verdadeira Universidade—Mãe Augusta, Fonte de Sabedoria—qual o filho que se atreve a acusar sua própria mãe?...

# DELTAMICINA

**2 estreptomicinas e 2 penicilinas em associação sinérgica para anular os efeitos tóxicos e exaltar o seu poder antibiótico**

## COMPOSIÇÕES

### ADULTO

Cada dose contém :

Estreptomicina base (Sob a forma de sulfato) . . . . .	0,25 Grs.
Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de sulfato) . . . . .	0,25 Grs.
Procaína Penicilina G Cristalizada . . . . .	300 000 U. O.
Penicilina G potássica cristalizada . . . . .	100.000 U. O.
Soro fisiológico apirogénico . . . . .	3 c. c.

### INFANTIL

Cada dose contém :

Estreptomicina base (Sob a forma de sulfato) . . . . .	0,125 Grs.
Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de sulfato) . . . . .	0,125 Grs.
Procaína Penicilina G Cristalizada . . . . .	300.000 U. O.
Penicilina G potássica cristalizada . . . . .	100.000 U. O.
Soro fisiológico apirogénico . . . . .	3 c. c.

## APRESENTAÇÃO

Embalagem de 1 dose Adulto . . . . .	<b>Esc. 19\$50</b>
Embalagem de 1 dose Infantil . . . . .	<b>Esc. 14\$00</b>



**LABORATÓRIOS**  
**QUÍMICO**  
**BIOLÓGICOS**

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

# ECOS E COMENTÁRIOS

## MISSÕES AO ULTRAMAR

Partiu para a Índia a missão que o Ministério do Ultramar nomeou com o fim de promover, em Goa, um curso de aperfeiçoamento médico. Esta missão, se tem carácter político (no elevado sentido de prestigiar o nome de Portugal), como outras semelhantes, deve ter também objectivos práticos: contribuir para melhorar o nível técnico dos nossos colegas da Índia portuguesa adaptando-se o ensino às necessidades mais urgentes, sem preocupações de fazer alarde de conhecimentos sobre altos problemas, que teriam razão de serem ali agitados se outros, mais comestíveis e mais necessários, não tivessem incontestável oportunidade. Parece-nos que, dada a situação relativamente atrazada em que se encontram, sob o ponto de vista médico, alguns dos territórios do Ultramar, se deve dar preferência a missões que se encarreguem de proporcionar o aperfeiçoamento técnico e profissional dos nossos colegas — que estão longe dos grandes centros de ensino — abordando os assuntos, sobretudo de carácter prático, que mais convenha divulgar, em harmonia com as possibilidades de cada meio.

Exemplo feliz de missões deste género — que nos apraz recordar neste momento — foi a que, em 1949, se enviou a Angola e a Moçambique, constituída por quatro colegas, que, se eram bastante jovens, já tinham então, entre os novos e os velhos, excepcional prestígio, que depois se consolidou: Fernando Rodrigues Nogueira (medicina interna), Gustavo Bettencourt Igrejas (análises clínicas), João Ramos Dias (cirurgia) e Manuel Mendes Silva (bacteriologia).

Com jovens médicos, como estes, escolhidos entre o pessoal de Hospitais, Universidades e outros organismos sanitários, ou com figuras de mais elevada categoria oficial no ensino superior, como as que o Sr. Ministro do Ultramar nomeou agora para irem à Índia, tais missões devem multiplicar-se; mas é indispensável que se procure, acima de tudo, ministrar conhecimentos adequados aos meios a que se destinem. Foi o que, com brilho, bom senso e eficiência, realizou a missão que em 1949 andou por terras angolanas e moçambicanas; o mesmo aconteceu com as de Almerindo Lessa em África e na Índia. Fazemos votos para que o mesmo agora venha a suceder com a missão de professores que foi a Goa.

M. C.

## O FOTOGASTRÓGRAFO

Da revista «Estudos soviéticos» (de Junho de 1953):

«Um dos melhores especialistas soviéticos em óptica, Dmitri Maksonov, inventor de novos telescópios com menisco, correspondente da Academia das Ciências da U. R. S. S., duas vezes laureado com o prémio Staline, criou, em colaboração com médicos, um aparelho original chamado fotogastrógrafo.

Destinado a fotografar o interior do

estômago, este aparelho caracteriza-se pela simplicidade da sua construção e pelas suas minúsculas dimensões.

Pela sua forma, o fotogastrógrafo lembra uma glândula de tamanho pequeno. Compõe-se dum guarnição de ebonite, dum parte em vidro encerrando uma haste de porcelana com filamento de tungsténeo e dum câmara fotográfica com seis pares de objectivas estereoscópicas lançadas em todos os sentidos. A utilização do fotogastrógrafo faz-se com o auxílio da radioscopia. Para que a película não seja velada pelos raios X, as objectivas são fabricadas com um vidro especial e a câmara fotográfica é em

prata. As objectivas, que não são maiores do que a cabeça de alfinetes, têm ao mesmo tempo uma grande profundidade de campo, grande ângulo e uma abertura considerável.

As dimensões destas objectivas são determinadas pela teoria óptica do fotogastrógrafo. Com efeito, o estômago tem uma forma irregular e não é imóvel. As distâncias entre o aparelho e as paredes do estômago serão, pois, sempre variáveis. Eis porque as objectivas devem ter grande profundidade de campo, o que exige dimensões suficientemente reduzidas.

Introduz-se no estômago do doente um tubo que tem na sua extremidade um fotogastrógrafo. Este aparelho é revestido dum película ultrafina de cautchu, que protege o dispositivo óptico contra o suco gástrico e os alimentos. Controlando a posição do aparelho pela radioscopia, aquele é colocado na parte do estômago que interessa. Depois, com a ajuda dum pera de cautchu, insufla-se, no tubo, ar, que dilata a película protectora e afasta as paredes do estômago. O fotogastrógrafo fica então colocado num meio gasoso. Pelos condutores que passam no interior do tubo, lança-se no fotogastrógrafo uma corrente eléctrica que alimenta o filamento de tungsténeo durante um centésimo de segundo. O brilho assim produzido é utilizado como fonte luminosa para a observação.

Desenvolve-se em seguida a película e dispõe-se assim de seis vistas estereoscópicas, acasaladas, da mucosa do estômago. O médico pode então precisar o diagnóstico.

Com a ajuda do fotogastrógrafo podem-se estudar as diversas afecções do estômago: gastrites, úlceras, tumores malignos, etc. Já se faz também a fotogastrogafia a cores, o que oferece novas possibilidades aos clínicos.»

## VACINAS CONTRA A FEBRE DE MALTA E A POLIOMIELITE

Da imprensa diária:

MADRID, 18. — A Espanha vai ter o exclusivo para toda a Europa do fabrico e venda de duas vacinas ansiosamente procuradas por todo o Mundo, descobertas e registadas por um médico mexicano. Trata-se da vacina preventiva e curativa da febre de Malta e a preventiva da terrível poliomielite.

Em fins de 1951 o Dr. Suárez Mendonza, tendo permanecido nos Estados Unidos durante quatro meses, travou conhecimento com o padre José A. Sobrino, da Companhia de Jesus, que obteve para o investigador um convite do Conselho Superior de Investigadores Científicos para realizar as suas experiências em Espanha. Como reconhecimento pelas facilidades e provas de carinho que lhe foram dispensadas durante os dois meses e meio que esteve em território espanhol, o Dr. Mendonza prometeu dar à Espanha os direitos de exclusivo do fabrico e venda na Europa das duas vacinas por ele descobertas. — (L.).



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

apresentado em forma de stik  
com excipiente especial

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



LABORATÓRIOS  
DO  
INSTITUTO  
PASTEUR DE LISBOA

LISBOA PORTO COIMBRA

1853-1953

# ALGUNS ASPECTOS DA ESTATÍSTICA

## A propósito do centenário do 1.º Congresso Internacional de Estatística

### I

1 — O espírito humano procura quanto possível a exactidão. Trate-se da medição do comprimento de quaisquer objectos ou do seu peso, do tempo que dura um fenómeno, dos resultados de uma observação de qualquer natureza ou da experimentação, a exactidão é indispensável à afirmação de uma verdade. Sem precisão que permita a formulação duma lei e a previsão de fenómenos em circunstâncias semelhantes às verificadas durante observações anteriores, não há ciência propriamente dita.

Ora para que se possa afirmar a constância, a regularidade ou irregularidade dum fenómeno ou dum facto é indispensável o registo da colheita de dados suficientes, único modo de evitar os resultados de acaso ou de fazer previsões ou formular leis precipitadas ou levianas.

Pode descrever-se um facto, um fenómeno ou um dado carácter e afirmar que ele é constante. Se o observador é sério a afirmação é suficiente. Não teria mais valor se se referisse a 100, 1000, 10000, 100.000 observações. Com efeito o valor duma afirmação está sempre em última análise na seriedade de quem a faz.

Não é todavia prático averiguar para cada afirmação essa seriedade, sendo preferível, independentemente do apuramento, mais ou menos difícil desta, a exigência sistemática de provas do que se afirma, de explicação da técnica que levou às afirmações.

Uma das provas exigidas, transformada lamentavelmente a cada passo em única, suficiente e quase em insolente, é a *Estatística*, quer se trate do resultado de experiências de química, físico-química, genética, electricidade; de fenómenos económicos, como colheitas, produção operária, meios de transporte, capitais e suas oscilações ou semelhantes; de dados meteorológicos, sísmicos, de marés, etc.; de elementos referentes à população e às suas oscilações e transformações, devidas a causas múltiplas.

2 — O conceito de estatística tem variado, como a sua definição, atingindo por vezes exageros e pretensões que levam uns a querer que ela se baste a si própria, tornando insensato o seu aproveitamento, e outros a desprezã-la pelos acrobatismos com que é utilizada, atitude não menos insensata.

A definição talvez mais geral de *estatística* é a do estudo numérico dos factos e dos fenómenos ou a representação matemática dum fenómeno.

A origem da palavra *estatística* vem de *status*, que significa estado, situação,

condição das coisas. O conceito político de *Estado*, de igual etimologia, levou à definição de estatística de Achenwald, erradamente considerado como o fundador da estatística, que nos fins do Séc. XVIII considerou esta como «a exposição de tudo o que se acha de efectivo numa sociedade política, num país, num lugar qualquer».

Importa pouco a subtilidade de querer separar o estado político do estado situação, visto que a estatística documenta um certo momento ou série de momentos, como veremos.

Vejam algumas outras definições e conceitos que permitem compreender a sua significação e a evolução do seu conceito.

*Julin* considera-a como «um método que, pela recolha em massa e pela expressão numérica dos resultados chega à descrição dos fenómenos colectivos e permite reconhecer o que eles apresentam de permanente e de regular na sua variedade, como o que apresentam de variável na sua aparente uniformidade». (cit. por Bueno y Martíns).

*Villermé* aceita a definição de Achenwald, mas exige que a exposição de tudo o que se acha de efectivo onde quer que for, seja «despida de explicações, de vistas teóricas, de ideias sistemáticas, consistindo, por assim dizer, num simples inventário e feita de modo que se comparem facilmente os resultados todos, que se possam aproximar facilmente uns dos outros, que se descubra a sua dependência mútua e que os efeitos gerais das instituições, a felicidade ou desgraça dos habitantes, a sua prosperidade ou a sua miséria, a força ou a fraqueza do povo, possam sem custo deduzir-se. (cit. por Curry Cabral).

Para *Schlözer* «a história é a estatística em movimento e a estatística é a história em repouso; a história é o todo e a estatística é uma parte dele» (id.).

*Guillard* considera-a «a ciência que se compõe de todas as observações susceptíveis de serem reduzidas a médias expressas por números» (id.).

*Guerry* diz que ela é a «enumeração de processos variáveis de que se deduz a média» (id.).

*Moreau de Jonnés* julga-a a «ciência dos factos naturais, sociais e políticos, expressos por termos numéricos. É uma ciência de factos, como a história, a geografia e as ciências naturais. É, como a astronomia e a geodesia, uma ciência de factos numéricos. Procede constantemente por números, o que lhe dá o carácter de precisão e de certeza das ciências exactas. Tem por objecto o

conhecimento profundo da sociedade considerada na sua natureza, nos seus elementos, na sua economia, na sua situação e nos seus movimentos» (id.).

*Quetelet* diz que «não se ocupa a estatística dum estado senão para uma época dada; não reúne senão os elementos que se ligam à vida deste estado, aplica-se a torná-los comparáveis, combina-os da maneira mais vantajosa para reconhecer todos os factos que eles nos podem revelar. O seu objecto é dar-nos a exposição fiel dum estado numa época determinada» (id.).

*Schott*, comentando a definição insuficiente de *Rümelin*, segundo a qual «por estatística se entende o resultado de qualquer enumeração», exige que esta enumeração «contribua para enriquecer os nossos conhecimentos num sector determinado», acrescentando que ela «não consiste apenas na mera enumeração».

*Zahn* define-a «no seu estado actual, como a teoria dos fenómenos colectivos da vida humana, individual e social, dentro do estado e em particular das regularidades e leis que se verificam na estrutura e evolução da mesma. São seu objecto as massas de individuos humanos (quer estes sejam entidades reais, como os habitantes de uma cidade, ou grupos lógicos, como os lactantes ou os suicidas), as actividades destas massas, os acontecimentos que nelas se observam e os resultados de todos esses actos» (cit. por Schott).

*Lexis* diz que é «toda a informação relativa a estado ou processos, na qual se consideram como homogêneos certos casos, abstraindo dos seus elementos diferenciais, enumerando-os e reduzindo-os a grupos», isto é, «a enumeração de um grupo de coisas, consideradas como homogêneas, conforme determinadas notas características» (cit. por Schott).

Para *Carlo Ferraris* é «a observação metódica e possivelmente universal dos factos considerados em grandes massas, reduzidos a grupos homogêneos e interpretados indutivamente» (cit. por Bueno y Martíns).

Para *Levasseur* é «o estudo numérico dos factos sociais» (id.).

Recordando a frase de *Laplace*, segundo a qual a teoria das probabilidades não é no fundo mais do que «o bom senso reduzido a cálculo» e com a restrição irónica e pessimista de *La Rochefoucauld* de que «nós não consideramos pessoas de bom senso senão as que são da nossa opinião», *March* diz que «a estatística põe judiciosamente em movimento contas tiradas da experiência».

E assim permite apreciar com exactidão o que os espíritos justos sentem por uma espécie de instinto... Evita o mais possível o arbitrário ao escolher opiniões e partidos a tomar, sendo por conseguinte o mais feliz modo de suprir a ignorância ou a fraqueza do espírito humano... Mesmo nas coisas que não podem ser submetidas ao cálculo facultam-nos os pontos de vista mais seguros para guiar os nossos juízos; ensina a evitar ilusões que muitas vezes nos induzem em erro e desviam do bom caminho» conforme as ideias de Laplace.

Hogben chamou à estatística «a aritmética do bem estar humano».

Luís Cavalheiro diz que é «a representação matemática da marcha de um fenómeno, cujos valores podem ser tabulados, simplesmente, ou representados graficamente sob a forma de uma figura geométrica qualquer», tendo como objectivo pôr em evidência a lei ou leis que presidem à marcha do fenómeno considerado, descobrindo as suas causas e prevenindo os seus efeitos».

Jacques Bertillon considera-a «o estudo numérico das coisas, pessoas e factos», (*l'étude du denombrement des choses, des personnes et des faits*).

Para Tammeo é «uma ciência que observa e representa a estrutura e a vida do corpo social por meio de metódicas observações em massa».

Para Gabaglio é a ciência que «estuda a ordem social política de factos por meio da observação quantitativa».

Para Wagner é «o processo metódico de averiguar o mecanismo da humanidade, isto é, o processo que deduz e observa a ligação causal dos fenómenos humanos naturais, por meio dum sistema de observações metódicas em massa dos mesmos fenómenos, sistema que conduz à determinação de quantidades exactas» (cit. por Ferroglio).

Messedaglia considera-a «a ciência dos factos sociais e das suas leis, expressas por grupos homogêneos de elementos quantitativos» (id.), ou melhor «o estudo metódico, possivelmente completo, dos resultados da vida social na sua actualidade e evolução, nas suas leis e relações causais, considerados por grupos homogêneos de elementos quantitativos» (id.).

Süssmilch disse que a estatística era «a ordem divina nas mutações do género humano» (cit. por Block).

García Alvarez e Orejana olham-na como «uma ciência que, partindo da pluralidade de factos consumados, estabelece as suas circunstâncias para lhes procurar as causas («encauzarlas») e prevê-las de futuro».

Petty citado por Schott chamou-lhe «aritmética política», Quetelet «física social» e Politano «microscópio estatístico».

Não teríamos mais que reunir a série de definições até hoje dadas de estatística, de que já houve quem catalogasse mais de duas centenas. Significará isso, como em tantos casos, que é impreciso o conceito? De modo algum.

É indispensável todavia fixar a evolução do conceito de estatística, confu-

são vulgar dela com a *demografia*, a sua classificação entre as ciências ou a simples catalogação entre os métodos aplicáveis a várias ciências.

3—A evolução histórica do conceito de *estatística* e a própria origem da denominação merecem que lhes dediquemos algumas palavras, embora breves.

É intuitivo e está demonstrado que os antigos se serviam dos números para fins idênticos aos utilizados em estatística. Desde a maior antiguidade que no Egipto, na China e noutras regiões os números tiveram aplicações exigidas pelo Estado. Na Grécia e em Roma, em toda a Europa, na época medieval e na Renascença, os números foram, mais ou menos, utilizados.

Os primeiros trabalhos entretanto em que se nota um certo método e apreciável orientação; abrindo caminho à estatística moderna, datam do Século XVII, devendo-se ao professor alemão *Conring*. Durante o Séc. XVIII destacaram-se os trabalhos dos alemães professores *Achenwald* e *Schlözer*, do geógrafo *Busching* e do pastor protestante *Süssmilch*.

O conceito primitivo de estatística considerava esta como uma descrição das coisas mais notáveis de cada Estado, descrição em que os números estavam longe de ocupar lugar fundamental.

No Séc. XVIII e até princípios do Séc. XIX as estatísticas são secretas, postas ao serviço do Estado, raras vezes se publicando.

A palavra *estatística* parece ter sido criada pelo Prof. *Achenwald* em meados do Séc. XVIII. Na primeira metade do Séc. XIX começam a ser publicadas as estatísticas e criam-se por toda a parte repartições várias destinadas a organizar estas. Em 1853 inauguraram-se os congressos da especialidade, em Bruxelas, onde se realizou o 1.º Congresso Internacional de Estatística, cuja organização se deveu a *Quetelet* e que teve a maior influência no progresso da sua técnica.

A seguir a *Quetelet* a estatística começou a ter um carácter científico, aproveitando cada vez mais o cálculo das probabilidades e o princípio de *Jacques Bernouilli* (1654 - 1705) dos grandes números.

É impossível em breve espaço e saídos dos nossos propósitos traçar a história geral da Estatística, desde há um século, de *Quetelet* até hoje, e referir os subsídios que lhe deram os belgas, franceses, alemães, italianos, etc., e, modernamente, os ingleses e americanos, que lhe introduziram novos rumos, em que se distinguiram *Pearson*, *Knibbs*, *Pearl*, *Fisher*, *Mitchell*, *Bowley*, *Gini*, *Frisch* e tantos outros.

Em Portugal os elementos estatísticos eram reduzidos, antes do Século XVIII.

Não deixam entretanto de se encontrar dados interessantes em manuscritos antigos e em publicações dos séculos XVI e XVII.

O primeiro censo da população do

Reino foi ordenado por D. João III em 1527, ficando inédito até que o fez publicar o Prof. Magalhães Colaço.

Em 1841 foi criada na Inspeção Geral das Obras Públicas pertencente ao Ministério do Reino uma secção de *Estatística e Topografia*.

Em 1857 foi criada no Ministério das Obras Públicas a *Comissão Central de Estatística do Reino*.

Em 1859 foi criada no mesmo Ministério a *Repartiçao de Estatística*.

Em 1866 foi criado o *Conselho Geral de Estatística*.

Em 1885 foram criadas *Comissões Distritais de Estatística*.

Em 1898 foi criada a *Direcção Geral de Estatística e dos Próprios Nacionais*, dependente do Ministério da Fazenda.

Em 1911 foi reorganizada a *Direcção Geral de Estatística*, sendo no mesmo ano confiada a elaboração das estatísticas referentes ao Movimento Fisiológico da População (nupcialidade, natalidade e mortalidade) ao *Instituto Central de Higiene*, que as publicou de 1913 a 1925 sob a direcção de Ricardo Jorge.

Em 1929 foi criado o *Instituto Nacional de Estatística*, que centralizou todos os serviços de estatística geral do País e está a trabalhar modelarmente.

4—A *demografia* é o estudo estatístico das colectividades humanas. Tal como com a estatística, tem havido muitas definições e conceitos de demografia. «Parte da geografia humana que descreve os povos, a sua evolução por meio de estatísticas de natalidade, mortalidade, migração, etc.»; capítulo da Antropologia ou da Etnografia, da Sociologia, da Economia Política, etc.; considerada uma ciência, utilizando, como simples método de estudo, a estatística; considerada como sinónimo desta, a demografia tem características bem definidas.

O termo *demografia* foi criado em 1855 por *Guillard*, que definiu a ciência da população como a «história natural e social da espécie humana».

Outra sua definição satisfaz talvez os espíritos mais exigentes, considerando-a «o conhecimento matemático das populações, dos seus movimentos gerais, do seu estado físico, civil, intelectual e moral».

Não se julgue no entanto que a estatística ou a demografia consistem apenas em simples aglomerados de números, por mais bem ordenados que estejam e por melhores que sejam os cálculos feitos com eles. É curioso notar que, tendo a denominação de *estatística* sido primeiro dada à descrição das coisas duma certa região, incluindo relativamente poucos elementos numéricos e chegando-se depois ao exagêro de chamar estatística a qualquer quadro numérico ou rol, denominação aliás consagrada pelo uso, se voltou afinal ao primitivo conceito, embora aperfeiçoando-o com notas críticas e análise tão minuciosa quanto possível dos resultados obtidos.

5—Ao sanitarista, como a todos os que colaborem na medicina social ou

colectiva, interessa particularmente o estudo da sociologia, que não pode dispensar o da demografia, para ambos os quais a estatística fornece dados preciosos.

Outro género de estatísticas podem interessar ao médico, ao cultivar qualquer das ciências médicas. De mais se tem abusado até, não só da estatística, mas de outros ramos de aplicação da matemática, ao pretender-se ter dominado com esta certos fenómenos biológicos.

É lamentável que as inteligentes e sensatas palavras que Claude Bernard escreveu há mais de três quartos de século (de 1859 a 1864) sejam tão poucas lidas e meditadas e estejam tão esquecidas, pois têm muito de actuais.

Não menos de lamentar é ter passado tão despercebido e estar pode dizer-se completamente esquecido o excelente e lúcido trabalho de Curry Cabral «Do valor do método numérico na medicina em geral e particularmente em cirurgia», que lhe serviu de dissertação de concurso ao lugar de professor da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, em 1875, há já três quartos de século também, trabalho de crítica aos exageros do método estatístico adaptado à medicina e à cirurgia.

A estatística todavia, se não deve ser empregada insensatamente, é um auxiliar valiosíssimo quando usada com ponderação:

— Quando principalmente se lhe peçam menos certezas do que rumos; para averiguar a importância e marcha duma epidemia ou as características duma endemia; para planear uma acção médico-social contra a mortalidade infantil, a tuberculose, a sífilis, o alcoolismo, o cancro, os reumatismos, etc.; para organizar um serviço médico-social, enfim, de qualquer natureza, é indispensável o aproveitamento de estatísticas de confiança, neste caso estatísticas demográficas, completados muito embora, esclarecidos ou rectificadas os seus dados por inquéritos sociais correctos e repetidos.

6 — O estudo demográfico do meio em que tem de actuar é indispensável a todo o sanitaria e cultor da medicina social.

Esta só justifica o seu nome quando, actuando muito embora sobre repetidos indivíduos, tenha repercussão evidente sobre grupos populacionais maiores ou menores.

O estudo da população, dos elementos étnicos que a compõem, do número de indivíduos que a constituem, seu sexo, idades, aptidões, cultura, robustez, força, morbidade, mortalidade, natalidade, profissão, etc., etc., tudo isso interessa, em maior ou menor grau, ao sanitaria.

A *bioestatística* ou *estatística vital*, permitindo avaliar o *movimento fisiológico* da população, é o melhor dos auxiliares a aproveitar.

Chamam-se *acontecimentos demográficos* os nascimentos, casamentos, óbitos, divórcios, migrações, tudo enfim o que de qualquer modo se repercute na

população, quer no número dos indivíduos que a constituam, quer nas características próprias da mesma.

Para se estudar uma população é fundamental fazer *censos*, ou róis dos indivíduos que a compõem. Se é certo que foram feitos antes do Séc. XIX vários cadastros da população portuguesa, sendo particularmente valiosos os de 1527, 1732 e 1776 e que na primeira metade do mesmo século foram feitos apuramentos em 1801, 1821, 1835 e 1841 e no terceiro quartel se realizaram os de 1854, 1858 e 1861, a verdade é que o primeiro censo regular da população feito em Portugal foi o de 1864.

Depois dele realizaram-se os de 1878, 1890, 1900, 1911, 1920, 1930, 1940 e 1950, seguindo técnicas cada vez mais aperfeiçoadas.

São dignos de leitura atenta os relatórios desses censos, particularmente os de 1890 e 1940, a explicação da técnica seguida e o modo de evitar quanto possível as causas de erro.

Não é indiferente essa técnica, que não é tão simples como pode parecer à primeira vista, quando se queiram obter resultados sérios, isentos de erros quanto possível e comparáveis com os obtidos nos diferentes países, o que é também mais difícil do que se julga. Com efeito, basta variar a data da realização do recenseamento para falsear de modo notável os resultados. O critério adoptado em certos pormenores, como o de contar a população natural de determinada localidade ou apenas os que estão presentes no dia do recenseamento, a inteligência e bom senso dos que intervêm nas operações da colheita de dados, o capricho e inconsciência mesmo dos que prestam as declarações, referentes à sua família, tudo pode dar lugar a erros que, multiplicados, se avolumam, embora sem dúvida se diluam muitos deles, no meio do grande número de acertos, sendo impossível evitá-los, apesar dos progressos incontestáveis da técnica.

7 — O valor dum censo é relativo, como o de qualquer estatística. Não se procurem nele números absolutos e rigorosamente exactos, por mais perfeita que seja a técnica e mais elevada a cultura e a consciência cívica da população.

Esse valor funda-se no reconhecido aos grandes números, impossível de atingir pelos números reduzidos e permitindo formular leis e fazer previsões pela regularidade de certos ritmos que só o estudo dos grandes números permite surpreender e apreciar.

Muitos ensinamentos têm sido obtidos com o auxílio dos grandes números, quer em observações de caracteres anatómicos de animais e vegetais, quer de dados morfológicos de cristais, dos aspectos de fenómenos naturais de qualquer ordem, etc.

A investigação científica aproveita constantemente a repetição numerosa de observações ou experiências para alcançar resultados rigorosos, determinando médias, descobrindo leis e prevendo o que rigorosamente se repetirá quando as condições se repitam com igual rigor.

A meteorologia funda-se precisamente na estatística e o seu estudo presta-se a muitas meditações dos sanitarias, não só pela correlação de fenómenos meteorológicos e surtos epidémicos, observados há milhares de anos e confirmados, sem explicação científica, aliás, ainda, a cada passo, como pelo que, apesar de cientificamente orientada há tanto tempo, falham a cada passo as suas previsões.

8 — O estudo dos censos da população e dos diversos dados estatísticos é elemento fundamental na estratégia e tática sanitarias. A Medicina Preventiva e a Higiene, na luta contra as causas de enfraquecimento orgânico e em especial contra as causas das doenças, tem de utilizar muitos processos empregados na estratégia e tática militares. O conhecimento das realidades susceptíveis de designação numérica é um deles, indispensável, constituindo a matéria própria da estatística.

Não se peça, entretanto aos números apenas a resolução dos diversos aspectos do problema. Os números dão rumos, documentam factos, justificam e graduam actividades. O que não podem é dispensar o bom senso, a crítica inteligente, a análise lógica da sua interdependência, das correlações entre eles, do determinismo dos factos observados, do estudo e discussão das relações entre as causas e os efeitos.

O emprego leviano dos números tem levado a tão insensatas conclusões que podia catalogar-se em grosso volume uma colecção de absurdos e disparates, deduzidos, alguns deles, por pessoas de categoria.

Claude Bernard cita o caso, que classifica com razão de «sublime no género» de certo fisiologista que recolheu a urina dum urinol numa estação de caminho de ferro, onde passavam pessoas de todas as nações da Europa, a fim de obter a «análise da urina média europeia».

Thurstone conta-nos as sérias preocupações de certo médico que queria achar uma explicação complicada para a correlação de dois factos de observação corrente: o aparecimento de enterites infantis em número notável e o amolecimento do asfalto das estradas, esquecendo-se do calor, sua origem comum.

A ingenuidade não é rara entre cientistas de valor, quanto mais entre os aprendizes, improvisados em falsos homens de ciência.

Toda a gente conhece a velha dedução de ser considerado logicamente como o lugar mais perigoso para o homem aquele em que a observação unânime mostra que morrem mais homens mas... verificar-se que em lugar algum morrem mais destes do que na cama...

É também do conhecimento de todos a classificação das formas de mentira, segundo a qual a primeira é a pèta vulgar, a segunda a calúnia e a terceira a estatística...

Não é por mero passatempo ou para fazer espírito que se recordam aqui tais atitudes, conceitos ou facécias. É que ao iniciar-se qualquer estudo sobre es-



tatística é indispensável chamar a atenção para a seriedade que tem sempre de se exigir em tal matéria.

A estatística é uma faca de dois gumes. Bem interpretada e judiciosamente aplicada é preciosa. Utilizada levianamente ou de má fé é inútil, perniciosa, ridícula ou perigosa, podendo tornar-se criminosa.

Quanto mais complexos são os factos enumerados numa estatística mais elevado é o número de erros a que está sujeita.

A estatística não se basta a si própria, nem pode falar, só por si, a não ser em casos excepcionais. É excelente como testemunha, insuficiente como juiz.

Há quem abuse imenso da estatística, como há quem lamentavelmente a despreze por sistema.

Há quem acumule números despropositadamente, sem nexos, julgando assim documentar-se melhor, como há quem, com pequenos números, manobrados com cálculos complicados e difíceis de corrigir ou apreciar pela maior parte da gente, queira dar carácter científico a dados insuficientes e faça verdadeiros acrobátismos.

Muitas dessas pessoas procedem assim de boa fé, diga-se de passagem.

O único modo de acertar e de evitar ser iludido consiste em estudar o problema com atenção e escrúpulo.

Em que consiste, praticamente, o método estatístico? Como procede? Que aplicações tem em demografia? Que utilidade e em que circunstâncias pode ser útil para o sanitarista e para o cultor da Medicina Social e da Medicina Colectiva? É o que vamos ver a seguir.

Procuraremos ser tão claros e precisos quanto possível, não pretendendo invadir esferas de actividades alheias e limitando-nos a simples iniciação.

A César o que é de César... O sanitarista não é nem pode tornar-se um matemático. Um matemático não se improvisa. O tempo não chega para a profissão de cada um quanto mais para pretender invadir as dos outros.

O que é preciso, sim, é entender-se a linguagem dos números e impedir que com eles se façam especulações.

Se atingirmos este objectivo conseguimos o nosso fim.

9 — Procuremos analisar, embora sumariamente, os elementos fundamentais da demografia, esclarecer certos conceitos e definir alguns termos. Sigamos a definição de Guillard, atrás referida.

Vejamos como se consegue «o conhecimento matemático das populações, dos seus movimentos gerais, do seu estado físico, civil, intelectual e moral».

Não é tão fácil como se julga, como já vimos, obter um censo da população correcto.

Ora a noção do «conhecimento matemático» implica a ideia de precisão, medida. Todos os cálculos, todas as taxas, todas as afirmações pretenciosas que venham a fazer-se, em nome da Ciência, desdenhando estudos modestos que não pretendem alcançar mais do

que tendências, rumos e aproximações, tudo assenta numa coisa fundamental, sujeita a inúmeros erros — um censo.

Ora, quem se dê ao trabalho de querer apurar o que há de positivo, verifica que, se as afirmações pretenciosas fundadas em números estatísticos são bem mais antigas, os mais antigos censos das populações, feitos em condições de merecer certa confiança, são relativamente recentes. Por outro lado, se num país se adopta um critério noutro o critério seguido não permite comparações. Daqui resulta que as causas de erro são inúmeras e é tão ridículo querer dar valor científico pretencioso aos dados da estatística demográfica, mesmo da actual, só pelo facto de se utilizarem os cálculos

matemáticos, como seria o mandar fazer ao melhor alfaiate de Londres uma casaca... de serapilheira.

Se é certo que já se cita um recenseamento completo duma população, possível por esta ser reduzida, em 1665, o da Nova França, na América, seguido do da Islândia em 1703, também referente a uma pequena população; se a Suécia foi o primeiro país que realizou um recenseamento da população, superior a 1 milhão de habitantes, em 1749, e os começou a fazer periódicamente, seguindo-lhes as pisadas a Noruega em 1760, a Dinamarca em 1769; se a América do Norte fez um primeiro censo geral em 1790 e o passou a repetir de dez em dez anos; se a França e a Grã-

## NA MODERNA SULFAMIDOTERAPIA INTESTINAL

TRÊS PRODUTOS «CELSUS»

DE COMPROVADA SUPERIORIDADE

# FTALIL-TIAZOL

# FTALIL-TIAMIDA

# FTALIL-KAPA

LABORATÓRIOS «CELSUS»

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

-Bretanha iniciaram ambas os seus em 1801, seguindo-lhes o exemplo os principais estados da Alemanha a partir de 1810; a verdade é que só a partir de 1853 começou a haver uma certa ordem no conjunto dos países a tal respeito, depois de se realizar o primeiro Congresso Internacional de Estatística em Bruxelas, por iniciativa de Quetelet.

Não se julgue, porém, que se obteve tal aperfeiçoamento e uniformidade de técnicas que tornaram possíveis estudos comparativos sérios. Basta citar a França, onde em 1881 ainda era motivo grave de erros a confusão entre «população legal» com «residência habitual» numa certa localidade e «população presente», dando lugar a interpretações diversas e onde em 1936 se verificou que ficaram sem resposta nos boletins de recenseamento 1,3 por mil indicações referentes à idade, 6 %o dizendo respeito ao estado civil, 8,5 ao local do nascimento, 11 à nacionalidade de estrangeiros e 30 ao grau de instrução dos habitantes com mais de 10 anos.

Há países onde o recenseamento é feito de 5 em 5 anos (França, Itália, Alemanha). Noutros de 10 em 10 (Grã-Bretanha, Estados-Unidos, Suíça, Países Baixos, Estados Escandinavos, Espanha, Portugal).

Há todavia países em que os intervalos são irregulares.

No Brasil, por exemplo, de 1920 a 1940 não houve nenhum; no Uruguai de 1911 a 1940; na Argentina o último censo foi o de 1914, na Bolívia o de 1900, no Peru o de 1876.

Na Rússia o primeiro foi feito em 1897.

Os métodos seguidos variam. Nuns países são usados boletins individuais (Suíça, Países Baixos, Itália, U.R.S.S., França) noutros os boletins familiares (Alemanha, Grã-Bretanha, Bélgica, Espanha, Portugal) ou listas nominais (Estados-Unidos, Canadá, Turquia).

A própria data da realização dos recenseamentos varia. Em Portugal em 1864 e em 1878 foi o dia um de Janeiro; em 1890 foi o dia 1 de Dezembro o escolhido, sendo em 1940 o dia 12 de Dezembro, evitando-se o dia 31 de Dezembro por nesse dia muita gente se deslocar do seu domicílio. (Ric. Jorge — Demog. e Hig. — pág. 123).

Para a realização dum recenseamento procuram-se evitar, e têm-se evitado cada vez mais, as causas de erro, distribuindo e publicando largamente instruções pormenorizadas e claras, onde são definidos termos e fixados conceitos.

Aí surge uma das grandes dificuldades. É que se são sóbrias as instruções, embora claras e precisas, não se conta o número de pessoas que as não compreendem; se são mais explícitas, embora concisas, muita gente não as lê ou apenas as lê sem a devida atenção.

No recenseamento de 1940 foi aperfeiçoada o mais possível a técnica e obtiveram-se o maior número de dados obtidos até então nos 8 censos. No de 1950 mais aperfeiçoamentos foram introduzidos.

Só lendo-os pode fazer-se devida ideia do trabalho realizado.

Evidentemente que há a contar com a falta de cultura de grande parte da população, embora o analfabetismo que em 1864 era de 88,3, em 1878 de 82,4, em 1890 de 75,05 (71,90 varões e 86,03 fêmeas), em 1900 de 78,04 (70,48 % varões e 84,98 fêmeas) em 1911 de 75,05 (67,69 varões e 81,72 fêmeas) (Bento Carqueja) tenha diminuído, conforme o quadro publicado no Vol. I do VIII Recenseamento Geral da População:

Censo	V. F.	V.	F.
1911	70,3	61,7	77,8
1920	66,2	58,1	73,3
1930	61,8	52,8	69,9
1940	49	41,2	56,1

A simples transcrição destes dados já nos mostra um exemplo do valor relativo a dar aos números publicados, porquanto a taxa de analfabetos é de 75,05 em 1911 para Bento Carqueja, professor universitário <sup>(1)</sup> e 70,3 no volume publicado pelo Instituto Nacional de Estatística.

Se são possíveis tais divergências e inúmeras outras que era fácil coleccionar em estatísticas sobre os mesmos assuntos publicadas por diferentes personalidades de categoria, alguns deles matemáticos distintos, que se dirá da diversidade do rigor dos dados colhidos por funcionários contratados na ocasião, sem iniciação, a maior parte deles, e, salvas as excepções honrosas, de cultura pouco elevada?

Um recenseamento ou uma colheita de dados numéricos de qualquer ordem só pode merecer certa confiança quando feito em meios seleccionados e relativamente pequenos. Tal conjunto de circunstâncias não se verifica em país nenhum do mundo ao fazer-se um recenseamento da população. Portugal, longe de ocupar um lugar lamentável debaixo desse ponto de vista, deve ocupar até um lugar relativamente honroso.

De resto os erros, previstos ou não, diluem-se no meio dos grandes números. Seja como for, um dos elementos fundamentais para se fazer qualquer estudo demográfico é o censo da população.

Sendo esse censo organizado com dados colhidos só de anos a anos, (10 em Portugal, em regra, desde 1890) nos anos intermédios qualquer cálculo tem de ser feito em face de números hipotéticos, obtidos por interpolação. Hipotéticos porém, embora, esses números são evidentemente os mais lógicos.

O censo <sup>(2)</sup> recolhe dados múltiplos,

(1) Conf. «O Povo Português». Porto 1916 — pág. 190, onde não vem indicada qualquer errata.

(2) «Todo o censo é uma espécie de instantâneo fotográfico da colectividade; apanha e fixa o estado numeral da população num dado momento» — (Ricardo Jorge — Demografia e Higiene da cidade do Porto — pág. 215).

como o número de habitantes, por sexo, idade, instrução, profissão, validade, nacionalidade, residência, religião, naturalidade, estado civil, casos de cegueira, surdi-mudez, alienação mental, orfanidade, desemprego, meios de vida, etc. A respeito de algumas destas rubricas, como a da profissão, fornece dados pormenorizados em extremo. Fornece-os por províncias, distritos, concelhos e freguesias, como indica o número de famílias, de prédios e seus andares, fogos e suas divisões, as convivências não familiares, casais, duração dos casamentos, número de filhos, etc.

Os dados que, em face dos elementos colhidos, o Instituto Nacional de Estatística põe à disposição dos estudiosos são inúmeros e valiosos.

Quadros com taxas múltiplas referentes aos inúmeros dados, gráficos, cartogramas, etc., de tudo se encontra, devidamente calculado por especialistas competentes, nos 24 volumes publicados sobre o VIII Recenseamento Geral da População, de 1940, como no IX, de 1950.

Com eles se podem fazer estudos comparativos, em relação ao espaço e ao tempo, quanto é possível fazê-los, rectificando e corrigindo dados e erros anteriores, publicados por vários autores.

Só há que louvar o esforço dispendido e estimular os estudiosos a colaborar no aperfeiçoamento constante da técnica e na expansão máxima dos conhecimentos.

\*

Obtido o censo da população, não se limita ao seu conhecimento o estudo dum população, numa freguesia, num concelho, num distrito, numa cidade, numa vila, numa aldeia, numa província, num país, numa região, num continente ou no mundo.

É indispensável que, a respeito de cada um destes núcleos populacionais, se estude a variação da população, o seu movimento fisiológico, fazendo *demografia dinâmica* a par da *demografia estática*.

Para isso há que estudar os factores que influem ou podem influir nas modificações numéricas da população, os acontecimentos demográficos, os principais dos quais são os *nascimentos* e *óbitos*, aos quais se juntam as *migrações*, devidas a influências políticas, a guerras, a catástrofes, etc., e os *casamentos*, únicas ligações prolíferas susceptíveis de controle e registo regular, como os *divórcios* e as *separações judiciais*, únicos rompimentos de casais possíveis de apurar.

O valor do apuramento dos casamentos, divórcios e separações tem diminuído cada vez mais, à medida que a facilidade das uniões ilegítimas toleradas, dos divórcios, das práticas neo-malthusianas e dos abortos se têm intensificado, como um índice de decadência moral colectiva, predominando nos grandes centros e, em certos países, como a França, influenciado pelo conceito, cada vez mais propagado por toda a parte, da superioridade da vida material sobre

a espiritual, não limitada ao indispensável necessário à vida equilibrada, mas exigindo o supérfluo, ilimitado e instigado pela publicidade comercial insaciável.

Os dados colhidos pela estatística demográfica são publicados anualmente em Portugal no *Anuário Demográfico*. Não são, estes, simples curiosidade ou passatempo de intelectuais.

Reflete-se neles toda a vida nacional, não só a material, a económica, profissional, cultural, associativa, artística, etc.; mas a moral. Ora se a moral individual é, socialmente, uma gota de água no Oceano, na moral colectiva reflete-se a vitalidade, a força, o futuro da Nação, qualquer que seja o rumo político que as actuais circunstâncias internacionais venham a imprimir-lhe.

Há uma política demográfica, uma filosofia demográfica, uma sociologia demográfica, fundada ou impondo uma reacção contra o que se chamam as *Leis da População*.

Muito se tem escrito, dito e fantasiado sobre leis da população.

Será possível compreender nos números e nos inquéritos que os permitam interpretar qualquer coisa a que possamos chamar leis da população?

Se já Platão e Aristóteles nos deixaram páginas em que procuraram definir o rumo de uma política demográfica e se os diversos povos cristãos, através da Idade Média e na Renascença, puzeram em prática e definiram para cada época e adaptados às diversas circunstâncias, princípios claros, fundados na lei do «crescei e multiplicai-vos» das Escrituras e se um ou outro filósofo opoz objecções ou contestou a oportunidade do seu cumprimento ou a intensificação dele, em ocasião de perigos para as nações e citando o exemplo da Grécia e de Roma, cuja queda foi precedida dum baixa populacional, provocada pelo excessivo culto pelo conforto e bem estar material, a verdade é que só depois de Malthus o problema teve repercussão geral. Foi em 1798, em plena Revolução Francesa, que o inglês Malthus publicou o seu famoso *Ensaio sobre a lei da população*, depois tão discutido, deturpado e mal aproveitado.

Não é aqui lugar de descrever as doutrinas de Malthus, a sua evolução nas edições sucessivas da sua obra, e as discussões travadas à sua volta.

O que ficou, como um *slogan* a repetir-se durante um século e meio, foi a afirmação do perigo resultante para a humanidade de a população crescer naturalmente como uma progressão geométrica e as subsistências segundo uma progressão aritmética.

Malthus todavia não preconizava, antes combatia, o vício, reconhecendo que havia seis peias que se opunham ao natural aumento da população, o celibato, a prostituição, a esterilidade, a fraude sexual, a morte prematura e a emigração.

Como acontece correntemente, as turbas não se deram ao trabalho de ler o que de judicioso, inteligente e justo havia no Livro de Malthus, antes se

contentaram em pôr em prática o que, como análise do fenómeno da despovoação, ele citava.

Entretanto, em 1822, o alfaiate Francis Place, aliaz pai de 15 filhos, 10 dos quais vivos, o que o não impediu de fazer fortuna, publicou no livro *Ilustração e provas da lei da população*, os fundamentos do que se havia de chamar o *neo-malthusianismo*, ou seja o movimento organizado contra o aumento da população, com o fundamento «filantrópico» de favorecer os pobres, mas na realidade visando apenas em geral a economia, para se poder gozar mais a vida materialmente, deslocando o eixo do determinismo e da função da família e pondo-a à mercê dos vícios, generalizando e coonestando estes.

Francis Place, servindo-se dos dados de Malthus, fazia, como na conhecida história da máquina de fazer chouriços de Chicago, andar a máquina ao contrário, sem obter a economia e o bem estar individual esperado e anunciado e desencadeando em vez dele uma baixa da população catastrófica em certas regiões, particularmente na França, onde as doutrinas foram mais postas em prática apesar de já haver tendência para a despovoação.

E afinal podemos falar dum lei da população?

Será possível, analisando os números, criticando-os e observando os factos, surpreender uma lei da população? Parece que sim. Em populações de vida primitiva tem-se concluído que deixadas estas a evolucionar naturalmente, vão crescendo, apesar dos factores naturais (velhice, doenças, maus anos agrícolas, seguidos de fome, etc.) ou artificiais (guerras e outros) que os vão dizimando.

Há uma ocasião todavia em que o crescimento cessa e surge uma tendência para a estabilização. Parece dar-se o mesmo fenómeno que nas sociedades animais e até nas culturas microbianas.

O factor económico, exageradamente invocado e principalmente deslocado nas suas aplicações, influe sem dúvida, não na fecundidade e na natalidade propriamente, mas na mortalidade.

À medida que as sociedades tornam a sua vida mais complicada, o que nem sempre é acompanhado de civilização, antes de aumento da cobiça de possuir objectos existentes no mercado, de que resulta para muitos uma desilusão e para todos um excesso de despesa, começam a intensificar-se os esforços para impedir o aumento da natalidade. Por outro lado os progressos da técnica médica têm feito baixar a taxa da mortalidade. Por vezes estas duas forças voltam a trazer um equilíbrio na marcha da população.

Nem sempre porém isso sucede, e assim, a lei da população varia de país para país, de região para região e de época para época.

Não se procurem nela princípios exactos, de matemática simplória e comodista. A sua complexidade é enorme e os trucs para fazer impor cada lei são vulgares.

Uma referência especial, em matéria de meios de obstar ao excesso da população, deve ser feita ao método de Oggino.

Este método, sem as exigências da castidade monacal, nem as fraudes «filantrópicas» do neo-malthusianismo, parece ir mais ao encontro dos primitivos princípios de Malthus, exigindo uma castidade ou antes um abstencionismo relativo.

Com que fim? Aceitando que doutrina?

Com o fim de beneficiar os pobres? Não o cremos. Quem mais beneficiará com o método serão os que não querem privar-se dum certo grau de conforto material, os que entendem que os filhos segundos, terceiros ou mais, não merecem tal sacrificio. De resto os conhecimentos precisos para compreender as bases em que assenta o método de Oggino, sendo modestos, nunca podem ser postos ao alcance da mentalidade popular, a não ser que se adoptasse impudicamente o método usado por Francisco Place em Inglaterra, de explicar publicamente pormenores, com escândalo comparável ao que ele provocou.

A doutrina que o justifica é de resto a de Malthus. O sistema de Oggino seria a adopção do malthusianismo pelos católicos, sofismando o princípio do «crescei e multiplicai-vos», repelindo o sacrificio pelos filhos, as doutrinas de Santo Agostinho e de São João Crisostomo e deixando de aceitar a vontade de Deus. Será isso ortodoxo em matéria de catolicismo?

Não tenho autoridade para o resolver.

Uma das mais prestigiosas figuras laicas do meio médico-católico português, defende o método de Oggino, alegando que ele se funda na prática, embora limitada, da castidade e na abstenção durante certos dias, o que a Igreja não condena, nem pode condenar.

Respeitando, como a de poucos, a opinião desse Mestre, neste ponto não vejo meio de a compreender, pois os fins a atingir estão tão longe de ser nobres como os do filantropo Francis Place, pelo que considero o método de Oggino um simples disfarce do neomalthusianismo corrente, para uso de certos católicos, pretendendo-se coonestá-lo, para fugir ao sacrificio que, de resto; o franciscanismo lhes indicou, aconselhando-lhes a coragem para viverem com pouco, abaixo do que as convenções comerciais marcaram a cada classe, sem ter de atingir-se a pobreza.

Sinal dos tempos? É possível.

Mas se até já atingiu o campo católico mais ortodoxo, pela boa-fé, sem dúvida, com que se acredita em certos argumentos invocados, a doutrina neo-malthusianista, como pode ambicionar-se obter uma *lei da população* séria com tantos sofismadores da lei natural; na época demais a mais da bomba atómica e nas vésperas sabe Deus de que mortandade, como é este ano da Graça de 1953?

Parece preferível esperar melhor

ocasião e entretanto aperfeiçoar a técnica da colheita de dados e a unificação leal dos métodos a usar na estatística demográfica.

10 — Para se organizar uma estatística, demográfica ou outra, a primeira operação consiste na colheita dos dados, na organização de róis.

É intuitivo que tais dados têm de ser escolhidos de molde a serem comparáveis; entretanto são constantes os casos em que se juntam num mesmo rol dados de natureza diferente, embora aparentemente semelhantes.

Outro princípio é indispensável para se obterem estatísticas com algum valor, o de colher observações em número suficiente, dado que os grandes números são aqueles em que as causas de erro são mais fáceis de evitar. Qual o número de observações ou factos a registar? É variável, conforme as hipóteses, havendo certos casos em que se dispensam os grandes números desde que seja possível colher «amostras representativas». Nalguns casos mesmo não é preciso empregar o método estatístico, visto haver outros processos para demonstrar a verdade.

Um terceiro princípio convém seguir, o de não ter ideias preconcebidas a respeito dos resultados da estatística. Na verdade a estatística tem de ser olhada como outro qualquer fenómeno natural ou experimental, com espírito científico, justo e calmo, por mais que contrarie as ideias anteriores, pois uma das suas funções consiste precisamente em esclarecer estas.

Um quarto princípio, aplicável à estatística, como a qualquer afirmação de princípios ou de verdades, é o da discussão e análise crítica das conclusões aparentes, da dúvida científica, indispensável a quem verdadeiramente queira ser justo e não prefira suprir a justiça com sofismas, dogmas ou ilusões, em que, mais do que a ninguém, o sofista se ilude afinal a si próprio.

Os dados que todo o sanitarista tem de colher dizem respeito, uns, à população em si, outros aos factores que a podem modificar numericamente, aumentando-a, diminuindo-a, desvalorizando-a ou aniquilando-a.

Uns dizem respeito ao número de habitantes e sua distribuição, à densidade da população, ao número de famílias, fogos, prédios, profissões, instrução, robustez, saúde, validade, etc., dados fornecidos periodicamente, de modo directo, pelos censos da população e calculados nos anos intermédios por interpolação, como já vimos.

Os outros dados são os referentes à nupcialidade, natalidade, morti-natalidade, morbidade, mortalidade, averiguadas quanto possível as causas destas.

Os dados reunidos nos censos são, como dissemos, fornecidos, depois de analisados, pelo Instituto Nacional de Estatística, colhidos em Portugal, de 10 em 10 anos, ao fazerem-se os recenseamentos.

Os outros são recolhidos dia a dia nas repartições do registo civil e reuni-

dos, mês a mês, pelos subdelegados de saúde de todos os concelhos e enviados à Direcção Geral de Saúde.

Os da mortalidade por doenças infecto-contagiosas são enviados semanalmente pelos delegados de saúde à Direcção Geral de Saúde, à Inspecção de Epidemias, colhidos em cada concelho por participação dos médicos assistentes.

Vejamos o valor que podemos dar a estes diferentes dados.

Já acima fizemos referência às causas de erro a que estão sujeitos os censos, pela incultura e falta de treino da maioria dos recenseadores.

Ora, como a cultura e o treino dos que fornecem os dados referentes à mortalidade, morbidade, natalidade, morti-natalidade e nupcialidade, são incontestáveis, visto serem todos médicos, seria lógico que esses dados se aproximassem o mais possível das realidades e do rigor científico.

Pois dá-se precisamente o contrário, a não ser excepcionalmente, e assim estes dados oferecem ainda menos confiança que os referentes ao censo.

Não se contam os casos em que, ao elaborarem os mapas estatísticos mensais certos subdelegados de saúde, se limitam a assiná-los.

Tais mapas são elaborados em face de certidões de óbito assinadas pelos médicos assistentes dos doentes, mas supridas, quando se ignora a causa da morte, por não ter havido médico assistente ou por a família o não ter procurado para esse fim, por um diagnóstico feito pelo subdelegado de saúde, em face de informações, colhidas, muitas, em circunstâncias de pouca garantia. Quem observe com atenção as estatísticas comparadas, referentes a vários anos, dizendo respeito a um certo concelho, onde tenha mudado o subdelegado de saúde, ficará impressionado por deixarem de aparecer diagnósticos que eram frequentes e aparecerem outros que eram raros, o que, para ser devido ao acaso, seria excessivamente bizarro.

Esses dados, por conseguinte, têm, como de resto todos os dados estatísticos, um valor relativo.

Os referentes a nupcialidade, a nascimentos e a divórcios, como ao total dos óbitos, têm já outra espécie de valor, dado que intervêm, em todos, funcionários treinados e responsáveis, os do Registo Civil, embora com excepções, como em todos os países.

Quanto aos dados que dizem respeito à morbidade, o que se passa é lamentável, como índice da falta de espírito médico-social da classe médica portuguesa, que aliás não se abstém de criticar os serviços de saúde por não fazerem coisas que por vezes só não se realizam por falta de dados que permitam vistas de conjunto e não são por ela fornecidos, oportunamente.

Há médicos que nunca participaram um único caso de moléstia infecciosa, das de participação obrigatória. Entre os que nunca as participam contam-se alguns professores que nas aulas censuram os serviços de saúde por não

porem à disposição dos estudiosos «como lá fora se faz», dados que permitam comparações estatísticas, etc.

O número de médicos que não cumprem esta disposição legal e justa é maior em Lisboa, Porto e Coimbra do que nas restantes localidades, o que evidentemente pode levar à conclusão, conforme o método estatístico, de que é a civilização superior e a maior ciência que os leva a tal procedimento... É possível que alguns o façam para quererem, imitando certos consagrados, passar por notáveis, como há anos um que para conseguir reclamo, disse ganhar muito para convencer os colegas de que tinha muitos clientes, e se queixou depois de ter sido colectado excessivamente pelo secretário de Finanças...

Não se julgue que é apenas em Portugal que as coisas assim se passam. Infelizmente passa-se o mesmo em grande parte dos países, entre os quais em França, facto duplamente lamentável, dada a grande influência que a literatura médica francesa exerce entre nós.

Todos os esforços até hoje feitos para modificar tal estado de coisas têm obtido fracos resultados. Os dados da estatística sanitária apenas têm valor relativo. Esperemos os resultados dos recentes esforços da Organização Mundial da Saúde.

Em 1885 foi criada em Londres, a fim de dar estabilidade e continuidade aos trabalhos dos congressos iniciados em 1853, o Instituto Internacional de Estatística. Em 1913 começou a funcionar na Haia outro, cujas publicações sobre o assunto levaram a toda a parte dados internacionais valiosos. Desde 1920 que a Sociedade das Nações iniciou a publicação de um Boletim Mensal de Estatística e de volumes fornecendo dados internacionais, interrompidos com a guerra.

Não se julgue, porém, que tais publicações nos permitem estudos comparados de confiança, a não ser num ou outro ponto.

Chega-se no final à conclusão de que, tal como sucede para outros ramos de actividade social, a estatística, por mais bem elaborada que seja, apenas pode, com tais dados, fornecer directrizes gerais, rumos, tendências, como já vimos.


É maior o seu valor quando se comparam os dados colhidos em diversas épocas, num mesmo país ou região, embora, como dissemos, o factor individual de quem fornece os dados, o critério dos diversos subdelegados de saúde por exemplo, possa levar a erros de julgamento e a interpretações falsas.

O Centro de Estudos Demográficos criado em Portugal em 1944 e funcionando no próprio Instituto Nacional de Estatística, tem feito estudos sobre os diversos aspectos do problema, aperfeiçoando as técnicas, aproveitando os valiosos recursos do mesmo Instituto, reunindo competências e dedicações. Da sua acção muito há a esperar desde que à sua volta seja possível congregar os que se interessam pelo problema e o têm procurado analisar sob qualquer dos

AGORA... **Um grama** DOSES DIÁRIAS

CLORIDRATO DE **Aureomicina** CRISTALINA

Lederle



Empregada até ao presente em mais de 10.000.000 de casos clínicos, são superiores a 7.000 as comunicações que sobre a Aureomicina se publicaram, provenientes de todos os campos da prática médica mundial. Desde 1949 que a tendência destes estudos vem confirmando a eficácia na aplicação de doses mais reduzidas de Aureomicina, o antibiótico de espectro verdadeiramente amplo e actividade absolutamente uniforme.



... uma marca de honra

O NOVO PLANO DE ADMINISTRAÇÃO DA AUREOMICINA EM DOSES REDUZIDAS:

Dose	Peso aproximado do paciente	Quantidade a administrar	Número de doses cada 24 horas
0,1 g. diário	8 quilos	Uma dose de 50 mg. duas vezes por dia, depois de comer.	2 doses
0,5 g. diário	40 quilos	Uma dose de 250 mg. duas vezes por dia, depois do almoço e do jantar.	2 doses
		Uma dose de 100 mg. cada 3 ou 4 horas, depois das refeições.	5 doses
1,0 g. diário	80 quilos	Uma dose de 50 mg., com leite, cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite.	10 doses
		Uma dose de 250 mg. cada 4 horas, excepto durante 8 horas de noite.	4 doses
1,5 g. diário	120 quilos	Uma dose de 100 mg. cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite.	10 doses
		Uma dose de 250 mg. cada 3 horas, excepto durante 6 horas de noite.	6 doses



**LEDERLE LABORATORIES DIVISION**

AMERICAN Cyanamid COMPANY

30 ROCKEFELLER PLAZA, NEW YORK 20, N. Y.

**Embalagens:** CÁPSULAS —frascos de 8 e de 16, c/ uma com 250 mg.; frascos de 25, c/ uma com 50 mg. (infantil); frascos de 25, c/ uma com 100 mg. SPERSOIDS (PÓ DISPERSÍVEL) —frasco de 75 g. PASTILHAS —frascos de 25, c/ uma com 15 mg. POMADA —tubos de 14,2 e de 28,4 g. com 30 mg. por grama. OFTÁLMICA —Colírio —frascos conta-gotas com 25 mg.; Unguento —tubos de 3,5 g. a 1%. \* INTRAVENOSA —frascos de 100 mg. com diluente de leucina. NASAL —frascos de 10 mg. FARINGETAS —caixas de 10 com 15 mg. c/ uma. PASTA DENTAL —boiões de 5 g. CONES DENTAIS —tubos de 12 com 5 mg. c/ um. ÓTICO —frascos de 50 mg. \* PÓ VAGINAL —frascos de 5 g. a 200 mg. por g. \* SUPOSITÓRIOS VAGINAIS —frascos de 8. \* PÓ CIRÚRGICO —fr. 5 g. com 200 mg. por g.

\* A introduzir brevemente.

Representantes Exclusivos para Portugal e Ultramar :

ABECASSIS (IRMÃOS) & CIA.  
Rua Conde Redondo, 64-3.º — LISBOA  
Rua de Santo António, 15 — PORTO

seus aspectos, com sincero desejo de acertar e com garantias de probidade.

11 — Uma vez obtidos os dados no maior número possível e estes expurgados do máximo de imperfeições, é indispensável apurar as *taxas* referentes a cada um dos acontecimentos demográficos.

A *taxa de mortalidade* refere-se em geral, no seu conjunto, a 1000 habitantes, obtendo-se por meio da seguinte relação:

$$T = \frac{\text{Ob.} \times 1000}{P}, \text{ em que } T \text{ é a taxa,}$$

Ob. o total de óbitos e P a população em que eles se verificaram. Se, por exemplo,  $198 \times 1000$

$$\text{Ob.} = 198 \text{ e } P = 9000, T = \frac{198 \times 1000}{9000} = 22$$

Esta taxa global da mortalidade é referida a um ano e deve, para ser rigorosa, ser obtida em relação à população, calculada, de 1 de Julho desse ano. Querendo calcular-se a mortalidade de um determinado mês, Janeiro, por exemplo, multiplica-se o total dos óbitos

deste mês pela relação  $\frac{365}{31}$ , dividindo

o quociente pela população referida a 1 de Julho.

Querendo avaliar-se a mortalidade por sexos o cálculo é feito, evidentemente, entrando em linha de conta com o número de óbitos entre indivíduos desse sexo e comparando-o com a população do mesmo sexo.

Para cada idade segue-se processo idêntico, sendo estas taxas consideradas as mais importantes, pois a taxa global pouco nos esclarece.

As taxas referidas às idades, ao sexo, às raças, às profissões, etc., chamam-se *taxas específicas*.

As taxas referentes à mortalidade por cada doença em especial chamam-se *taxas proporcionais* e obtêm-se calculando a relação entre o número de óbitos devidos a determinada causa, multiplicando-o por 100 e dividindo o resultado pelo total dos óbitos devidos a todas as causas.

Se em certa região o número de óbitos por febre tifoide foi em dado ano de 18 e o total dos óbitos de 4882 a proporção de óbitos pela febre tifoide foi

$$\frac{18 \times 100}{4.882} = 0,368 \text{ por } 100 \text{ habitan-}$$

tes. Para evitar os números decimais costuma-se referir antes a 1000, 10 mil, 100 mil habitantes.

Quando se pretende comparar a mortalidade entre duas regiões ou localidades diferentes é preciso evitar uma causa de erro, por vezes notável, devida à diversa composição das duas populações, no que diz respeito às profissões, às idades, etc., dependentes de circunstâncias variáveis para cada região, como a natalidade, as migrações, etc..

Ora só podem ter valor estatístico as comparações feitas entre objectos análogos. As taxas obtidas em cada região — *taxas brutas* — só podem com-

parar-se se fôr usado um artifício para obter *taxas rectificadas*. São vários os artifícios usados. O método mais utilizado é o de comparar a mortalidade de cada região com uma *população-tipo*, de 1000, 10.000, 100.000, 1 milhão de habitantes, obtida tirando a média dum grupo da população segundo as idades. Assim, para comparar a mortalidade entre duas regiões faz-se o cálculo da referente a cada idade e sexo, sendo por isso fácil a comparação, visto ambas se referirem a 1000, 10.000, 100.000 ou 1 milhão. Outro método usado, tendente a evitar certas causas de erro apontadas ao método das populações-tipo, é o da *taxa teórica de mortalidade*, obtida partindo do princípio de que a população a que se refere é estável, isto é, que não au-

menta nem diminue, por o número de nascimentos e óbitos anuais ser o mesmo.

Um terceiro método é o da *mortalidade-tipo*, em que a comparação é feita com uma tabela de mortalidade por profissões.

As taxas obtidas por qualquer dos métodos ou por outros são evidentemente fictícias, sujeitas a erros, dependentes da escolha e do número de populações utilizadas para organizar a população-tipo e de outros factores, mesmo sem entrar em linha de conta com o factor pessoal do estatístico. Lembremo-nos sempre do fisiologista que queria a análise da urina média europeia...

Os artifícios, se têm as suas vantagens, não têm por vezes menos inconvenientes. Seja como for, o esforço para rectificar os dados estatísticos brutos é digno de apreço, por permitir uma análise mais profunda da mortalidade.

Ao organizar qualquer quadro de mortalidade, a par da mortalidade total é indispensável apurar as taxas referentes a cada causa. Ora, sem entrar em linha de conta com os óbitos de causa ignorada e com aqueles em que essa causa, por não ter havido assistência médica ou não ter sido pedido o preenchimento da certidão de óbito ao assistente (para se fugir a pagar-lhe, por ter havido corte de relações com ele, por ausência ou outro motivo), em que essa causa tem, post-mortem, sem autópsia e por simples informações de portadores, tanta vez boçais ou ébrios, de ser apurada pelos subdelegados de saúde ou pelos ajudantes do Registo Civil (1), a verdade é que, em face duma certidão de óbito, nem sempre é fácil organizar um mapa das causas de óbitos.

Como se sabe, nas certidões há lugar para duas rubricas, a da *doença principal* e a do *acidente terminal*. Se a doença principal, por exemplo, é a tuberculose e o acidente terminal foi uma difteria, qual deve figurar na estatística? Segundo certa regra consagrada seria a *tuberculose*. Corresponde isso todavia à verdade? E se o acidente terminal for uma fractura do crânio? Dir-se-há que a *causa da morte* foi a tuberculose? Parece que sim, atendendo a que o valor social da tuberculose é muito diferente do dos traumatismos, como causa de morte.

O problema complica-se com o facto de a maior parte dos médicos apenas escreverem nas certidões, ou a doença principal ou o acidente terminal, resolvendo assim a questão sem mais considerações, com os critérios mais diversos.

É assim que num país, como o nosso, em que o número de alcoólicos é grande, o número de óbitos atribuídos ao alcoo-

(1) Certo ajudante do Registo Civil, de nome Lima, resolveu a dificuldade atribuindo a *morte súbita* todos os óbitos de causa ignorada. Como fosse censurado pelo número insólito de mortes súbitas só verificadas na sua freguesia e ele receasse qualquer sanção, não esteve com meias medidas, passou a catalogar numa rubrica mais suave, tais óbitos, atribuindo-os sistematicamente a *morte quase súbita*...



POR COMPRIMIDO:

Ácido Glutâmico . . .	0,5 gr
Fosfato bicalcico . . .	0,05 gr
Cloridrato de tiamina	0,001 gr

ATRASOS MENTAIS E DEFICIÊNCIAS PSÍQUICAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

EPILEPSIA (PEQUENO MAL)

ANTICONVULSANTE

NOS PERÍODOS DE INTENSO TRABALHO INTELLECTUAL



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

lismo é pequeno. De resto é vulgar as famílias terem horror a que fique documento escrito de ter morrido qualquer dos seus membros não só com alcoolismo, como com cancro, tuberculose, ou sífilis...

Oxalá as coisas se modifiquem com os novos modelos de certidões de óbito.

É para corrigir, nas medidas do possível, tais causas de erro e outras, que os grandes números são excelentes. Podem calcular-se os erros em que incorreria quem quisesse tirar conclusões de pequenos números.

\*

Se a elaboração de taxas de mortalidade, bruta ou rectificada, está sujeita a erros, a mais o está a referente a morbilidade, dado o pequeno número de casos participados.

Pode fazer-se uma ideia da morbilidade, aplicando à mortalidade averiguada por dada doença a taxa de morbilidade a que ela corresponde em média. Tal taxa porém será grosseira, visto estas taxas se referirem principalmente a hospitais, em que as circunstâncias são bem diferentes das dos domicílios, que é onde afinal morre, mesmo nos países mais adiantados, e há-de morrer sempre, a maior parte da população.

Duas taxas interessa apurar a respeito de morbilidade, a de *morbilidade propriamente dita ou incidência*, que se obtém pela relação entre o número de casos de determinada doença multiplicado por 100.000 e o número de habitantes, e, a par desta, a taxa de *letalidade*, que se alcança dividindo pelo número de casos da referida doença o produto do número de óbitos devidos à mesma doença por 100.

Pretende-se com as taxas de morbilidade e de letalidade obter um *índice de endemicidade* referente a cada doença. Na realidade apenas se pode atingir, por enquanto, um índice da falta de espírito médico-social duma parte dos membros da classe médica portuguesa.

Em França é a mesma coisa... Consolêmo-nos? Ou deixemos antes de criticar, como é tão vulgar, os problemas médico-sociais, para os quais estão tão pouco preparados a maior parte dos médicos, com uma percentagem considerável de consagrados, talvez precisamente por o serem e o tempo mal lhes chegar para lerem as revistas que os mantêm ao facto das novidades em matéria de semeiologia, fisiopatologia e terapêutica...

\*

Vejamos agora alguma coisa sobre as taxas de natalidade e outras, que nos permitem apreciar o *movimento fisiológico da população*.

*Taxa de natalidade* é a relação que existe entre o número de nados vivos verificados em dado ano, multiplicado por mil e a população calculada para o dia 1 de Julho do mesmo ano.

*Taxa de morti-natalidade* é a relação entre o número de nados mortos multiplicado por mil e o número de nascimentos normais.

*Taxa de fecundidade* é a relação entre o número de nados vivos em dado ano, multiplicado por mil, e o número de mulheres entre os 15 e os 50 anos.

*Taxa de fecundidade legítima* é a relação entre o número de nados vivos por ano, multiplicado por mil, e o número de mulheres casadas entre os 15 e os 50 anos.

À primeira vista estas taxas são fáceis de obter e mais fáceis ainda de comparar em diversas regiões, países ou épocas. Na realidade não sucede assim. Com efeito, as taxas variam com as observações, os observadores e os países.

Um simples exemplo basta para o demonstrar.

Em França tem-se dado o prazo de três dias para se fazer a notificação do nascimento na Repartição do Registo Civil, e se uma criança, nascida sã e robusta embora, morrer dentro desses três dias, vai figurar entre os nados mortos. Esta simples circunstância, só por si, tem feito perder grande parte do valor às taxas, e não dizemos todo o valor porquanto, devendo as estatísticas lidar com grandes números e sendo o número de nados mortos de cerca de 4 a 5 % em relação ao número de nados vivos, a importância relativa da taxa ainda é grande.

Mas há outra causa de erro e essa agravando-se por toda a parte cada vez mais, a que resulta de se chamarem a cada passo e de modo impossível de determinar, nados mortos a todos os que nascem sem vida e não apenas aos que já tinham, pelo menos, 6 meses de gestação, incluindo neles os abortos, em grande parte provocados.

Por outro lado, se há observadores que fazem o cálculo da população em relação a 1 de Julho, há-os que apenas a referem ao primeiro dia ou último do ano. Ao fazer o cálculo da fecundidade há quem entre em linha de conta com o total das mulheres dos 15 aos 50 anos, mas há quem exclua, logicamente, as que a estatística mostra terem morrido nessas idades no ano em estudo.

Tudo isto leva à conclusão de que qualquer trabalho desta natureza, com ou sem causas de erro, exigindo evidentemente que seja afastado o maior número destas, só tem valor comparativo quando os dados hajam sido trabalhados por um mesmo investigador e, apesar disso, esse valor, longe de ser o que por vezes lhe atribuem, é limitado, representando simples rumos, directrizes, índices gerais.

Todas estas taxas podem ser aperfeiçoadas pela depuração dos dados e afastamento das causas de erro evitáveis.

Podem por outro lado determinar-se outras taxas, diferenciadas, referentes à natalidade por idades, por profissões,

segundo o local de residência, rural ou urbano, o número de filhos, etc.

A par das taxas de natalidade determinam-se as taxas de nupcialidade que, comparadas às de natalidade e morti-natalidade, são um índice de moral social, de prosperidade económica por vezes, embora o seu valor esteja a reduzir-se cada vez mais, em virtude das ligações ilegítimas.

Não é aqui lugar para entrar em pormenores descritivos. Entretanto faremos notar que Portugal é dos países de maior natalidade da Europa, sendo também dos de maior mortalidade infantil — em geral caminhando a par, mas não necessariamente, como por exemplo, na Irlanda e no Japão, onde é grande a primeira e baixa a segunda, como nos refere Landry.

A nupcialidade portuguesa era, antes da guerra, das menores da Europa.

A natalidade é mais elevada nos campos do que nas cidades; nos meios pobres do que nos meios ricos; nos meses de Fevereiro e Março.

Em Portugal a natalidade está a baixar, como a nupcialidade, principalmente em Lisboa e Porto; a natalidade ilegítima está igualmente a baixar; a morti-natalidade aumentou assustadoramente, passando desde 1907 a 1939 de 15 para 44 % em relação ao total de partos, sendo muito maior nos ilegítimos do que nos legítimos (A. Garrett). A mortalidade tem baixado, embora se mantenha das maiores da Europa, principalmente a infantil.

\*

As notas que aí ficam, esquecidas há muito, apenas saíram da gaveta em que se acoitavam, para evocar o Centenário do I Congresso Internacional de Estatística. Outras se lhes devem seguir. Oxalá o crescente interesse da classe médica pela Bioestatística as torne inúteis, dentro de curto prazo.

S. C.

## Instituto Português de Oncologia

O Dr. Joseph Modaver, congressista belga do V Congresso Internacional de Neurologia, recentemente efectuado em Lisboa, fez no dia 10, no Instituto Português de Oncologia, uma conferência sobre «Paralísias por garrote».

Depois de agradecer a oportunidade de falar naquele modelar Instituto, definiu as características clínicas da paralisia por garrote, resultante da compressão de fibras nervosas. O conferencista, por meio de um filme, mostrou como se faz o diagnóstico daquele tipo de paralísias, e a maneira como estas vão regressando, com o decorrer do tempo.

# VIDA MÉDICA

## EFEMÉRIDES

### Portugal

(De 20 a 26 de Setembro)

**Dia 20** — Com a presença dos Ministros do Interior e Finanças realiza-se um cortejo de oferendas do novo Hospital da Misericórdia de Mirandela. Rende 400 contos.

— Em Lisboa encerram os Congressos de Angiologia e Cirurgia. As últimas sessões são presididas pelos Profs. Leriche e Cid dos Santos.

**21** — O Prof. Charles Bailey realiza no Sanatório do Lumiar, em Lisboa, várias intervenções cirúrgicas no coração.

Trata-se de casos de aperto mitral com insuficiência, dois; outro, o terceiro, é de aperto mitral puro.

Cooperam com o célebre mestre americano, além do Dr. Gomes de Almeida, que fez parte da equipa do Dr. Bailey em Filadélfia, o director do Sanatório, Dr. Rui de Lima, o cirurgião cardio-vascular do centro Dr. Décio Ferreira, os anestesistas Drs. Lopes Soares e Ramon de la Faria (filho) e o transfusionista Dr. Filipe Vaz.

O diagnóstico destes doentes e a sua preparação foram feitas pelo Dr. Martins da Fonseca, sendo absolutamente confirmados e apreciados durante o acto operatório pelo Prof. Bailey.

**22** — Em Braga, são inauguradas no Hospital de S. Marcos, as novas instalações do «Serviço de Urologia» que se compõe de sala de operações, sala de citoscopia e sala de exames e curativos, construídas inteiramente a expensas do grande benfeitor rev. José Augusto Dias, abade da Loureira, assim como a maior parte da aparelhagem e instrumentos cirúrgicos.

**23** — No Porto o Prof. Bailey opera vários casos de doentes mitraes, com a assistência de numerosos clínicos desta cidade. Ajuda-o o Dr. Gomes de Almeida e colaboram os Drs. Leonardo Coimbra, Eduardo Serrano, Camilo Figueiredo, Albuquerque Grilo, Ruela Torres, Trigo Cabral, Bragança Tender e Ribeiro dos Santos. São instrumentistas as Sras D. Maria Manuela Gomes de Almeida e D. Maria Margarida Perdígão.

— Regressa a Lisboa o Director Geral de Saúde, Dr. Augusto da Silva Travassos, que esteve no estrangeiro em missão oficial.

**24** — O Prof. americano Bailey, que ainda se encontra entre nós, realiza no Instituto de Oncologia, uma sessão operatória em que é coadjuvado pelos Prof. Lima Bastos e Dr. Gomes de Almeida e à qual assistem muitos médicos portugueses, entre os quais alguns dos melhores nomes da nossa cirurgia.

São feitas diversas intervenções cirúrgicas em doentes de lesões cardíacas, sendo alguns casos difíceis, como uma dilatação da aorta operada pelo sábio cientista americano que mais uma vez pôs à prova a sua técnica, que causa a melhor impressão entre os assistentes.

Os doentes operados foram preparados pelo médico cardiologista, Prof. Arsénio Cordeiro.

O Prof. Bailey tem palavras de elogio para os nossos meios hospitalares, onde diz ter encontrado a eficiência necessária para trabalhar e declara que neles se pode praticar a cirurgia cardíaca com as maiores possibilidades de êxito.

O Prof. Bailey parte depois de avião, para os Estados Unidos e tem no aeroporto uma carinhosa despedida por parte dos seus colegas portugueses, que no restaurante lhe apresentaram os seus cumprimentos.

— De Lisboa segue para Oviedo o Dr. Ascensão Contreiras, médico hidrologista, que ali representará a Sociedade de Geografia no Congresso Luso-Espanhol para o Progresso das Ciências. A sessão inaugural do congresso realiza-se na Universidade, em 27 do corrente, discursando o catedrático da Universidade de Madrid, D. José Maria Ladreda.

O Dr. Ascensão Contreiras apresentará uma tese sobre «O valor da Hidrologia».

— Passa por Lisboa, por via aérea, acompanhado de sua esposa, o médico argentino Dr. Oscar Ivanissevich, antigo ministro da Educação e reitor da Universidade de Buenos Aires e embaixador extraordinário nos Estados Unidos, que, em viagem de estudo, vem visitar diversos países europeus, a fim de se inteirar dos progressos registados na cirurgia, na Europa, onde não vinha há 21 anos.

Aquele médico é cumprimentado no aeroporto pelo Dr. Almerindo Lessa, director dos Serviços de Sangue dos H. C. L. que, durante um ano trabalhou na Argentina com o Prof. Ivanissevich.

O avião que conduz o Dr. Ivanissevich segue para Genebra uma hora depois, devendo aquele médico regressar a Lisboa dentro de semanas, para visitar estabelecimentos científicos portugueses e tomar contacto com os médicos do nosso país.

— A folha oficial publica um decreto que permite ao Ministério da Marinha determinar o número de concursos para o preenchimento de vagas do novo quadro de oficiais médicos da classe de Saúde Naval.

**25** — Está aprovada a tabela de preços para aplicações de iodo rádio activo para vigorar no Instituto Português de Oncologia que é a seguinte: diagnóstico 50 escudos; até 10 m.c., 80\$00; até 25 m.c., 60\$00; superior a 25 m.c. 40\$00.

**26** — Nos Serviços de Sangue dos Hospitais Cívicos de Lisboa, no Hospital de S. José, efectua uma conferência, subordinada ao título «E o sangue um medicamento?», o professor de medicina legal da Universidade de Pavia, Dr. Leone Sattes.

Assistem, além de muitos médicos, todo o pessoal dos serviços de transfusão de sangue.

— Do Porto, em viagem de estudo, segue para Espanha, França e Suíça o Dr. João Costa.

— Inaugura-se em Lisboa a Conferência Internacional da Família. A sessão realiza-se no novo Hospital Escolar.

### Estrangeiro

— No Congresso Internacional de Microbiologia, realizado em Roma muito recentemente, foi anunciada a descoberta de um bacilo da lepra que se consegue cultivar. Anuncia o Instituto Superior de Saúde de Roma, que atribue a notável descoberta à religiosa francesa soror Maria Susana, que durante 25 anos permaneceu numa leprosaria das ilhas Fiji. Em sua honra foi dado ao bacilo o nome de «microbacterium marjanum».

Foi em Lião, numa leprosaria para missionários, que soror Maria Suzana conseguiu isolar um bacilo, a que chamou «chauvire», nome do missionário em que o colheu.

Até então, tinha sido impossível cultivar o bacilo da lepra. Ora, a freira pôde verificar que o bacilo que cultivara provocava nos ratos reacções semelhantes às causadas pelo bacilo da lepra propriamente dito.

Em Roma, soror Maria Suzana prosseguiu os seus estudos no Instituto Superior de Saúde. Preparou uma vacina com os bacilos «chauvire», que se verificou ter poder imunizante contra a lepra. Estão em curso experiências no Sudão, Camarões e Nova Caledónia.

— O Papa perante os membros do Con-

*Antem...*

**BALSAMO ANALGÉSICO**

LABORATÓRIO  
**DANI**  
LISBOA

*Hoje...*

**algiDerma**

Creme analgésico,  
anti-flogístico, e  
anti-reumático

**Dores** reumáticas,  
artríticas,  
pleurais,  
musculares,  
intercostais



# POLIDELTA

Complexo de vitaminas, aminoácidos e sais minerais indispensáveis ao organismo

## COMPOSIÇÃO

### FÓRMULA A (Drageia branca)

VITAMINAS (Em Miligrs.)		HIDROLIZADO DE PROTEÍNA (Amino-Ácidos em Miligrs.)	
Vitamina A (5.000 U. I.) .....	0,005	Arginina .....	1,425
Vitamina D <sub>2</sub> (500 U. I.) .....	0,0125	Ácido glutâmico .....	8,175
Vitamina E .....	0,5	Histidina .....	0,94
Vitamina C .....	37,5	Leucina e Isoleucina .....	1,64
		Lisina .....	2,365
		Metionina .....	2,365
		Fenilalanina .....	1,465
		Trionina .....	1,5
		Triptofana .....	0,45
		Valina .....	2,965
SAIS MINERAIS (Em Miligrs.)		Excipiente q. b. p. uma drageia	
Fosfato dicálcico..... 50			

### FÓRMULA B (Drageia corada)

VITAMINAS (Em Miligrs.)		SAIS MINERAIS (Em Miligrs.)	
Vitamina B <sub>1</sub> .....	1,5	Pirofosfato de ferro .....	30
Vitamina B <sub>2</sub> .....	1,5	Sulfato de cobre .....	1
Vitamina B <sub>6</sub> .....	0,1	Hipofosfito de Manganésio .....	3
Vitamina B <sub>12</sub> .....	0,001	Sulfato de cobalto .....	0,5
Vitamina PP .....	5	Sulfato de zinco .....	1
Pantotenato de Cálcio .....	1	Iodeto de potássio .....	0,1
Bitartarato de colina .....	50	Molibdato de sódio .....	1
Inositol .....	25		
Excipiente q. b. p. uma drageia			

## APRESENTAÇÃO

Uma embalagem contendo um frasco de 25 drageias da fórmula **A** e um frasco de 25 drageias da fórmula **B**



**LABORATÓRIOS**  
**QUÍMICO**  
**BIOLÓGICOS**

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

gresso Internacional de Microbiologia falou da importância dos progressos realizados na luta contra os infinitamente pequenos e prestou homenagem à tenacidade e coragem com que os sábios lutam pelo progresso da Ciência. Disse que «Não é possível entretanto estudar atentamente a Natureza sem descobrir a toda a hora na sua fecundidade inesgotável, na complexidade e na delicadeza dos próprios seres, até nos mais humildes, na ordem total das diferentes espécies vegetais e animais e sua relação com o homem, um reflexo velado sem dúvida mas sempre perceptível da perfeição do Criador».

«Deus, origem de toda a existência, não se apresenta aos nossos sentidos; há que ir até Ele pelo caminho da inteligência e do coração. Tendes a felicidade de perscrutar de perto a sua obra, mas acima de tudo de serdes os colaboradores da Providência paternal. Com efeito, a par dos fins intelectuais, a vossa ciência tem por fim, como já apontamos, a preservação da vida humana».

«Queira Deus que a lembrança dos inestimáveis benefícios, de tantos homens preservados da doença, ou arrancados à morte, sejam para vós um estímulo; na austeridade dos vossos afazeres quotidianos, encontrareis nele a coragem incansável de prosseguir em frente, apesar dos reveses e das desilusões».

«Resta fazer grandes progressos, descobertas novas esclarecerão melhor a acção dos germes patogénicos e permitirão combatê-los com mais êxito ainda, sem falar das aplicações importantes das aquisições científicas no domínio agrário e industrial. As conquistas do futuro trarão, assim ou samos esperar, resultados tão cheios de consequências como aqueles de que tendes razões para rejubilar hoje. «Queira o Autor de toda a vida dar-vos, com a profunda inteligência da sua obra, o empenho em prestar um auxílio sempre maior a tantos sofrimentos humanos».

## AGENDA

### Portugal

#### Concursos

Estão abertos:

Para provimento do lugar de médico municipal do 1.º partido, com sede e residência obrigatória na Vila de Moita.

— Em Lisboa, na Maternidade de Alfredo da Costa, está aberto concurso documental para um lugar de médico anestesista.

### Estrangeiro

— Em Madrid, de 3 a 10 de Outubro, realiza-se o 6.º Congresso Internacional de Leprologia. Estarão representadas 42 nações com cerca de 500 delegados.

A Academia de Medicina de Turim abre concurso para atribuir pela primeira vez, o prémio «Saint Vincent» destinado a distinguir trabalhos de ciências médicas sobre assuntos em relação aos quais os seus autores apresentem fundamentos de progresso. O referido prémio, na importância de 7.500.000 liras, foi instituídos pela região do Vale d'Aorta pela «Sitav de Saint Vincent» a fim de favorecer o desenvolvimento das pesquisas no campo da medicina. Será atribuído a uma publicação ou grupo de publicações impressas depois de 1950 e até 31 de Dezembro do ano corrente, respeitantes a um mesmo aspecto das citadas ciências de interesse tal que marquem um progresso efectivo na matéria neles versada.

Os trabalhos, que a Academia receberá até àquela data, poderão ser publicados em italiano, latim, francês, inglês, alemão, português e russo. Deles devem ser remetidos cinco exemplares, dois dos quais ficarão a pertencer à Academia de Medicina de Turim (Via Po, 18-Torino).

Os candidatos ao prémio enviarão as publicações em envelope lacrado juntando-lhes um resumo em italiano ou francês, da

matéria tratada, nas suas partes principais e conclusões.

A proclamação do vencedor far-se-á em Saint Vincent no mês de Junho do próximo ano, numa reunião da Academia que se efectuará em dia a determinar.

## NOTICIÁRIO OFICIAL

### Diário do Governo

(De 18-9 a 24-9-953)

Despachos do Instituto de Alta Cultura:

Foram considerados em missão oficial fora do País, a fim de irem tomar parte, como delegados de Portugal, no V Congresso Internacional de Medicina Tropical e de Paludismo, que se realizou em Istambul de 28 de Agosto a 4 do corrente, os Drs.:

João Fraga de Azevedo, director do Instituto de Medicina Tropical e médico analista dos H. C. L., Francisco Carrasqueiro Cambournac, professor do Instituto de Medicina Tropical e Alberto Soeiro, dos serviços de saúde de Moçambique.

— A comissão portuguesa organizadora do Congresso Internacional de Angiologia, que se realizou em Lisboa de 18 a 20 de Setembro corrente, ficou assim constituída: Drs. João Afonso Cid dos Santos, Professor catedrático da Faculdade de Medicina de Lisboa, presidente; Jaime Celestino da Costa, Professor extraordinário da Faculdade de Medicina de Lisboa e cirurgião dos H. C. L., secretário e tesoureiro; Edmundo Lima Basto, professor agregado da Faculdade de Medicina de Lisboa, vogal e José Filipe da Costa, cirurgião dos H. C. L., vogal.

— São considerados em missão oficial fora do País, a fim de irem tomar parte, como delegados de Portugal, no IV Congresso Internacional de Leprologia, a realizar em Madrid, de 3 a 10 de Outubro próximo: Drs. Augusto Braga de Castro Soares, director do Instituto de Assistência aos Leprosos; Manuel dos Santos Silva, director do Hospital-Colónia Rovisco Pais; Augusto Salazar Leite, Professor efectivo do Instituto de Medicina Tropical e médico analista dos H. C. L.; Francisco Maria Melquiades da Cruz Sobral, assistente do Instituto de Medicina Tropical, Sotó Mayor Ricou, da provincia de Angola e Rui Morgado, da provincia de Moçambique.

— Portaria do Ministério do Exército que introduz alterações nos quadros orgânicos de tempo de paz dos hospitais militares, a saber:

1.º Os directores do Hospital Militar Principal e do Hospital Militar Regional n.º 1 poderão ter a patente de coronel e os dos restantes hospitais militares regionais a de tenente-coronel;

2.º Em caso de evidente conveniência para o serviço, e mediante informação da Direcção do Serviço de Saúde Militar, poderão tenentes-coroneis desempenhar as funções de chefe de clínica ou de serviço no Hospital Militar Regional n.º 1 e, em tais circunstâncias, ficar em qualquer desses estabelecimentos hospitalares além do número dos oficiais superiores fixado no quadro correspondente anexo à Portaria n.º 12.193, de 19 de Dezembro de 1947.

— Dr. Amadeu Lobo Nogueira da Costa, inspector do quadro do pessoal da Inspeção da Assistência Social — nomeado definitivamente, director de serviços técnicos do quadro do pessoal técnico da Direcção Geral de Saúde.

— Dr. Carlos Queirós Salazar de Sousa, Professor extraordinário da Faculdade de Medicina de Lisboa — considerado em missão fora do País de 10 a 19 de Outubro próximo, a fim de ir tomar parte, como delegado oficial português, no VII Congresso Internacional de Pediatria, a realizar em Havana.

— Dr. Fernando Augusto Belo Pereira, cirurgião dos H. C. L. — concedida equiparação a bolseiro fora do País durante vinte dias, a contar de 1 de Outubro próximo.

— Dr. João Gonçalves Leitão, segundo assistente do Hospital Miguel Bombarda — concedida equiparação a bolseiro fora do País durante dez meses, a contar de 1 de Outubro próximo.

— Dr. Carlos Larroudé Gomes, primeiro assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa e director de serviço clínico dos H. C. L. — concedida equiparação a bolseiro fora do País durante quarenta e cinco dias, a contar de 1 do corrente.

— Dr. Armando José Ducla de Sousa Soares, primeiro assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa e médico dos H. C. L. — concedida equiparação a bolseiro fora do País de 1 a 20 do corrente.

— Dr. Fernando Augusto Grilo Peres Gomes, segundo assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa — concedida equiparação a bolseiro fora do País de 1 do corrente a 31 de Julho de 1954.

— Dr.ª Laura Guilhermina Martins Aires, médica epidemiologista contratada da Delegação de Saúde do distrito de Lisboa — concedida equiparação a bolseira fora do País durante um ano, a contar de 15 do corrente.

19-9

Dr. João Fraga de Azevedo, director de serviço de análises clínicas dos H. C. L. — considerado em comissão de serviço até 10 de Novembro próximo, em prorrogação do prazo por missão oficial do Instituto de Alta Cultura em Istambul, para participação em cursos na Escola Médico-Cirúrgica de Goa.

— Dr. Alvaro Gonçalves de Azevedo, médico escolar — nomeado professor de Higiene Escolar da Escola do Magistério Primário de Évora.

21-9

Dr. Egídio Rodrigues Rocha de Gouveia, médico analista dos H. C. L., contratado além do quadro — autorizado, em comissão gratuita de serviço, a deslocar-se a Estocolmo por um período aproximado de três meses, a começar nesta data.

22-9

Dr. Artur de Andrade Assis e Santos médico civil — contratado para prestar serviço no batalhão n.º 3 da Guarda Nacional Republicana (Estremoz).

— Dr. Jaime da Silva Sardinha Mota, médico civil — contratado para prestar serviço no batalhão n.º 3 da Guarda Nacional Republicana (Beja).

— Decreto do Ministério da Marinha determinando que para procedimento das vacaturas provenientes do estabelecimento, pelo Decreto-Lei n.º 39.073, de 31 de Dezembro de 1952, do novo quadro dos oficiais médicos da classe de saúde naval, pode o Ministro da Marinha, com prejuízo do disposto no § 2.º do artigo 20.º do Estatuto dos Officiais da Armada, determinando o número de concursos em que essas vacaturas podem ser providas, datas das suas aberturas e número de vacaturas a preencher em cada um.

23-9

Dr. José Timóteo Montalvão Machado, delegado de saúde de 2.ª classe do quadro do pessoal técnico das delegações e subdelegações de saúde — nomeado para o lugar de delegado de saúde de 1.ª classe do mesmo quadro, ficando colocado na Delegação de Saúde de 1.ª classe do distrito de Setúbal.

— Dr. António Almiro do Vale, médico fisiologista do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da provincia de Moçambique — recorduzido pelo período de três anos no referido lugar.

— Dr. Ramiro Alves Figueira, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, que se encontra a prestar serviço na Direcção-Geral da Aeronáutica Civil como médico no aeroporto do Sal — nomeado definitivamente para aquele lugar.

# O MÉDICO

SEMANARIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

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

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

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

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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


Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com as duas revistas «Acta Endocrinologica Iberica» e «Acta Gynæcologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

Portugal Continental e Insular — 170\$00 Ultramar — 220\$00

As assinaturas começam em Janeiro; no decorrer do ano (só para «O Médico») aceitam-se assinaturas a começar em Abril, Julho e Outubro (respectivamente, 100\$00, 70\$00 e 40\$00).

Delegações de «O Médico»: COIMBRA: Casa do Castelo — Arcos do Jardim, 30 e R. da Sofia, 49 — ANGOLA, S. TOMÉ E PRÍNCIPE, ÁFRICA FRANCESA E CONGO BELGA — Publicações Unidade (Sede: Avenida da República, 12, 1.º Esq. — Lisboa; deleg. em Angola — R. Duarte Pacheco Pereira, 8, 3.º — salas 63-64 Luanda). — LOURENÇO MARQUES: Livraria Spanos — Caixa Postal 434 — NOVA GOA: Livraria Singbal.

VENDA AVULSO — Distribuidores exclusivos: Editorial Organização, L.ª — L. Trindade Coelho, 9-2.º — Lisboa — Telefone 27507.



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

**PROPULMIL** INJECTÁVEL

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

**PROPULMIL** SUPOSITÓRIOS

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

**PROPULMIL** INFANTIL SUPOSITÓRIOS

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