

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 97
9 de Julho 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-SUIÇA

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

SUMÁRIO

	Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
GUERREIRO, LUÍS — O trabalhador cidadão	583	Variações sobre um tema actual — Amílcar Moura	549
FERREIRA RÉS, J. — Febre recorrente mediterrânica ...	589	Ecos e Comentários	552
MOVIMENTO MÉDICO — Resumos da Imprensa Médica	597	Saúde é prosperidade — José dos Santos Bessa	554
		Jornadas Médicas de Bruxelas	562
		Congresso da União Internacional da Imprensa Médica — Charles Mayer	563
		Regulamento Sanitário Internacional	564



ALGINEX

ANALGÉSICO DE USO EXTERNO

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

ACÇÃO INTENSA E RÁPIDA

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA

MEDICINA DO TRABALHO

O trabalhador cidadão (*)



LUIS GUERREIRO

OBJECTO DA CONFERÊNCIA

Na conferência que fiz sobre Seguros Sociais e Medicina do Trabalho, em 1948, a convite da Liga de Profilaxia Social presidida pelo Doutor António Magalhães, médico ilustre e devotado amigo dos humildes, tive o ensejo de afirmar: «A Medicina do Trabalho tem uma finalidade nitidamente social... dá responsabilidades no tocante à sociedade em geral e no tocante às partes juridicamente interessadas em particular».

Esta afirmação, que não teve o mérito da originalidade pois somente foi eco do que é universalmente reconhecido, aponta a extensão da Medicina actual a sectores que até há poucos anos lhe eram indiferentes.

Com efeito, o primeiro escopo da Medicina foi o tratamento dos doentes. A palavra *clínica*, ainda hoje empregada para inditar a prática da Medicina, teve a sua origem na palavra grega que significava *leito*. Entendia-se, e assim sucedia na realidade, que a função nobre da Medicina devia ser desempenhada junto da cama dos enfermos. Cada doente era um caso. O médico armado de poderes tomados de princípio como sobrenaturais e ulteriormente como científicos, tinha a missão de curar.

Depois, o estudo mais aprofundado da etiologia das doenças e o flagelo das epidemias modificaram o conceito primitivo: entrou-se, primeiramente a medo, e a seguir resolutamente, na Medicina preventiva. Ao médico foi então distribuído o papel de cuidar dos sãos no sentido de evitar, de prevenir, não de curar, as doenças.

Com o desenvolvimento do saber humano, que criou a química-física, a radioactividade, a sociologia, surgiram novas luzes, esclareceram-se as interdependências do indivíduo e do ambiente, criou-se a actual Medicina psico-somática em que o homem, *totus et unus*, não pode ser isolado do meio social. Há hoje uma saúde social que sobreleva a do indivíduo, e dentro da qual o indivíduo doente é simultaneamente causa e efeito.

Hoje não basta a existência ou não existência de lesões objectivas para haver doença. O exército de doentes cujas lesões se não encontram, daqueles doentes que os médicos classificam de funcionais, é muito numeroso. O homem depende do meio social, só dentro dele vive, goza e sofre. Por sua vez o meio social é o que os homens queiram que ele seja.

Esta advertência serve para vos preparar a ouvir as considerações que vou expender.

Não vou falar-vos de entidades nosológicas, de sintomas mórbidos, de tratamentos médicos ou cirúrgicos. Não vou repetir aqueles conselhos de higiene vulgares, conhecidos e subejamente divulgados. Tudo isto estaria deslocado nesta sessão, e sobretudo seria enfadonho como repetição do que se ouve ou lê com maiores facilidades.

De harmonia com o actual conceito da Medicina do Trabalho, vou indicar a posição do trabalhador nas sociedades civilizadas como a nossa; e, nesse passo, recordar alguns dos deveres que essa posição impõe.

A esta exposição dei o título, *O trabalhador cidadão*. Com ele quis dizer, sim que o trabalhador tem o direito de cidadania, mas também que, precisamente porque assim é, lhe cabem os deveres de que os cidadãos não podem alhear-se sem graves inconvenientes para a sua própria saúde e para a saúde da colectividade.

O CONCEITO ANTIGO DO TRABALHO

O conceito ignominioso do trabalho, que envileceu o trabalhador durante milhares de séculos na servidão e na escravidão

perdeu-se na noite dos tempos, deixando um traço de horror.

A servidão, na sua forma abjecta, nasceu na mais remota antiguidade e sacrificou os vencidos e os pobres na miséria física e moral, e isto com aquiescência dos grandes homens do tempo, Eurípedes, Virgílio, Catão, Séneca e outros sábios filósofos que ainda hoje são apresentados como pensadores de escol. O trabalho, diziam eles, deforma o corpo, e o espírito.

As grandes obras de arte da antiguidade, desde as pirâmides do Egipto ao Partenom grego, têm a ronda de muitas dezenas de milhares de indivíduos de ambos os sexos e de todas as idades, que morreram de fome e de fadiga e de maus tratos.

Já nos últimos tempos de Roma, depois de a lei «petroniana» ter proibido o lançamento de servos às feras, depois de Domiciano ter proibido as mutilações dos servos, Marco António ter proibido a prostituição das servas, e Adriano ter proibido que as servas que tivessem filhos dos senhores fossem vendidas ou empregadas em famílias diferentes, ainda a lei codificada no «Digesto», repositório afamado de conceitos jurídicos da mais alta transcendência, estatuiu: *servus nullum caput habet*, o servo não é gente.

A escravidão, que lhe sucedeu a partir do século IX depois de Cristo quando Otão I o Grande, rei dos germanos, venceu os esclavónios e reduziu os sobreviventes à antiga servidão, vigorou até ao fim do século XIX aniquilando milhões de seres humanos não só da Europa mas, e sobretudo, da África e da América. Os traficantes de carne humana, os negreiros, pertenciam a todas as classes sociais e enriqueciam vilmente à sombra das leis daqueles tempos.

Não podemos deixar de orgulhar-nos, nós os portugueses, com os esforços que Portugal envidou no sentido de acabar com tão horrível comércio. Já em meados do século XVIII o português Manuel Ribeiro da Rocha publicara no seu livro — *O etiope resgatado, instruído e libertado* — o anátema da escravidão. Sá da Bandeira apresentou em 10 de Dezembro de 1836 uma proposta de lei abolindo a escravatura. Em 29 de Abril de 1875, com a sua aprovação em côrtes, terminou de vez esse opróbrio do nosso país.

Seguiu-se-lhe a domesticidade, regime de trabalho que não tinha a fereza da servidão, mas que ainda considerava o trabalhador como ser inferiorizado pela necessidade de trabalhar. É do nosso tempo o trabalho de sol a sol, as lojas abertas até às 11 horas da noite com os desgraçados marçanos a cabecearem por detrás dos balcões. A domesticidade rescendia, de facto, do conceito pejorativo do trabalho.

O CONCEITO MODERNO DO TRABALHO

Uma nova era nasceu com o movimento mundial que, cronologicamente, se conta a partir da guerra de 1918. O trabalhador que já não era uma coisa inferior a qualquer animal, como o fora no tempo da servidão, mas que ainda era um ser inferior, passou à categoria de pessoa humana. O trabalho deixou de aviltar, deixou mesmo de ser coisa paga pelos patrões, e, por isso, deixou de ser mercadoria susceptível de exploração sem limites. Tornou-se um elemento de riqueza nacional em conjugação com o capital e a terra.

Depois do ano de 1930 vimos chefes eminentes e cheios de prestígio emparceirarem algumas vezes, e significativa-

(*) Conferência feita na Sociedade — A VOZ DO OPERARIO, no dia 15 de Maio de 1953.

mente, com trabalhadores em misteres considerados, até então, como dos mais humildes. Vimos estudantes universitários, candidatos classificados à direcção dos negócios públicos, passar as férias, obrigatoriamente, em oficinas e outros centros de trabalho manual. Em Portugal vimos membros do Governo honrar com a sua presença e o seu convívio algumas festas em sindicatos e em estabelecimentos comerciais e industriais.

O art. 23.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem, de que tanto se faz alarde, diz: — «Todas as pessoas têm o direito ao trabalho escolhido livremente e exercido em condições equitativas e satisfatórias, e à protecção contra o desemprego».

Pois o nosso Estatuto do Trabalho Nacional aprovado pelo decreto n.º 23:048 dá um passo à frente com os seus artigos 11.º e 21.º, respectivamente: «A propriedade, o capital e o trabalho desempenham uma função social, no regime de cooperação económica e solidariedade», e «O trabalho em qualquer das suas formas legítimas, é para todos os portugueses um dever de solidariedade social».

Perante a actual lei os trabalhadores são fautores qualificados da riqueza nacional, pares do capital no regime de cooperação e solidariedade, dignos nos seus direitos e nos seus deveres. A eles presta a lei a consideração, quanto a meu modo de ver, merecida.

Mais recentemente foi escrito no intróito do decreto n.º 35:401 alguma coisa que também convém fixar: «O valor do trabalho deverá superar todos os outros». No campo dos princípios, como se vê, o trabalho não avilta já o homem, dignifica-o. Trata-se, agora, de ajustar a prática corrente a esses princípios.

CONDIÇÕES PARTICULARES EXIGIDAS AO TRABALHADOR

Esse ajustamento está em marcha. Em outro lugar, e já lá vão alguns anos, foquei o papel do Estado nesse passo. Neste momento vou focar o papel do trabalhador.

O papel do Estado, disse eu, é o de garantir ao trabalhador a plenitude dos seus direitos como cidadão, dentro da ordem social. O papel do trabalhador, é oportuno dizer hoje, é o de compreender e assimilar os princípios legais com dignidade e patriotismo. Nunca faltaram estas qualidades ao povo português: di-lo a história em letras de ouro. O trabalhador é parte integrante do povo. Dele é legítimo esperar o melhor.

O trabalhador sabe, toda a gente o sabe, que a base da riqueza é a produção. Na associação capital-trabalho ambos ganham com o aumento da riqueza. O dever fundamental do trabalhador é, por isso, o de produzir melhor sem prejuízo da saúde.

Um dos defeitos marcados ao sistema de organização capitalista do trabalho foi este, precisamente, de que o salário dado apenas em relação com a produção bruta do trabalhador leva este ao sacrifício da sua saúde e da sua vida. Cientificamente, medicamente, o aumento e a melhoria da produção não devem depender de um acréscimo do esforço do operário, de uma sobrefadiga.

Para bem cumprir aquele dever, que digo fundamental, são suficientes duas condições: *querer e poder*.

Pode o trabalhador melhorar o seu rendimento? Quere ele melhorá-lo? As duas perguntas têm, em Portugal, respostas afirmativas.

Geralmente estas condições aliam-se. Não é verdade, no entanto, que querer seja poder. Apenas é verdade que o querer influe bastante no poder.

De ambas as condições depende o bom êxito das normas científicas que a Medicina do Trabalho deu ao labor humano: o trabalhador é verdadeiramente útil no que pode fazer bem (problema da aptidão), e é tanto mais útil quanto maior for o seu gosto pelo que tem de fazer (problema da vocação).

1. — A APTIDÃO

Chama-se aptidão ao conjunto de faculdades a usar no exercício de uma função. Essas faculdades não se criam, mas

desenvolvem-se. O cego não tem aptidão para sinaleiro, falta-lhe a faculdade da vista; com menos de metade da visão normal não há aptidão para motorista, não há a percepção suficientemente rápida dos escolhos que se apresentam; o surdo-mudo não tem aptidão para advogado, falta-lhe o ouvido e a fala; o epilético não tem aptidão para trabalhos em andaimes ou à borda de precipícios, mais tarde ou mais cedo surge um ataque e com ele a morte; o paralítico ou parético dos membros inferiores não tem aptidão para a construção civil nem para electricista, não pode andar livremente nem sequer pode estar longo tempo de pé; o débil de espírito não tem aptidão para os misteres que existam atenção e critério profissional. Os exemplos multiplicam-se infinitamente.

Casos como estes de inaptidão são evidentes. Mas há-os menos claros e não menos graves. A falta de atenção constitucional ou aprosexia, a incordenação de movimentos, os tremores são reais motivos de inaptidão que muitas vezes passam despercebidos, e que estão na origem de inúmeros acidentes erradamente atribuídos ao acaso.

A Direcção Geral da Saúde Escolar e os Institutos de Orientação Profissional estão habilitados a determinar se um individuo tem possíveis aptidões para certos misteres. O Instituto de Orientação Profissional de Lisboa é um dos mais bem apetrechados da Europa.

Um caso a considerar no julgamento das aptidões, é o da idade. Antes dos 14 anos, por via de regra, não estão suficientemente desenvolvidas algumas das faculdades que contam no diagnóstico das aptidões; não só falta ainda a força muscular conveniente, mas falta também o estabelecimento das atenções exterior e interior e do julgamento rápido e consequente. Antes dos 14 anos não se atinge a completa aptidão para as profissões mais exigentes.

É inibitório ocasional de aptidão a doença em certo grau. O trabalhador gravemente doente não deve trabalhar. Não rende o bastante; a prestação do trabalho é-lhe dolorosa, e pode agravar-lhe a doença. Além de que, na sua insuficiente actuação, representa um perigo para ele e para os companheiros, não só por causa do contágio, nos casos em que ele é possível, não só pelo acréscimo de esforço que a sua inferioridade exige dos trabalhadores do grupo a que pertence, mas ainda pelos desarranjos que tal inferioridade implica frequentemente com produção de acidentes.

E, contudo, a necessidade, entre outras razões, leva, infelizmente, ao trabalho alguns trabalhadores doentes.

Entre as doenças conta-se uma, infelizmente não rara, que deve ser considerada vergonhosa: o alcoolismo, o alcoolismo agudo ou embriaguês, e o alcoolismo crónico com o seu cortejo mortal de lesões nervosas, mentais e hepáticas.

Não pertenco ao número daqueles que bradam contra o vinho e lhe chamam veneno. Reconheço nessa bebida propriedades tónicas e auxiliares da digestão. Mas não defendo os que aconselham a beber muito. Em tudo há conta, peso e bebida. O vinho tomado em pequenas quantidades e às horas das refeições tem real utilidade. Há pessoas que não podem prescindir dele e que não são alcoólicos, no sentido patológico do termo. Mas beber vinho a qualquer hora, seja sob que pretexto for, é muito mau. O vinho, nestas condições, tem sido a desgraça de muitos trabalhadores e de muitas famílias. Um embriagado é um doente grave. Precisa de tratamento médico e social que resolva a situação de momento, e que possa servir de lição para o futuro.

O desenvolvimento das aptidões — e às vezes até a sua revelação — faz-se com a aprendizagem.

É velho costume o da aprendizagem na oficina. O candidato entra como aprendiz ou como servente; vai ajudando os trabalhadores e vai vendo o que eles fazem e como o fazem. Por esta forma se criaram trabalhadores magníficos que em nada desmerecem dos melhores de outros países. No ofício de cinzelador, por exemplo, os trabalhadores portugueses são dos melhores do mundo.

A serventia na oficina não é, porém, a melhor forma de efectuar a aprendizagem. A oficina não pode substituir, sozi-

nha, a escola profissional. É-lhe manifestamente inferior na formação de trabalhadores.

Se a doença pode trazer para o próprio e para os companheiros tão graves inconvenientes, se uma inibição ocasional tem essas consequências, de prever é que a inaptidão constitucional ainda traga maiores inconvenientes. Trabalhar sem aptidão é provocar desastres.

Como se sabe, a prestação do trabalho é susceptível de prejudicar a saúde do trabalhador por influência de certas condições que constituem os respectivos perigos ou riscos. Assim, e por exemplo, os esforços musculares violentos e continuados podem originar a dilatação cardíaca, a angina do peito, a artério-esclerose precoce; o trabalho que se executa sentado e em lugares sujeitos a grandes trepidações, como é o caso dos condutores dos autocarros de Lisboa, origina varizes, doenças da espinal medula e da próstata. Estes males comuns em várias profissões são conhecidos como doenças do trabalho e não são indemnizáveis perante a lei. O ambiente do trabalho, por via do excesso ou da falta de luz, de ar ou de temperatura, ou por via de poeiras, gases ou vapores, origina em determinadas profissões doenças como o nistagmo, as caimbras, o saturnismo, o hidrargirismo, o manganismo, e muitas outras entre as quais a silicose só há pouco tempo focada no nosso país. Estes males constituem risco especial em determinadas profissões e, por isso, são chamadas doenças profissionais. Estas são legalmente indemnizáveis.

Na aprendizagem fica-se conhecendo a maneira de se defender desses males, e ainda a maneira de proceder com os aparelhos de protecção e os cuidados necessários para evitar acidentes; querê dizer, aprende-se a profilaxia das doenças origináveis no trabalho e a prevenção dos acidentes. Mas a prevenção e a profilaxia ensinam as defesas contra os perigos, e não podem evitá-las completamente. Os resultados da aplicação desses conhecimentos dependem das possibilidades físicas e mentais do trabalhador, da sua aptidão ao mister. No mesmo serviço e em idênticas condições de trabalho encontram-se trabalhadores que no fim de 30 anos de emprego têm silicose do 1.º grau e trabalhadores que só com 6 anos de emprego a têm no 3.º grau. Estes últimos não tinham aptidão para aquele trabalho; nunca deviam ter sido admitidos nele.

Mas onde a falta de aptidão se torna mais apreciável e mais perigosa para os companheiros é na aludida génese de acidentes. Figuremos o caso banal do transporte de objectos pesados por uma escada ou uma rampa. Se um dos carregadores fraqueja caem todos, e a carga por cima deles. Os acidentes por falta de atenção e por más manobras são vulgaríssimos. Constituem talvez a maioria. Ao contrário do que se pensa e já tem sido escrito, a maioria dos acidentes não é devida à máquina mas sim ao homem. Na mesma empresa há uns trabalhadores que estão constantemente a sofrer acidentes no trabalho, e há outros que nunca os sofrem.

No número relativamente pequeno de acidentes por máquinas ainda há os que derivam do mau estado delas ou dos aparelhos respectivos de protecção. A máquina sai da casa construtora provida dos dispositivos necessários para a protecção do trabalhador. O acidente que lhe é atribuído deriva normalmente ou do seu desarranjo ou da falta do seu uso, ou da falta de qualidades do trabalhador, seja da falta da sua aptidão para o mister.

2. — A VOCAÇÃO

A vontade ou o gosto com que o trabalhador usa das suas faculdades constitui a vocação.

Vocação e aptidão são duas coisas diferentes. A união de ambas representa o óptimo. A aptidão sem vocação ou a vocação sem aptidão conduzem, geralmente, a resultados precários. Sobretudo a vocação sem aptidão não é utilizável.

Um dos últimos reis de Portugal tinha uma enorme vocação para tocar violoncelo, era uma pena ouvi-lo. Um grande rei da Prússia tinha vocação para tocar flauta. Arripiava ouvi-lo. O maior imperador da França tinha uma tenaz vocação para o jogo do xadrez. Todos lhe ganhavam. Conta-se que uma vez jogou com um general estrangeiro, que não fez por perder e ganhou... O imperador enfureceu-se a tal ponto que lhe lançou esta grosseria: o senhor ganhou porque as torres são de marfim; se elas fossem de pedra e cal, o senhor tinha perdido!

Com efeito, a vocação representa gosto ou vontade de aplicar a aptidão. Não tem meios de eficiência sem a aptidão, porque, sem ela, não há possibilidades de a aplicar.

A vocação é muitas vezes influenciada pelo ambiente familiar ou por interesses económicos ou artísticos. Pode querer-se tal profissão porque o pai a tem, ou porque se julga que ela seja mais rendosa ou mais bonita. O filho do advogado tem, muitas vezes, vocação para a advocacia; o filho do médico, para a medicina, o filho do músico para a música. Se a vocação, o gosto de ser tal coisa, se alia a uma real aptidão, o êxito é magnífico. Assim se explicam as famílias de grandes advogados, de grandes músicos, de grandes pintores, de grandes mecânicos.

Algumas vezes sucede, porém, que os trabalhadores afastam os filhos das vocações que eles manifestam para as profissões dos pais, ou porque não se julgam bem nelas e desejam que os filhos *subam de categoria*, ou porque querem que os filhos sigam na profissão deles. Esta atitude não é louvável.

Ao lado de famílias centenárias de relojoeiros, de doceiros, de lavradores, põem-se excelentes engenheiros filhos de lavradores, excelentes mecânicos filhos de advogados. Luís XVI foi um habilíssimo cerralheiro. Um papa foi filho de um sapateiro de escada parisiense.

Os pais que impõem aos filhos, na intenção de lhes facilitar a vida, profissões para que eles não têm vocação, não fazem mais do que prejudicá-los. A categoria do indivíduo é pouco influenciada pela profissão. Depende muito mais da cultura e das qualidades dele. Qualquer que seja o mister, quando bem desempenhado, dignifica quem o desempenha.

Veja-se a profissão de costureira. Tem-se vulgarmente por de categoria ínfima. Porquê? Porque é uma profissão manual? Não! E a prova é que há costureiras na «melhor sociedade». Simplesmente essas, que dispõem de cultura, vocação e aptidão para a profissão de costureira, dão-se o nome pomposo de artistas de «alta costura».

A profissão de sapateiro é baixa? Não! Perguntem aos sapateiros que dirigem grandes lojas de luxo, ou que inventam ou fabricam modelos de sapatos caros, se se consideram de baixa categoria!

A profissão de estucador é ordinária? Não! Perguntem aos artistas decoradores na construção civil, que não são mais do que estucadores com vocação e aptidão, se se consideram descategorizados pela profissão!

Diz-se, vulgarmente, que o sapateiro, o estucador, o pintor são de baixa categoria, porque o sapateiro cheira cerol, o estucador e o pintor andam pelas ruas e em casa sujos de tintas ou de gesso.

Ora o sapateiro só cheira a cerol e o estucador e o pintor só andam sujos se não forem asseados. Esta inferiori-

dade não é necessária nas profissões; deriva apenas da falta de higiene, que só é possível na falta de cultura.

Estive há anos, durante três dias, no porto de Londres, a bordo de um navio português de carga. Assisti durante esses dias a todas as operações de carga e descarga. Os trabalhadores ingleses trabalham como os de cá. Mas, no fim do trabalho, lavam-se, tomam as suas duchas, vestem-se correctamente e saem tão bem, tão distintos, como qualquer outro cidadão.

Na Alsácia viajei um dia com um indivíduo que me pareceu ser de «categoria». Falámos de tudo um pouco. E na conversa tive enseja de lhe apreciar o bom senso, o comedimento das opiniões e das palavras. Só à despedida soube que era um trabalhador rural.

Ninguém pode ter dúvidas em apertar a mão a um trabalhador, se essa mão está asseada. O mesmo não sucederá se essa mão estiver suja de óleos, de cêbo ou de qualquer outra imundície. Não colhe o argumento de estar suja do trabalho, porque nenhum trabalho é incompatível com o asseio. No fim do labor diário há sempre tempo para que o trabalhador faça desaparecer a sujidade que o trabalho tenha momentaneamente ocasionado.

Na realidade, o trabalhador é que dá categoria à profissão. Não há propriamente misteres de baixa categoria. Há, sim, misteres que exigem maiores aptidões, maiores tempos de aprendizagem. E isso poderá servir para uma hierarquia laborativa. Mas perante a Nação, todos os trabalhadores são cidadãos.

Fazer notar esta verdade é obrigação de quem a vir. E procurar divulgar as indicações do que é preciso para que o trabalhador possa merecer e exigir o direito social de cidadão, que lhe é reconhecido legalmente, é colaborar na ordem social.

ALGUMAS SUGESTÕES SOBRE O MELHOR PROCEDIMENTO DO TRABALHADOR CIDADÃO

O trabalhador apontado na lei como um dos elementos criadores da riqueza nacional tem de respeitar-se e de dignificar-se a si próprio, para merecer a categoria e a importância que a lei lhe reconhece: não pode ser analfabeto; tem de cumprir os preceitos da higiene mental e física comuns a todos os cidadãos; e tem de compreender o seu papel na produção.

Não sei se entre os que me ouvem haverá alguém que não saiba ler. Duvido.

Mas haverá alguém que conheça indivíduos com essa inferioridade. É preciso que os aconselhe a suprir essa gravíssima falta. O ilustre Subsecretário de Estado da Educação Nacional tem desenvolvido uma actividade, que nunca é de mais encomiar, no sentido de facilitar a aprendizagem da leitura e da escrita aos adultos. Hoje não há uma só razão que justifique a ignorância da leitura, ou que sirva de desculpa a algum trabalhador que não saiba ler.

A dignidade própria e da Família deve ser um dogma para todos.

O respeito pelas leis gerais e também pelas normas particulares à prestação de cada trabalho, e o seu aproveitamento no melhor sentido, são indispensáveis.

O asseio próprio e do lar não pode ser descuidado sem prejuízos sérios. O trabalhador tem de apresentar-se limpo e correctamente vestido. A limpeza é favorecida pela actual legislação, que obriga as entidades patronais a proverem os locais do trabalho com os meios necessários para que os trabalhadores possam desembaraçar-se das sujidades que o trabalho lhes ocasione.

A morigeração dos costumes é uma virtude. Referi-me já ao vício do alcoolismo. Não posso deixar sem referência o perigo das doenças venéreas. Estas doenças, se não podem ser rigorosamente evitadas, podem ser sempre cuidadosamente

tratadas de forma a evitar as nefastas consequências tanto no trabalhador como na sua mulher e na sua descendência, quando casar.

Uma importante missão — missão sagrada — cabe mais ao trabalhador: a de preparar os filhos para gozarem dos direitos de cidadania. Recordo neste momento as palavras de *M. Parloor*, director do Instituto dos Inválidos da província de Brabante, ditas em Maio de 1950 nas «Jornadas de Estudo entre Nações» efectuadas em Liège por ocasião do trigésimo aniversário da «Obra Nacional dos Inválidos de Guerra»: «Não devemos esquecer que uma civilização é julgada — não pelo rendimento das fábricas, não pelo potencial das forças armadas, mas pelo futuro que ela condiciona às crianças».

Os preceitos de higiene para se encarnarem, para se tornarem habituais, como convém, têm de ser praticados desde a tenra infância. São, primeiro os cuidados dietéticos, os que regulam a alimentação e que são mais ou menos seguidos por força das circunstâncias. São, sempre os cuidados de limpeza, o ódio à sujidade, que talvez ainda não tenham sido convenientemente encarados.

O carácter, o amor pela verdade e a ordem, formam-se desde os primeiros anos. Quando a criança chega à idade chamada escolar, a dos 6-7 anos, tem de entrar na escola, aprender a ler e a escrever, e adquirir aquele mínimo de cultura indispensável a todos os cidadãos: familiarizar-se com os rudimentos de aritmética imprescindíveis à solução dos problemas cotidianos, e fazer uma ideia geral da Pátria pelo conhecimento, posto que sumário, do seu território e da sua brilhante história. Isto é inevitável.

Aos 10-11 anos, a criança tem, de vários modos, indicado já uma preferência profissional. É a oportunidade de procurar conhecer se ela tem aptidão para a profissão que prefere. A consulta a um Instituto de Orientação Profissional resolve a dificuldade.

Fui dos primeiros, em Portugal, a duvidar da possibilidade de medir a inteligência de um indivíduo por um exame feito aos 10-11 ou 12 anos de idade. Nem me pareceu alguma vez que a inteligência fosse coisa mensurável. A inteligência é um complexo de qualidades e não de quantidades. Essas opiniões, que oportunamente expendi e que me trouxeram alguns dissabores, são hoje as seguidas, depois da sábia acção que o *Professor Doutor Oliveira Guimarães* exerceu no Instituto de Orientação Profissional de Lisboa. Mas eu mesmo reconheço e aceito a possibilidade de, após um inquérito rigoroso e práticas experimentais, se verificar se uma criança tem aptidão para determinada profissão.

As indicações dadas pela psicotécnica constituem preciosas informações para o melhor procedimento dos pais. Elas habilitam a decidir com o maior número de probabilidades de êxito.

Em conformidade com elas, a criança entrará no liceu ou numa escola comercial ou industrial. Nestas últimas o aprendiz será oportunamente apresentado a novas observações que determinem a especialização na aprendizagem.

Assim procedendo os pais, sucederá que, quando o jovem profissional ingressar na vida prática, estará convenientemente apetrechado para vencer. Estará pronto para seguir a esteira que o pai lhe desejou, e atingirá a maior felicidade na profissão. Renderá o máximo e ganhará o máximo, com o mínimo de risco, porque terá cabal conhecimento da profissão e porque saberá o valor da higiene e da segurança do trabalho ensinadas na aprendizagem suficiente que teve, infinitamente mais preciosa do que os conselhos extemporâneos ou as ordens de serviço.

Para conseguir este *desideratum* tenho lutado durante mais de trinta anos. Compraz-me actuar, finalmente junto dos trabalhadores desta gloriosa associação A VOZ DO OPERÁRIO, porque o meu esforço foi dedicado sempre ao trabalho nacional e aos trabalhadores: *pro luso labore et laborantibus*.

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 ₂ (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 ₁	1,5	Pirofosfato de ferro	30
Vitamina B ₂	1,5	Sulfato de cobre	1
Vitamina B ₆	0,1	Hipofosfito de Manganésio	3
Vitamina B ₁₂	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 — 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

NOVIDADE!**2 ANTI-HISTAMINICOS
EM 1 COMPRIMIDO****Antistina***

+

Piribenzamina***Dibistina***

SERÃO MUITO MAIS EFICAZES
NUM MAIOR NÚMERO
DE DOENTES

APRESENTAÇÃO:

Frasco de 20 drageias

(50 mg de Antistina e 25 mg de Piribenzamina)

REVISÃO DE CONJUNTO

Febre recorrente mediterrânica

J. FERREIRA RÉS

(Médico dos Serviços Anti-Sezonáticos)

Quero em primeiro lugar pedir a vossa indulgência para as palavras que vão seguir-se, pois afastando-me decididamente da dissertação erudita, para a qual me falece a competência, é meu intuito limitar-me ao fornecimento dumas singelas noções, que auxiliem o clínico e o sanitarista a resolverem os problemas práticos que deles particularmente dependam.

A escolha da febre recorrente mediterrânica (f. r. m.), para assunto desta palestra, partiu do propósito de divulgar a existência duma entidade nosológica pouco conhecida, que pelo facto de não se buscar intencionalmente, dá fundamento à suposição de ficarem todos os anos por diagnosticar, um grande número de casos. Tem ainda o tema certa actualidade, pois ao diagnóstico recente duma quantidade elevada de casos no nosso País, vem juntar-se o achado contemporâneo duma terapêutica curativa. Aduzo mais que, como doença metaxénica, isto é, cujo agente causal tem uma parte do seu desenvolvimento num hospedeiro invertebrado, podemos esperar encontrá-la onde existir o seu vector, neste caso o meio rural da metade sul do país, onde realmente têm surgido as infecções no homem e a maioria dos colegas presentes, exercem a sua actividade profissional.

DEFINIÇÃO — Interessa ao clínico, posto em face duma doença infecciosa, conhecer da sua etiologia, tendo em vista a múltipla finalidade diagnóstica, prognóstica e terapêutica. Nesta ordem de ideias, definiremos as febres recorrentes, como infecções de origem espiroquetósica, comunicadas por artrópodos hematófagos e caracterizadas clinicamente, como o seu nome indica, por acessos de febre que se repetem. No decurso da doença, estes períodos de febre contínua, com seu cortejo sintomático, têm uma duração cada vez mais curta e são separados por intervalos de apirexia, estes cada vez mais longos, durante os quais o enfermo se sente como curado. As recorrências febris, em número de duas a três na febre recorrente do piolho, atingem a cifra de dez a doze em certas f. r. inoculadas por carraças.

Pertencendo embora todos os espiroquetas causais ao género *Borrelia* (B.), existem muitas variantes de f. r., diferenciando entre si, quer por aspectos clínicos, de prognóstico e tratamento, quer pelos caracteres imuno-biológicos do agente transmissor.

A f. r. do piolho, causada pela *B. recurrentis*, espalha-se por todo o mundo como o seu vector, cabendo-lhe a designação de cosmopolita, sendo as restantes, veiculadas por carraças, nomeadas de acordo com as áreas geográficas onde grassam endêmicamente. Temos assim as variantes:

- Centro-Africana, doença tropical muito conhecida, devida à *B. duttoni* e transmitida pelo *Ornithodoros moubata*.
- Intertropical Americana, provocada pela *B. venezuelensis* e propagada por *O. rudi* e *O. talaje*.
- Esporádica dos Estados Unidos, da responsabilidade de vários espiroquetas: *B. hermsi*, *B. turicatae* e *B. parkeri*, carreadas por *Ornithodoros* (O.) com a mesma nomenclatura.

— Centro-Asiática ou Persa, causada pela *B. persica* e inoculada por *O. tholozani*.

Neste grupo figura também a f. r. de que nos ocupamos, originalmente descrita em Espanha por Sadi de Buen, em 1926, com o nome de f. r. hispânica, cujo agente etiológico é a *B. hispanica*, servindo de transmissor o *O. erraticus*. Foi ao examinar preparações de sangue colhido dum doente residente na província de Caceres, que este malariologista descobriu, em 1922, o primeiro caso de infecção por B. em Espanha. Fazendo as tentativas de transmissão do parasita por meio do piolho e tendo-lhe sido posteriormente chamada a atenção para uns carraçatos ectoparasitas do porco, muito abundantes num local onde tinham surgido diversos casos da doença, deparou-se-lhe ao exame um O., com o qual começou uma série de investigações, que levaram à demonstração da capacidade deste artrópodo para transmitir o hematozoário isolado dos doentes.

Tendo-se entretanto descrito casos da doença em quase todos os países banhados pelo Mediterrâneo, melhor lhe convém na actualidade, a designação de febre recorrente mediterrânica.

Em Portugal, desde a sua primeira descrição, vem ela merecendo a atenção da Direcção Geral de Saúde, tendo, em 1932, o então Director Geral, Dr. José Alberto de Faria, determinado que se realizasse uma indagação, para averiguar da existência do morbo. Embora não fossem encontrados doentes, descobriram-se os O. em diversos pontos do Alentejo e, numa pocilga próximo de Barrancos, exemplares infectados pelo agente desta f. r.

Teve de esperar-se todavia até 1942, para se encontrar a infecção no homem, pela primeira vez identificada num indivíduo residente em Carnaxide (arredores de Lisboa) e dada a conhecer por F. Fonseca e colaboradores, sendo a observação dum segundo caso publicada em 1944, por Andresen Leitão. No Verão de 1949, seguindo no rastro de dois doentes que compareceram numa consulta dos Serviços Anti-Sezonáticos, fui encontrar um conjunto de seis pessoas atacadas pelo mal, vivendo todas em cabanas erguidas perto duma pocilga desmantelada, numa herdade do concelho de Serpa. Foi a descoberta deste pequeno foco, que levou à nomeação, por iniciativa do actual Director Geral de Saúde, Dr. Augusto da Silva Travassos, duma comissão para o estudo desta espiroquetose no nosso País, de cujos trabalhos me sirvo para fazer esta exposição.

DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA — Estende-se em Espanha pela Estremadura e Andaluzia, em regiões ao longo da nossa fronteira, do rio Douro para o sul. Foram descritos casos da doença em todo o Norte de África, Palestina e Grécia. No nosso território, as seis dezenas de casos identificados, na sua grande maioria (55) directamente ou com o apoio laboratorial dos Serviços Anti-Sezonáticos, estão situados quase todos no Alentejo, ocorrendo a minoria nos distritos de Lisboa, Santarém e Setúbal.

ETIOLOGIA — O agente produtor desta f. r. é um *Spirochaeta*, com mais precisão sistemática, a *Borrelia hispanica* Sadi de Buen 1926. Ainda não está assente se os espiroquetas devem ser incluídos entre os Protozoários ou as Bactérias, pois

constituem um grupo de transição, tendo ao mesmo tempo contacto com os primeiros (ausência de membrana, necessidade de hospedeiro intermediário, relapsos frequentes e sensibilidade aos mesmos etiotropos) e com os microrganismos vegetais (ausência de núcleo individualizado e diferenciação polar, divisão transversal). Bergey, no seu Manual of Determinative Bacteriology, coloca-os entre as Bactérias, na classe dos *Schizomycetos*, ordem *Spirochaetales*. Os patogénicos pertencem todos à família *Treponemataceae*, que engloba os géneros *Treponema* (agentes da sífilis, boubas e caratés), *Leptospira* (leptospiroses diversas) e *Borrelia*. Estes últimos, com excepção da *B. vincentii*, desenvolvem-se no sangue, donde o nome de espiroquetas sanguícolas, pelo qual são também conhecidos.

As B., como todos os espiroquetas, são organismos espiralados, de corpo fino e flexível, com extremidades afiladas mas desprovidas de flagelos (fot. 1). A observação em campo escuro, mostra-as dotadas de movimentos activos, conseguindo

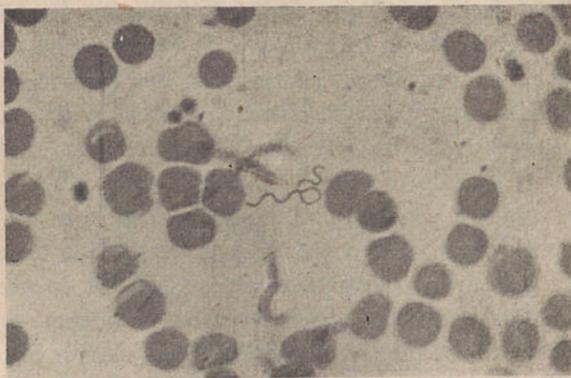


Fig 1

deslocar-se por meio de rotações do seu eixo, uma espécie de translação em saca-rolhas. A cromatina dispersa por todo o seu protoplasma, faz com que apareçam uniformemente tintas pelos corantes usuais, e no sangue, onde atingem o tamanho de 10 a 20 por 0,4 microns, com 4 a 8 voltas de espira regulares, podemos encontrar algumas em fase de divisão transversal, sua forma normal de multiplicação, deparando-se-nos outras com grânulos metacromáticos.

Quase sempre presentes no sangue periférico durante os períodos de piroxia, chegam a desaparecer por completo da circulação geral uns momentos antes da crise febril, supondo alguns que passam a uma fase invisível, pois o sangue continua infectante para os animais sensíveis. Estudos recentes parecem demonstrar entretanto que as recorrências e esta parasitemia inaparente, são devidas a uma sobrevivência em certos órgãos de algumas B., que acostumando-se aos anti-corpos, escaparam à destruição.

Nos animais de experiência, foram encontrados no fígado, baço, rins e cérebro, onde se mantêm por largos períodos de tempo, mesmo depois do seu desaparecimento definitivo do sangue periférico.

Como pela morfologia não é possível destringer as diferentes B., valêmo-nos, ante a dificuldade, de outros elementos de identificação, em particular dos seus caracteres biológicos. Estuda-se especialmente o referente aos artrópodos transmitindo a enfermidade (xenodiagnóstico), as reacções humorais provocadas e a sensibilidade dos animais de experiência, sendo também úteis o fenómeno de Pfeiffer e o poder protector do antisoro.

O meio natural de transmissão da *B. hispanica*, afasta-a da *B. recurrentis*, colocando-a entre as B. inoculadas por O., das quais se separa pelo sero-diagnóstico e provas de imunidade, provocaram de início certa confusão, visto a protecção

para as cepas de diversas procedências, como tivemos igualmente ocasião de verificar, não ser completa entre si, tendo Nicolle chegado à conclusão de que devemos considerar os *Spirochaeta*, como constituindo grupos naturais, não explorando a sua particular tendência à individualização, para marcar limites ilusórios de espécies ou organizar enredos de variedades.

Característica fortemente em favor da individualidade do germe, é a sua patogenicidade para a cobaia, propriedade compartilhada ainda assim com a *B. persica*, dando porém infecções de evolução distinta.

Imunologia—Mas de Ayala (1931), trabalhando em recorrenterapia com uma única estirpe, chega à conclusão de que o organismo humano fica imunizado durante pelo menos o prazo de um ano, em que não é possível provocar acessos febris por reinoculação.

Nas provas de imunidade realizadas em cobaias, utilizando diversas cepas do nosso território e ainda uma norte africana, cedida pelo Instituto Pasteur da Argélia, verificamos existir uma imunidade franca, ainda que às vezes parcial, contra a estirpe homóloga, sendo para as estirpes heterólogas, apenas parcial, raramente total, traduzindo-se por reinfeções menos severas que as primitivas.

Os investigadores do I. P. da Argélia têm afirmado, como resultado dos seus trabalhos, tratar-se dum processo de premunição, em relação com a presença de B. nos órgãos internos e não duma verdadeira imunidade de anticorpos, mas estes existem pelo menos na infecção por *B. duttoni*.

Cultura—A *B. hispanica* pode cultivar-se com alguma facilidade, tendo-se de início usado o meio de Noguchi, contendo líquido ascítico ou sangue, em agar, e um fragmento de tecido fresco estéril, fazendo-se a incubação em anaerobiose. Depois disso obtiveram-se culturas em variados meios, enriquecidos com soro ou sangue, sem adição de tecido. As culturas resultam muitas vezes negativas, mas Muroder (1929), que fez um estudo aprofundado do assunto, conclue por atribuí-lo às propriedades biológicas do espiroqueta, pouca influência tendo o meio empregado, desde que contenha soro fresco. Manuel Pinto conseguiu culturas abundantes deste espiroqueta, no ovo embrionado de galinha.

Observam-se períodos de incubação até dez dias e culturas que seguem uma marcha recorrente, com eclipse aparente das formas espirais, mas continuando o meio infectante devido à presença de raros germens mutantes. Isto leva alguns autores a concluir, dependerem os relapsos exclusivamente do parasita, não havendo interferência do hospedeiro.

Animais receptivos—Além do homem são receptivos numerosos animais: o macaco e a cobaia, muito sensíveis; o murganho, rato e roedores selvagens, cão e gato jovens, porco espinho, medianamente; o coelho, de forma variável. O cavalo, burro, carneiro e pombo, adquirem infecções inaparentes. A galinha, rã, enguia e ciprinídeos, são resistentes. No que se refere ao porco, animal de grande importância epidemiológica, alguns investigadores não conseguiram infectá-lo, pensando que quando adulto, tenha uma grande resistência. No leitão, os trabalhos de alguns autores e mais recentemente da Comissão de Estudo, mostraram que a inoculação de material virulento, provoca uma infecção inaparente no sangue, mas podendo-se com ele transmitir por vezes, a doença à cobaia.

As vias de inoculação experimental são múltiplas, obtendo-se infecções através das conjuntivas, mucosas nasal e digestiva, por escarificação cutânea e via parentérica.

Considera-se típica a infecção na cobaia, que se manifesta por um acesso agudo, febril e parasitário. A inoculação de mais de duas centenas dos roedores, por via intraperitoneal e com cepas de diversas procedências ocasionava uma elevação

de temperatura nos primeiros dias, ultrapassando frequentemente os 41 graus (acesso febril), e uma parasitemia em que chegavam a contar-se uma centena de microrganismos por campo microscópico (acesso parasitário), esta última com a seguinte evolução:

Incubação... Entre 2 e 6 dias... Modo... 2 dias
Duração..... De 9 a 27 dias..... Média... 17 dias

Da inoculação de cepas provenientes directamente de *O.*, resultava um acesso parasitário dissemelhante, com período de incubação mais longo (8 dias), duração mais curta e menor densidade parasitária, mas nas passagens subsequentes anulavam-se essas diferenças. Acabada a parasitemia, o sangue perde a infeciosidade, mas o cérebro dos animais continua virulento, numa nossa experiência por espaço de cem dias, chegando numa pequena percentagem de animais, segundo os investigadores do I. Pasteur da Argélia, a manterem-se as *B.* neste órgão, para além de 3 anos.

Recorrenterapia—A *B. hispanica* foi usada com fins terapêuticos idênticos aos da malarioterapia, obtendo-se bons resultados, segundo Mas de Ayala, em certos doentes mentais. Aponta-se-lhe a vantagem de ser uma infecção benigna, curando espontaneamente, mas tinha contudo o inconveniente, até há pouco tempo, de não poder interromper-se à vontade, por falta dum tratamento eficaz.

VECTORES NATURAIS—Experimentalmente é muito fácil demonstrar a transmissão da *B. hispanica* pelo *O. erraticus*, bastando fazer picar alguns exemplares em cobaias infectadas e pondo-os seguidamente a alimentar-se de novo sobre outros animais indemnes. Na natureza encontram-se também muitos deles parasitados, pois no nosso País, conseguiu-se sem grande trabalho, infectar cobaias com exemplares provenientes de sete locais diferentes, por picada como acima ou então inoculando um triturado dos ácaros.

A. Sargent demonstrou na Argélia, a transmissão desta *B.* por intermédio do *Rhipicephalus sanguineus*, a vulgar carraça do cão. Verificou-se experimentalmente ser reduzida a sua eficiência como vector, pois inoculando por picada, encontram-se poucos microrganismos nas glândulas salivares e a sua persistência não vai além de 35 dias.

Nas doenças metaxénicas, por duas razões principais, temos de considerar com algum desenvolvimento a biologia do hospedeiro invertebrado. Um conhecimento detalhado da sua maneira de viver, é muitas vezes a chave para o seu domínio e das doenças que ele transmite. Um estudo quantitativo do contacto entre a população humana e os artrópodos que picam o homem, é uma parte importante da epidemiologia das doenças em cujo ciclo eles intervêm. Diremos resumidamente sobre a matéria, pertencerem as carraças à classe *Arachnida*, ordem *Acarina*, separando-se dos demais ácaros por possuírem placas estigmatis e um órgão perfurante em forma de tromba, o rostro. O *R. sanguineus*, carraça dura, com escudo dorsal e rostro anterior, faz parte da família *Ixodidae*, estando os *O.*, carraçatos moles, sem escudo dorsal e com o rostro de implantação ventral, incluídos na família *Argasidae*. Além destas diferenças morfológicas, existem ainda distinções biológicas entre as duas famílias, pois enquanto os componentes desta última são sugadores intermitentes, suportando largos períodos de jejum e fazendo as fêmeas diversas posturas, os *Ixodidae* vivem agarrados à pele dos animais, que abandonam apenas durante as mudas ou para a fêmea fazer a sua única postura.

Os *O. erraticus*, conhecidos no Alentejo vulgarmente por «cocos», têm um tegumento de cor acinzentada, encarquilhado quando em jejum e distendido quando de repleção sanguínea, medindo o macho 3 a 4 por 2 a 2,5 mm. e a fêmea 4 a 5 por 2,5 a 4 mm., de comprido e largo, respectivamente (fot. 2). Encontram-se com facilidade nas pocilgas e quando muito abundantes, espalham-se pelo terreno e edificações próximas, que às vezes são moradias. Os seus abrigos predilectos são os interstícios nos muros de pedra solta, as fendas nas paredes rebocadas e o madeiramento do telhado destas construções, muito vulgares no Alentejo (fot. 3). Os seus excrementos e as peles das mudas, delatam logo a sua presença nestes locais, onde pululam em tal profusão, que invadem a terra dos pavimentos e chegam mesmo a molestar os animais de tal maneira, que obrigam ao abandono das malhadas. No Verão, saem com frequência para o ar livre, podendo ver-se aderentes aos porcinos enquanto sugam, sendo por este meio transpor-

tados de um lugar para outro. No Inverno abrigam-se mais profundamente e a sua actividade é reduzida.

São ectoparasitas que vivem à custa do sangue de vários hospedeiros, com mais frequência o porco, mas também foram encontrados em tocas de raposas, chacais e ratos, picando ainda outros animais, mesmo de sangue frio e o homem. No final duma refeição, demorando de poucos minutos a meia hora,



Fig. 2

os ornitoros adultos eliminam pelo orifício das glândulas coxais, um líquido hialino abundante. Tratando-se duma fêmea, esta faz alguns dias mais tarde, uma postura de cerca de uma centena de ovos, donde eclodem larvas hexápodas, que depois de se alimentarem, sofrem uma muda para se transformarem em ninfas octópodas, passando estas sucessivamente por seis mudas, antes de atingirem o estágio adulto.

Estes ácaros, cuja longevidade ultrapassa os cinco anos, podem infectar-se em todos os estádios, ambos os sexos sendo capazes de inocular os espiroquetas ao alimentar-se de novo, e conservam a infecção durante a sua existência. Oito dias depois da picada infectante, as borrelíias passam do intestino ao celoma, espalhando-se de seguida por diversos órgãos, principalmente as glândulas salivares e coxais, onde são sempre em pequeno número, provavelmente por ficarem em grande parte sob a forma de mutantes resistentes. Este ciclo parece repetir-se, com divisão das formas acantonadas no celoma, havendo assim



Fig. 3

recorrências no hospedeiro invertebrado, semelhantes às exibidas no hospedeiro vertebrado e nas culturas. Encontram-se também *B.* nos ovos, sendo desta maneira a infecção passada às larvas, que podem inoculá-las à primeira picada. Esta transmissão hereditária propaga-se a sucessivas gerações e pode ter origem em picada infectante nos estádios de ninfa ou adulto.

A inoculação ao hospedeiro vertebrado é feita, quer directamente pelo rostro, vindo as *B.* das glândulas salivares ou regorgitadas do tubo digestivo, quer por conspurcação do ori-

fício da picada com o líquido das glândulas coxais, por onde os espiroquetas também surdem.

No nosso País, a distribuição do *O. erraticus* parece acompanhar a mancha dos montados e a criação de porcos em montanha, tendo sido encontrado do Algarve ao distrito de Castelo Branco e dos concelhos fronteiriços, onde são mais abundantes, aos concelhos da orla marítima.

O *Rhipicephalus* (R.), ácaro cosmopolita dos climas temperados e tropicais, tem o cão como seu principal hospedeiro, mas vive também sobre 33 outros mamíferos, compreendendo o homem, e mais duas espécies de aves. Nos climas temperados tem uma predominância sazonal bem marcada, aparecendo em Abril e desaparecendo em Setembro, hibernando nos estádios de ninfa alimentada ou de adulto mesmo em jejum.

É uma carraça castanha, de rostro curto, com uma evolução do tipo dos três hospedeiros, isto é, abandona o animal sobre o qual vive, ao completar cada refeição. Uma fêmea repleta, deixa-se cair sobre o ninho do cão e durante uns dias faz uma postura de um a três mil ovos, que à temperatura de 25 graus, eclodem no prazo de aproximadamente três semanas. As larvas nascidas, estão aptas a fixar-se sobre um hospedeiro dentro de 4 a 5 dias, onde ficam a alimentar-se durante outro tanto tempo, deixando-se então cair no solo, para sofrerem uma muda que as transforma em ninfas octópodas. Estas agarram-se durante uma semana a outro hospedeiro, para da mesma maneira se desprenderem e transformarem dentro de 2 a 3 semanas num adulto. Se estes nascem no Estio, fixam-se a um novo hospedeiro e o ciclo recomeça, se no fim desta estação, ficam em hibernação até à Primavera seguinte.

Afora estes vectores naturais, encontram-se outros experimentais entre os *O.*, como sejam o *O. moubata*, *O. savigny*, *O. venezuelensis*. O facto de estes carrapatos poderem transmitir diversos espiroquetas das f. r., levou Nicolle a afirmar ser fortuita a reunião *Ornithodoros-Borrelia*, de ordem simplesmente geográfica, podendo a deslocação dum vertebrado infectado, da área dum transmissor à de outro, estender o domínio dum f. r. de carraças. Apoia a hipótese, a transmissão da *B. dutonni* no Senegal pelo *O. erraticus* e não pelo *O. moutaba*, seu vector natural no resto da região Centro-Africana.

Por outro lado o piolho, veiculador da *B. recurrentis*, só muito excepcionalmente, em repetidas experiências, conseguiu transmitir a *B. hispanica*. Numerosas observações em meios onde este insecto abundava, portanto em óptimas condições naturais, nunca evidenciaram a sua responsabilidade no alastramento da epidemia, sendo praticamente nula a sua importância epidemiológica nesta febre recorrente.

RESERVATÓRIO DE VÍRUS — O homem afectado de febre recorrente, tem poucas probabilidades de ser picado por ornitodoros, sendo portanto um hospedeiro accidental, sem relação com a manutenção da epidemia. Os animais bravios hospedeiros habituais do ácaro, constituem um reservatório pouco conhecido, mas como são receptivos à doença e foram encontrados espontaneamente infectados, em especial os ratos e outros pequenos roedores, raposa e porco-espinho, deve provir deles a maioria das infecções no invertebrado. Dos animais domésticos, o cão é responsável pela infecção do *Rhipicephalus*, e o porco, experimentalmente refractário ao vírus recorrente no estado adulto, mas receptivo quando leitão, deve seguramente intervir como fornecedor de borrélias aos ácaros hematófagos. Ao lado destes repositórios, tem-se como certo, poder a epidemia ser mantida em determinado local pelos *O.*, artrópodos dotados dum grande longevidade, conservando a infecção toda a vida e susceptíveis de a transmitir hereditariamente.

INFECCÃO NO HOMEM — O quadro clínico é algo distinto nas diversas zonas de endemicidade, valendo-nos nós, para a descrição que vamos fazer, do material recolhido na observação de alguns doentes no nosso País.

A ferroadada dos *O.* adultos, é uma mácula vinosa, de base edematosa e escoriação central, persistindo por várias semanas, mas a das larvas e ninfas jovens, lesão ponticular de duração efémera, é difícil de pôr em evidência, motivo por que, nem sempre se encontra a porta de entrada do agente infeccioso (fig. 4).

Por a maioria dos diagnósticos ser feita tardiamente, só nos foi possível determinar com exactidão em cinco doentes, o período de incubação da enfermidade, compreendido entre os 3 e 7 dias, devendo regra geral aproximar-se da semana.

Poucos doentes notaram sinais prodrómicos, consistindo

em mal estar geral, cefaleias e quebranto, sendo a maioria colhida de surpresa pelo desencadear das manifestações mórbidas. O processo infeccioso inicia-se por calafrios e grande prostração, sobrevindo ondas de calor em relação com a subida rápida da temperatura para os 40-41 graus, por vezes náuseas e vômitos. A cara do doente aparece vultuosa, as conjuntivas hiperémicas, mas dominam sobretudo os sintomas dolorosos, em particular cefaleias violentas e fortes dores musculares do tronco e membros.

Transcorrem alguns dias de febre contínua ou ligeiramente remitente, manifestando-se neste caso por arrepios e suores, durante os quais o pulso se mantém concordante com a tem-



Fig. 4

peratura, as cefaleias costumam exacerbar-se, o mesmo sucedendo às mialgias, acentuadamente na barriga das pernas, muito sensíveis à pressão; a língua apresenta-se saburrosa mas húmida, há perda de apetite, as náuseas e vômitos podem persistir e a obstipação é de regra. Verifica-se um estado de adinamia e apatia, geralmente insónia, raramente delírio; outra manifestação nervosa frequente é a polaquiúria, não obstante a oligúria febril. Para o final do acesso chega a palpar-se o baço, mas o fígado, frequentemente doloroso, poucas vezes se encontra aumentado de tamanho. De maneira brusca desce a temperatura para valores normais ou sub-normais, acompanhando-se a queda de diaforese e o doente sente-se rapidamente a melhorar.

Este primeiro acesso, que em dezóito observações de 2 a 5 dias, é seguido regra geral dum pausa sintomática, chegando com frequência à apirexia completa, em que os enfermos se levantam do leito e se sentem tão bem que se julgam curados, enquanto outras vezes persiste uma febrícula, com suores e arrepios, podendo atingir os 38 graus, queixando-se os pacientes de mal estar geral, lassidão e cefaleias moderadas.

Após este intervalo de relativa quietude clínica, não demorando mais de 2 a 3 dias, surge a primeira reactivação, instalando-se o quadro sintomático subitamente, se o doente se encontrava bem disposto, ou então desenvolvendo-se como agudização dos padecimentos preexistentes. Os sintomas são aproximadamente os mesmos do primeiro acesso, ainda que mais atenuados e faltando frequentemente o calafrio inicial, mas apuram-se mais vezes arrepios e suores, no seu decorrer. O baço, diminuído de tamanho durante a apirexia, volta a ultrapassar o rebordo costal e é nesta altura aparente uma poliadenite, melhor palpável na região inguinal. Ao cabo de 2 a 3 dias, dá-se a queda da temperatura em crise, embora não tão abrupta como no acesso anterior; a curva térmica, podendo ser igual à do acesso de abertura, com ascensão brusca, curso contínuo e defervescência súbita, é mais amiúde remitente e outras vezes descreve uma agulha mais ou menos alta.

O segundo intervalo, constitui como o primeiro, uma grande melhoria em relação ao acesso precedente; a febrícula é mais rara, o estado subjectivo tolerável, mas tende a acentuar-se entre tanto uma palidez e emagrecimento nos infectados, durante os 2 a 9 dias da sua vigência.

O quadro da segunda recorrência febril, é idêntico ao descrito para o segundo período de pirexia, sendo todavia a sua duração mais curta, 1 a 3 dias, com mais amplas remissões de temperatura, que oscila entre os 38, 5 e os 40 graus.

Não param por aqui as reactivações clínicas da infecção,

OS LABORATÓRIOS ATRAL COMUNICAM À EX.^{MA}
CLASSE MÉDICA

A INTRODUÇÃO,
NO MERCADO,
DO NOVO TUBER-
CULOSTÁTICO
"NICOSTREPTIL"

PRODUTO
OBTIDO POR
SÍNTESE NOS
SEUS LABORA-
TÓRIOS DE
INVESTIGAÇÃO

E RESULTANTE DA COMBINAÇÃO
QUÍMICA DA ESTREPTOMICINA COM
A ISONIAZIDAISONICOTINILIDRAZONA
DA ESTREPTOMICINA (SULFATO)

NICOSTREPTIL

▶ MAIS ACTIVO QUE QUALQUER
DOS SEUS COMPONENTES
▶ RETARDA O APARECIMENTO
DA RESISTÊNCIA ADQUIRIDA
▶ TOXICIDADE INSIGNIFICANTE
SOBRE O OUVIDO

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

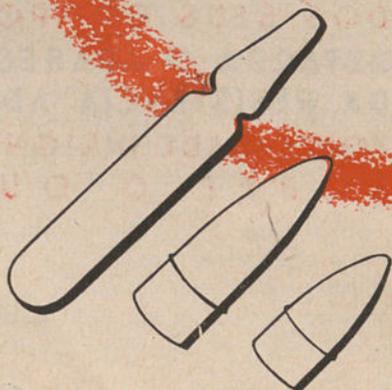
COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS



pois o número de acessos em 18 observações integrais foi, com excepção de 2 casos, superior a três, havendo 7 casos com quatro e 9 casos com cinco períodos febris. Estes relapsos finais, de mais curta duração, com a temperatura à volta dos 39 graus, têm correlativamente uma sintomatologia menos pronunciada. O quarto acesso raramente subsiste mais de um dia e o quinto episódio febril, é muitas vezes uma elevação fruste de temperatura, associada a mal estar passageiro, em geral com arrepios pouco intensos e cefaleias leves.

A duração dos períodos de quietude clínica subsequentes, variou entre os 4 e 32 dias para o terceiro, e entre os 11 e 40 dias para o quarto e último registado na nossa casuística. Apesar do seu alongamento, não trazem estas pausas afebris grande melhoria aos enfermos, pois os acessos embora pouco intensos, acentuam o mal estar geral, chegando o doente ao final dos relapsos, muito emagrecido e adinâmico.

O curso natural da moléstia prolonga-se por mês e meio e chega mesmo a ultrapassar os dois meses, mas ainda assim esta doença e debilitante duração, não impede uma recuperação rápida na convalescência.

Apresentamos uma colectânea de registos gráficos com aspectos da curva térmica nas reactivações clínicas, reproduzidos dos protocolos de doentes por nós assistidos.

Complicações — Das complicações oculares e nervosas descritas nesta espiroquetose, observamos unicamente uma paralisia facial à direita, do tipo periférico, surgida após a terceira recorrência e inteiramente desaparecida dentro dum mês. Mais vulgarmente encontramos um síndrome hemorrágico, manifestando-se em diversos enfermos por epistaxes e hemorragias subconjuntivais e num caso por hematúrias e rectorragias.

Quadro hemático — A cifra dos eritrócitos pouco se modifica no decorrer da afecção, mas a velocidade de sedimentação, mostra-se muito aumentada.

As contagens totais e diferenciais de leucócitos, evidenciam um aumento moderado, não ultrapassando nos nossos exames os 11.000 por mm³, com marcada neutrofilia e monocitose, durante as fases febris, descendo aos valores normais e passando a haver predominância linfo-monocitária, nos intervalos dos acessos.

Diagnóstico — Tem de ser encarado sob os dois aspectos, clínico e laboratorial. Para o primeiro, o fundamental é pensar na enfermidade, tendo nós, se observamos o doente durante o primeiro acesso, possibilidades de firmar um diagnóstico precoce, ao encontrarmos a ferroada do ectoparasita hematófago ou se em presença dum pequeno brote epidémico, tenhamos podido fazer o diagnóstico laboratorial nalgum dos afectados. Fora destas condições, só o laboratório nos pode dar uma elucidação rápida, pois durante as crises febris, os hematozoários podem ser postos em evidência no sangue periférico, por exame directo ao ultramicroscópio ou após coloração de gota espessa pelos corantes do tipo Romanowsky. Corados de azul violeta pelo Giemsa, o seu número é escasso na maioria dos casos, ainda que possam ver-se mais de um microorganismo por campo microscópico. Com aspecto regular no começo da febre, estão enrolados ou mesmo enovelados entre si e mostram grânulos metacromáticos, no final do acesso febril. A partir da defervescência, as borrelías desaparecem em regra do sangue, podendo neste caso recorrer-se à inoculação a animais sensíveis, que é muitas vezes positiva.

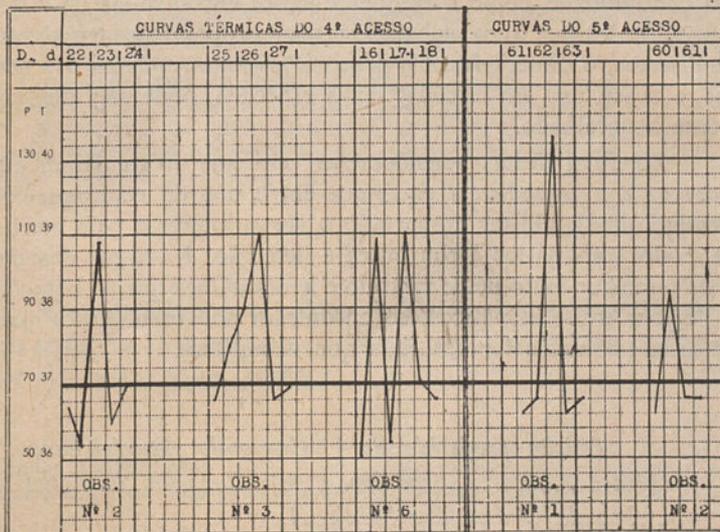
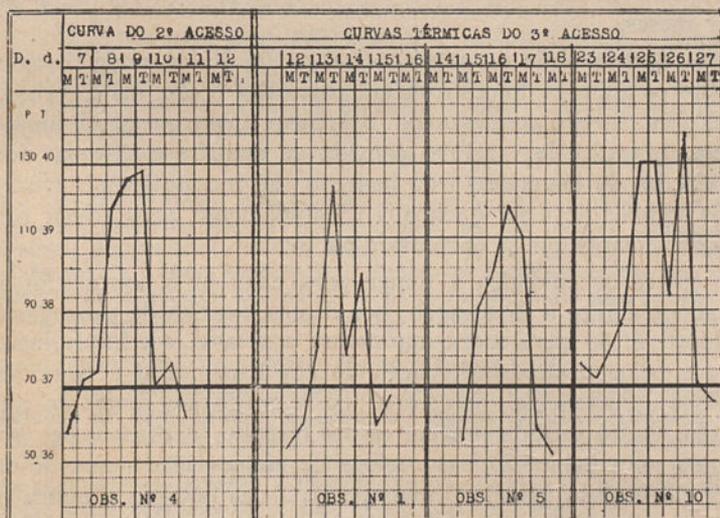
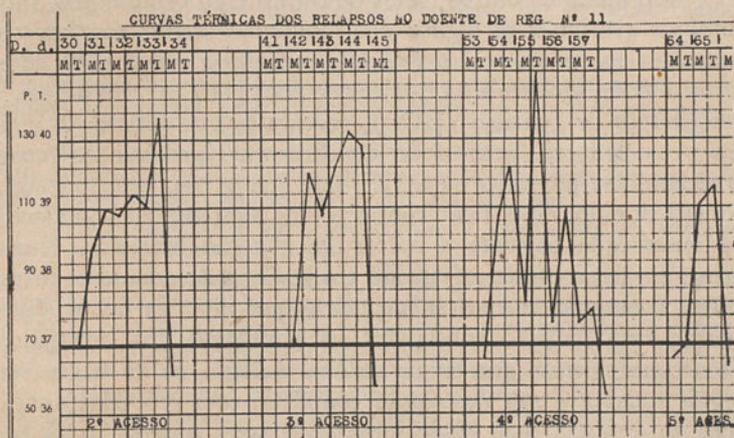
Quando tenha havido relapsos, temos clinicamente de a separar de outras pirexias de marcha recorrente, como o sezoniismo e o sodoku. Na maioria dos casos, a marcha da febre é suficiente para a distinguir da malária, estando o doente sazónico também mais decaído e anemiado. A febre por mordedura de ratas, devida ao *Streptobacillus moniliformis* ou ao *Spirillum minus*, é clinicamente uma f. r., mas pode diferenciar-se facilmente por causa dos sinais locais de infecção: no início dos acessos, o ponto da mordedura apresenta um aspecto inflamatório, com linfangite e adenites regionais, sobreindo alguns dias mais tarde uma erupção máculo-papulosa. Claro que o laboratório nos mostrará a presença do *Plasmodium* no sangue dos maláricos e do *Spirillum* na lesão de entrada, gânglios e algumas vezes até no sangue dos afectados de sodoku.

Confirmado o diagnóstico de f. r., uma vez que no nosso País, não se identificou ainda outra variante, temos todas as probabilidades de estar em face da f. r. mediterrânica, mas devemos todavia acautelar-nos contra a possibilidade de aqui surgir f. r. cosmopolita, aparecida na vizinha Espanha, no rescaldo da guerra civil. Os casos desta variante transmitida pelo piolho, surgem geralmente no Inverno, irrompendo logo numerosas infecções nos contactos o seu curso raramente ultrapassa os três acessos e se provoca uma mortalidade elevada, é ao invés, muito acessível à terapêutica, sendo facilmente abortada pelos arsenicais trivalentes. Quando seja preciso diferenciar a f. r. m. com mais exactidão, recorreremos à inoculação na cobaia, que como vimos, provoca neste animal uma parasitemia típica.

Prognóstico — Trata-se duma enfermidade benigna, curando-se todos os doentes espontaneamente e num tempo variável recompondo-se com desaparecimento mesmo das complicações neurológicas.

Tratamento — Não se conhecia até muito recentemente, tratamento eficaz para esta entidade nosológica, sendo o neosalvarsan, arsenical muito activo na f. r. cosmopolita, impotente nesta variante. Outros arsenicais e os sais de ouro, foram também usados com resultado semelhante. Advinda a penicilina, houve pelo menos duas comunicações na Revista Clínica Española, falando de êxitos no seu emprego em outros tantos casos.

Nos primeiros doentes que tratamos, fizemos ainda uso do produto especializado Neoarsenil, sem conseguirmos a interrupção das recorrências e experimentamos contemporaneamente a penicilina, mas mesmo com doses ultrapassando o milhão de



unidades, o efeito máximo alcançado foi um alongamento dos intervalos afebris.

Aparecidos entretanto no mercado outros antibióticos, quisemos ensaiá-los nesta doença, tendo procedido previamente a uma avaliação da sua actividade contra a infecção na cobaia, vindo a mostrar-se eficazes na supressão da parasitêmia, a estreptomomicina, aureomicina e terramicina, e de nulo valor a cloromicetina.

Houve ocasião posteriormente de usar em alguns doentes, os agentes terapêuticos que se revelaram activos, logrando-se sustentar a marcha recorrente da infecção. O pequeno número de tratamentos, não permite firmar conclusões, mas demonstrada a presença endémica entre nós desta f. r., não faltarão ocasiões no futuro para o seu emprego e far-se-á então uma apreciação definitiva do seu poder curativo.

Tratando-se duma infecção de carácter benigno, não é de aconselhar por agora, o recurso para tratamento aos antibióticos de preço elevado, mas a estreptomomicina, mais acessível, deve vir a resolver o problema do médico rural, até aqui impotente para impedir os sofrimentos individuais e as perdas económicas causadas pelo morbo.

EPIDEMIOLOGIA — Qualquer que seja o papel atribuído ao porco como reservatório de vírus, mantem-se a sua importância epidemiológica, por ser ele o hospedeiro habitual, no nosso País quase o exclusivo, do principal vector da doença, o *O. erraticus*. Pode todavia admitir-se que a cadeia homem-ornitodoros, é suficiente para explicar o estado endémico, se nos lembrar-nos de que o carrapato, conserva não só o vírus toda a sua existência, como ainda o transmite hereditariamente.

Dos estudos epidemiológicos aqui levados a efeito, conclue-se pela incriminação dos ornitodoros provindos das pocilgas, como veiculadores da infecção do homem. Nos doentes contactados, apuramos terem 20 sido com certeza picados pelos carrapatos nas pocilgas, 4 foram-no afastado das mesmas e em 2 casos interveio provavelmente outro vector. Dos restantes afectados sabemos apenas infestarem os ornitodoros as malhadas de porcos existentes na região onde habitam.

A maioria dos casos identificados até esta data, surgem-nos nos concelhos da zona fronteira onde exerço a actividade sanitária, dos quais Mourão com 28, Serpa com 10, Moura com 5 e Reguengos de Monsaraz com 3 casos, representam 4:5 das infecções por borrelia notificadas no último quadriênio, estando a restante dezena dispersa por outros tantos concelhos, situados ao sul do Tejo.

Embora a área de endemicidade, esteja limitada à região onde existe o ornitodoros, o outro vector, a carraça do cão, espalhada de Norte a Sul, pode potencialmente fazer surgir a doença em qualquer parte do nosso território. Não deve pois esta desigual distribuição e incidência, atribuir-se somente a uma mais pesada infestação das pocilgas da zona raiana pelos ornitodoros, estando antes em relação com os esforços empregados pelos clínicos locais no seu rastreio.

Entre as particularidades epidemiológicas da f. r. m., destaca-se a sua predilecção pelo meio rural e emergência em casos isolados ou de pequenos grupos epidémicos. As infecções surgem a favor de circunstâncias permanentes ou acidentais, favorecendo o contacto do vector com o homem, como sejam o trabalho em pocilgas ou habitação junto das mesmas e o repouso acidental ou actividade profissional, em locais frequentados pelos porcos. Tem portanto um carácter de doença profissional, com maior frequência entre os adultos do sexo masculino e incidência particular sobre os porqueiros, por mais expostos às referidas contingências.

Os sexos, idades e profissões, dos 55 enfermos identificados no quadriênio pela Comissão de Estudo, estão assim repartidos: por sexos, são 36 varões e 19 fêmeas; por idades, temos 11 com menos de 10 anos, 12 entre os 11 e os 20 anos e 32 maiores de 21 anos; nas profissões, avantajam-se dois grupos de 14 porqueiros e 16 jornaleiros, sendo de notar terem alguns destes últimos contraído a moléstia, ao executarem trabalhos em currais de porcos.

Outra característica epidemiológica importante, é o seu aparecimento nos meses quentes do ano, no nosso País de Maio a Outubro, com máximos de incidência em Julho-Agosto-Setembro (15, 14 e 12 casos respectivamente), em relação com a época de maior actividade dos ácaros vectores.

PROFILAXIA — Pelo que conhecemos do reservatório de vírus nos vertebrados, é muito difícil tomar medidas contra os animais que o constituem, restando-nos fundamentalmente lutar contra o hospedeiro invertebrado e procurar proteger os indivíduos sãos contra a inoculação.

Fazendo a prospecção dos carrapatos nas pocilgas, chegamos à conclusão de serem estes alojamentos de animais, quando bem construídos, com as paredes e tectos rebocados a cimento e o pavimento impermeabilizado, currais à prova de ornitodoros, por não lhes fornecerem o abrigo de que necessitam. O arranjo dos existentes e a obediência das novas construções a estes requisitos, serão das medidas a propor para cercear a propagação do ácaro. Notamos também que os galináceos devoram todos os «cocos» que conseguem alcançar, podendo servir de auxiliares na luta, desde que lhes seja facultado o acesso ao interior das malhadas infestadas.

Em busca de outros meios de combate ao ornitodoros, procuramos averiguar se alguns dos modernos nócios económicos, possuíam sobre ele acção letal. Procedendo a ensaios no laboratório com dicloro-difenil-tricloroetano (DDT), chlordane e hexacloro de benzeno (HCB), revelou-se este último de efeitos prometedores, permitindo concluir que qualquer exemplar arrastando-se por uma superfície polvilhada com este hidrocarboneto clorado, deve ficar com o tóxico aderente ao tegumento, na quantidade bastante a sofrer-lhe a acção acaricida. Numa prova em larga escala, efectuada em pocilgas pesadamente infestadas, conseguiu-se com as primeiras polvilhações do produto, operar uma redução substancial na população dos carrapatos. Pelo conhecimento que temos da sua biologia, só devemos conseguir todavia a sua destruição completa, com repetidas aplicações do produto, pois sendo impossível fazer penetrar o pó nos seus esconderijos profundos, haverá que aguardar uma excursão do ácaro ao exterior, o que depois duma repleção, pode demorar meses.

A destruição do outro vector, o rípicéfalos, pode tentar-se sobre os animais domésticos, em particular o cão, mais perigoso pelo seu estreito contacto com o homem. Consegue-se eliminá-lo pela aplicação de vaselina, pomada de enxofre e diversas formulações do hexacloro de benzeno; ao mesmo tempo a cama dos animais deve ser queimada reiteradamente, para acabar com os exemplares que se encontram em muda.

Entre os cuidados a tomar para estorvar a inoculação ao homem, figura a divulgação, por diversos meios de propaganda educativa, do perigo que representa a estadia em locais infestados pelos ornitodoros, chegando em Espanha, a afixarem-se avisos de precaução, nos sítios que se revelaram fontes de contágio. Outra medida preventiva diz respeito às construções servindo para habitação nas regiões de endemicidade, que devem ser edificadas afastado o mais possível das pocilgas e nunca na sua contiguidade, como é frequente agora encontrá-las no Alentejo. Por último, uma substância com propriedades repelentes de insectos, o dimetil-ftalato, provoca análoga repulsão nos ácaros, e o seu uso em circunstâncias especiais, pode ser idênticamente aconselhado.

No final destas considerações, em que julgo deixar demonstrada a prevalência endémica entre nós da espiroquetose, termino almejando ter despertado o vosso interesse pelo morbo, de modo a animá-los à sua busca e detecção. Resta-me desejar-lhes o melhor êxito nesse rastreio e lembrar-lhes que as Estações e Postos Anti-Sezonáticos, se encontram ao vosso dispor para os esclarecimentos laboratoriais que necessitem.

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

MOVIMENTO MÉDICO

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

RESUMOS DA IMPRENSA MÉDICA

Acção da fluorização das águas de abastecimento, na profilaxia das cáries dentárias. 1.^a Parte: in Publ. Health Rep., 68 (2): 141: Feb. 1953. E 2.^a Parte: in Publ. Health Rep., 68 (5): 497: Mar. 1953.

Os AA. destes dois importantes trabalhos científicos, estudam a história da descoberta do efeito preventivo da cárie dentária pelo consumo habitual de diminutas quantidades de fluoretos, nos E. U. A. Contribuem, decisivamente, para o estabelecimento, em bases científicas, do valor e da inocuidade daquele processo, através de observações cuidadosas efectuadas durante cerca de 7 anos, em muitas dezenas de milhares de crianças, em diversas regiões da América do Norte.

O problema foi estudado, quer em cidades em que as águas de abastecimento já continham, sob forma natural, fluor em quantidades apreciáveis, quer ainda em outras em que o fluor passou a ser artificialmente introduzido, com o fim de diminuir uma elevada incidência de cáries dentárias, afecção esta considerada, pelos Serviços de Saúde americanos, como doença social.

Todos aqueles estudos mostraram a inocuidade do procedimento e a sua enorme eficácia.

Assim, por ex., em cidades em que a introdução dos fluoretos foi iniciada há 7 anos, na dose de 1 parte de fluor por cada 1 milhão de partes de água (1 p. p. m.), constatou-se uma redução do número de cáries dentárias, em crianças, desde cerca de 20 %, entre as crianças de 16 anos, até cerca de 70 %, entre as de 6 anos de idade.

Além disso, não se constataram quaisquer efeitos secundários que, no espaço daqueles 7 anos, pudesse ser atribuído à fluorização das águas de abastecimento, nem sequer a «fluorose» (manchas mais escuras no esmalte dentário), referida por alguns autores.

É evidente que a fluorose pode surgir, desde que se ultrapassem certas doses de fluor nas águas de abastecimento.

Este problema tem sido estudado, intensivamente e com o maior rigor, nos E. U. A., onde se provou que a dose ideal média de fluor que se pode utilizar, nas águas de abastecimento, e que, sem causar fluorose, consegue prevenir a cárie dentária, nas proporções acima indicadas, é de cerca de 1 p. p. m.

Entretanto, alguns estudos mais recentes vieram mostrar que esta dose óptima de fluor pode e deve variar segundo as condições climáticas locais, dependendo, sobretudo, da temperatura e da humidade relativa médias. Na realidade, os AA. destes trabalhos, puderam demonstrar que nas regiões dos E. U. A. onde a temperatura média é mais elevada e a humidade relativa menor (ex. no Texas e no Arizona), a dose de 1 p. p. m. de fluor nas águas de abastecimento pode ser causa de um importante número de fluoroses dentárias, o que tem grande importância em vista da evidente repercussão psico-social daquele factor estético.

Estas constatações sugeriram, aos AA., que a causa daquela variação de dose óptima de fluor nas águas de abastecimento, se deve, naturalmente, ao facto de que os habitantes das zonas mais quentes e mais secas, bebem, habitualmente, mais água do que os das regiões mais frescas e húmidas, necessitando, de uma concentração mais baixa de fluor nas águas que ingerem.

Aqueles AA. puderam estabelecer um gráfico que, em função da temperatura ambiente média e do grau de humidade relativa média, ambientes, permite achar, rapidamente, a concentração ideal de fluor nas águas de abastecimento, no sentido de conseguir, sem qualquer efeito prejudicial ou desagradável, uma importante redução do número de cáries dentárias entre as crianças e, eventualmente, entre toda a população, das comunidades servidas por águas assim tratadas.

L. C. M.

O nevoeiro e o número de mortes em Londres no mês de Dezembro de 1952, in: Publ. Health Rep. 68 (5): 474; Mar. 1953.

O A. deste interessante artigo chama a atenção das autoridades competentes para o perigo da poluição da atmosfera por fumos e gases, nas grande metrópoles. Este perigo para a Saúde

Pública aumenta extraordinariamente nas épocas do ano em que é mais elevada a humidade relativa e, especialmente, se existe nevoeiro e, ao mesmo tempo, se o vento é fraco ou nulo.

Todas estas condições se verificaram na cidade de Londres, em algumas semanas consecutivas do mês de Dezembro, ocasião em que a maior cidade do mundo se encontrou envolvida em um nevoeiro densíssimo, carregado de fumo e vapores dos seus milhares de chaminés de fábricas, o qual, devido às especiais condições atmosféricas locais e de ocasião, com a falta de vento, permaneceu durante algum tempo sobre a cidade.

Estas condições acompanharam-se de um súbito e alarmante aumento do número de mortes, excedendo, em muito, os números habituais, ultrapassando mesmo o número de mortes verificadas nos anteriores invernos mais rigorosos e igualando, até, a mortalidade verificada durante a terrível epidemia de cólera, que ocorreu em Londres, em 1866, na semana em que morreram mais indivíduos. A mortalidade verificada naquelas semanas de Dezembro de 1952, só foi ultrapassada, em Londres, pela mortalidade devida à epidemia da gripe, em algumas semanas do mês de Novembro de 1918.

O exame detalhado das mortes por sexos, grupos de idade e causas, revelou que o aumento de mortes foi igual para ambos os sexos, que se verificou, igualmente, em todos os grupos de idade, embora tivesse pago mais largo tributo tanto os muito novos como os mais idosos (em crianças com menos de 4 anos de idade e em adultos com mais de 55 anos de idade, verificaram-se, durante aquelas semanas um número de mortes triplo do número esperado, enquanto que nas outras cidades, aquele número foi só duplo) e que as causas de morte que revelaram o maior aumento foram todas as relacionadas com perturbações respiratórias e circulatórias.

Não se verificou qualquer aumento especial do número de mortes atribuíveis à gripe ou a quaisquer outras infecções especificadas. Os maiores aumentos verificaram-se nas mortes por bronquites, pneumonias e broncopneumonias (10 vezes mais), tuberculose pulmonar (4,5 vezes mais), outras doenças do sistema respiratório (6 vezes mais), doenças do coração e circulação (cerca de 3 vezes mais) e cancro do pulmão (cerca de 2 vezes mais), durante as semanas de 22 de Novembro a 27 de Dezembro de 1952.

Nenhuma das outras causas revela qualquer aumento durante aquele período de tempo, excepto as gastroenterites em crianças com menos de 1 ano de idade, mas que, segundo razões aduzidas pelo A., seriam consecutivas a infecções da árvore respiratória.

Estes factos demonstram cabalmente a enorme importância que têm hoje, e que terão cada vez mais, em Saúde Pública, os problemas de poluição da atmosfera dos aglomerados urbanos pelos fumos, gases e vapores de origem industrial, especialmente nas grandes cidades modernas e mostram-nos como simples e comuns perturbações atmosféricas, associadas às condições acima expostas, podem ser mais graves do que muitas epidemias de doenças infecto-contagiosas.

L. C. M.

Descoberta, em 24 horas, dos portadores de micrococos coagulase-positivos, responsáveis por intoxicação alimentares — in Publ. Health Rep. 68 (2):262; Feb. 1953.

Bacteriologistas da Universidade de Ohio acaçam de comprovar a excelente eficácia de um novo método de cultura para os estafilococos (ou outros micrococos) coagulase-positivos, responsáveis por numerosas intoxicações alimentares.

Com este novo método, tão ou mais eficaz do que os processos anteriormente empregados, na rotina da grande maioria dos laboratórios, é possível obterem-se resultados concretos ao fim de 24 horas, o que possibilita uma rápida pesquisa de todos os manipuladores de alimentos em casos suspeitos e vem facilitar muito a tarefa dos epidemiologistas, que pretendem rastrear os portadores-sãos e descobrir a ou as fontes de origem de quaisquer toxinfecções alimentares colectivas.

L. C. M.

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	Esc. 19\$50
Embalagem de 1 dose Infantil	Esc. 14\$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. Fernando de Magalhães, 32-1.º — Telef. 4556

S U P L E M E N T O

CARTAS DA AMÉRICA

VARIAÇÕES SOBRE UM TEMA ACTUAL

«We are the hollow men, leaning together
Headpiece filled with straw...»

T. S. Eliot

Há sempre um momento na vida do homem em que ele faz a si próprio determinadas perguntas e se impõe responder-lhes tanto quanto sabe ou quanto pode. Chame-se-lhe crise de personalidade, crise de evolução ou crise de dúvida: o nome pouco importa desde que se lhe reconheça a existência e se entenda o que se quer dizer. Estas perguntas têm a ver com a sua situação no mundo como ser racional e livre, como pessoa, e com a significação última da sua existência como tal. Envolvem a validade dum sistema de padrões de várias categorias, dum conjunto de crenças sociais, políticas, religiosas, espirituais, cujos fundamentos e directrizes foram aceites até ao momento em que uma crise brotou. Houve tempo em que estas crises de interrogação nem sequer eram manifestas; para as perguntas balbuciadas existia uma resposta fixa, categórica, impregnada dum autoridade mais ou menos dogmática. A situação do homem em relação a si próprio e em relação com os outros, a realidade do mundo exterior e de si mesmo, estavam delimitadas num sistema coerente com os valores e símbolos de então. Se havia ansiedade—não era, certamente, da que aflige o homem actual; ou, pelo menos, não se manifestava com tanta pujança, nem era matéria de universal preocupação.

Muitas vezes tem sido descrito, ultimamente, o longo e penoso caminho percorrido desde os primeiros e indecisos alvoroços do Renascimento até ao momento presente e que culminou na época em que vivemos a que, com inteira propriedade, se tem chamado «época de ansiedade». Através dos anos, todo um sistema de tradições, de convicções autónomas, de crenças foi, a pouco e pouco, perdendo o poder original de «apoio», de articulação interior dum mundo e dum época. E pelas falhas dessa estrutura em derrocada foi permeando-se, num «crescendo» de angústia, a dúvida, a descrença, a ansiedade. Mas, o interessante é que esta grande palavra — Ansiedade — o tema favorito de tantas produções actuais na literatura, na arte, etc., deixou, agora, de ser um assunto de especulação apenas destinado aos filósofos, às inteligências geniais. As discussões, as controvérsias filosóficas e o impenetrável esoterismo de linguagem de que se revestiam, perderam de há uns anos para cá, o carácter

hermético que desde longo tempo as separou do grande público. A ansiedade, «o sofrimento da época» já não é atributo exclusivo de sensibilidades requintadamente neuróticas. A ansiedade desceu à rua. A palavra e o que ela implica de sofrimento. Esta afirmação é mais que uma «frase de efeito»; exprime uma realidade facilmente verificável e tem uma especial significação. Queremos dizer que o homem-da-rua tem hoje um conhecimento maior e mais intenso dos conflitos em que se debate; e nunca, como agora, procurou com tanta avides, ser informado e esclarecido. Não é preciso vir à América para se ter consciência deste fenómeno e do especial momento de crise que estamos a viver. Mas foi aqui que, pela primeira vez, sentimos vivamente, o choque destes problemas e a sua repercussão no que geralmente se entende por «grande público».

Veja-se, por exemplo, o que sucede com as inúmeras publicações sobre psicanálise, psicologia e matérias afins que aparecem todas as semanas a decorar os lugares de destaque das montras dos livrinhos. As obras de Freud estão ao alcance do mais pobre: compra-se por 50 cents uma razoável edição da «Introdução à Psicanálise», que se vê ler nos «Subways», entre uma estação e outra. O livro de Simone de Beauvoir — «Le Deuxième Sexe» — é um dos «bestseller» das últimas traduções e pode comprar-se em todo o lado, desde Jamaica ao centro de Manhattan. Os «magazines», as revistas, etc., publicam frequentemente longos artigos, assinados por nomes de categoria, sobre neuroses, comportamento neurótico, doenças psicossomáticas, etc. E é fácil encontrar nos grandes «diários», ao lado das «palavras cruzadas», uma espécie de secção de... psicoterapia por correspondência! Até que ponto esta banalização do assunto pode acarretar indesejável adulteração do seu autêntico significado e importância, é um aspecto digno de considerar-se. Ainda não há muito, um educador e pedagogo cujo nome não recordo, se revelava contra os possíveis efeitos prejudiciais dum divulgação demasiado apressada de assuntos tão delicados de tratar como são os da psicologia infantil. Realmente, o pai-psicólogo-amador-nos-fins-de-semana parece ser mais um perigo que uma benesse para as crianças. Mas, de qualquer modo, uma

conclusão se pode deduzir deste súbito despertar da curiosidade do grande público, desta avides do homem-leitor-médio por conhecer o que, há pouco mais duma década, escassamente o interessava. Os meios habituais que usava para se proteger da ansiedade deixaram de servir; os pontos de apoio em que se mantinha mais ou menos em equilíbrio, oscilam desconfortavelmente. Uma existência que não mais gira à volta dum centro espiritual corre o risco de ser «vazia», de perder o significado: porque desaparece o sistema que, simbolicamente ou indirectamente, respondia às questões fundamentais. Provavelmente, é este temor oculto do «vazio», cuja percepção começa a ser mais viva, que impele o homem-da-rua a procurar uma «saída». E o caminho que se lhe aponta, desta vez, não é já o da conquista do espaço sideral, mas o da conquista ou reconquista dos valores que permanecem, apesar de tudo, na intimidade e singularidade da pessoa.

Feliz ou infelizmente, há muitas «saídas» e a dificuldade reside em escolher uma. Dificuldade grande, porque não é coisa que se aponte com o dedo nem que esteja pré-formada ao sabor e feitio de cada um. É matéria da mais transcendente decisão pessoal e nem sempre o indivíduo está suficientemente preparado para tomar sobre os ombros a responsabilidade e, implicações de semelhante movimento de auto-afirmação. Os resultados dum «amadurecimento» artificial e apressado que se quer conseguir *em massa*, via das secções de «psicoterapia por correspondência», são, como se supõe, de medíocre qualidade. E o crescente número de pessoas que hoje compra e lê todos esses artigos e livros, adquire geralmente, uma série de ideias mais ou menos deformadas, servidas, por vezes, com um *ar de ciência certa* que as torna ainda mais perigosas para os desprevenidos.

É minha convicção que o primeiro movimento que leva o grande público a ler avidamente estas matérias, é um movimento genuíno, sincero, que pede informação, esclarecimento, auxílio. Não é só curiosidade; é vontade, é desejo de libertar-se de tensões crescentes que surdamente vão destruindo a alegria de viver e a própria consciência de individualidade. Tudo isto prepara o ambiente adequado à florescência do que se tem

chamado «filosofias do desespero». Kirkegaard e Sartre saíram do círculo restrito dos iniciados e tem foros de livro de cabeceira da «nurse» e da dactilógrafa.

Em resposta a um desespero que começa a invadir as últimas barreiras, oferece-se outro desespero, porventura mais radical e mais aniquilador. Um dos últimos dramas de J. P. Sartre que vimos traduzido — «The Red Gloves» («Les Mains Salles») — conta a história dum jovem e do seu estrénuo esforço para encher de significado uma existência «vazia. Eventualmente, é a própria morte do protagonista que consegue dar significado a uma existência que já não existe, ao menos no plano óptico. No livro de Albert Camus — «The Stranger» — recentemente traduzido do francês, o herói não toma o mínimo interesse em tudo quanto acontece ou lhe acontece. É realmente um estranho para si próprio e nem chega a perceber muito bem porque é condenado depois de ter assassinado um homem. Tennessee William, o famoso autor de «A Street Car Named Desire» — apareceu há pouco com uma outra produção, «Caminho Real». Os caracteres variam entre prostitutas e alcoólicos, psicópatas, etc., e, pelos vistos, não há «saída» possível para aquela humanidade, a julgar pelo desenrolar da acção. É uma obra opressiva, desesperada, que fede a putrefacção. Prefiro o «Summer and Smoke» que durante muitas semanas encheu o pequeno teatro do «Circle in the Square», com um público imóvel e silencioso. As obras de Franz Kafka, imersas numa luz indecisa onde as personagens

se movem como por entre um nevoeiro que nunca chega a aclarar, foram durante muitos meses o pesadelo duma nossa doente, uma jovem judia, que as considerava quase uma bíblia. O senso de irrealdade, de despersonalização, de perda de individualidade de alguns personagens de Kafka chega a ser aflitivo, e lembram muito as curiosas aberrações policromas de certa pintura moderna.

A contra-ofensiva, a reacção salutar a toda esta literatura de onde a esperança parece ter desaparecido para sempre, mostra-se, felizmente, impulsionada por um movimento vigoroso em todas as partes do mundo culto. Para citar só algumas das mais recentes na América bastará referir, por exemplo, o excelente livro de Rollo May, psicanalista de renome em Nova Iorque, membro do William Allanson White Institute of Psychiatry, Psychoanalysis and Psychology: — «Man's Search for Himself». Ao lado de outras obras, dedicadas ao mesmo problema, como «The Meaning of Anxiety», demasiado complexas para poderem ser absorvidas pelo leitor médio, este último estudo de R. May é uma obra corajosa, honesta, que mereceu a aprovação unânime da crítica leiga e profissional. Como o próprio autor indica, todo o livro poderia ser chamado um «prefácio ao Amor», porque «to be capable of giving and receiving mature love is as sound a criterion as we have for the fulfilled personality». «É, na verdade, uma exposição séria, conscienciosa, que aborda duma maneira simples, mas cheia de saudável energia, alguns dos maiores pro-

blemas que torturam o homem moderno.

Não é de estranhar que se esgotem sucessivas edições e que o livro seja discutido e comentado com sincero entusiasmo.

Sobre o mesmo tema, Paul Tillich, professor de Teologia no Union Theological Seminary, publicou muito recentemente uma série de conferências feitas sob a égide da Terry Foundation. Intitula-se o livro — «The Courage To Be» — e, embora não possa considerar-se uma obra ao alcance de todo o leitor médio, a primeira edição esgotou-se rapidamente e logo foi seguida duma outra em Janeiro de 1953. A ansiedade do destino e da morte, da culpa e da condenação, a significação do desespero, a ansiedade do vazio e da falta de significação («emptiness and meaninglessness») são alguns dos pontos magistralmente tratados em páginas preciosas. Incidentalmente, Tillich faz uma incursão pela ansiedade patológica, sua natureza e suas relações com a Vitalidade e a Coragem.

As últimas páginas, bem como as conclusões finais (The courage to be as a key to Being-itself; The God above God and the courage to be) estão cheias de conceitos um pouco difíceis de apreender às primeiras tentativas; de qualquer maneira, o livro merece ser lido e meditado várias vezes. Quem ande à procura de «resposta» para tantas e tão cruciantes questões que fazem do homem moderno um brinquete indefeso num mundo em rápida evolução, certamente que encontrará em P. Tillich alguma coisa de sólido, de substancial, capaz de fornecer o material para uma abordagem mais construtiva de certos aspectos dos seus problemas.

São obras como as citadas — e o seu número cresce de dia para dia — que marcam, a nosso ver, um dos caminhos por onde poderá ser orientada frutuosa-mente, uma «campanha do humano».

Montreal, Maio de 1953.

AMÍLCAR MOURA

Or + bismuth
= **Au-Bi-Ol, "TOSSE"**

pour l'injection intraglutéale
aux maladies rhumatismales, érythémateuses, l'angine non-spécifique, la syphilis séro-résistante,

présente un enrichissement des possibilités thérapeutiques.

E. TOSSE & CO, HAMBURGO

REPRESENTANTE GERAL: SALGADO LENCART
Rua de Santo António, 203 — PORTO

SUB-AGENTE: A. G. ALVAN
Rua da Madalena, 66-2.º — LISBOA

Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia

Reuniu no dia 10 de Maio no Hospital de Santa Marta, e sob a presidência dos Profs. Adelino Padesca e Mário Trincão, a Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia, tendo sido apresentados casos clínicos pelo Prof. Juvenal Esteves e pelos Drs. Simões Carrelo, Norton Brandão e Cruz Sobral.

O Dr. Simões Carrelo falou da evolução das consultas da especialidade no antigo Hospital Escolar da Faculdade de Medicina de Lisboa, desde a sua criação, em 1911. Seguidamente, o Prof. Juvenal Esteves fez uma comunicação acerca dos problemas actuais do ensino elementar da Dermatologia e da Venereologia, analisando a situação presente do ensino da especialidade. Por último, os Drs. Norton Brandão e Cruz Sobral referiram a sua experiência no tratamento hormonal do estrófulo infantil e as tentativas para encontrarem explicação satisfatória daquela doença.

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

ECOS E COMENTÁRIOS

REUNIÕES EM BRUXELAS

Publicamos neste n.º de «O Médico» duas crónicas — uma sobre as Jornadas Médicas de Bruxelas e outra sobre o Congresso Internacional da Imprensa Médica, que se realizou na mesma cidade; esta última é assinada pelo distinto colega Dr. Carlos Mayer, redactor da importante revista «Bruxelles-Médical» e que foi o secretário geral do Congresso.

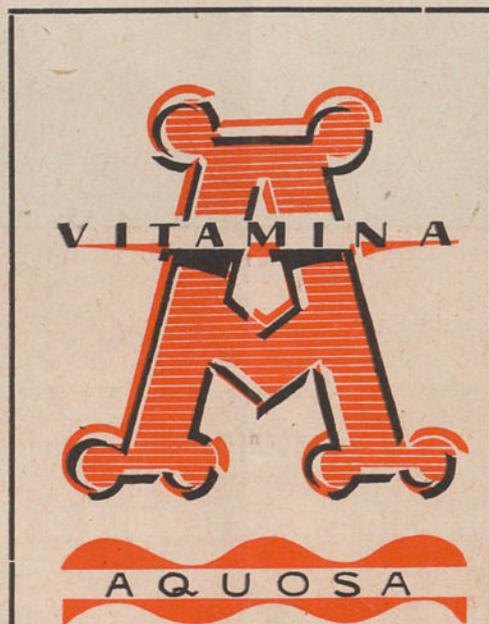
Sobre o Congresso Internacional da Imprensa Médica, acrescento apenas que julgo ter sido muito útil para o futuro da imprensa médica, que nalguns países está atravessando grave crise, sobretudo porque, naquela reunião, foram aprovados os estatutos da União Internacional da Imprensa Médica, eleito o seu primeiro presidente — o Prof. Loeper, presidente da Academia de Medicina de Paris e director do «Progrès Médical» — e escolhida a cidade de Turim para o futuro Congresso. Esta escolha foi muito feliz, sobretudo porque o Congresso vai ser organizado pelo Prof. Oliaro — director de «Minerva Médica» e de numerosas outras revistas de várias especialidades. Do seu dinamismo, experiência e dos recursos de que dispõe, muito há a esperar do Prof. Oliaro, que certamente imprimirá ao Congresso de Turim a máxima eficiência e brilho. Consideramos indispensável que a imprensa médica se une no plano internacional, como já tive ocasião de o salientar, em comunicação que apresentei ao Congresso da Imprensa Médica que em 1952 se realizou em Veneza.

Em Bruxelas, além das revistas que dirijo, tive a honra de representar a revista médica mais antiga de Portugal — «Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa» (cujo 1.º número tive ocasião de mostrar) e a mais antiga do Porto, «Portugal Médico», e ainda a Associação Espanhola da Imprensa Médica.

Quanto às Jornadas Médicas de Bruxelas, trata-se de reuniões anuais, que decorrem sempre com o máximo brilho e excelente organização, como sucedeu quando assisti, pela primeira vez, às Jornadas de 1950, em que, a pedido da comissão organizadora, indiquei, como conferentes portugueses, os Profs. Cerqueira Gomes e Aleu Saldanha, que então apresentaram trabalhos que foram muito apreciados. Mais uma vez tive a satisfação de assistir, por amável convite, às Jornadas Médicas de Bruxelas do ano corrente; do que lá se passou, publicamos hoje uma crónica que nos foi gentilmente enviada por um colega belga.

É sempre agradável e útil visitar a Bélgica — que é um dos países mais progressivos do mundo, onde tudo é bom e de elevado nível. A sua medicina é de primeira ordem, quer se trate das instalações, quer dos ilustres colegas que, nos vários departamentos, trabalham com o entusiasmo, o dinamismo e a eficiência com que, duma maneira geral, trabalham todos os belgas.

M. C.



- MAIOR FACILIDADE DE ADMINISTRAÇÃO
- MAIOR RAPIDEZ DE ABSORÇÃO
- MAIOR TOLERÂNCIA

1 CC. DE SOLUTO 35 GOTAS = 50.000 U. I. DE VIT. A

CADA AMPOLA DE 1 CC (INJECT.) = 50.000 U. I. (FRACA)

CADA AMPOLA DE 1 CC (INJECT.) = 300.000 U. I. (FORTE)

FRASCO DE 10 CC COM CONTA-GOTAS

CAIXA DE 6 AMPOLAS (SÉRIE FRACA)

CAIXA DE 3 AMPOLAS (SÉRIE FORTE)

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa

Realizou-se no dia 16 de Maio, com extraordinária concorrência, uma sessão na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, à qual presidiu o Prof. Costa Sacadura e em que foram apresentadas e largamente discutidas duas comunicações sobre o tratamento e profilaxia do tétano.

Em primeiro lugar, falou o Dr. Eugénio Mac-Bride, que começou por lembrar que naquela mesma sala, em 4 de Junho de 1892, Câmara Pestana pronunciou uma conferência intitulada «Contribuição para o estudo da etiologia, patogénica e tratamento do tétano», trabalho no qual, numa época em que os conhecimentos da doença eram imprecisos e confusos, o grande mestre apresentou o problema baseado nas suas experiências laboratoriais. Depois de se demorar na apresentação de dados científicos acerca da profilaxia do tétano, o Dr. Eugénio Mac-Bride terminou por propor que a Sociedade das Ciências Médicas emitisse um voto no sentido de se intensificar e generalizar, não só no Exército mas particularmente nas crianças, o emprego da anatoxina antitenânica, isto é, a vacina preventiva do tétano. eguiu-se o Dr. Cristiano Nina que, baseado na experiência colhida em 298 casos de tétano e na revisão crítica da bibliografia mundial, concluiu que a eficácia dos actuais métodos de tratamento nessa doença e, sobretudo nas formas agudas, é muito precária. Aquela circunstância, terminou, mostra a necessidade de congregação de esforços no sentido da rápida generalização da vacinação antitetânica no nosso País, como única forma de fazer desaparecer o tétano das rubricas obituárias nacionais.

As comunicações foram discutidas pelo Dr. Castro Amaro e pelos Profs. Carlos Ramalhão, do Porto; Eugénio Tropa, da Escola Superior de Medicina Veterinária; Diogo Furtado, Dr. Bernardino Freire, Prof. Cândido de Oliveira e Prof. Oliveira Machado, quase todos em desacordo com as considerações apresentadas quanto à ineficácia dos actuais métodos do tratamento, mas todos unânimes em concordar com a necessidade de se praticar a vacinação preventiva.

A proposta do Dr. Eugénio Mac-Bride foi, por fim, aprovada por unanimidade.



Apresenta dois produtos mundialmente consagrados

DOCA

(Acetato de desoxicorticosterona)

Insuficiência da cortico-supra-renal

- DOENÇA DE ADDISON
- HIPOTENÇÃO
- APATIA
- ANOREXIA

SOB AS FORMAS:

Injectável	Cx. de 4 amp. a 2 mgs.	24\$00
	Cx. de 4 amp. a 5 mgs.	57\$00
	Cx. de 4 amp. a 10 mgs.	102\$00
	Frs. amp. de 5 cc. a 5 mgs. / cc. (25 mg.)	62\$00
Sublingual	Cx. 40 comp. a 1 mgr.	43\$00
Implantação	Cx. 1 comp. a 100 mgr.	214\$00

NEOSTERON

(Metilandrostenediol)

Esteróide de acção anabólica
isento de efeitos virilizantes

EM AMBOS OS SEXOS:

CONVALESCENÇA
POS-TRAUMATISMO OU INTERVENÇÕES
CIRÚRGICAS GRAVES
CAQUEXIA

NA MULHER:

CANCRO MAMÁRIO
DISMENORREIA FUNCIONAL
MENO-METRRORRAGIA

SOB AS FORMAS:

Injectável	Frs. de 10 cc. a 25 mgs./cc.	100\$00
Sublingual	Tubo de 20 comp. a 10 mgs.	60\$00
	Tubo de 20 comp. a 25 mgs.	120\$00

NEOSTERON

deve considerar-se como um potente tónico, exercendo uma acção fundamental sobre o aumento de peso, melhoria do estado psíquico, do estado físico geral, da força e da resistência.

REPRESENTANTES:

UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA

Rua da Prata, 250-2.º — LISBOA • Rua Alexandre Braga, 138 — PORTO

7 DE ABRIL—DIA MUNDIAL DA SAÚDE

SAÚDE É PROSPERIDADE

JOSÉ DOS SANTOS BESSA

(Chefe de Serviços do Instituto Maternal de Coimbra. Médico chefe do Centro de Profilaxia e Diagnóstico da Zona Centro)

Reunimo-nos aqui para consagrar o dia 7 de Abril, fixado pela Organização Mundial de Saúde para o *Dia Mundial de Saúde*.

Pode dizer-se que a Organização Mundial de Saúde (O. M. S.) nasceu dum proposta apresentada em S. Francisco, em 1945, na Conferência das Na-

ções Unidas. Logo em Junho e Julho seguintes, em Nova York, durante a Conferência Internacional de Saúde, onde estavam representantes de 61 governos, foram presentes e discutidos os estatutos da futura O. M. S., estatutos que são a verdadeira «Carta de Saúde» Internacional. A Conferência aprovou-

-os em 26 de Julho de 1946, mas como neles se estipulava que a O. M. S. só passaria a organismo internacional de funcionamento permanente quando a «Carta» fosse ratificada por 26 países, a sua existência real só pode marcar-se a partir da data desta ratificação. Foi em 7 de Abril de 1948 que ela foi ratificada, mas só em 1 de Setembro desse ano a O. M. S. iniciou, efectivamente, o seu funcionamento como instituição internacional permanente.

Contam-se hoje por mais de 80 os países que aderiram à «Carta» e entre eles se encontra Portugal.

A O. M. S. é uma das grandes instituições especializadas das Nações Unidas e dedica-se especialmente ao combate à doença. Nela se concentram hoje os esforços do Mundo inteiro para uma única organização internacional de defesa da Saúde, na continuação dos esforços já realizados através do «Office International d'Hygiene Publique», da «Organisation d'Hygiene de la Société des Nations» e da «Division Sanitaire de l'UNRRA».

A sua missão é, no entanto, muito mais lata do que a desses antigos organismos: aqui, a *higiene* foi substituída pela *Saúde* que abarca não só a medicina preventiva, mas também a curativa e, embora pertença às Nações Unidas, a sua acção tem hoje indiscutível universalidade geográfica. Para a execução da sua missão no Mundo, dispõe a O. M. S. de três órgãos fundamentais:

a *Assembleia Mundial de Saúde*, constituída pelos Delegados de todos os Estados membros, (que desde a sua primeira reunião, em Génève, em Junho de 1948, tem tido reuniões anuais com três semanas de duração), que fixa as grandes decisões, a política geral da organização, aprova os regulamentos e os orçamentos e na qual reside a suprema autoridade da O. M. S.;

o *Conselho Executivo* composto de 18 Delegados dos diversos países, o qual actua por delegação da Assembleia Mundial de Saúde e reúne semestralmente;

o *Secretariado*, com sede em Génève e com delegações em Washington, Manila, Alexandria, e Nova Delhi. Este Secretariado tem na sua Sede fixa mais de 700 funcionários internacionais e é chefiado pelo Director Geral, actualmente o canadiano Dr. Brock Chisolm que é assistido por um Director Geral adjunto, francês.

Mas, além de tudo isto, é preciso contar ainda com as centenas de peritos espalhados por todo o Mundo e que a O. M. S. reúne periódicamente para fi-

7 Laboratório Ulzurrun, L.^{da}

O Laboratório ULZURRUN, L.^{DA},
apresenta à Ex.^{ma} Classe Médica a sua
especialidade

HEPABÊS-COMPLEXO

INJECTÁVEL

Associação de extracto hepático e ácido fólico
com as Vitaminas B₁ + B₂ + B₆ + B₁₂

INDICAÇÕES :

Anemia perniciosa, Sprue, anemias diversas, agranulocitose, etc.

APRESENTAÇÃO :

Frasco de 5 c. c.

Preço 52\$50

ZONA INDUSTRIAL DOS OLIVAIS

TEL. 399051

xar doutrina sobre os mais variados assuntos.

Pelos seus *serviços técnicos*, recolhe informações que dizem respeito à Saúde dos povos dos vários países — à organização sanitária existente, ao esforço dispendido e às possibilidades que tem cada país de realizar a Campanha necessária de defesa da saúde pública — submete esses assuntos à apreciação da Assembleia Mundial de Saúde e coordena e administra os regulamentos internacionais que a Assembleia adoptar. Esta secção é da mais alta importância para a saúde dos povos. Basta que se diga que, só no capítulo das doenças contagiosas, além de centenas de telegramas, anda por 6.500 em cada ano o número das informações epidemiológicas que a Sede recebe.

Sempre que o caso o justifique, Genève avisará, através do seu boletim radiotelegráfico epidemiológico diário e por meio da sua rede de 15 estações emissoras espalhadas por todo o mundo, não só as autoridades sanitárias dos países interessados, mas os aeroportos, os portos e os navios do alto mar para que tomem as medidas de emergência que o caso requeira.

O correio aereo trará, em seguida, em publicação semanal, impressa, distribuída por Genève e pelas Delegações a confirmação das informações telegráficas.

Além disto, o mundo inteiro está hoje informado, por um Boletim epidemiológico e demográfico mensal e por outro anual, do que, a tal respeito, se passa nos diversos países, informações preciosas para todos os que se interessam pelos problemas da Saúde Pública.

Para se ter uma ideia da eficácia destes serviços, basta lembrar o que se passou com a cólera que despontou no Egipto, em Setembro de 1947 e que para ali havia sido levada por avião. Uma vez confirmado o diagnóstico nos serviços epidemiológicos da O. M. S., em Genève, foram, dentro de 2 horas, expedidos 34 telegramas a todos os países vizinhos do Egipto e a todos os que tinham relações aéreas e marítimas com ele, denunciando a epidemia. Poucas horas depois, foi difundido o boletim radiotelegráfico epidemiológico para o Mundo inteiro e, 4 dias depois, foi distribuído o boletim semanal a todos os médicos de portos e aeroportos, não só com a confirmação do diagnóstico, mas com o texto das convenções sanitárias internacionais respeitantes à cólera.

Imediatamente se organizou o combate. Quinze dias depois, a Comissão de Peritos da Quarentena confirmava

que as medidas tomadas eram as necessárias e suficientes para evitar a difusão da epidemia.

De facto, graças às sábias e rápidas medidas tomadas, a cólera não se difundiu e a epidemia foi eliminada em pouco tempo.

Pelos seus *Serviços de Operações*, faz a O. M. S., nos vários países, a aplicação prática dos conhecimentos e das técnicas que já tiveram êxito em outras regiões onde existem idênticos problemas sanitários, procurando sempre fazer um estudo das condições especiais dessas regiões para adaptar, tanto quanto possível, essa técnica e evitar os riscos da sua transplantação pura e simples.

São já quinze as publicações periódicas que a O. M. S. mantém.

Nestes cinco anos, podem apontar-se como obras de grande vulto por ela publicadas:

A *Revisão das Farmacopeias*, unificando os mais importantes pontos de vista das várias nações e da qual saiu já a publicação do 1.º volume da *Farmacopeia Internacional*, compreendendo 245 monografias. A par disto, estudou e aprovou os *métodos para a standardização biológica e química dos medicamentos, de tão alto interesse*.

Ao lado da Farmacopeia Internacional, podemos pôr a publicação do *Regulamento Sanitário Internacional*, que foi aprovado pela 4.ª Assembleia Mundial de Saúde (1951) e que entrou em funcionamento em 1 de Outubro de 1952, depois de ouvidos 8 comités de peritos sobre as doenças, as quarentenas, os transportes aéreos, marítimos, etc.. São duas publicações de largo alcance — magníficos instrumentos de trabalho de indiscutível utilidade para o Mundo inteiro.

Publicou também 2 volumes, em francês, inglês e espanhol sobre o *Regulamento Internacional de Estatísticas Sanitárias*, aprovado pela 1.ª Assembleia Mundial de Saúde. Todos os que sabem o caos em que se debatia a recolha dos dados estatísticos sabem avaliar o alto interesse que tem a uniformidade da classificação das doenças e causas de morte.

A par disto, tem organizado colóquios de peritos seleccionados sobre os mais variados assuntos que constituem preciosas contribuições para o esclarecimento e solução adequada dos diversos problemas. São já 57 as publicações técnicas que condensam a actividade dessas reuniões que dizem respeito não só às mais importantes doen-

ças da humanidade, mas também à Maternidade, à Prematuridade, à Higiene Mental, à Higiene Escolar, à Enfermagem, à Alimentação e Nutrição, à Toxicomania, aos antibióticos, à administração da saúde pública, etc.. 1951 registou 26 colóquios e simposiums.

Mas, além disto, a O. M. S. fornece peritos sanitários e «équipes» de demonstração aos países que os solicitam e ajuda-os a melhorar os seus equipamentos sanitários e a apetrechar melhor os seus estabelecimentos de ensino médico.

No campo da preparação do pessoal, concede bolsas de estudo a pessoas que dêem garantias de aplicação nos respectivos países dos conhecimentos adquiridos nos seus estágios. Até 1950, haviam sido concedidas mais de 600 a bolséiros de 30 países e, em 1951, foram concedidas mais 665.

Vê-se, por estas resumidas notas, com que entusiasmo e com que tenacidade a O. M. S. procura, por todos os meios, defender a saúde dos povos, entusiasmo e tenacidade que parecem não esmorecer, pois que o seu orçamento para 1953 foi reforçado com mais 812.115 dólares do que o de 1952, passando, portanto, a ser de 8.489.895 dólares.

A sua acção promete mesmo alargar-se ainda mais, pois que, na última Assembleia Mundial de Saúde, reunida em Genève de 5 a 22 de Maio de 1952, as primeiras sessões plenárias foram ocupadas pelos discursos dos representantes da Organização das Nações Unidas (ONU), da UNESCO, da FAO e da Organização Meteorológica Mundial (OMM), os quais foram unânimes em exaltar o trabalho realizado pela O. M. S. e em proclamar o desejo e a necessidade duma ampla colaboração dessas organizações com ela.

Postos assim, resumidamente, perante V. Ex.as, os elementos respeitantes à fundação e funcionamento da O. M. S., é altura de falarmos do Dia Mundial de Saúde e do valor da Medicina Preventiva na prosperidade da Nação.

Numa das reuniões da Assembleia Mundial de Saúde, foi resolvido festejar, no Mundo inteiro, a data da fundação da O. M. S. e foi escolhido este dia do aniversário da ratificação da «Carta» para o consagrar à ventilação dos problemas da Saúde Pública, pelo cinema, pelos jornais, pela conferência, etc., como *Dia Mundial de Saúde*.

O deste 5.º aniversário é assinalado no nosso país pela realização de três

ERITRAN

**CLUCONATO FERROSO +
COMPLEXO VITAMÍNICO**



O COMPOSTO HEMATÍNICO MELHOR TOLERADO

conferências — uma em Lisboa, outra no Porto e está aqui, em Coimbra, cujo encargo me cometeram, como antigo bolseiro da O. M. S..

No Mundo inteiro, em várias cidades de cada país, neste dia, se estão realizando conferências sobre este tema genérico distribuído pela O. M. S. — *Saúde e Prosperidade*. Vou procurar prender a atenção de V. Ex.as sobre este assunto, poupando-os quanto possível a citações de números e de taxas.

A defesa da saúde é o primeiro dever da O. M. S. Na sua «Carta», está claramente consignado que a Saúde «é um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, independentemente da sua raça, religião, opinião política e situação económico-social» e que «A Saúde de todos os povos é condição essencial da paz do Mundo». Mas a Saúde, no conceito elevado da O.M.S., não é simples ausência de doença, mas sim «um estado completo de bem-estar físico, mental e social». Com este conceito se harmoniza perfeitamente a antiga definição de Winslow: «A Saúde Pública é a ciência e a Arte de prevenir a doença, de prolongar a vida e de favorecer a saúde física e a eficiência individual, graças aos esforços metódicos da colectividade, tendentes a realizar a salubridade do meio, a combater as infecções que a ameaçam, a ensinar a cada pessoa os princípios da higiene individual, a organizar os serviços médicos e de enfermagem que permitam o diagnóstico e o tratamento precoce da doença, a estabelecer condições sociais para assegurar a cada membro da colectividade um nível mais favorável à manutenção da sua saúde».

No ponto mais alto das suas aspirações, coloca a O. M. S. este admirável objectivo: «Conduzir os povos a um nível de Saúde o mais alto possível».

A noção de Saúde reveste para a Igreja Católica um significado que também abranje o «bem estar espiritual e social da humanidade».

Diante de muitos membros da Assembleia Mundial de Saúde, em 27 de Junho de 1949, Sua Santidade definiu assim a posição da Igreja Católica:

«A Igreja, longe de considerar a Saúde como uma questão de ordem exclusivamente biológica, tem afirmado sempre a importância das forças religiosas e morais para a sua manutenção e contou sempre, no número das condições da dignidade e do bem total da humanidade, o seu bem corpóreo e espiritual, temporal e eterno».

No mesmo discurso, afirmou ainda Sua Santidade o reconhecimento do direito e do dever do Estado, na civilização moderna, de coordenar todas as iniciativas privadas respeitantes à Saúde Pública, melhorando a salubridade das habitações, *despistando* os flagelos sociais, garantindo a nutrição e a protecção dos menos favorecidos, daqueles que a pobreza torna cada dia menos providentes e mais expostos aos perigos, pondo mesmo ao seu serviço todos os recursos de uma medicina qualificada e colectivizada. Ponto é que o faça não

esquecendo os princípios morais do respeito pelo Homem e pela Família, coisa que, aliás, não é difícil de conseguir. A Saúde — este bem precioso e admirável — foi objecto de profundo estudo, durante a 38.^a Semana Social da França, reunida em Montepellier, em Julho de 1951. Através das suas 18 conferências, ali se puseram frente a frente, os pontos de vista dos teóricos e doutrinadores e as experiências obtidas pelos homens práticos, qualificados e responsáveis pela aplicação das novas técnicas da Saúde, apreciando-se as transformações sofridas e as tendências da evolução da Saúde para passar de bem privado a bem comum, durante o último Século: a última metade do Século XIX e o meio Século que terminou há pouco.

Até meados do Século XIX, pode dizer-se que só o indivíduo ou a família contavam para fazer face às dificuldades trazidas pela doença — quando um e outra falhavam, surgia a caridade cristã a resolver o caso.

A pouco e pouco, os poderes públicos foram-se interessando cada vez mais em assegurar aos povos boas condições sanitárias, chegando até a Inglaterra, pela mão do seu ministro Aneurin Bevan, a implantar o seu Serviço Nacional de Saúde. Foram os progressos da ciência médica que vieram impôr ao Estado a obrigação de intervir na protecção da Saúde, revelando, sucessivamente, os agentes causadores e os vectores de muitas doenças e mostrando que muitos actos julgados inocentes eram, na realidade, perigosos para outras pessoas.

A Escola do genial Pasteur abriu o caminho da bacteriologia e, na sua senda surgiram, na bacteriologia, parasitologia e em outros sectores, uma legião de investigadores que puseram a claro muitos problemas relacionados com a etiologia, a prevenção e a terapêutica da maioria das doenças conhecidas.

Aquela espécie de torpôr e de imobilidade legislativa, no campo da Saúde Pública, que caracterizou a maior parte do Século XIX, àquela limitação do Estado liberal, circunscrita quase à sua função policial, na prevenção da doença e na difusão das epidemias e à função assistencial em hospícios e hospitais, seguiu-se, depois, uma nova era, caracterizada por intensa proliferação legislativa no domínio da Saúde Pública, em constante aperfeiçoamento da técnica e em contínua dilatação da sua acção protectora. À medida que se iam registando novas descobertas, surgiam, também, as deliberações legislativas correspondentes, na defesa do interesse geral e assim se foi acentuando cada vez mais o intervencionismo do Estado, na limitação das liberdades individuais, numa acção cada vez mais decisiva contra «o direito inviolável e sagrado» da propriedade individual. E, à medida que a ciência ia descobrindo que a vida colectiva criava condições propícias a uma mais fácil difusão da doença, iam nascendo tam-

bém as medidas relativas à salubridade da habitação, à higiene dos aglomerados urbanos e rurais e a regulamentação da medicina do trabalho.

A descoberta de novas drogas e de técnicas de diagnóstico e de terapêutica que já não estavam ao alcance do indivíduo doente ou dos recursos económicos do agregado familiar foram impondo, por sua vez, ao Estado, obrigação de construção de novos hospitais, de Dispensários, de Sanatórios e de todo esse arsenal vastíssimo onde hoje se assiste ao homem doente.

A par disto, o próprio homem foi evoluindo também e foi-se despreendendo da ideia fatalista da doença que dominava o homem de outrora e libertando, ao mesmo tempo, da paixão da liberdade. Aquela ideia fatalista foi dando lugar à de que, uma vez doente ou atingido por desastre, tem direito e tem possibilidade de tratamento e a sua paixão de liberdade foi substituída pelo anseio da Segurança Social.

Nestes cem anos, um trabalho lento de evolução tem operado uma profunda transformação, alargando a noção de Saúde Pública e da acção sanitária que incumbe ao Estado. A pouco e pouco, a Saúde passou do plano individual ao colectivo, do direito privado ao direito público (Rivero), a Saúde de cada um passou ao interesse do Estado, tanto no ponto de vista preventivo, como curativo, tanto no indivíduo como no do grupo e, assim, todo o Campo da Saúde se abriu à acção do Poder.

A Saúde continua a ser um bem *individual* que permite ao homem as melhores condições para desempenhar as suas funções no Mundo, condição de maior capacidade de trabalho físico, garantia do melhor equilíbrio do trabalho intelectual e moral; mas é também um bem *Social*, que interessa duplamente à Sociedade — não só porque o valor da Sociedade depende do somatório do valor dos seus membros, mas porque a saúde dos indivíduos que a compõem não pode ser assegurada sem o concurso dessa mesma Sociedade.

Se é certo que o indivíduo tem o dever de conservar a sua Saúde e a família tem por função, além da propagação da espécie, assegurar a educação e garantir aos seus membros as condições elementares da existência e da saúde em cada dia, não é menos verdade que muitas vezes se torna impossível a um e a outra cumprir essa missão.

Por isso mesmo, e porque reconhecem a Saúde como um bem da Nação, os Estados incluíram nas suas Constituições a garantia da Saúde de todos os seus membros, originando, assim, o direito à Saúde e o Poder Tutelar do Estado em tal matéria. Assim nasceu, para eles, o dever de organizar os seus Serviços de Profilaxia e de Assistência, de modo a garantir a defesa da Saúde e o tratamento da doença.

No Art. 6.^o da nossa Constituição se dispõe que incumbe ao Estado «zelar pela melhoria das condições das classes sociais mais desfavorecidas, procurando



PENICILINA NOVO PERORAL

200.000 U. I.

**de benzil-penicilinato de potássio
por comprimido**

RECOMENDÁVEL EM PEDIATRIA

e

**sempre que se torne conveniente poupar
o doente aos reflexos emocionais da injeção**

Tubos de 12 comprimidos

Frascos de 100 comprimidos

NOVO

TERAPEUTISK LABORATORIUM A/S

COPENHAGUE • DINAMARCA



REPRESENTANTES PARA PORTUGAL E ULTRAMAR :

J. A. BAPTISTA D'ALMEIDA, L.^{DA}

Rua Actor Taborda, 13 • LISBOA • N.

do assegurar-lhes um nível de vida compatível com a dignidade humana» e também defender a Saúde Pública.

E, ao lado dos deveres do Estado, surgiram as obrigações da Empresa, velando pela saúde de todos os elementos que nela colaboram. Ao fazê-lo, a Empresa não actua somente como a Família e o Estado, na defesa de um bem que interessa directamente ao Homem — vai mais além: defende um bem que interessa directamente à produção. A Empresa, ao montar os seus Serviços de Higiene e de Medicina do Trabalho, não actua por simples dever de humanidade — assegura um melhor rendimento do trabalho, defende a sua própria existência e a sua prosperidade.

A Saúde do indivíduo repercute sempre sobre a dos demais e nem sempre as medidas individuais na defesa da Saúde deixam de ser imprudentes ou prejudiciais. A Saúde, mesmo individual, é sempre um problema que interessa à Colectividade. Por isso mesmo, o Estado tem o dever de manter em cada um dos escalões — familiar, municipal ou nacional — os seus vigias, os seus pilotos das medidas gerais que é necessário tomar, quer sobre o perigo da entrada de doenças, quer sobre a eficácia das vacinas, quer sobre a salubridade das habitações e dos aglomerados rurais ou urbanos, quer sobre a assistência na doença, etc..

Será desnecessário afirmar que a Saúde Pública tem um alto valor económico e representa um primordial papel na vida das nações — «é o fundamento em que assentam a felicidade do povo e o poder do Estado» (Disraeli).

É, porém, muito difícil determinar, no orçamento duma autarquia ou do Estado, o rendimento das despesas consagradas a manter e a elevar o nível de saúde da população a que respeitam.

É fácil aos economistas e actuários estabelecer, por exemplo, em face do preço das máquinas, o valor do rendimento do seu trabalho e as taxas de amortização do dinheiro ali immobilizado: o rendimento dos capitais investidos em determinadas obras de fomento, através dos preços dos produtos que daí derivam, etc. Mas não encontram a mesma facilidade ou não são atraídos por igual simpatia para o estudo do valor económico da Saúde e para as perdas representadas pela doença, pela invalidez e pela morte prematura dos indivíduos que pertencem à autarquia ou ao Estado e as quais possam resultar do afrouxamento ou do abandono das medidas protectoras da Saúde.

Só um ou outro tem colocado, ao lado do capital material das suas constantes ocupações, este outro valiosíssimo capital que é o capital humano, mas sem perseverança e sem entusiasmo.

Foram os médicos e os funcionários de Saúde Pública — aqueles que mais directamente vivem as dolorosas repercussões da falta de medidas adequadas para a protecção da Saúde — os que primeiro chamaram a atenção dos economistas e são eles que continuam a in-

sistir sobre o valor económico das medidas tendentes a evitar as doenças, a atenuar os seus efeitos por um diagnóstico mais precoce e um tratamento mais eficiente e a reduzir, assim, a proporção dos doentes, débeis e inválidos.

Hoje foi a O. M. S. que lançou ao Mundo inteiro este tema simples — *Saúde é Prosperidade* — mas que contém um elevado alcance. Neste dia e em todos os países que têm relações com a O. M. S., médicos ou técnicos de Saúde falam aos seus auditórios do valor da Saúde e das iniciativas tendentes a defendê-la e a melhorá-la que o mesmo é defender e salvaguardar «o homem, o mais precioso capital». Salvaguardar este capital em qualidade e em quantidade é um dos imperativos essenciais da acção governamental, disse um dia Staline.

Suponho que não há político contemporâneo responsável, em qualquer parte do mundo, que tenha a coragem de negar o valor económico de tal política.

Esperemos confiados em que virão tempos em que as despesas com a Saúde Pública se hão-de processar com o mesmo rigor científico das demais, definindo o valor económico do seu rendimento.

Deve dizer-se, porém, como bem avizadamente comenta o Prof. Winslow, que os argumentos económicos não são a razão exclusiva, nem mesmo a principal, deste movimento que vai pelo mundo a favor da Saúde Pública, pois é o homem e não o dinheiro o que determina toda esta luta. Para apoio da sua tese, cito as palavras de Mathieu Arnold, para quem os que se batem pela defesa da Saúde Pública o fazem animados pelo «amor do próximo, pela necessidade de actuar, de ajudar e de fazer o bem, pelo desejo inato no homem de corrigir o erro humano, de dissipar a confusão humana e de reduzir a miséria humana, pela alta ambição de legar às gerações futuras um mundo melhor e mais feliz do que aquele que nós conhecemos».

Mas a Saúde Pública é, de facto, uma boa aplicação de capital e «é um bem que se pode comprar. Nos limites impostos pela Natureza, uma colectividade pode determinar as suas taxas de mortalidade» como, há pouco mais de 30 anos, proclamou nos E.E.UU., Hermann Bigs.

O dinheiro gasto pelo Estado em defesa da Saúde, ser-lhe-á restituído com avultados juros, mercê da economia feita através de braços que não param, de doenças que não foi preciso tratar e de vidas que se pouparam.

Está já na consciência de todos os povos que a Saúde é indispensável ao desenvolvimento dos países — quer agrícola, quer industrial — e ao seu progresso social e económico.

Todos os países têm problemas que reclamam aperfeiçoamento e alargamento das medidas de Saúde Pública — tanto os ricos e bem desenvolvidos, como os ainda insuficientemente evoluídos, diz com inteira verdade o Dr. Myr-

dal. Mesmo na grande e próspera América, há gente que vive em precárias condições de habitação, em regimen de sub-alimentação e com altas taxas de mortalidade, onde largamente se verifica a «lei dos efeitos cumulativos», ou a «teoria do ciclo vicioso», onde todos os elementos negativos mutuamente se reforçam.

Ali, como nos países mais atrasados, há «seres humanos que vivem miseravelmente num clima social onde o trabalho é improdutivo, a sua produção pouco abundante, a vivenda insuficiente, a existência breve e a saúde deficiente ou constantemente ameaçada».

Há só diferença de amplitude na importância e nas consequências destes problemas duns para outros países. Mas tanto nuns como noutros, se verifica o tal ciclo vicioso de que fala o Prof. Winslow: os indivíduos adoecem porque são pobres; empobrecem mais porque são doentes e tornam-se ainda mais doentes porque são pobres. Há um contínuo abaixamento de níveis e, em tais condições, um factor negativo é, ao mesmo tempo, causa e efeito de todos os outros factores negativos.

Dentro desta Escola Normal Social, em que nos encontramos, devem estar arquivados centenas de inquéritos sociais de famílias extremamente pobres, realizados pelas suas alunas, sob a sábia orientação da sua ilustre Directora, dos quais ressalta com evidente clareza e dolorosa amargura, embora num escalão limitado, de bairro pequeno, esta grande verdade.

O desemprego, o salário baixo, a deficiência de habitação, a insuficiência de alimentação e o nível de saúde agravam-se mutuamente — a miséria leva à doença; a doença gera a miséria. É, afinal, problema comum a todas as massas pobres da população — quer urbanas, quer rurais.

Os Serviços de Saúde, o Serviço Social e o Instituto de Assistência à Família têm de dar-se as mãos, de trabalhar em perfeita coordenação para resolver estes casos, cortando o ciclo vicioso do agravamento contínuo. E não só isso: não basta opôr-se à manutenção do equilíbrio ou deter o agravamento; mas deve também promover a reabilitação e a elevação do nível Social, impondo a inversão da tendência regressiva.

Só assim os elementos negativos deixarão de ser causa e efeito. Nalgumas dessas famílias que povoavam bairros miseráveis desta cidade, com a sua instalação em casas mais higiénicas, dessas que constituem os seus novos bairros, com auxílio financeiro inicial, com assistência moral e assistência técnica na vigilância da saúde, se rompeu o ciclo vicioso e se verificou a recuperação da família — a teoria dos efeitos cumulativos continuou a verificar-se, mas, então, já com efeitos benéficos. Honra seja ao ilustre Presidente da Câmara e a quantos contribuíram para esta transformação.

Isto mesmo se verificou, em larga escala, com a população negra nos

EE.UU., onde, depois de largo período de «estagnação relativa», Roosevelt declarou que esse era o problema n.º 1 da América e promoveu uma série de medidas que operaram a transformação da população negra das regiões do sul, no sentido da elevação do seu nível social.

As verbas aplicadas na defesa da Saúde Pública valem como as das melhores obras de fomento da Nação, sempre que daí resultem diminuição da morbidade, melhores condições de vida, menores taxas de invalidês, menor número de mortes prematuras, e mais reduzido número de débeis.

A duração da vida humana tem uma expressão económica muito importante e tão importante que se afirma que, se a morte se regista antes dos quinze anos, isso corresponde a grave perda para a Sociedade; se se verifica aos quarenta, já há nítido benefício; mas se sobrevem aos setenta e cinco, então o benefício duplica.

A duração média da vida é, nos vários países, directamente proporcional à sua evolução — nos países menos evoluídos, nos que mais precisam de acelerar o ritmo do seu desenvolvimento, é onde vemos a mais curta duração média da vida humana.

Mas ainda mais duramente do que a mortalidade prematura, pesa, na economia das nações, a forte morbidade.

Está hoje averiguado que o paludismo impõe, na Rodésia do Sul, uma redução de 5 % a 10 % da mão de obra total do país, precisamente na altura de mais intenso trabalho agrícola; na Índia e no Peru, ocasiona perdas económicas calculadas, respectivamente, em 28 milhões e em 27 milhões de dólares, em cada ano; e, nas Filipinas, o paludismo e a tuberculose, atingindo, respectivamente, 1 em cada 10 e 1 em cada 15 habitantes, acarretam prejuízos que são calculados em 33 dólares por ano e por habitante.

A bilharzioze origina, no Egipto, prejuízos que andam por volta de sete milhões de dólares, em cada ano.

Seria nosso desejo poder juntar a estes os números respeitantes a Portugal, para que se pudesse avaliar o desgaste que a doença e a mortalidade precoce provocam no nosso País. Os cálculos não estão feitos senão para uma ou outra doença, segundo penso. Mas para termos uma ideia, basta citar o que se passa com os dois problemas sanitários fundamentais do nosso País — a Tuberculose e a Mortalidade Infantil.

A Tuberculose — «o mais jurado inimigo da vida colectiva», no dizer de Ricardo Jorge, — rouba-nos, em cada ano, 12.000 a 15.000 portugueses de todas as idades. Dois homens responsáveis e ilustres deste país, o Professor Lopo de Carvalho e o Dr. Simões Ferreira, fizeram os cálculos dos prejuízos destas mortes.

Para o Professor Lopo de Carvalho, o prejuízo das 15.000 mortes por Tuberculose, avaliado ao preço do salário de há 12 anos, totalizava 500.000 con-

tos. Para o Dr. Simões Ferreira, as 12.000 mortes anuais, feitos os cálculos ao preço dos salários de há dois anos, totalizava 800.000 contos!

No Boletim dos Actuários portugueses, afirmou-se que, a cada tuberculoso falecido, corresponde para a economia nacional, um prejuízo de cerca de 29 anos de trabalho, ou sejam 230 contos de salário, tomando por base o vencimento dos trabalhadores abrangidos pelos Organismos de Previdência, em 1951. Ao total dos óbitos por tuberculose nas populações abrangidas por esses Organismos (625.000 trabalhadores e seus familiares — 14,7 % da população portuguesa) correspondem 440.000 contos de salários. Se lhes juntarmos os prejuízos resultantes da doença, atingem-se os 500.000 contos que são o verdadeiro prejuízo que a tuberculose causa, em cada ano, à população trabalhadora de Portugal, abrangida pela Previdência.

Não temos estatísticas da morbidade da tuberculose entre nós, visto que a tuberculose não é doença de declaração obrigatória, mas podemos socorrer-nos de um cálculo, sabendo que, em vários países, se tem averiguado a relação existente entre os casos de morte por tuberculose e os de tuberculose evolutiva. Entre sete, em França e quinze na Suécia, se encontram os valores desse factor nos vários países. Se adoptarmos a média, estabelecida por Framingham e também por Birkaug para os E. U. A., de nove casos de tuberculose franca por cada tuberculoso que morre, somos forçados a concluir pela existência de 108 a 135 mil portugueses, portadores de Tuberculose activa. Como, em Portugal, 50 % dos casos de morte por tuberculose se verificam em indivíduos com menos de 30 anos e 55 % em indivíduos entre 15 e os 45

anos, facilmente se aceita que é nessas idades que opera a maior incidência da doença, nas idades que correspondem à máxima produtividade.

Não é fácil avaliar qual o prejuízo que, por inactividade durante bastantes meses, a doença acarreta em muitos milhares de tuberculosos que se curam, verba que deveria juntar-se à dos prejuízos causados pela morte, para que pudessemos ter uma ideia clara do verdadeiro descalabro económico causado pela tuberculose.

Pelo que respeita à mortalidade das crianças, também não é fácil fazer um cálculo. Ninguém sabe o que o País perde quando morre uma criança, mas aceita-se, hoje, como já disse, que é um perigo económico grave sempre que a morte de um individuo se regista antes dos quinze anos.

Pois bem: cada um de nós poderá recolher-se em meditação sobre o prejuízo que sofre o nosso País, ao saber que perdemos, em cada ano, entre 26.000 e 34.000 crianças com menos de 15 anos: 17.000 a 25.000 com menos de 1 ano, 4.500 de 1 a 5 anos, e 4.500 de 5 e 15 anos. Desses que morrem com menos de 1 ano, 6.000 não chegam ao mês, e outras 6.000 morrem sem assistência médica. 6.500 morrem por diarreia e enterite, mais de 2.500 por pneumonia e bronquite e mais de 1.000 por coqueluche e tuberculose. Sob estas rúbricas, absolutamente domináveis pela higiene alimentar, a educação sanitária e as vacinações preventivas, vão-se-nos embora mais de 10.000 crianças — quase metade dos óbitos infantis, com menos de 1 ano de idade.

Ao registar estes números, eu não quero dizer que Portugal tenha descurado, nos últimos anos, os problemas da Saúde Pública — quero só apontar

O HIPNÓTICO ATÓXICO

HIPNOSON

(3-metil-pentino-ol-3, em excipiente xaroposo)

SEM BARBITÚRICOS

NÃO DÁ:

acumulação, habituação
ou reacções secundárias

LABORATÓRIO FIDELIS

uma prova do muito que temos a fazer em matéria de Saúde Pública.

Portugal fez, em 1901 e 1928, duas profundas reformas da Saúde Pública.

No relatório que precede o Decreto da de 1926, disse Ricardo Jorge que, desde 1901 a 1926, os serviços de Saúde Pública não receberam benefícios apreciáveis, antes prejuízos sensíveis, e, assim, essa magnífica reforma de 1901, sem o apoio da força e do dinheiro, ficou quase obra inútil, razão porque nos conservamos, «no tocante a Saúde Pública, em considerável atraso, lesivo para a existência e saúde dos cidadãos, vexatório para o brio nacional».

Procedeu de outro modo o Governo do Estado Novo, definindo os princípios e bases de uma nova política assistencial e de Saúde Pública, considerando a Saúde Pública, um «problema sério da vida nacional».

O Estatuto da Assistência Social, o Instituto de Assistência à Família, a Lei da Assistência Psiquiátrica, a criação do Instituto Maternal, a Lei do Combate às Doenças Contagiosas, a Lei do Combate à Lepra, a Lei da Luta Anti-Tuberculosa, a criação do Instituto de Assistência aos Menores, a do Instituto de Assistência aos Inválidos, a Lei da Reorganização Hospitalar, a Criação de Escolas de Enfermagem, etc., são afirmações claras de uma política alta de defesa da Saúde Pública.

E não se ficou na afirmação dos princípios.

As despesas feitas com a Saúde Pública passaram de 676 contos em 1926, para 5.000 em 1930, para 8.000 em 1940 e para 30.000 em 1950.

E as de Assistência Pública que, em 1930, eram de 61.000 contos, passaram, em 1945, para 143.000, em 1948 para 212.000 e, em 1951, para mais de 241.000 contos.

As obras florescem por toda a parte, atestando claramente a revolução operada pelo Estado Novo, neste aspecto da vida nacional.

Os resultados afirmam-se na baixa contínua das taxas de morbilidade e de mortalidade das várias doenças e nos vários grupos etários.

Se estamos ainda longe da meta que pretendemos atingir e dos níveis já alcançados por tantos países, isso depende mais do atraso que tínhamos, do ponto de onde partimos, do que do ritmo com que vimos aplicando a nossa reforma da Saúde e da Assistência.

Aqui mesmo, no nosso Distrito e na nossa Província, nesta terra em que vivemos e que amamos profundamente, vimos surgir uma obra de Assistência aos Tuberculosos, de luta contra a Tuberculose, de combate à Lepra, de Assistência aos Alienados e de Protecção à Mãe e à Criança — a mais bela e a mais vasta obra de medicina preventiva e de assistência de todas as províncias de Portugal, modelar e admirável, que tem suscitado os mais belos encómios a tantos estrangeiros qualificados e cujos

frutos estão bem patentes. Mercê dela, podem a Cidade e o Distrito ufanar-se de possuir, desde há anos, as mais baixas taxas de mortalidade infantil de de todos os distritos de Portugal.

Aos nomes de Salazar e de Trigo de Negreiros, a quem o País fica devendo a maior parte da obra nacional de defesa da Saúde, que está em curso, e ao de Dr. Ribeiro Queirós, actual Subsecretário de Estado da Assistência Social, é de justiça juntar o do Professor Bissaya Barreto, o pioneiro e o grande realizador da magnífica obra de Assistência do Centro do País.

Neste Dia Mundial de Saúde, pensemos todos naqueles a quem ainda não foi possível fazer chegar os benefícios da reforma que está em curso e desejemos fortemente um alargamento e uma intensificação da nossa Política da Saúde, criando, assim, ambiente propício à execução dos novos empreendimentos, neste sector da Revolução Nacional.

A habitação, a nutrição e a educação sanitária do Povo carecem de ser devidamente englobadas e acarinhadas nessa Política. A família e o médico da família têm de ser considerados como elementos preciosos da sua execução. Os três primeiros elementos desempenham na Política da Saúde um papel primordial que me dispense de encaecer.

A família que a nossa Constituição considera «fonte de conservação e desenvolvimento da raça» e «base primária da educação, da disciplina e da harmonia social», pode e deve ter uma colaboração útil nessa política. E, de acordo com isso, já se afirma no Estatuto da Assistência Social que «a Assistência terá em vista o aperfeiçoamento da pessoa a quem é prestada e da Família ou agrupamento Social a que pertence».

O Instituto de Assistência à Família tem executado trabalho notável, mas esperamos que o intensifique ainda mais, reduzindo o número de famílias assistidas, dando a cada uma meios e possibilidades de desenvolverem completamente a sua missão (pois mantê-las na situação de perpetuamente assistidas é prova da falência da Instituição), procurando fazer educação Sanitária e colaborando mais intensamente com os Serviços de Saúde.

E o médico da família tem também ali o seu lugar, mesmo que não seja um técnico sanitário. Esta Política não deve executar-se só com os biólogos dos laboratórios, os Membros das Sociedades Científicas Médicas e os Técnicos Especializados da Saúde Pública. Sem ofensa para ninguém, se recorda aqui que o eminente Carrel disse um dia que «um especialista é tanto mais perigoso quanto mais eminente».

Melhor do que ninguém, porque é quem melhor conhece as condições da família, o médico privativo poderá informar os técnicos onde se encontram as prováveis fontes de contágio de determinada doença e poderá guiar a fa-

mília na prevenção das taras hereditárias.

Uma mais cuidada preparação dos médicos em Higiene e Medicina Social e uma mais larga representação do Serviço Social são elementos de alta importância para o bom êxito dessa Cruzada.

Desejariamos ver nela a Medicina Preventiva mais largamente representada, em correspondência com a sua importância que se avanta dia a dia, à medida que a investigação vai pondo à nossa disposição meios de diagnóstico mais simples e mais seguros que permitem descobrir mais precocemente a doença e à medida que se vão descobrindo processos de protecção mais simples e eficazes.

Afigura-se-nos que o ideal seria que a medicina preventiva se desenvolvesse tanto que tornasse dispensável a medicina curativa — que a saúde pela prevenção viesse substituir o conceito da saúde pela cura da doença.

Para isto, é preciso uma grande obra de educação que vença a resistência habitual do homem a todas as medidas da medicina preventiva — esse mesmo homem que considera sempre poucos todos os cuidados que sejam destinados a recuperar a sua saúde perdida: quer a saúde, mas não quer ser obrigado ao que ela exige.

Uma boa Política da Saúde não pode dispensar as Instituições destinadas à recuperação dos doentes, à reconquista da Saúde, por melhor que seja a medicina preventiva, instituições em que se faça assistência ao doente e que se não limitem a tratar a doença.

E, nem sei como possa executar-se toda essa política sem que haja um mesmo comando que disponha de todos os sectores que intervêm na Saúde Pública, para dar unidade à sua actuação e para coordenar com eficiência e economia, a função de cada um. Isso só será possível com a concentração de todos esses Serviços no mesmo Ministério. Enquanto isso se não fizer, parece-me impossível evitar a desordem e a má administração, as duplicações e triplicações de serviços, num País que não tem ainda o indispensável. Com o pensamento nos desprotegidos e nos que sofrem, e prestando justiça ao esforço já realizado, façamos os nossos votos mais ardentes por que se dilate e intensifique esta meritória reforma que está em curso e por que uma Política de Saúde de elevado nível técnico e moral se afirme cada vez mais forte e mais útil e dispunhâmo-nos todos a colaborar nela para um Portugal melhor. Assim se consagrará, com o Dia Mundial de Saúde, o dia português de Saúde!

Tenho dito.

Coimbra, 7-4-1953.

(Conferência realizada no Salão do Parque Infantil Dr. Oliveira Salazar).

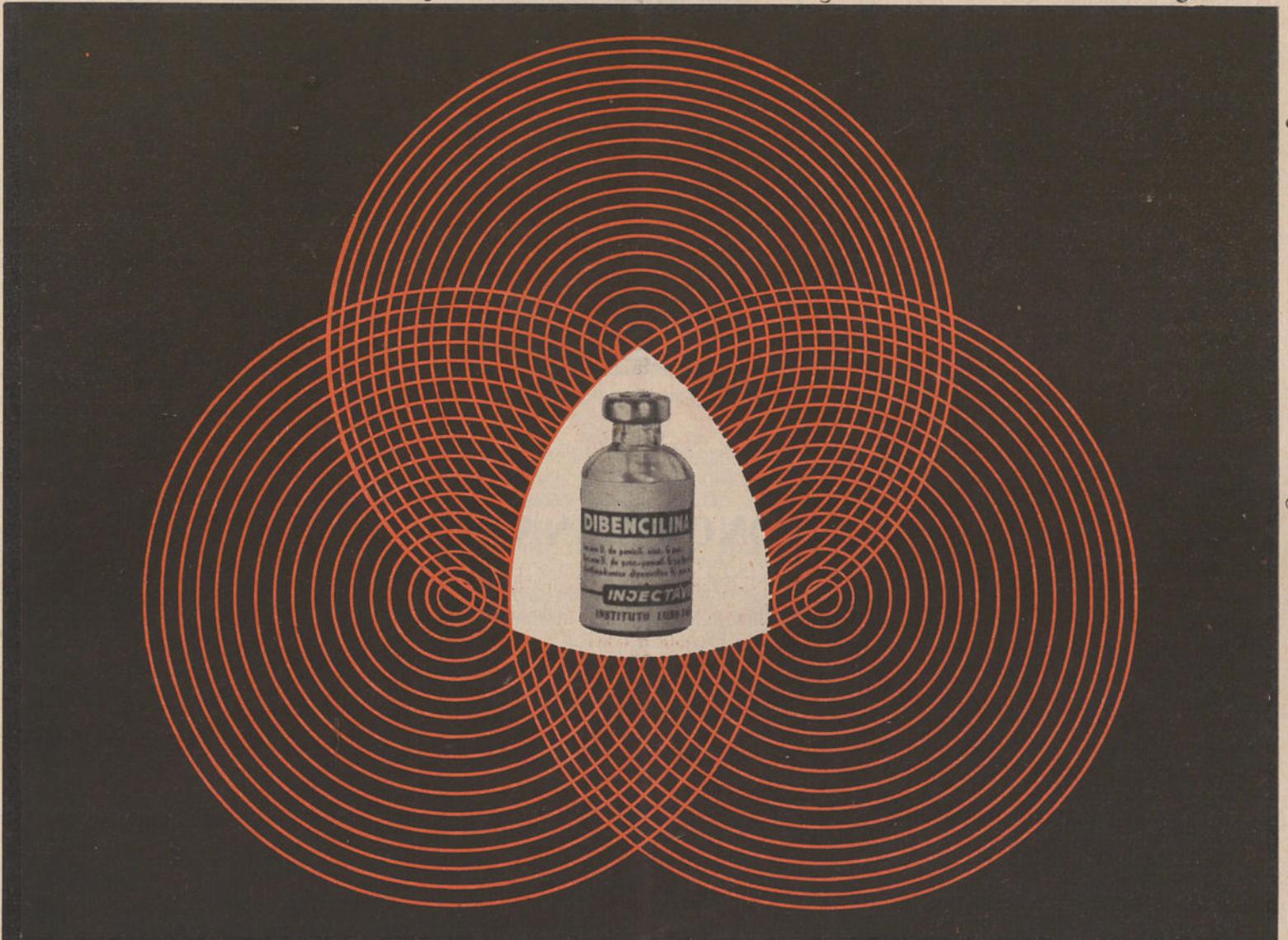
UM NOVO PROGRESSO NA PENICILINATERAPIA

Associação de

N, N' - dibenziletilenadamina dipenicilina G (Dibencilina)

Penicilina G potássica e Procaína - penicilina G

TRÊS FORMAS DE PENICILINA COM VELOCIDADES DE ABSORÇÃO DIFERENTES



ACÇÃO INICIAL DA PENICILINA POTÁSSICA (4 horas)

ACÇÃO PRÓXIMA DA PROCAÍNA-PENICILINA-G. (12 a 14 horas)

ACÇÃO MUITO PROLONGADA DA «DIBENCILINA» (até 14 dias)

Dibencilina. P

INSTITUTO LUSO-FARMACO — LISBOA

JORNADAS MÉDICAS DE BRUXELAS

(5-9 de Junho de 1953)

A XXVII sessão das Jornadas Médicas de Bruxelas realizou-se de 5 a 9 de Junho de 1953, sob a presidência do Prof. P. Rylant e teve um sucesso igual ao das anteriores sessões.

Foi na presença de S. M. a Rainha Isabel que decorreu, no Palácio das Academias, a sessão inaugural. Entre as numerosas personalidades que estavam no estrado presidencial, encontravam-se os Srs. De Paeye, Ministro da Saúde Pública e da Família; Barzin, reitor da Universidade de Bruxelas; Leblanc, vice-presidente desta Universidade; Danbresse, presidente do Conselho Superior da Ordem dos Médicos; Prof. Loeper, presidente da Academia de Medicina de Paris; P. Auger, professor na Sorbonne; De Laet, secretário geral do Ministério da Saúde Pública; Drs. L. Mayer, presidente do Comité permanente das Jornadas Médicas; van den Branden, R. Loicq, Mário Cardia (de Portugal), etc.

O Sr. Dr. Taeye, Ministro da Saúde Pública, dirige à Rainha, grande protectora das ciências e das artes, os sentimentos de gratidão do Governo e da assistência. Dá as boas-vindas às personalidades presentes a esta sessão. O Ministro insistiu em seguida sobre o interesse que apresenta a luta contra a poliomielite, assunto de que se trata nestas Jornadas.

Depois duma alocução do Dr. R. Loicq, o Sr. Leblanc, vice-presidente do Conselho de Administração da Universidade, salientou o interesse que esta dedica às Jornadas pela projecção no ensino pós-universitário e presta homenagem aos seus organizadores e em especial ao Dr. L. Mayer.

O Prof. Loeper, presidente da Academia Nacional de Medicina de França, fez-se intérprete dos delegados estrangeiros para agradecer aos organizadores destas Jornadas. O Prof. Rylant, em notável exposição, determina as condições intelectuais da investigação científica no domínio da fisiologia.

O Sr. P. Auger, professor na Sorbonne, fez uma brilhante conferência sobre a evolução das ciências, salientando o valor humano.

Durante a manhã de 6 de Junho houve demonstrações clínicas e sessões operatórias nos principais hospitais da cidade.

As conferências realizaram-se nas excelentes salas da Universidade, na Avenida Franklin Roosevelt. O problema do tratamento da úlcera do estômago foi exposto, sob o ponto de vista médico, pelo Prof. Savy (Lyon) e, sob o ponto de vista cirúrgico pelo Prof. Deloyers (Bruxelas). O Prof. J. Domini (Perouse) escolheu para assunto da sua conferência as correlações etio-patogénicas entre a esteatose hepática e a

cirrose. O Dr. A. Hervé (Liège) expõe as interessantes investigações da escola de Liège sobre a protecção química contra as radiações. Os problemas da gerontologia foram expostos pelo Prof. Herschen (Estocolmo). Simultaneamente, realizaram-se, em salas vizinhas, sessões da Associação Geral dos Dentistas da Bélgica; da Sociedade Médico Belga de Educação Física e de Desportos; da Federação da Imprensa Médica Internacional e da Sociedade Belga de Endocrinologia.

O dia de domingo, 7 de Junho, foi consagrado a um *Simpósio sobre a hipertensão arterial*, assim como a um *Simpósio sobre a doença de Basedow*. A fisiopatologia da hipertensão foi exposta pelo Dr. F. Reubi (Berne) e o Dr. H. Dewar (Newcastle) falou sobre o tratamento pelos sais de hexamatónio. Os problemas cirúrgicos da hipertensão foram tratados em conferências que realizaram o Prof. Weiss (Estrasburgo) e o Prof. J. Govaerts (Bruxelas).

O *Simpósio sobre a doença de Basedow* compreendia um relatório do Dr. Schosse (Bruxelas) sobre o tratamento da hipertiroidia pelos antitiroideos e outro do Prof. Vannotti (Lausanne) sobre a utilização do iodo 131 no estudo da função tiroideia e no tratamento da hipertireose. O tratamento cirúrgico foi o assunto das conferências do Dr. Wynen (Haia) e do Dr. Welti (Paris). Nesta tarde, o Dr. Ward (Rochester) fez uma exposição sobre as aplicações clínicas da cortisona, da hidrocortisona e da corticotrofina, nas doenças reumatismais.

Um *Simpósio sobre a poliomielite* teve lugar na segunda-feira, 8 de Junho. Compreendia uma conferência do Prof. Van Gehuchten (Louvain) sobre a histopatologia desta doença e outra do Prof. Nihoul (Gand) sobre a epidemiologia e o diagnóstico em relação com a patogenia. Houve ainda as exposições do Prof. Verlinde (Leyde) e do Dr. Lisè Quersin-Thiry (Bruxelas), do Prof. C. Hooft (Gand) e do Prof. Esser (Liège), que estudaram diversos problemas relacionados com a poliomielite.

O *Simpósio de cardiologia* permitiu aos assistentes ouvirem interessantes exposições sobre a estenose mitral pelo Dr. Lequine (Bruxelas), pelo Prof. Soulié (Paris) e pelo Prof. Ch. Bailey (Filadélfia).

A este programa científico — do qual ainda fizeram parte outras conferências — devemos acrescentar as festividades, que foram muito apreciadas pelos participantes desta 27.ª sessão das Jornadas Médicas: uma recepção pelo Ministro da Saúde, uma «soirée» dançante na nova sala da *Galerie Louise*, com intermédio de bailados vienenses, e um espectáculo no *Teatre Royal du Parc*.

Na terça-feira, 9 de Junho, os congressistas foram recebidos pela Universidade de Gand, onde um programa científico e recreativo foi executado com o maior êxito.

Bruxelas, 20 de Junho de 1953.

C. L.



LONGACILINA

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

Cada comprimido: 150.000 U.
Actividade 8-12 horas

LONGACILINA A

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

Frascos de 300.000 U.
Actividade: 7 dias

Frascos de 600.000 U.
Actividade: 14 dias

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

CONGRESSO DA UNIÃO INTERNACIONAL DA IMPRENSA MÉDICA

Bruxelas, 6 de Junho de 1953 — Presidencia: Prof. R. Ley

Este congresso reuniu-se, no sábado 6 de Junho de 1953, num local posto à sua disposição pelas Jornadas Médicas de Bruxelas, na Universidade Livre de Bruxelas. Numerosas personalidades, pertencendo à imprensa médica, vieram de França, da Grã-Bretanha, da Itália, da Suíça, de Portugal e da Bélgica.

De França, notamos a presença do Sr. Professor Loeper, Presidente da Academia de Medicina, o Sr. Prof. Decoulx, de Lille, os Srs. Drs. Fischer, redactor-chefe do «Concurs Médical», Roux Dessarps (Paris), Lépire (do Instituto Pasteur de Paris), Pye (Paris), Godlewski (Paris) e os Srs. Mignon (secretário geral da Câmara Sindical da Imprensa Médica Francesa), Dupin de Lacoste (director da Expansão Científica Francesa), Masson (Paris).

De Itália, os Srs. Prof. Varvaro (Palermo), Oliaro (director de «Minerva Médica») e Campane (director do «Giornale di Medicina Militare»).

Da Grã-Bretanha, o Sr. Dr. H. A. Clegg (director do «British Médical Journal»).

Da Suíça, o Sr. Dr. H. Brandt (Genebra), redactor-chefe de «Médecine, et Hygiène»).

De Portugal, o Sr. Dr. Mário Cardia, director de várias revistas médicas muito espalhadas no seu país e representante da Associação Espanhola da Imprensa Médica e de outras revistas portuguesas e ainda o Sr. Dr. Fernando Namora, do Instituto Português de Oncologia.

De Venezuela, o Dr. Ríquez-Irizarren.

Entre os médicos belgas que assistiram ao Congresso, notamos a presença dos Srs. Drs. Ancieux, André, Cheval, Dekeyser, de Laet, Gobeaux, Hermans, Konings, Lederer, Massion, L. Mayer, Ch. Sillevaerts, G. Spehl, Van Goidseghover, Van Lennaep, Voncker, etc.

O Prof. R. Ley inicia os trabalhos do Congresso, lembrando que este é o seguimento do Congresso reunido em Veneza, no dia 4 de Outubro de 1952, por iniciativa do Dr. Oliaro, director de «Minerva Médica». Dá as boas-vindas aos congressistas e afirma que está convencido do êxito da reunião.

O Sr. Prof. De Laet, numa alocução de grande elevação de pensamento, lembra os fins essenciais da imprensa médica e o interesse que há em agrupar os esforços no plano internacional. «Bruxelles-Médical» publicará brevemente o texto da alocução do Prof. De Laet.

O Sr. Dr. Carlos Mayer, secretário geral do Congresso, expõe o seu relatório, no qual recorda os esforços que se fizeram até agora no domínio da imprensa médica no plano internacional. Dá as boas-vindas aos congressistas belgas e estrangeiros e lembra que um dos fins principais do Congresso é a aprovação dos Estatutos definitivos. Em seguida, estabelece-se discussão sobre este assunto, na qual tomam parte vários

congressistas. É nomeada uma comissão para estudar a redacção dos Estatutos, que são submetidos à Assembleia e



DR. CARLOS MAYER
(Secretário Geral do Congresso)

aprovados por ela (Drs. Loeper, Mayer, Cardia, Clegg, Oliaro e Brandt).

São eleitos por aclamação os Srs. Prof. Loeper como presidente da «União Internacional da Imprensa Médica» e os Drs. Mignon (Paris) e Ch. Mayer, como secretários gerais. Fica decidido que o próximo Congresso da União seja

em Turim, no mês de Junho de 1954, e a sua organização confiada ao Dr. Oliaro.

Os participantes do Congresso reuniram-se num restaurante próximo da Universidade e a atmosfera desta reunião foi particularmente cordeal.

À tarde, a Assembleia ouviu as seguintes comunicações:

O Sr. Dr. G. Spehl, de Bruxelas, faz uma comunicação a respeito dos artigos de carácter médico que aparecem na imprensa quotidiana e nos hebdomadários não médicos. Lamenta que certas informações, manifestamente erróneas, possam ter influência nefasta no público. Esta comunicação foi discutida pelos Srs. Dr. Mignon (Paris), Dr. Gobeaux (Bruxelas) e Dr. Godlewski (Paris).

O Sr. Prof. Lederer, de Louvain, fala sobre a necessidade de utilizar na imprensa médica a denominação científica dos produtos citados.

O Sr. Dr. Fernando Namora, de Lisboa, faz uma interessante comunicação sobre os resultados da experiência que ele adquiriu como redactor principal do Instituto de Oncologia de Lisboa.

O Sr. Dr. Godlewski, de Paris, insiste sobre o papel educativo da imprensa médica, particularmente no que respeita ao ensino pós-universitário.

DR. C. H. MAYER

(Secretário Geral do Congresso)

Reumatismo

Artritis

Dores musculares

Pleurodinias

etc.

- GRANDE PODER DE PENETRAÇÃO
- ALÍVIO RÁPIDO DA DOR
- DESCONGESTIONAMENTO PROGRESSIVO
- ACÇÃO DIRECTA NA ZONA DOLOROSA
- PRODUÇÃO DE ACIDO SALICÍLICO "NASCENTE"



*Crema anti-reumático
analgésico e antiflogístico de
Salicilato de Dietilamina.*

UM PRODUTO

Davi

TOTALMENTE

N O V O

E ORIGINAL

REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL

Regulamento n.º 2 da OMS

(Continuação do número anterior)

ARTIGO 40

As medidas sanitárias tomadas num porto ou aeroporto, com excepção da visita de saúde, não devem repetir-se em nenhum dos portos ou aeroportos em que o navio ou aeronave posteriormente tocarem, a não ser que:

- a) Após a partida do porto ou aeroporto onde as medidas foram aplicadas, se tenha dado, nesse porto ou aeroporto, cu a bordo do navio ou da aeronave, um facto de carácter epidemiológico susceptível de motivar nova aplicação dessas medidas;
- b) A autoridade sanitária dum dos portos ou aeroportos subsequentes não tenha podido certificar-se de que as medidas tomadas não foram aplicadas de maneira verdadeiramente eficaz.

ARTIGO 41

Sob reserva das disposições do artigo 79, não pode, por motivos sanitários, recusar-se o acesso dum porto ou aeroporto aos navios ou aeronaves. Todavia, se o porto ou aeroporto não estiver apetrechado para aplicar as medidas sanitárias permitidas pelo presente Regulamento que a autoridade sanitária do porto ou aeroporto considera necessárias, aqueles navios ou aeronaves podem ser obrigados a dirigir-se, a seu risco, ao porto ou aeroporto qualificado mais próximo que melhor lhes convenha.

ARTIGO 42

Uma aeronave não se considera precedente duma circunscrição infectada pelo simples facto de, ao sobrevoar um território infectado, ter aterrado num ou mais aeroportos sanitários que não fossem eles próprios circunscrições infectadas.

ARTIGO 43

Qualquer pessoa que, a bordo duma aeronave, sobrevoou uma circunscrição infectada, mas não aterrou aí ou aterrou nas circunstâncias definidas no artigo 34, não se considera procedente dessa circunscrição infectada.

ARTIGO 44

1. Salvo nos casos previstos no parágrafo 2 seguinte, todos os navios ou aeronaves que, à chegada, recusarem sujeitar-se às medidas determinadas pela autoridade sanitária do porto ou aeroporto, para aplicação do presente Regulamento, ficam livres para prosseguir imediatamente a viagem; neste caso não podem, no decorrer da viagem, fazer escala por nenhum outro porto ou aeroporto do mesmo território. Contudo, estes navios ou aeronaves ficam autorizados a meter a bordo combustível ou carburantes, água potável, víveres para consumo e provisões, com a condição de ficarem em quarentena. Se, após visita médica, os navios forem considerados indomnes, conservam a regalia das disposições do artigo 33.

2. Todavia, ficam sujeitos pela autoridade sanitária do porto ou aeroporto às medidas indicadas para aplicação do presente Regulamento e não ficam livres de prosseguir imediatamente a viagem, no caso de chegarem a um porto ou aeroporto duma zona de receptividade amarela:

- a) As aeronaves infectadas de febre-amarela;

- b) Os navios infectados de febre amarela, se a bordo se descobriu a existência de *Aedes aegypti* e se a visita de saúde demonstrar que uma pessoa infectada não foi isolada em tempo oportuno.

ARTIGO 45

1. Se, por motivos independentes da vontade do respectivo comandante, uma aeronave aterrar fora dum aeroporto ou num aeroporto que não seja aquele onde normalmente deveria aterrar, o comandante dessa aeronave ou o seu delegado esforçar-se-á por notificar imediatamente a aterragem à autoridade sanitária mais próxima ou a qualquer outra autoridade pública.

2. A autoridade sanitária, logo que for avisada daquela aterragem, pode tomar as disposições adequadas, sem ultrapassar, em caso algum, as medidas permitidas pelo presente Regulamento.

3. Sob reserva das disposições do parágrafo 5 infra, as pessoas que se encontrem a bordo não podem deixar as proximidades do local da aterragem, excepto para comunicar com a autoridade sanitária ou qualquer outra autoridade pública, ou com permissão dessas autoridades, e as mercadorias não podem ser afastadas das mesmas proximidades.

4. Depois de executadas as medidas eventualmente determinadas pela autoridade sanitária, a aeronave fica autorizada, sob o ponto de vista sanitário, a dirigir-se para o aeroporto onde normalmente deveria aterrar ou, se razões técnicas a isso se opuserem, para o aeroporto que melhor lhe convenha.

5. Em caso de urgência, o comandante da aeronave ou o seu delegado tomam as medidas necessárias para a saúde e segurança dos passageiros e tripulação.

CAPITULO V

Medidas relativas ao transporte internacional de mercadorias, bagagens e correio

ARTIGO 46

1. As mercadorias não são submetidas às medidas sanitárias estabelecidas no presente Regulamento a não ser que a autoridade sanitária tenha razões para crer que possam ter sido contaminadas por germes de qualquer doença quarentenária ou abrigar vectores de uma destas doenças.

2. Sob reserva das medidas estabelecidas no artigo 68, as mercadorias, com excepção dos animais vivos, que passem em trânsito sem transbordo não são sujeitas a nenhuma medida sanitária nem ficam retidas nos portos, aeroportos ou estações fronteiriças.

ARTIGO 47

Salvo no caso de pessoa infectada ou suspeita, as bagagens só podem ser desinfectadas ou desinsectadas se pertencerem a pessoa que transporte objectos contaminados ou nas quais se descobriam insectos vectores de doença quarentenária.

ARTIGO 48

1. Não se tomam nenhuma medidas sanitárias em relação ao correio, jornais, livros e outros impressos.

2. As encomendas postais só são submetidas a medidas sanitárias se contiverem:

- a) Os alimentos indicados no parágrafo 1 do artigo 68 que a autoridade sanitária tiver razões para julgar contaminados por provirem de uma circunscrição infectada de cólera;
- b) Roupa, vestuário, roupa de cama e colchoaria, que serviram ou se conspurcaram, e aos quais são aplicáveis as disposições do título V.

TÍTULO V

Disposições relativas a cada uma das doenças quarentenárias

CAPITULO I

Peste

ARTIGO 49

Para efeitos do presente Regulamento é fixado em seis dias o período de incubação da peste.

ARTIGO 50

A vacinação contra a peste não constitui condição para a admissão de qualquer pessoa num território.

ARTIGO 51

1. Os Estados devem empregar todos os meios ao seu alcance para diminuir o perigo de propagação da peste pelos roedores e seu ectoparasitas. As administrações sanitárias manter-se-ão constantemente informadas, pela colheita sistemática e exame regular dos roedores e susctoparasitas, sobre a situação existente nas circunscrições — principalmente portos e aeroportos — infectadas de peste dos roedores ou suspeitas dessa infecção.

2. Durante a permanência de um navio ou aeronave num porto ou aeroporto infectado de peste serão tomadas medidas especiais para evitar que os roedores penetrem a bordo.

ARTIGO 52

1. Os navios devem ser:
 - a) Periódicamente desratizados; ou
 - b) Permanentemente mantidos em condições tais que o número de roedores a bordo possa desprezar-se.

2. Os certificados de desratização e os certificados de isenção de desratização são passados exclusivamente pelas autoridades sanitárias dos portos autorizados para este efeito, nos termos do artigo 17. O prazo de validade destes certificados é de seis meses. Todavia, este prazo pode prolongar-se por um mês para os navios que se dirijam para um porto autorizado, se estiver previsto que as operações de desratização ou a inspecção, conforme o caso, podem aí efectuar-se em melhores condições.

3. Os certificados de desratização e os certificados de isenção de desratização são do modelo apresentado no anexo I.

4. Se nenhum certificado válido lhe for apresentado, a autoridade sanitária de um porto autorizado nos termos do artigo 17, após inquérito e inspecção, pode:

- a) No caso de um porto da categoria indicada no parágrafo 2 do ar-

Produto original apresentado sob as formas de "PÓ" e de "PASTA"



BASE:

{ ALBUMINA
DIATOMÁCEAS
COLOIDE SILÍCICO

INDICAÇÕES

LAURODERME "Pó"

Intértrigos - Eritêmas - Eczemas húmidos - Pruridos - Lesões dérmicas de toda a espécie - No tratamento da pele irritada e sensível - Nos recém-nascidos, principalmente em combinação com a "Pasta" - No tratamento vaginal sêco.

LAURODERME "Pasta"

Intértrigos - Eritêmas - Eczemas - Lesões dérmicas de toda a espécie - No tratamento da pele irritada e sensível - Queimaduras, etc..

NOTA - Em certos casos deverá aplicar-se a "Pasta", à noite, friccionando bem até completa absorção pela pele, e, para aumentar a sua acção, deverá pulverizar-se o local com o "Pó".



M. RODRIGUES LOUREIRO - Rua Duarte Galvão, 44 - Lisboa

tigo 17, desratizar ela própria o navio ou mandar executar esta operação sob sua direcção e fiscalização; ela decidirá qual a técnica a empregar em cada caso para assegurar a destruição dos roedores no navio. A desratização será efectuada de maneira a evitar, tanto quanto possível, qualquer prejuízo para o navio e para a carga e não deve durar mais do que o tempo estritamente necessário para a sua boa execução. Sempre que seja possível, a operação realiza-se com os porões vazios. Nos navios em lastro efectua-se antes do carregamento. Quando a desratização tiver sido executada a seu contento, a autoridade sanitária concede um certificado de desratização;

- b) Em todos os portos autorizados nos termos do artigo 17, conceder um certificado de isenção de desratização se a autoridade sanitária verificar que o número de roedores a bordo pode desprezar-se. O certificado só pode conceder-se se a inspecção do navio for feita com os porões vazios ou ainda se estes contiverem apenas lastro ou objectos que não sejam susceptíveis de atrair os roedores e cuja natureza ou arrumação permita a inspecção completa dos porões. Os petroleiros cujas cisternas estejam cheias podem obter certificado de isenção de desratização.

5. Se a autoridade sanitária do porto onde se executa a desratização considerar que as condições em que a operação se efectuou não permitiram obter um resultado satisfatório, menciona o facto no certificado de desratização existente.

ARTIGO 53

Em circunstâncias epidemiológicas excepcionais, uma aeronave pode ser desratizada quando se suspeitar da presença de roedores a bordo.

ARTIGO 54

Antes da sua partida de uma circunscrição onde exista epidemia de peste pulmonar, os suspeitos que efectuem uma viagem internacional devem ser sujeitos a isolamento durante um período de seis dias, a contar da última exposição à infecção.

ARTIGO 55

1. Um navio ou uma aeronave consideram-se à chegada infectados:

- a) Se houver caso de peste humana a bordo; ou
b) Se for encontrado a bordo algum roedor infectado de peste. Um navio considera-se igualmente infectado se algum caso de peste humana se tiver declarado mais de seis dias após o embarque.

2. Um navio considera-se à chegada suspeito:

- a) Se, ainda que não haja peste humana a bordo se tiver declarado algum caso dentro de seis dias após o embarque; ou
b) Se entre os roedores a bordo se manifestou uma mortandade insólita por causa ainda não determinada.

3. Um navio ou uma aeronave consideram-se à chegada indemnes, ainda que provenham de uma circunscrição infectada ou tenham a bordo qualquer pessoa procedente de uma circunscrição infectada, se na visita de saúde a autoridade sanitária pôde certificar-se de que não existem as condições previstas nos parágrafos 1 e 2.

ARTIGO 56

1. A chegada dum navio infectado ou suspeito ou duma aeronave infectada a autoridade sanitária pode aplicar as medidas seguintes:

- a) Desinsectação e vigilância dos suspeitos, não devendo a vigilância durar mais de seis dias, a contar da chegada;
b) Desinsectação e, se for necessário, desinfecção:
i) Das bagagens das pessoas infectadas ou suspeitas;
ii) De quaisquer outros objectos, tais como roupas de cama e colchoarias, roupas sujas e de todas as partes do navio ou da aeronave que se considerem contaminadas.

2. No caso de peste murina a bordo, o navio será desratizado em quarentena, se for necessário, de harmonia com as determinações do artigo 52, sob reserva das seguintes disposições:

- a) As operações de desratização efectuem-se logo que os porões estejam vazios;
b) Com o fim de impedir que os roedores infectados se escapem de bordo, pode proceder-se a uma ou mais desratizações prévias do navio, que podem ser determinadas antes ou durante a descarga;

c) Se, pelo facto de que apenas parte da carga dum navio deve ser descarregada, não puder garantir-se a destruição completa dos roedores, o navio é autorizado a descarregar essa parte da carga, sob reserva de a autoridade sanitária aplicar as medidas que julgar convenientes, podendo o navio ser posto em quarentena, a fim de impedir que os roedores infectados se escapem de bordo.

3. Se a bordo duma aeronave se encontrar um roedor morto de peste, a aeronave será desratizada, se for necessário em quarentena.

ARTIGO 57

Um navio deixa de considerar-se infectado ou suspeito e uma aeronave deixa de considerar-se infectada quando as medidas determinadas pela autoridade sanitária, de harmonia com as disposições dos artigos 38 e 56, foram devidamente executadas ou quando a autoridade sanitária pôde certificar-se de que a mortandade insólita entre os roedores não é devida à peste. O navio ou a aeronave são desde então admitidos à livre prática.

ARTIGO 58

A chegada um navio ou uma aeronave indemnes são admitidos à livre prática; todavia, se vierem duma circunscrição infectada, a autoridade sanitária pode:

- a) Sujeitar todos os suspeitos que saíam de bordo a vigilância, durante um período que não deve exceder seis dias, a contar da data em que o navio ou aeronave partiu da circunscrição infectada;
b) Ordenar, em casos excepcionais e por motivos bem fundamentados que se comunicam por escrito ao capitão do navio, a destruição dos roedores a bordo.

ARTIGO 59

Se, à chegada dum comboio ou veículo rodoviário, se verificar um caso de peste humana, a autoridade sanitária pode aplicar as medidas estabelecidas no artigo 38 e no parágrafo 1 do artigo 56, ficando entendido que as medidas de desinsectação e, se for necessário, de desinfecção se aplicam às partes do comboio ou do veículo rodoviário consideradas contaminadas.

CAPITULO II

Cólera

ARTIGO 60

Para efeitos do presente Regulamento, é fixado em cinco dias o período de incubação da cólera.

ARTIGO 61

1. Na aplicação das medidas estabelecidas no presente Regulamento as autoridades sanitárias devem tomar em consideração a apresentação dum certificado válido de vacinação contra a cólera.

2. Os padrões de vacinas anticoléricas em vigor nos territórios onde se efectuam as vacinações são considerados válidos por todas as autoridades sanitárias.

3. Quando uma pessoa que efectua uma viagem internacional chega duma circunscrição infectada durante o período de incubação, a autoridade sanitária pode aplicar as medidas seguintes:

- a) Se possuir um certificado válido de vacinação contra a cólera, essa pessoa pode ficar sujeita a vigilância durante um período que não deve exceder cinco dias, a contar da data da partida da circunscrição infectada;
b) Se não possuir o referido certificado, essa pessoa pode ficar isolada durante um período de duração igual ao anterior.

(Continua no próximo número)

MARTINHO & C. L.

Tudo o que interessa a medicina e cirurgia

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

A MEDICINA EM S. BENTO

O AVISO PRÉVIO DO PROF. MANUEL CERQUEIRA GOMES

Discursos dos Deputados Dr. Santos Bessa e Dr. Carlos Moreira

(Continuação do número anterior)

D Sr. Santos Bessa: — Sr. Presidente: foi com o maior prazer que assisti ontem à efectivação do aviso prévio do Sr. Deputado Manuel Cerqueira Gomes sobre a Previdência Social em Portugal.

E o prazer nasceu, sobretudo, da forma como desenvolveu o tema, revelando profunda e meditada maturação, da amplitude que deu ao seu estudo, do nível alto em que o colocou e da maneira elegante com que o rematou.

Nós, os médicos que o vimos acompanhando e seguindo no seu trabalho à frente da Ordem, vimos aqui sintetizados com superior distinção os mais destacados aspectos do problema da segurança social, problema que o absorve desde há anos. Este estudo sério e reflectido contém elementos que merecem ser meditados por quem tiver a responsabilidade de marcar os novos rumos da Previdência.

Subi a esta tribuna para declarar a minha adesão à linha geral das considerações produzidas pelo autor do aviso prévio e para afirmar a minha confiança no ilustre Ministro das Corporações, que sempre se revelou em todas as manifestações da sua brilhante inteligência, um homem capaz de resolver os mais delicados e complexos problemas.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O Orador: — Dou a minha adesão às ideias aqui expostas pelo ilustre bastonário da Ordem dos Médicos, apesar de ser médico dos Serviços Médico-Sociais — Federação de Caixas de Previdência (sim, porque eu ainda sou médico da Previdência...). Faço-o no uso de um direito e no cumprimento do meu mandato. E faço-o porque entendo que acima dos interesses do grupo de médicos que constituem o quadro da Federação estão os interesses da grande maioria do corpo médico nacional e, sobretudo, os dos novos colegas recém-chegados, dos que acabam de sair das Faculdades para iniciar a sua vida profissional; faço-o porque estou convencido de que por esta proposta se servem melhor os interesses de toda a massa dos beneficiários da Previdência e se serve melhor a própria medicina portuguesa.

Os problemas que a Previdência criou são tão vastos e tão importantes que bem merecem que o Governo se detenha a analisar o caminho percorrido e a meditar no melhor rumo a dar à organização. A discussão franca a que está sendo sujeita nesta Câmara contribuirá seguramente para um melhor conhecimento do assunto. A experiência portuguesa tem de ser posta em confronto com as de outros países onde se começou mais cedo do que entre nós a montar os serviços de segurança social e onde os assuntos que lhe andam ligados têm sido largamente debatidos, e têm de ser conscienciosamente analisados os resultados já obtidos e meditados as consequências a que nos conduzirá a sua evolução.

Não quero entrar em pormenores de discussão, aduzindo novas razões para apoiar este ou aquele ponto. A maneira como foi ordenada a exposição dispensa-nos de apresentar mais argumentação. Mas há dois aspectos que quero focar aqui, embora como simples apontamento.

No vivo desejo de ver alargada e melhorada a acção da previdência portuguesa, já esta Câmara se pronunciou há cerca de três anos, ao apreciar as propostas de lei enviadas pelo actual Ministro do

Interior, Dr. Trigo de Negreiros — homem público, a quem a assistência ficou devendo o período de renovação que a caracteriza.

Desses dois projectos saíram as duas Leis n.ºs 2.036, de 9 de Agosto de 1949, e 2.044, de 20 de Julho de 1950, a primeira respeitante ao combate às doenças infecciosas e a segunda referente à luta anti-tuberculosa.

Em ambas se consigna a obrigatoriedade de um entendimento entre a Assistência e a Previdência, tanto no ponto de vista profilático, como no da terapêutica. Efectivamente, na redacção definitiva da Lei n.º 2.036 claramente se determina:

Base II:

Impõe-se à Previdência a colaboração com a Direcção Geral de Saúde.

Base III:

Impõe-se à Direcção Geral de Saúde o dever de orientar e coordenar tecnicamente as instituições de previdência para o combate contra as doenças contagiosas.

Base XXIV:

São responsáveis pelos encargos da assistência aos doentes contagiosos:

1)

a)

b) As instituições de previdência social de 1.ª e 2.ª categorias, previstas no artigo 1.º da Lei n.º 1.884, de 16 de Março de 1935, ou as instituições em que aquelas se acham integradas, para efeito da questão de assistência na doença relativamente aos sócios beneficiários e pessoas de família por eles abrangidos.

d)

2)

3) A responsabilidade prevista no n.º 1, alínea b), obriga à manutenção de serviços próprios ou ao pagamento dos encargos com a assistência prestada aos beneficiários das respectivas instituições, aos estabelecimentos e serviços referidos nesta lei;

4) O pagamento aos estabelecimentos e serviços regular-se-á por acordo celebrado entre estes e as instituições de previdência ou conforme tabelas aprovadas pelo Ministro do Interior, ouvido o Subsecretário de Estado das Corporações e Previdência Social;

5) Para efeito do disposto nesta base, as instituições de previdência procederão, no prazo de seis meses à reforma dos seus regulamentos, podendo alterar o esquema de seguro actualmente em vigor na modalidade de doenças, de modo a ficarem habilitadas a cobrir o risco inerente ao encargo que lhes é imposto, mas sem aumento das taxas das contribuições a pagar pelas empresas e beneficiários.

Na Lei n.º 2.044 igualmente se estabelece a obrigação da colaboração dos serviços da Previdência (base IV), se impõe ao Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos (n.º 1 da base V) cooperar com o Instituto Nacional do Trabalho e Previdência no combate à tuberculose e [alínea c) da base XIV] igualmente para as instituições de previdência social a Previdência estipula encargos de tratamento respeitantes à tuberculose de que sofrerem os sócios ou beneficiários e pessoas de família por elas abrangidos.

Ficaram assim estabelecidos por estas duas leis, não só a obrigatoriedade para a Direcção Geral de Saúde de coordenar e orientar tecnicamente as instituições de previdência no combate às doenças contagiosas, como a obrigatoriedade de essas mesmas instituições responderem pelos encargos de tratamento dos seus sócios ou beneficiários ou das suas famílias que venham a sofrer de tuberculose ou de outras doenças infecto-contagiosas.

Suponho que nestes três anos que nos separam da publicação daquelas leis nada se fez para lhes dar execução!

A Previdência não encarou ainda entre nós a doença que mais compromete o agregado familiar e que é o problema sanitário n.º 1 de Portugal — a tuberculose.

O problema tem uma natural acuidade nas classes trabalhadoras, porque, em geral, nestas classes só quando a doença passa a ser inibidora da sua capacidade normal do trabalho é que o seu portador recorre ao médico. Isto corresponde habitualmente a um avançado estado evolutivo, que já compromete seriamente o êxito terapêutico e que tem já na sua esteira vários casos de contágio no ambiente familiar, na sua vizinhança e nos próprios companheiros de trabalho.

A silenciosa evolução dos seus primeiros estádios, com a escassa sintomatologia, quer objectiva, quer subjectiva, faz com que, na grande maioria dos casos, os doentes se apresentem, na altura do diagnóstico, com lesões graves e às vezes irreparáveis. O estado actual dos serviços não impede que a grande maioria das vezes este diagnóstico tardio nos trabalhadores corresponda a fases em que as lesões ou são muito graves ou de longo e caro tratamento.

A tuberculose é um problema de extrema acuidade entre nós. Os números que representam as taxas da mortalidade por 100.000 habitantes têm descido muito lentamente e ainda hoje rondam por volta dos 157.

No alvorecer do século as nossas taxas podiam, sem vergonha, alinhar ao lado dos demais países. Mas os nossos serviços sanitários não puderam acompanhar o ritmo evolutivo de uma grande parte deles e por isso nos encontramos hoje com taxas que são três vezes superiores às suas: as da França e da Suíça, que eram então superiores às nossas, estão hoje representadas, respectivamente, por 57 e 52 por 100.000 habitantes.

As da Bélgica andam hoje pela casa dos 55. Mas mais extraordinário é ainda o caso da Dinamarca — esse pequeno país que, mercê do rigor da aplicação das medidas sanitárias clássicas, de um magnífico nível de vida e, ultimamente, da vacinação pelo B. C. G., conseguiu ser o primeiro país do Mundo a exterminar a tuberculose como flagelo social.

Entre nós, a mortalidade pela tuberculose representa 12 por cento da mortalidade geral. 50 por cento das mortes por tuberculose verificam-se em indivíduos abaixo dos 30 anos; 55 por cento em gente compreendida entre os 15 e os 45 anos, e 12,5 por cento em crianças com menos de 5 anos.

Vê-se que é na idade do máximo desenvolvimento que a tuberculose atinge os indivíduos e que, por isso, deve ser problema a encarar com urgência e com carinho pela Previdência portuguesa. Os cálculos estão feitos. Em investigações sobre a mortalidade portuguesa, afirma-se num boletim

dos actuários portugueses que a cada tuberculoso falecido corresponde para a economia nacional um prejuízo de cerca de 29 anos de trabalho, ou seja 230 contos de salário, tomando por base o vencimento dos trabalhadores abrangidos pelos organismos da Previdência em 1951. Ao total dos óbitos por tuberculose nas populações abrangidas pelos organismos de Previdência (625.000 trabalhadores e seus familiares — 14,7 por cento da população portuguesa), correspondem, portanto, 440.000 contos de salários.

Se lhe juntarmos os prejuízos resultantes da doença, atingem-se os 500.000 contos, que são o verdadeiro prejuízo que a tuberculose causa em cada ano à população trabalhadora de Portugal abrangida pela Previdência.

Ciente do agudo e grave problema da tuberculose entre nós, senhores das dificuldades sérias que a sua rápida solução envolve, desejaríamos ver as instituições de previdência encararem devidamente a tuberculose e darem as mãos ao Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, cumprindo o que está legislado e bem expresso na Lei n.º 2.044, para dar solução conveniente aos aspectos profiláticos e terapêuticos da tuberculose.

O diagnóstico precoce traz consigo também possibilidades de isolamento mais pronto, limitando assim a capacidade de difusão à volta do doente, e tem, por isso, um interesse sanitário indiscutível, não só para o próprio seguro, mas para a colectividade. O diagnóstico precoce traz consigo um grande número de probabilidades de tornar a terapêutica mais curta e menos onerosa e, portanto, também de um período menos longo de suspensão de trabalho para os doentes recuperáveis. O serviço de radiorastreio, o serviço social, a vacinação pelo B. C. G., uma terapêutica a tempo e em boas condições e um serviço de reeducação pós-sanatorial são elementos indispensáveis a um moderno e eficiente serviço de luta antituberculosa.

As três missões — de profilaxia, de terapêutica e de recuperação — interpenetram-se constantemente, e, portanto, os serviços não-de ser organizados de modo a responderem a esta constante interdependência.

De acordo com o que foi afirmado hoje pelo Sr. Deputado Moura Relvas, deve também procurar evitar-se a duplicação ou a triplicação de serviços que não têm vantagens, mas só prejuízos — duplicações e triplicações que deploramos em tantos sectores da nossa Administração e que são a prova da autonomia excessiva conferida a muitos serviços ou da falta dum elemento coordenador forte.

Volto a reafirmar a minha confiança nos dois Ministros de quem dependem estes assuntos para o estabelecimento da indispensável harmonia, enquanto não pudermos ver implantado neste País o tão desejado Ministério da Saúde, que viria dar solução definitiva a estes e a tantos outros problemas.

Tenho dito.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

O orador foi muito cumprimentado.

Discurso do Deputado Dr. Carlos Moreira

O Sr. Carlos Moreira: — Sr. Presidente: o aviso prévio ora em discussão suscita largo número de problemas e põe em equação doutrinas e métodos diversamente seguidos.

Habitados a ouvir dizer, e com razão, que vivemos numa época em que domina a preocupação do problema social, um ponto de partida se impõe, melhor direi, um pressuposto doutrinário, que há-de informar todas as medidas em unidade de obediência, e não por forma alguma em disparidades e contradições dentro da execução do sistema constituído e a seguir.

Na nossa organização económica e de trabalho ultrapassámos, felizmente, os ri-

gores capitalistas, socialistas e sindicalistas, caminhando para o equilíbrio que o corporativismo pretende imprimir à vida social pela harmonização dos interesses e eliminação de lutas destrutivas e dissolventes.

É certo que tais sistemas constituíram uma expressão das condições e impostos da época, respectiva, mas, por deficiência ou exagero, deixaram de corresponder a novos estádios, em que condições e exigências recentes reclamaram novos sistemas e métodos.

A preocupação exclusiva dos lucros para o capitalismo sucede a absorção do poder político pelo Estado na organização socialista, de raiz marxista, fomentadora da luta de classes.

A medida, porém, que se vai assistindo à violência do sistema e da sua incapacidade na resolução dos problemas dos trabalhadores, reage-se contra a sua organização em partidos políticos e preconiza-se o agrupamento por interesses: é a instauração sindicalista dos fins do século passado.

Dera-se um passo para associar os indivíduos da mesma categoria, mas persistia a luta de classes. Havia, pois, que ir mais longe, impregnando essas organizações sindicais de um espírito cristão que integrasse patrões e trabalhadores do mesmo ramo numa unidade associativa, orgânicamente forte, mas com respeito mútuo da posição e função dos seus associados.

Caminhou-se assim para o corporativismo, em que os elementos associados o devem ser, além da razão económica, por motivos morais e culturais de variadas feições.

Chega-se desta forma ao corporativismo. Do Estado? De associação? A uma e outra forma. De resto, mutuamente influenciadas, como naturalmente teria de acontecer no período de instauração e desenvolvimento inicial do sistema. Mas é fora de dúvida que se tem ido entre nós caminhando na libertação progressiva da influência estadual, à medida que as actividades se vão mostrando possuídas das necessárias condições e garantias de não errarem a sua missão, amparada pelo Estado nos seus primeiros passos.

Terá sido moroso o percurso, por vezes — assim o entendemos — mas devemos lembrar-nos de que a Nação não estava apetrechada para se enquadrar desde logo livremente na nova orgânica e lhe faltava, como falta, politicamente, o fecho da abóbada; uma magistratura suprema de ordem institucional vitalícia e hereditária, garantia indispensável do equilíbrio das actividades organizadas, eliminadora de excessos e reparadora de injustiças.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — Mas, Sr. Presidente, vejo que me vou alongando demais na enunciação de certos princípios fundamentais e de factos, aliás conhecidos, que convém, todavia, ter presentes no desenvolvimento da matéria do presente aviso prévio.

É tempo, assim, de passar à sua análise.

O ilustre Deputado Dr. Manuel Cerqueira, Gomes, a quem tributo as minhas homenagens, na larga exposição que constituiu a enunciação do seu aviso prévio, anda, em resumo, à volta das seguintes afirmações:

- A Previdência Social foi detida há mais de três anos;
- Existe necessidade de uma revisão da Previdência, quanto à sua estrutura administrativa, ao campo de aplicação do seguro social, ao esquema de benefícios, ao regime financeiro e à prestação dos serviços médicos.

A enunciação do primeiro fundamento é reforçada na parte final do aviso prévio nos seguintes termos:

... tanto a nossa como a alheia experiência dão luzes bastantes para

romper a indecisão actual e de momento construir um novo sistema.

Tanto na enunciação como no desenvolvimento do aviso prévio o seu ilustre autor concluiu e pretendeu convencer-nos de que a Previdência Social foi detida há mais de três anos. Ora eu dei-me ao trabalho de, em breve peregrinação por vários serviços e publicações, descobrir elementos que me permitem confirmar ou infirmar aquela primeira e basilar afirmação do aviso prévio.

Devo desde já declarar que: participo das aspirações do seu autor no que concerne aos desejos e necessidades de nova revisão; aplaudo sem reservas, quanto ao princípio, a tese de que deve fazer-se a melhor diligência para levar o seguro social aos trabalhadores rurais; o risco doença e o risco invalidez devem ficar em gestão comum; os operários que o quiserem, enquanto tiverem capacidade, devem poder continuar a trabalhar entre os 65 e os 70 anos.

Tudo isto, afinal, e o mais poderá ser objecto de estudo numa revisão.

Mas, porque a revisão ainda se não fez, pode afirmar-se que a Previdência está detida?

O problema é de tal maneira largo e complexo que não admite improvisações de alteração nas suas linhas fundamentais sem um prévio estudo sério das condições do seu funcionamento, estudo que fatalmente tem de ser demorado para ser consciencioso, até pelos muitos elementos que deverão prestar-lhe o seu concurso.

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — De resto, que o assunto mereceu especial atenção vê-se no discurso proferido pelo ilustre Ministro das Corporações em que deu a conhecer ao País a delicadeza da matéria, carecida de um prévio amadurecimento, e para tal a nomeação de uma comissão e de uma subcomissão especialmente encarregadas do exame e do estudo desses problemas. Passaram-se estes factos em Setembro de 1951 e Agosto de 1952.

Um facto novo veio, porém, atrazar esses exame e estudo. E esse facto foi — ninguém o ignora — a contribuição de cerca de 3 milhões de contos no financiamento do Plano de Fomento, proposto pelo Governo e aprovado nesta Assembleia. O assunto ultrapassou, assim, para plano superior a competência e as possibilidades do Ministério das Corporações.

Eu não vejo, francamente o confesso, que a Previdência esteja detida, a não ser que o ilustre Deputado autor do aviso prévio tenha querido significar que ela tem caminhado sensivelmente nos mesmos moldes ou que os estudos sofreram a paragem a que me referi. Mas em matéria desta importância, vinte anos de nova política e menos de três anos da actual gerência da pasta são um momento na evolução de um sistema implantado sobre as ruínas de um passado recente.

Quem duvida de que nesse aspecto caminhamos desde o zero?

Sr. Presidente: o ilustre autor do aviso prévio preconiza:

a) Quanto à estrutura administrativa, a não integração das caixas na Federação, mas sim o esquema das caixas únicas distritais. Por outro lado, porém, pretende a existência de uma caixa nacional central, a que fiquem ligadas as caixas distritais por meio de representantes.

Eu não sei que funções e extensão o autor do aviso prévio pretende atribuir à sua projectada Caixa Nacional Central. Não viria esta (ignoro-o) a constituir, por forma diferente, a chamada «Federação»?

De resto, penso que é de atender às regras fundamentais da nossa orgânica corporativa, aplicáveis por extensão às organizações de que estamos tratando, regras que prevêm precisamente no 2.º grau da verticalidade do nosso sistema as federações e as uniões.

b) Quanto ao campo de aplicação do

seguro social, afirma-se no aviso prévio que em tão ampla extensão como a que lhe tem sido dada no comércio e na indústria se excedeu o espírito da nossa política social e se fez puro socialismo. Ora não é o número dos administradores e gerentes, limitadíssimo em relação ao total dos beneficiários que poderia dar o carácter de puro socialismo a que se refere o ilustre autor do aviso. Em pequeno parêntese devo dizer que tenho a impressão de que, salvo o devido respeito, existe no aviso uma confusão de limites entre as concepções de dois sistemas: o socialista e o intervencionista.

Mas prossigamos:

A este respeito julgo que não poderá haver dúvidas em face do que se passa e que sobressai das palavras expressas e inequívocas contidas no aludido discurso do Sr. Ministro das Corporações, muito anterior ao aviso prévio, que me permito citar na íntegra:

Não se contesta que muitos (refere-se aos pequenos empresários e trabalhadores autónomos) precisam e merecem tanta protecção como a concedida aos empregados e assalariados. Mas, em boa verdade, o clima ainda não é favorável a medidas desta natureza. Demais, terá um dia de estudar-se para eles regime especial apropriado — o que apresenta dificuldades (e para dificuldades bastam, por agora, as muitas que já temos).

E prossegue nos seguintes termos:

Por todo o exposto, foram eliminados da Previdência Social os sócios, directores ou administradores e até gerentes (o que carecerá de revisão) de qualquer empresa comercial ou industrial e os chamados «trabalhadores de conta própria» (despachos de 29 de Abril de 1952 e 26 de Maio do mesmo ano, publicados no *Diário do Governo*, respectivamente, de 9 de Maio de 1952 e 30 de Maio de 1952, que consagraram, como orientação geral, doutrina já antes aplicada a certos casos concretos.

Afirma-se ainda nesta alínea b) do aviso prévio que deve abandonar-se o conceito colectivista de generalização do seguro social, limitando-o aos economicamente débeis, definido por um salário-limite.

Mas não é novidade levantada pelo aviso prévio, pois no referido discurso ministerial diz-se textualmente — reparem VV. Ex.ªª:

A Previdência Social é agora, portanto, domínio reservado dos trabalhadores por conta de outrém, no comércio e na indústria, havendo quanto a eles uma aplicação efectiva do princípio dos economicamente débeis.

Qual a mecânica dessa aplicação efectiva do princípio dos economicamente débeis?

Explica-se, logo a seguir, nos seguintes termos:

A importância das remunerações auferidas não é elemento que se tenha em conta para efeito de obrigatoriedade de inscrição nas caixas, pois todos são inscritos. Os descontos, porém, incidem apenas sobre a parte do vencimento, não excedente a 3.000\$00 mensais, à mesma medida se restringindo os benefícios.

Ficamos, pois, sem perceber a que vem no aviso prévio a citada expressão, com aspecto perfeitamente genérico, de que deve abandonar-se o conceito colectivista da generalização do seguro e limitando-o aos economicamente débeis.

Tenho mesmo dúvidas sobre o significado que o ilustre autor do aviso prévio pretendeu atribuir ao termo «colectivista», mas suponho que deve ter sido no sentido

económico-social, se bem que, salvo o devido respeito, eu o não considere usado com propriedade a propósito de uma maior ou menor largueza quanto aos beneficiários do seguro.

Mas a discussão do problema levar-nos-ia longe.

É preciso ainda acrescentar-se, quanto a esta matéria, que aquele *plafond* de 3.000\$ mensais quase não oferece interesse prático para o problema, visto que cerca de 95 por cento dos actuali beneficiários têm vencimentos inferiores. E afirma o Sr. Ministro crer que o Sr. Bastonário da Ordem dos Médicos (ilustre autor do presente aviso prévio) não mostrou, em Setembro de 1951, repugnância em aceitar o actual limite de 3 contos;

c) Passemos ao esquema de benefícios. Afirma-se no aviso prévio que o seguro doença está mal concebido, porque ampara a doença de curta duração e não protege a doença prolongada; por isso deve inverter-se o sentido do plano assistencial.

E acrescenta a seguir:

As prestações médica e farmacêutica são quase sempre insuficientes, marcadamente as da Federação; devem completar-se, garantindo os meios de diagnóstico, assistência nocturna, pa-

gando cirurgia e o tratamento dos tuberculosos e outros doentes infecto-contagiosos, cancerosos e mentais, etc.

Ora vejamos onde nos conduziria o critério do ilustre autor do aviso prévio ao pretender que se desampare o doente que sofra moléstia de curta duração ou mesmo que se proteja só depois dos pacientes de doença prolongada — o que equivale, aliás praticamente, por deficiência de meios, ao desamparo daqueles. Que seria dos infelizes que se vissem atacados de febre tifóide e de pneumonia?

Todavia, sem desamparo destes e de outros igualmente portadores de doenças a curto prazo, verifica-se que, de 1.200.000 beneficiários e famílias da Previdência, orça por 50 por cento o número dos que têm direito a assistência médica dos Serviços Médico-Sociais, atingindo os tuberculosos pulmonares o número de 15.754, assim distribuídos: zona de Lisboa, 6.000; zona do Porto, 8.959, e zona de Coimbra, 795.

Sirvo-me de elementos e de números fornecidos ou referidos na exposição clara e perfeita do Sr. Ministro das Corporações enviada a esta Assembleia e num esclarecedor relatório do presidente da Federação.

Pois bem: ainda neste aspecto de pre-

Novidade!

Em dores intensas

POLAMIDON»C«
»HOECHST«

Bem tolerado devido a um componente de acção vagolítica

Especialmente apropriado á clínica quotidiana

Embalagens:

Para uso oral: gotas a 1%, frascos de 10 cc
tubos de 10 comprimidos a 5,25 mg

Soluto injectavel a 1/3%: 10 ampolas de 1 cc



FARBWERKE HOECHST

vormals Meister Lucius & Brüning

Frankfurt (M)-Hoechst



Representantes para Portugal:

Mecius Lda.

Rua do Telhal, 8-1.º — LISBOA

ferência na assistência e tratamento das diversas doenças conviria conhecer os números representativos da massa de doentes e familiares a assistir em sanatórios, as possibilidades de internamento, em instalações capazes e com o apetrechamento indispensável à reeducação e readaptação. Isto quanto aos tuberculosos, não valendo a pena estar agora a tratar de outras doenças, em relação às quais surgem iguais ou semelhantes dificuldades.

A Previdência — afirma-se num dos citados documentos — não pode dar aquilo que não tem.

E recorro a este propósito as palavras que o procurador brasileiro Péricles de Sousa Monteiro escreveu há cerca de dois anos, após uma viagem de estudo à América do Norte e à Europa:

«Ao que pude observar, os legisladores desses três países (refere-se aos Estados Unidos, ao Canadá e à Inglaterra) tiveram e têm sempre em mira dar ao povo o que devem, mas só o que podem».

O conceito tem aplicação plena à matéria que se discute.

Pelo que respeita à afirmação do illustre autor do aviso prévio de que as prestações médica e farmacêutica são quase sempre insuficientes, tem igualmente aplicação adequada o que acaba de dizer-se.

Não deixa de ser curioso e elucidativo a este respeito apontar a referência especial e marcada que no aviso prévio se faz aos Serviços Médico-Sociais — Federação de Caixas de Previdência, sendo certo que estes não são os de maior extensão do campo da Previdência.

Reportando-me aos elementos colhidos, verifica-se que a assistência médica prestada pela Federação não atinge a metade dos beneficiários inscritos nas caixas de previdência. E senão vejamos: as Casas do Povo prestam assistência médica a mais de 500.000 sócios. O mesmo sensivelmente acontece com as associações de socorros mútuos. Vêm as Casas dos Pescadores com 50.000. E há ainda a considerar diversas

caixas privativas de empresas, tais como a da Companhia União Fabril, e de organismos oficiais, como os CTT e outros. A estas não se referiu o aviso prévio. Gostaríamos de saber porquê. Talvez porque ai tudo esteja certo e não haja quaisquer deficiências dignas de nota. Será?

d) Quanto ao regime financeiro, assevera o aviso prévio que está doutrinariamente certo o nosso sistema de financiamento dos seguros sociais, que se deve exclusivamente às contribuições profissionais.

E acrescenta ser preciso completar o esquema assistencial e, querendo modificar-se os riscos de sobrevivência, invalidez e velhice, o que precisamos é alterar a distribuição das taxas: o mesmo para o abono de família, menos para o subsídio de morte e para a reforma, mais para o agregado doença - invalidez. Aumento nos seguros imediatos e redução nos seguros a longo prazo. O que equivale a distribuir mais e capitalizar menos. E conclui, nesta matéria, o aviso prévio: «estamos em regime de capitalização excessiva».

Estamos de acordo quanto a algumas aspirações enunciadas, e deve dizer-se que o aviso prévio não oferece novidade. No seu referido discurso o Sr. Ministro das Corporações e Previdência Social, depois de se referir à inquietação dos espíritos que caracteriza a nossa época e à falta, entre nós, de zelosos cultores ou estudiosos dedicados da previdência social, afirmou, com verdadeira consciência das dificuldades, preferir, a traçar directrizes, expor certa massa de questões, sobre as quais pretendia colher juízos opinativos.

Para isso constituiu as comissões a que já aludi.

Também explicou as razões determinantes da chamada detenção da marcha, que não pode supor-se sinónimo de inacção.

Com a devida vénia, Sr. Presidente, reproduzo textualmente, a este respeito, as palavras proferidas pelo Sr. Ministro:

Sucedeu que se anunciou, entretanto, o propósito da elaboração de um vasto plano de fomento, com eventual larga participação dos capitais da Previdência Social, e, assim, a definição do regime financeiro a que esta deveria obedecer ficou naturalmente dependente da organização e aprovação do referido plano.

E acrescenta:

Havia, na verdade, que esperar pela determinação da média em que, para a execução desse plano, se considerava indispensável o concurso efectivo destes capitais.

Não sei, Sr. Presidente, que melhor clareza e lealdade se podia esperar da parte do Governo no esclarecimento das razões que determinaram a detenção dos trabalhos (que, repito, em meu entender, não é abandono nem inacção).

Não compreendo assim, dado o conhecimento público das razões invocadas, que na enunciação do aviso prévio se não tenha considerado ou pesado o valor dessas razões.

Não vale a pena, Sr. Presidente, entrar numa apreciação doutrinária e técnica dos sistemas que são ou podem ser adoptados na organização do regime financeiro do seguro social.

Parece poder deduzir-se das considerações expendidas pelo illustre autor do aviso prévio que é possível encontrar uma graduação de casos diversos intermédios entre os dois sistemas opostos: o de capitalização e o de repartição ou distribuição. Essa é, aliás, opinião geral. A irredutibilidade de cada um dos dois sistemas tem os seus defensores e sequazes.

Creio, porém, que entre nós o mais conveniente é procurar o desejado equilíbrio para o nosso caso, o sistema intermédio mais aconselhável, de harmonia com as nossas condições específicas e o estado de evolução da instituição do seguro social.

Vozes: — Muito bem, muito bem!

(Continua no próximo número)

GELDIAZINA

NO TRATAMENTO
DAS DIARREIAS
DE ORIGEM
INFECCIOSA



GELEIA AGRADÁVEL AO PALADAR

FÁCIL E PRÁTICO CONTROLE DE
ADMINISTRAÇÃO DA SULFADIAZINA
ESPECIALMENTE NAS CRIANÇAS

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

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

Laboratório



Farmacológico

J. J. FERNANDES, LDA.

LISBOA — PORTO — COIMBRA — FUNCHAL

ENTEROBIÓTICO

Antibiótico-sulfamidoterápia associada para tratamento entérico

COMPOSIÇÃO

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de sulfato)	0,015 Grs.
Bacitracina	600.000 U.
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 Magalhães, 32-1.º—Telef. 4556

V I D A M É D I C A

E F E M É R I D E S

Portugal

(De 28 de Junho a 5 de Julho)

Dia 28 — É iniciada em Ponte do Lima a construção do Hospital subregional da Misericórdia. Assistem o Governador de Viana, Dr. Cirne de Castro, o presidente da U. N., Manuel Espregueir de Oliveira, o provedor da Misericórdia, Dr. Filinto Elísio de Moraes, muitas altas individualidades e numeroso povo. O custo desta primeira fase é de dois mil e trezentos contos, compartilhando o Estado com metade, devendo-se muito à benemerência dos Srs. João Rodrigues de Moraes e Conde de Britiandos. A cerimónia decorre com grande brilhantismo.

29 — Em Coimbra reúne-se o curso médico de 1927-1928, para festejar as bodas de prata da sua formatura. Deste curso fazia parte o saudoso professor da Faculdade de Medicina de Coimbra, Dr. António Nunes da Costa. As 10 horas, os componentes do curso ouvem missa na capela da Misericórdia, por alma dos discípulos e professores falecidos, seguindo-se os cumprimentos da praxe e um almoço de confraternização.

1 — Em Coimbra, com a assistência dos Prof. Cerqueira Gomes, bastonário da Ordem dos Médicos, e Dr. Augusto da Silva Travassos, director geral de saúde, inaugura-se, pelas 10 horas, na sala de conferências dos Hospitais da Universidade, o XVI Curso de Férias da Faculdade de Medicina e o III Curso de Aperfeiçoamento médico-sanitário, estando inscritos neste 27 médicos rurais, sendo 20 pela secção regional da Ordem dos Médicos de Coimbra, 5 pela Direcção Geral de Saúde e 2 pelo Ministério das Corporações.

Ao acto inaugural, que é muito concorrido, preside o Prof. Dr. Maximino Correia, reitor da Universidade, ladeado pelos Profs. Drs. Cerqueira Gomes, Novais e Sousa, Dr. Augusto da Silva Travassos e Prof. Dr. João Porto, director dos Hospitais da Universidade.

Numa brilhante alocução, o Prof. Dr. Maximino Correia, manifesta o seu regozijo pela efectivação do XVI Curso de Férias e agradece ao Prof. Dr. Novais e Sousa, a quem o ligam os mais estreitos laços de amizade e por quem tem a maior admiração, que o convida sempre a assistir a este acto e refere-se à utilidade do Curso e às dificuldades a vencer para a manutenção desta iniciativa, tendo palavras muito calorosas para os Profs. Drs. João Porto e Novais e Sousa.

O orador agradece a todas as entidades que deram a sua colaboração ao Curso e presta as suas homenagens, em nome da Universidade, aos Prof. Dr. Cerqueira Gomes e Dr. Augusto Travassos e aos seus colegas que também deram o seu contributo ao Curso e que aparecem em todas as ocasiões em que a Faculdade e a Universidade reclamam a sua comparação.

O Prof. Dr. Maximino Correia, depois de se ter referido largamente aos professores de medicina e da vantagem destas reuniões, declara aberto o XVI Curso de Férias.

O Prof. Dr. Rocha Brito, depois de ter saudado o reitor da Universidade e os componentes da mesa da presidência saúda também, na pessoa dos médicos de fora, a medicina rural.

O orador faz depois uma notável conferência sobre «Cloromas» de que há descritos apenas 250 casos, referindo um caso notável pelos ensinamentos que trouxe pelo seu início absolutamente insólito e pelo estudo necropsio e histológico que esclareceu muitos pontos da sua curiosa patogenia.

O interessante trabalho do Prof. Dr. Rocha Brito, que leva cerca de uma hora

a descrever, termina com projecções que foram documentadas pelo Prof. Dr. Michel Mosinger.

Na sessão da tarde, o Dr. Montezuma de Carvalho, fala sobre os «Progressos recentes em cirurgia», e o Prof. Dr. Meliço Silvestre, disserta acerca de «As três idades da Medicina».

As 21 e 30, o Dr. Moura Relvas ocupa-se «Da radiologia da mão ao estado clínico».

2 — O Ministro do Interior assina um projecto do decreto sobre o Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Norte. Neste se cria um Hospital Psiquiátrico, a instalar nos arredores do Porto, com o nome de Magalhães Lemos, e um asilo, a funcionar nas dependências adaptadas do convento de Travanca. Mantém-se no Hospital do Conde Ferreira as secções clínicas e asilar do Centro de Assistência.

— Prosseguem, em Coimbra, as sessões do XVI Curso de Férias da Faculdade de Medicina, nas quais são apresentados os seguintes trabalhos: «Considerações sobre certas realidades na prática da hemoterapia», pelo Dr. Teodoro Mendes; «Medicação anti-histaminica», pelo Dr. Lobato Guimarães; «Doença ulcerosa jejunal», pelo Prof. Dr. Bruno da Costa; «Sobre etiologia, patogénia do cancro e anti-carcinogenese química», pelo Prof. Dr. M. Mossinger» e «Purpura», pelo Prof. Dr. Mário Trincão.

3 — Decorre em Lisboa a semana da Tuberculose.

— Em Lisboa, na Sociedade de Ciências Médicas, reúne a Sociedade Portuguesa de Medicina Tropical para ouvir o Dr. Eduardo Ferreira sobre «Aspectos sanitários de Angola: problemas para execução». É presidida a sessão pelo Dr. Elísio da Fonseca e secretariada pelos Drs. Almerindo Lessa e Alexandre Sacramento.

— Partem para Sevilha os estudantes de Medicina brasileiros, de Porto Alegre, que estiveram na capital e que prosseguem a sua visita a centros médicos europeus.

4 — O Dr. Ribeiro Queirós, Subsecretário da Assistência, visita a exposição inaugurada no Centro de Profilaxia e Diagnóstico do B. C. G., na Praça do Chile, em Lisboa, e constituída por documentos, fotografias, cartazes, artigos de jornais e gráficos relativos à Assistência N. aos Tuberculosos.

5 — Reúnem-se no Porto, em sessão de estudo e no Dispensário de Higiene Social, os dermatologistas portugueses. Preside o reitor da Universidade, Prof. Amândio Tavares, ladeado pelos Prof. Azevedo Maia, Drs. Mário Cardia, Sá Penela e Mário Trincão.

Dos trabalhos apresentados têm cuidada análise os Drs. Aureliano Fonseca, Norton Brandão, Mário Basto, William Oswald, Juvenal Esteves e Artur Leitão.

De entre estes, dois deles porém, são alvo de mais profundo estudo: a terapêutica da tuberculose cutânea, desenvolvido pelo Dr. Artur Leitão, e os aspectos etiológicos e terapêuticos da tinea, tratados pelos Drs. Aureliano da Fonseca e Dr. Juvenal Esteves.

Esta reunião, que é promovida pela Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia, reúne numerosos clínicos da especialidade e tem alto interesse, não só pela diversidade de casos expostos, como pelo aspecto científico do seu tratamento.

Os dermatologistas portugueses reúnem-se depois num almoço de confraternização.

Estrangeiro

De Paris informam a descoberta duma nova doença que foi comunicada à Academia das Ciências, pelo Prof. Mollaret, da Faculdade de Medicina de Paris. Esta enfermidade começa por uma febre a alta temperatura, seguindo-se meningite aguda com diminuição do volume do líquido cé-

falo-raquidiano. A cura pode produzir-se após uma semana de tratamento. Três casos desta doença, até agora desconhecida, foram assinalados na provincia.

— De Praga informam que o Dr. O. Rucicka construiu um aparelho chamado «oxímetro». De dimensões extremamente reduzidas e pesando apenas 26 gramas, permite medir, de maneira permanente, a quantidade de oxigénio existente no sangue, evitando assim as perturbações cardio-respiratórias frequentes durante as intervenções cirúrgicas com anestesia prolongada.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 25-6 a 30-6-953)

25-6

Dr. Bernardo Teixeira Botelho — autorizado por despacho do Conselho de Ministros a acumular os cargos de médico municipal e subdelegado de Saúde do concelho de Palmela e de médico de posto de 2.ª classe da subdelegação do Instituto Maternal em Setúbal.

29-6

Dr. António de Matos Viegas de Carvalho, médico escolar — nomeado para desempenhar, interinamente, as suas funções no distrito de Angra do Heroísmo.

30-6

Dr. João Eurico Correia Lisboa, interno do internato complementar do serviço clínico da especialidade de oftalmologia — exonerado a seu pedido, a partir deste dia.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Para o provimento do lugar de médico municipal do partido da Gafanha da Nazaré (Ilhavo), com residência obrigatória e permanente no lugar de Cale da Vila, sede do respectivo concelho.

— Para o provimento do lugar do 3.º partido médico municipal, com sede e residência obrigatória em Alcantarilha, e cuja área abrange as freguesias de Alcantarilha, Armação de Pera e Pera, todas do concelho de Silves.

FALECIMENTOS

Faleceram:

Faleceu, em Lisboa, o sr. José Augusto Rosário Dias pai do Dr. Ângelo da Fonseca Rosário Dias e sogro do Dr. Luís Gonzaga Rodrigues.

— Em Lisboa, o sr. Augusto Maria Duarte Correia Melo, major de Artilharia e engenheiro civil, sogro do Dr. Jorge Dário Santos Lapa.

— Em Ribeirinho (Anadia), a sr.ª D. Conceição Pires e Pato, irmã do Dr. Manuel Pires, médico das Termas da Curia.

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

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

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Morais, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrombotomosa do Dispen. de Higiene Social), 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), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emílio 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 Hosp. de S.to 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 (Deleg. de Saúde de Portalegre), 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 Gynecologica 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.da — L. Trindade Coelho, 9-2.º — Lisboa — Telefone 27507.

Intogine

Bial

ÓVULOS

COM INTERMÉDIO HIDROSSOLÚVEL

PENICILINA G POTÁSSICA 50.000 U. I.
SULFANILAMIDA 0,5 g.
SULFATIAZOL 0,5 g.

Por óvulo

Caixas de 6 e de 12

INFECCÕES GENITAIS FEMININAS
VULVITES, VAGINITES, VULVO-VAGINITES
CERVICITES, ULCERAÇÕES DA VAGINA
ULCERAÇÕES DO COLO, LEUCORREIAS