

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 85
16 de Abril de 1953

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

**NOVO TRATAMENTO
DA TUBERCULOSE**

ISONICOTIL
Isonicotinil hidrazina
AZEVEDOS

«Os pacientes — condenados — que havíamos estudado, tiraram da terapêutica um benefício que ultrapassou tudo o que até então tínhamos observado ao empregarmos os medicamentos quimioterápicos ou antibióticos postos à nossa disposição».

(Steinbeck e colab.)

APRESENTAÇÃO E PREÇOS DO ISONICOTIL

Frs. de 50 comp. de 0,050 g — 20\$00
Frs. de 100 comp. de 0,050 g — 35\$00
Frs. de 250 comp. de 0,050 g — 85\$00
Frs. de 500 comp. de 0,050 g — 150\$00



SUMÁRIO

	Pág.
MOREIRA, MÁRIO — O ensino na cadeira de clínica médica	333
CAYOLLA DA MOTTA, LUÍS — Infecções pelo Virus da Parotidite Epidémica	339

SUPLEMENTO

	Pág.
Aspectos da investigação psicossomática actualmente em curso no New York Hospital — Amílcar Moura...	305
Ecos e Comentários	308
Palavras de agradecimento... e algumas de resposta — M. da Silva Leal	310
O aviso prévio do Prof. Manuel Cerqueira Gomes	313
Noticiário diverso	

COAGULANTES

ZIMAIA

(3 modalidades)



COAGULANTE - K - C - ZIMAIA

Em 5 c. c.:
Soluto de enzima coagulante a 2 %

Caixas com 4 amp. de 5 c. c. e 4 amp. de 2 c. c.
Caixas com 1 amp. de 5 c. c. e 1 amp. de 2 c. c.

Em 2 c. c.:
Vitamina K 0,005 gr.
Vitamina C 0,1 gr.

COAGULANTE - ZIMAIA

Em 5 c. c.:
Soluto de enzima coagulante a 2 %

Caixas com 4 amp. de 5 c. c.
Caixas com 2 amp. de 5 c. c.
Caixas com 1 amp. de 5 c. c.

COAGULANTE - ZIMAIA

Para aplicações locais

Em 5 c. c.:
Lipo enzima coagulante . . . 0,1 gr.
Sais orgânicos de cálcio e mag. 0,0035 gr.

Caixas com 3 amp. de 10 c. c.
Caixas com 3 amp. de 5 c. c.
Caixas com 1 amp. de 5 c. c.

LABORATÓRIO ZIMAIA — RUA DE ANDALUZ, 38 — TELEFS. 5 2226 — 5 3670

ESCRITÓRIOS E PROPAGANDA: RUA MARTENS FERRÃO, 10 — LISBOA (NORTE) — PORTUGAL

O ensino na cadeira de clínica médica

(Lição de abertura no ano lectivo de 1952-53)

MÁRIO MOREIRA

(Prof. da Fac. de Medicina de Lisboa)

«...Porque a enfermagem continua a ser a única e insubstituível escola de medicina...»

Estas palavras do excelso mestre francês, velhas de meio século, continuam a ter a actualidade das verdades eternas, e ocorrem-me sempre, ocorrem-me todos os dias ao atravessar as enfermarias desertas do Hospital Escolar.

Desertas de alunos, desertas de interesse, perguntar-se-ia para que servem elas, se todos os dias, com os meus assistentes e colaboradores voluntários, lá não passasse os melhores momentos da minha existência.

Mas então é só para o prazer espiritual dos emancipados, para o gozo dos mestres que se mantém a enfermagem escolar, inteiramente indispensável para a educação dos alunos? Dir-se-ia que sim.

Há dias, um professor ilustre desta Escola, que muito prezo, dizia-me, perplexo: — onde estão os quintanistas, outrora espalhados em alegre e buliçosa actividade pelas enfermarias, hoje encobertos e ausentes, que dir-se-ia não existirem?... Senti esta reflexão como uma involuntária afronta, eu que tanto tenho pugnado pela manutenção das tradições clínicas do velho ensino lisboense, eu que me tenho rebelado contra o ensino livresco que gradual e perfidamente se vem insinuando nos actuais métodos de estudo, eu que valorizo a todo o transe a educação clínica, quer nas minhas aulas, quer na orientação que inculco aos meus assistentes e até nas classificações das provas prestadas, nos exames, passo pelo vexame de ver as minhas enfermarias desertas de alunos, como se elas não contivessem as mais preciosas variedades clínicas, como se nelas não mourejassem os mais competentes e auxiliares voluntários, sempre prontos a ministrarem aos alunos lúcidos conselhos e proveitosas demonstrações daquilo que mais tarde há-de ser o seu bordão de arrimo no árduo trilho deste custoso caminhar. As minhas apologias, os meus conselhos, as minhas admoestações, até as minhas sanções ficam sem efeito.

E nós assistimos, inermes, ao lento declínio da escola clínica que foi o motivo de justo renome, a glória da escola de medicina de Lisboa. Mas tudo tem uma causa, ou, se preferirmos, uma razão de ser. Se o fenómeno se verifica é porque se criaram antes condições para tal e, se ele nos parece molesto, não o podemos combater sem atacar as circunstâncias determinantes. Tentemos pôr o problema em equação. Quais são os dados?

Primeiro: a evolução da medicina. Segundo: a evolução do ensino. Terceiro: a evolução da vida social.

Analisemos o primeiro: a evolução da medicina.

Seria tarefa impossível, mesmo que para tal me sobejassem dotes e talento, esboçar nesta curta palestra de menos de uma hora, a análise crítica de um dos mais portentosos e complexos fenómenos a que as últimas gerações assistiram. Mas temos de sintetizar; de traduzir em meia dúzia de palavras a linha geral da revolução que se consumou neste ramo fundamental do saber humano, desde que os primeiros alvares da civilização nos transmitiram os germes indecisos, mas já admiráveis, donde havia de brotar esta realização radiosa que se chama a medicina dos nossos dias. Essas duas palavras estão ditas há muito: a medicina, ciência biológica por excelência, caminha sem cessar para a dignidade de uma ciência exacta, que nunca atingirá, mas de que se aproxima cada vez mais.

Prática hermética dos tempos pagãos nos alvares da civilização proto histórica, preciosas e lucidíssimas aquisições dos métodos objectivos hipocráticos no florescer da portentosa

civilização helénica, mais esclarecidas noções dos sábios neogregos na fulgurante escola de Alexandria, amalgama de sortilégios, obscuras crenças, métodos de ignaro e grosseiro empirismo, quando não doutrinas de inverosímeis fundamentos, na tenebrosidade medieval, liberta-a penosamente a Renascença, alcançando-a, ligada às outras ciências irmãs, adolescentes, numa esplendorosa realização que nos dará um Leonardo da Vinci, símbolo fulgurante da máxima pujança do cérebro humano, abarcando tudo o que o homem pode saber no seu tempo. A medicina, ao lado da filosofia, da geometria, da astronomia, das artes, das humanidades, enfim, é uma faceta indispensável da ciência do século XIV. Mas, nesta altura, já é uma ciência de observação, de análise, de dedução, de criação, uma ciência, enfim, com os caracteres que hoje atribuímos a uma ciência biológica. De então para cá, não cessou a marcha progressiva que culmina nos nossos dias. O progresso científico geral fornece generosamente toda a sorte de achegas de que a medicina àvidamente se apropria. Os sentidos do homem, sucedendo-se às congeminações doutrinárias dos metafísicos, dominam a medicina, para em breve se reconhecerem ultrapassadas pelas aquisições das ciências exactas.

A química, a física, sobretudo, vindo em seu socorro, em breve a dominam e o doente, estudado como um fenómeno biológico, é submetido à análise numérica em que aquelas ciências se exprimem. A fascinação da exactidão é fatal. O diagnóstico, produto da reflexão do médico, gerado pela experiência, cultura e crítica dedutiva, passa a traduzir-se por números — expressão máxima da certeza científica. É a ilusão desta certeza empolga o médico, promovido a «engenheiro da saúde»... As observações têm a exactidão das grandezas matemáticas e o diagnóstico surge certo — se as operações estão certas — do confronto de dados rigorosamente estabelecidos.

O que é feito nesta altura do «olho clínico», sendo médico, intuição clínica, em suma, daquela série de dons mais ou menos reais e valiosos que constituíam, ainda há pouco, o frágil apoio da confiança tributada ao acerto diagnóstico? A medicina reveste-se dos atavios das ciências exactas.

Os laboratórios multiplicam-se, com a mais imponente aparelhagem que a técnica pode assegurar. Os médicos adextram-se na linguagem e raciocínio científico. Os livros de medicina cobrem-se de expressões algébricas, gráficos, logaritmos integrais e diferenciais, toda a impressionante armadura do rigor matemático. A medicina, envaidecida e desumanizada, afasta-se cada vez mais do ser sofredor para se alcançar às alturas da abstracção científica. Como as máquinas de calcular, se premirmos certo o teclado, o resultado diagnóstico há-de sair exacto.

Para que serve, nesta altura, a ridícula especulação filosófica de uma grande ciência irreal e absoluta? A doença é o problema cujos dados convenientemente manejados asseguram infalivelmente a solução.

Que estultas vaidades edificadas sobre tão falazes fundamentos!

O ser humano reclama àvidamente a doença, como apatúgio fatal da sua condição biológica. Misto de realidades e anímicas que é o homem, a sua natureza só é acessível ao conhecimento de outro homem, através da compreensão psicológica. A separação da biologia em fisiológica e patológica é uma abstracção útil para a sistematização interpretativa e didáctica; mas os fenómenos da vida, quer eles se encaminhem para a conservação quer para a extinção, regem-se pelas mesmas leis, obedecem às mesmas directrizes, traduzem-se

pelos mesmos aspectos, são acessíveis aos mesmos métodos de observação e análise. O homem só conhece o homem se tem dele uma noção complexa, somatopsíquica. Se este homem está doente não se emancipou do mesmo condicionalismo. E o médico só pode pretender conhecer o seu doente — e não a doença, como em linguagem despersonalizante foi, ainda há pouco, hábito dizer — se dele colher uma impressão psicossomática, passe o termo.

Como se prestam os algarismos, os doseamentos químicos, as grandezas físicas, as puras determinações fragmentárias de aspectos biológicos a traduzirem a complexa condição do homem quer ele esteja são ou doente?

Um número é uma abstracção despersonalizada. Uma determinação, uma mera operação laboratorial. Úteis, sem dúvida, para esclarecimento de aspectos particulares. Quem o nega? Mas como construir com elas um edifício diagnóstico integral, se não surgir a centelha reveladora da inteligência humana a sujeitá-las à elaboração racional?

Desde sempre foi a medicina ciência de observação. A relação entre as queixas e as alterações do aspecto normal do homem constituíram, desde a época prehipocrática, a base da medicina objectiva.

Surtos próprios do espírito humano, provocaram fugas a este sólido método e através de desvios metafísicos criaram-se correntes doutrinárias desprovidas de toda a positividade real, que imprimiram à medicina os atributos de uma religião ou escola filosófica de princípios abstractos e práticas rituais.

Assim, ao lado ou alternando com a ciência de observação, foi-se desenvolvendo a ciência escolástica, criando para a medicina a situação oscilante, ora de sólido positivismo, científico, ora de abstracta teorização doutrinária. Com o tempo, perdurou, desenvolveu-se e complicou-se este dualismo. O dogmatismo escolar reivindicou para si a cultura filosófica da medicina. O verdadeiro espírito científico não abdicou de, através de mil dificuldades, às vezes perseguido, escorraçado, muitas vezes acoimado de heresia, observou os fenómenos naturais e procurou deles tirar ensinamentos.

Ao lado do ensino universitário textual e dogmático, impando de orgulhosa autoridade, escudado de poderosas protecções, labutava oculta mas incansavelmente o espírito científico, encarnado nos anatómicos, nos físicos, nos cirurgiões, naqueles que, lidando atenta e sagazmente com o corpo humano, iam colhendo os elementos da ciência biológica que um dia havia de constituir os fundamentos da medicina moderna.

E assim, coexistiram na idade média e mesmo na moderna, os dois ensinos.

O teórico, doutrinário, dogmático e livresco, abstraindo de todas as realidades objectivas, consumindo-se na interpretação dos velhos textos, escolásticos, criando as mais imaginosas doutrinas, consumindo-se em pugnas encarniçadas de mútuo denegrimto. Por outro lado, o prático, acoitado nas salas mortuárias, nas camaratas dos doentes, estudando a morfologia somática, a anatomia, e as modificações mórbidas, procurando sem espírito preconcebido observar e compreender os fenómenos biológicos em que se traduz a saúde e a doença.

Os solenes doutores mal podiam suportar os humildes cirurgiões e sangradores, desprovidos da sua dignidade sacerdotal, conspurcando-se em grosseiras práticas junto dos enfermos, purgando, sangrando, cortando e não sabendo glosar um aforismo de Hipócrates, uma sentença da Escola de Salerno, um princípio de Averroes. O senso prático, o instinto da existência sempre orientou o homem, muitas vezes inconscientemente na busca da salvação. O descrédito da ciência doutoral, posta ao serviço da saúde avassalou as consciências e as sátiras dos Molières de todos os países traduziram deliciosa mas justiceiramente a revolta da humanidade contra a precária actuação dos abstractos doutores. E o apelo aos práticos surgiu cada vez mais avassaladora. Assegurando os seus serviços por métodos hoje desajustados, mas ao tempo apropriados, mostravam-se os cirurgiões activos, úteis, operantes, quando os doutores se consumiam na disputa colérica do exacto sentido de um princípio da Escola de Cos.

E o doente, aflito, queria que lhe acudissem perceptivelmente e olhava atónito para os conspícuos togados, envolvidos em abstractas cogitações escolásticas e convenientemente arre-

dados do importuno objecto do seu colóquio, para salvaguardar da sua dignidade indumentária.

Segundo: *A evolução do ensino*

O ensino lisbonense, originariamente desprovido de toda a dignidade universitária, nasceu no velho Hospital de Todos os Santos, onde a anatomia e a cirurgia encontraram as suas verdadeiras escolas práticas.

Se Coimbra se debatia entre o seu ensino universitário e o crúzio, que por vezes o sobrepujou, o da capital, relegado à condição de simples escola técnica de aplicação, manteve uma discreta e tranquila instalação, obrigando-o a albergar-se no colégio jesuíta de Santo Antão, comprometeu.

E os cirurgiões de Lisboa, cada vez mais acreditados, mostravam em face dos enfermos uma actividade útil, que nem de longe possuíam os graduados agarrados ao seu dogmatismo escolástico.

Quando esta escola de facto o foi de direito, pela instituição joanina da Régia Escola de Medicina, de que há cerca de duas dezenas de anos celebramos o centenário, não perdeu as características, antes as desenvolveu com maior ardor e eficiência. A Régia Escola, depois Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, como a do Porto, sua irmã gémea, continuou a tradição herdada, do ensino objectivo, prático, junto da cama do doente.

E os diplomados pela Escola de Lisboa foram incontestavelmente os preferidos por doentes e instituições, cada vez que se necessitava, não de proferir uma bela peça oratória, mas de acudir eficazmente a um enfermo.

Não se julgue que pretendemos insinuar que a universidade se mantinha pertinazmente afastada deste sentido objectivo da medicina para se encerrar numa teimosa submissão às suas tradições escolásticas. Tal como Lisboa e Porto, Coimbra pretende completar lucidamente o ensino teórico com a técnica prática. Sòmente, Lisboa, tinha avançado muito, neste caminho, desde a sua origem; tinha, pela população doente que nela existia ou a ela ocorria, um vasto manancial de experiência, que às suas congéneres escasseava. E o ensino de Lisboa, quando um dia atingiu a dignidade universitária, e a Escola Médico-Cirúrgica foi, por sua vez, Faculdade, tinha a caracterizá-la este sentido prático, técnico e objectivo, que nos permitia dizer, com orgulho, que todas as escolas superiores, fossem elas ou não de medicina, era a Escola Médica a única que lançava os seus diplomados para a vida prática, capazes de afrontarem conscientemente as responsabilidades da actividade profissional.

Assim foi até há pouco, assim foi ainda no meu tempo de quintanista, assim foi ainda depois dele.

Os mestres acompanhados dos seus assistentes oficiais e voluntários, consumiam a sua actividade na enfermaria. Os alunos acamaravam com eles, aprendiam a conhecê-los, a respeitá-los, a estimá-los, porque os sentiam sinceros, no seu labor e no seu ensino. Os alunos não desertavam das enfermarias, antes disputavam a prerrogativa de as frequentarem. E que orgulho quando se faziam notar, pela sua assiduidade, pelo seu acerto, pelo propósito das perguntas, feitas sincera e honestamente, aos assistentes, que não deixavam de lhes prestar auxílio e ensinamento durante essas horas de voluntária prática. Tinham livro, às vezes; outras vezes iam lê-lo, como eu fui, à biblioteca. Mas não faltavam às aulas em que os professores ensinavam a sua cadeira, a sua ciência, a sua experiência. Sobretudo, a sua maneira de abordar o doente, de colher a sua história, de o examinar semiollogicamente, e, por fim, de tirar uma conclusão diagnóstica e um corolário terapêutico.

O ensino era pessoal, objectivo, técnico. Desprezo pelas doutrinas, ou teorias sedutoras, não havia, de certo. Prezavam-se, como sempre se prezou, a erudição, a boa informação literária, a embaladura teorização. Mas eram exercícios espirituais, eram motivos de aliciente conversa, pretextos de exhibições culturais. Eram, em suma, o prémio ou a diversão concedida aos bons trabalhadores que, com zelo, tinham cumprido a sua tarefa.

Porque esta é que era indispensável e consistia na colheita de uma boa história, na execução de uma técnica

semiológica correcta, na dedução de um lúcido diagnóstico. E isto só se obtinha com a frequência reiterada das enfermarias e consultas hospitalares. Os serviços de urgência polulavam de voluntários. E que noites de alegre e sã camaradagem, de deleitosa boémia de espírito eram essas noites de Banco, em que a variedade inesgotável de casos, a sagacidade de diagnósticos, a rapidez e oportunidade de decisão punham à prova o valor e experiência dos mais antigos, as qualidades desabrochantes dos novos que diligentemente os acompanhavam.

Após as aulas, as enfermarias enchiam-se do bulício dos estudantes, que interrogavam, palpavam, percutiam e auscultavam, escreviam e discutiam, — sobretudo discutiam — uns com os outros os casos clínicos que se lhes deparavam e de tal modo, que todos e cada um, colhia a experiência da enfermaria inteira e não só do seu doente distribuído.

Os alunos eram conhecidos dos mestres e muitos ajudavam voluntariamente a tarefa da enfermaria. Ainda me lembro do orgulho com que apontei no meu livrinho de notas, a primeira toracentese que, ainda estudante, executei por incumbência do meu assistente! E os exames eram a cerimónia destinada a conferir aos alunos uma licenciatura indiscutida, através de uma nota, traduzindo a impressão colhida no dilatado convívio da enfermaria. Que tranquilidade para professores e alunos, que honestidade neste mútuo lidar para alcançar um fim comum! Mas, dir-se-ia: — então eram todos bons alunos? Não havia reprovações? Sempre houve, infelizmente, mais alunos: por insuficiência de qualidades, por erro de orientação na escolha da carreira, por acontecimentos fortuitos que apagam, transitória ou definitivamente, certos espíritos prometedores de brilhantes realizações. Também os havia no meu tempo. Mas esses, geralmente, auto-seleccionavam-se, não iam a exame, para que se não sentiam habilitados. O professor classificava os alunos em grupos, pela sua assiduidade, pelas suas provas, pelas suas chamadas a examinar doentes internados ou da consulta desconhecidos para alunos e mestre. Para os do grupo superior (de 15 valores para cima) o exame era uma simples formalidade. Para os do grupo médio (entre 15 e 10 valores) o exame tinha de ser demonstrativo da aptidão adquirida. Para os do grupo inferior (menos de dez valores) o exame seria uma temeridade desaconselhada. E o aluno nestas condições não a tentava. E o professor não reprovava o quintanista seu aluno. Que sucedeu depois? Os alunos tornaram-se avalanche. Os professores mudaram. Os novos já não beberam a velha tradição da escola lisboense, sorvida entre as paredes do vetusto casarão de S. José. A sua cultura cada vez mais vasta, tornou-se característica, internacional. Desapareceu o respeito pelos métodos consagrados da nossa Escola, pela terminologia tradicional, pelas aquisições obtidas à custa de tanto labor, por mais de um século. E, gradualmente, o ensino foi perdendo as qualidades práticas e objectivas que o caracterizavam, para adquirir uma feição mais abstracta e erudita. Os professores, extasiados com as novas aquisições científicas, entregam-se às entusiásticas exposições teóricas que os livros e revistas lhes facultam. Os alunos, mal sabendo os fundamentos elementares da medicina, ouvem falar de factos novos, se bem que desconhecendo os velhos. Os espíritos juvenis, naturalmente seduzidos pelo brilho aliciante das novas teorias, engolfam-se por esse pérfido caminho e as altas classificações com que nos actos finais são premiados os expositores mais ou menos conscientes das recém-chegadas doutrinas impelem-os irresistivelmente para esta nova senda. E o ensino lisbonense perdeu, rápida e progressivamente, as suas inconfundíveis características, para cair nas formas literárias e «sebenteiras» que surgem inevitavelmente, cada vez que a divagação do espírito se substitui à disciplina da educação objectiva.

Os alunos da Escola de Lisboa, tantos que o professor não os conhece, nem se conhecem entre si, frequentam as aulas com o espírito de que fazem uma cortez concessão ao professor, em detrimento do já de si escasso tempo indispensável à aquisição da cultura livresca. E, como os múltiplos exames se escalonam pelo ano adiante, com a competente exigência de preparação teórica, os alunos desertam das aulas para se encerrarem no seu quarto a observarem atabalhoadamente as noções que lhes assegurarão a almejada aprovação. Por isso as enfermarias estão desertas, por isso os professores

de clínica e veem coagidos a ensiná-la como se ensinassem latim...

Se tanto insisto em apontar estes, por mim reputados, males gravíssimos, é porque me não conformo com eles, e pretendo combatê-los tanto quanto em mim couber. E, se o problema se afigura de difícil solução, esta não pode evidentemente ser encontrada, sem que aquele seja claramente definido.

Reconhecido o estado de coisas, que circunstâncias o propiciam?

Tentemos enumerá-las. Julgo que se podem resumir assim: — organização do curso, número de alunos, mentalidade destes, mentalidade dos professores.

Dir-se-á que a organização do curso deriva em grande parte dos outros factores citados.

Isto é parcialmente verdade. Quem organiza programas e horários têm de atender a estes factos. O afluxo de estudantes é enorme e desproporcionado com as exigências sanitárias e a capacidade de absorção do país, de tal número de licenciados. Isto provém do crescente número de jovens que se destinam a cursos superiores, fenómeno social que transcede o limite destas reflexões; e à fascinação de uma miragem, transmitida através de gerações e que as realidades presentes ainda não conseguiram extinguir, de que o curso de medicina era um El Dorado, caminho seguro de uma prosperidade compensadora. Quando meditamos na realidade das circunstâncias sociais e económicas em que se desenvolve a actual actividade clínica, uma grande piedade nos possui, por tantos jovens, imolados através de sacrifícios de toda a ordem, que a aquisição de uma licenciatura em medicina acarreta, a uma vida de acabrunhada mediocridade quando não de angustiada pobreza. Uma grande clemência na concessão das aprovações seria, à primeira vista, o corolário forçado de tal estado de espírito. Certamente que ela não falta e se integra na convicção filosófica de que não há justiça sem clemência. Mas se nos lembrarmos de que as responsabilidades do ensino técnico e erudito nos não permitem transformar a benevolência em desleixo da missão que nos incumbe, reconheceremos que um poderoso dique se opõe a tal pendor. É ao professor de Clínica Médica que praticamente compete conceder a licenciatura. Tem de arrostar com a responsabilidade de declarar aptos a exercerem a clínica os seus examinados.

Só uma inconcebível inconsciência dos seus deveres lhe permitiria subestimar a gravidade de toda a atitude, que não seja a sua escrupulosa judicatura. Mas este examinador foi, ao mesmo tempo, o professor dos seus examinandos.

Ensinou-os, ou pretendeu ensiná-los, da forma que julgou melhor, quer na selecção das doutrinas, quer nos métodos de diagnóstico, nas técnicas semiológicas, nas orientações terapêuticas. No exame interroga sobre a matéria dada e a que fez expor pelos seus assistentes, inquire do domínio dos métodos semiológicos sobre que tanto insistiu e fez insistir durante o ano.

Criado na tradição e na escola da objectividade, na maneira hipocrática da medicina, baseada nas realidades tangíveis o motivo e pretexto das nossas abstracções doutrinárias, continua a ser a cama do doente o seu laboratório escolhido e indispensável. O velho ditado de que não há doenças mas doentes, continua, apesar da sua aparente banalidade, a merecer constituir o lema do nosso credo científico. Houve épocas, e não remotas, em que se dizia, ao abeirarmo-nos de um doente: — isto é uma pneumonia. Hoje temos de dizer que *este doente* sofre de pneumonia. E, quando pomos este rótulo à enfermidade, é porque tudo tem de ter um nome, para ser encontrado e designado, mas não que, de maneira nenhuma, signifique que idêntico nome corresponda rigorosamente a idêntica modalidade clínica, porque, se podemos catalogar as espécies mórbidas como sistematizamos espécies animais ou vegetais, sabemos de antemão que não há duas doenças iguais, como não há dois animais ou duas plantas rigorosamente idênticos. E porque assim é, e porque os livros expositores não podem senão sistematizar quadros que, por gerais e complexivos têm necessariamente de ser despersonalizados, nunca o caso clínico estará nele contido, senão em traços muito gerais, em normas genéricas de que o clínico lançará mão como guias e orientadores da associação de dados que a sua observação lhe permitirá colher. E nesta expressão: «dados que a obser-

vação lhe permitirá colher» se contém o primeiro e mais importante acto clínico e por isso também o primeiro grande objectivo do ensino. Saber colher os dados subjectivos e objectivos da doença é um dom que as qualidades naturais propiciam, mas que só uma sólida educação prática permite obter.

Pela organização dos estudos médicos, todo o aluno finalista já nos deve chegar às mãos com habilitação completa neste ramo, mas, triste é dizê-lo, praticamente, nenhum a tem! E, como não é possível construir o edifício sem alicerces, eu tenho de descer a cabouqueiro quando o tempo tanto me escasseia para levantar a construção... O sacrificio é evidente. Alunos, assistentes e professor, repisam, na cadeira de Clínica, o que já por todos devia ser sabido. Não porque deprima, antes, para quem ama a sua profissão, como nós, se delicia na colheita meticolosa dos dados que hão-de permitir deduzir o diagnóstico. Mas é que a construção desse diagnóstico implica o domínio da patologia e do raciocínio clínico, objectos da cadeira de Clínica Médica que por aquele motivo nunca chegam a ser convenientemente explanados. Pode dizer-se que pretendemos, nas escassas horas que programas e alunos nos concedem cada ano, fazer a miraculosa transformação de espíritos virgens de toda a cultura médica, em clínicos.

A tarefa é ambiciosa e, de certo, ultrapassa as nossas forças. Não obstante, fazemos o que podemos, nesse caminho. Muitos ficam para trás e, à parte raras desistências, só mais tarde nos alcançam. Esta forçada insistência, no limiar da licenciatura, é uma sorte de correcção natural à má preparação anterior e é de ver como alguns, que em anos anteriores exibiam o mais completo alheamento dos assuntos versados, se possuem deles e ao fim prestam provas tradutoras de uma suficiente educação clínica. Libertos das restantes imposições preparatórias, entregam-se à enfermaria e nela colhem a educação objectiva e doutrinária de que carecem. A enfermaria dá as suas provas como a verdadeira escola da medicina, o aluno encontra a sua vocação e capacidade de aprender quando as falhas anteriores o tinham feito descer de si mesmo. E porque hão-de tardiamente procurar este ambiente próprio que espontaneamente lhes é franqueado e não ingressam ainda alunos como voluntários, auxiliares ou externos, nos serviços clínicos, colaborando na tarefa clínica, executando as missões que lhes forem confiadas, experimentando e corrigindo os seus próprios meios, ouvindo as considerações a propósito de cada doente, auferindo, em suma, a totalidade dos benefícios que uma assídua frequência da enfermaria confere? Os serviços clínicos, naturalmente pobres de pessoal graduado oficial, ante as cada vez mais exigentes necessidades técnicas, necessitam do auxilio de todas as boas vontades, possuidoras de um mínimo de qualidades que justifique a sua aceitação. Os voluntários, admitidos a colaborar officiosamente nas rotinas hospitalares, adquirem uma educação, um à vontade, um desembaraço ante as emergências clínicas que os transformam por vezes em preciosos auxiliares. É o professor habitua-se a contar com eles, a conhecê-los, a ajuizar da sua aprendizagem o suficiente para transformar o exame final num simples pretexto para conferir uma classificação, ganha num ano de esforço proficuo. Então o exame já não será a terrivelmente contingente cerimónia donde resulta uma classificação cuja frágil justiça aterra professores e alunos, mas a manifestação final de uma série de provas dadas em condições eminentemente mais propícias para uma justa apreciação dos méritos do examinando.

Que segurança, que tranquilidade, que garantia contra tantas surpresas e decepções que desde que há exames amarguram a vida do professor e alunos através a viciosa indagação da sabedoria que o actual sistema de exames realiza.

Tais são, sucintamente enunciadas, as preocupações de um professor de Clínica Médica ao tomar o encargo de mais um curso de finalistas que lhe incumbem tornar em profissionais dignos. Esta palavra encerra o duplo aspecto técnico e moral. Não é digno de ser médico quem não for competente e honrado. E, se já falamos do que entendemos por competência técnica, temos também de definir o que significa aqui a palavra «honrado». É óbvio que a exigência ética ultrapassa no médico largamente a imposta ao comum dos homens. Pela natureza da sua missão, pelas circunstâncias em que muitas vezes se exerce, pelas fáceis tentações em que ela é

tão fértil, a honradez exigida ao médico, tem muito da austeridade moral e rectidão de espírito exigidas ao sacerdote. Esta palavra, desacreditada no cabotinismo dos anúncios em forma de agradecimento nos jornais, explorada pelos doentes que se julgam com direito a assistência gratuita, continua, não obstante, a impor-se à consciência profissional da medicina. Médico é o homem honrado que exerce a arte de curar, ensinavam-me os meus velhos mestres. A prioridade dada ao factor moral nesta definição lapidar não é fortuita ou literariamente rebuscada. É que encerra a condição «sine qua non» para ser médico. Se não é honrado, não pode ser médico. Se pouco sabe, ainda pode vir a saber muito. E a exigência moral impõe-se e domina toda a perspectiva em que se desenrola toda a nossa actividade profissional. Honradez pela abstenção de actos reconhecidamente culposos, honradez pela pureza de intenções, pela rectidão de atitudes, constituem o arcaboço poderoso, sim, mas tão vulnerável como tudo o que é humano, do profissional da medicina. É, às vezes, motivo de perplexidade para os bem intencionados, e estes são, felizmente, a quase totalidade — a interpretação deste código deontológico, a exacta atitude em face de um caso concreto. Seja ele em relação ao enfermo ou ao colega — porque este não é éticamente menos exigente do que aquele, não há a fórmula a fixar, texto a interpretar, regras a coligir. Um só princípio norteia, domina e consubstancia toda a nossa actuação, física como moral, e essa é velha como a moral cristã: — «não faças aos outros o que não desejares que te façam a ti». E, quando assim procedermos, caminharemos serenos e de cabeça levantada, possuídos daquela força interior e sã alegria que só conhecem os que na vida se subordinaram à disciplina das consciências limpas.

Estabelecidos estes princípios fundamentais da ética profissional, resta ao professor preocupar-se com a execução das medidas pedagógicas destinadas a obter os fins enunciados.

Como vai correr o curso?

Coerente com as medidas expostas, temos de pôr o nosso esforço ao serviço dos objectivos a assegurar e dos males a evitar. Definimos, com fim supremo das nossas missões, criar médicos tecnicamente bem adestrados, intelectualmente bem esclarecidos. Focamos a necessidade premente de dar à objectividade clínica o melhor da nossa atenção e esforço. Por isso as aulas de aplicação clínica, junto da cama do doente, serão o fundo substancial do nosso ensino. Mas elas não chegam. Os alunos que se limitarem a cumprir as imposições horárias, passarão pela Clínica sem dela terem obtido a educação de que necessitam e que ela tem o dever de lhes ministrar. Necessitam de concitar os seus esforços no sentido de darem à frequência laboriosa da enfermaria o melhor do seu tempo escolar e extraescolar. Sabemos como nos objectam com horários. Sabemos como esses motivos são meros pretextos, como aqueles, que querem ultrapassam com facilidade tal obstáculo. Invocando necessidades de preparação de exame, das chamadas «especialidades», os alunos faltam às aulas de clínica, que representam a ocupação de uma hora e meia em cada vinte e quatro horas.

Não precisamos de comentar a falsidade de tal pretexto: basta que o enunciemos. A dentro dos cursos, há sempre alunos em condições académicas diversas. Há os repetentes a períodos transitórios, há os possuidores de alguns exames das «especialidades», em suma, cada um tem disponibilidades de tempo diferentes, o que permite também encarar várias ocupações úteis daquele. Já aludimos repetidamente ao abono da enfermaria, pelos alunos. Não precisamos insistir mais sobre os inconvenientes de tal atitude, bem como nas vantagens que adviriam de uma actuação contrária. O ensino feito na cátedra é formal, mais ou menos solene, muitas vezes abstracto ou pouco comunicativo. O ensino realizado nos colóquios científicos da enfermaria, durante as visitas clínicas, no contacto diário de professores e discípulos continua a ser, como sempre foi, o mais proficuo de todos, porque é o mais sincero, o mais despido de artificio.

Coerente com o que prega e executa, o professor revela-se contra o ensino predominantemente teórico, e ensina a medicina objectiva e real. Os alunos não vêm preparados neste sentido. Ignoram as mais elementares técnicas semiológicas, que outrora eram do domínio dos que pela primeira vez,

BAlXA DE PREÇOS

Novamente os Laboratórios Delta, põem à disposição da Ex.^{ma} Classe Médica, a

DELTACILINA em DOSES,

tornando-a assim, como já fora, a primeira penicilina preferida pela economia das suas embalagens.

Deltacilina	150.000 U. O.	{	1 Dose	Esc.	10\$00
			3 Doses	Esc.	24\$00
	300.000 U. O.			Esc.	12\$50
	400.000 U. O.	{	1 Dose	Esc.	14\$00
			3 Doses	Esc.	40\$00
			5 Doses	Esc.	62\$50
			10 Doses	Esc.	120\$00
	600.000 U. O.	{	1 Dose	Esc.	17\$00
			3 Doses	Esc.	49\$00
			5 Doses	Esc.	77\$50
			10 Doses	Esc.	150\$00
	800.000 U. O.	{	1 Dose	Esc.	20\$00
			3 Doses	Esc.	58\$00
			5 Doses	Esc.	92\$50
			10 Doses	Esc.	180\$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

Protandren*

Esteróide de síntese actuando sobre o metabolismo

Metil-
androstenediol

O efeito pronunciado sobre o metabolismo e a fraca acção androgénea são características do Protandren e justificam o seu uso clínico.

INDICAÇÕES:

para ambos os sexos: MAGREZA, OSTEOPOROSE, TRANSTORNOS DO CRESCIMENTO NAS CRIANÇAS

para a mulher: DISMENORREIA, DORES DE CABEÇA, OU MASTODINIA NO PRÉ-MENSTRUO
PERTURBAÇÕES DA MENOPAUSA
CARCINOMA DA MAMA

APRESENTAÇÃO: Comprimidos sublinguais a 25 mg:
Frasco de 30 comprimidos

Suspensão de microcristais:
Frasco-ampola de 10 cc com 500 mg

* Marca registada

Produtos CIBA, Limitada — Lisboa

ingressavam numa enfermaria. Aproveitando o tempo lectivo de que o horário lhe permitia dispor, dá preferência às aulas de enfermaria, junto da cama do doente, em detrimento das aulas expositivas, que, em rigor, podem ser substituídas pela leitura de bons livros, e que só se tornam indispensáveis para dar aos alunos a orientação no entrecrocamento de opiniões e teorias diferentes com que, a propósito de tudo, se defronta nos livros, bem como para, através de resumos críticos e interpretativos, seleccionar o que um aluno não pode fazer, por falta de desenvolvimento científico, fornecer visões de conjunto sobre assuntos dispersos e, em plena evolução, marcar a posição do professor em relação às várias correntes que se estabelecem e contrariam. Portanto, o professor de Clínica Médica preocupa-se todo o ano em preparar clínicos não doutores. Insiste e faz insistir aos seus assistentes na aquisição de métodos clínicos que levam ao diagnóstico e tratamento adequados. Fornece os elementos técnicos indispensáveis à interpretação dos fenómenos naturais que o quadro da doença faculta de modo a que a preocupação prática não caia no igualmente nocivo exagero do empirismo.

Porque o exacto equilíbrio entre estes dois aspectos, o ensino objectivo e o erudito, é um ideal cuja aquisição só

é privilégio de alguns. O homem de espírito suficientemente evoluído, que sabe observar e definir os fenómenos naturais, é o médico por excelência. Fora disto, há letrados ou então curandeiros. E a cadeira de Clínica Médica tem por fim preparar médicos a que o diploma de licenciatura confira um direito que não seja uma arma homicida. Por isso o professor, embora animado por um espírito de benevolência e compreensão das dificuldades com que o estudante se debate, não pode atraioar a sua missão, não pode descair na culpa transigência com a impreparação. O ensino tem de ser humano, compreensivo, afável, mas digno, honesto e austero, se não na sua forma exterior, na sua ausência e intuições.

O papel do professor de Clínica Médica é de uma grande complexidade e exigência, não bastando ser competente ou talentoso, para bem o desempenhar.

Exige, a par de um senso clínico nato, de uma educação científica exaustiva, e de um poder de transmissão dominador, um equilíbrio mental, uma autoridade moral, que realizem a personalidade do professor, daquele que há-de transformar os discípulos em colegas, sem que estes nunca deixem de o evocar como o seu Mestre.

REVISÃO DE CONJUNTO

Infecções pelo Virus da Parotidite Epidémica ^(*)

(Continuação)

LUIS A. C. R. CAYOLLA DA MOTTA
(Médico da D. G. S., Interno dos H. C. L.)

2.^a Parte: (Formas Clínicas, Sintomatologia, Evolução, Complicações e Prognóstico)

VI) FORMAS CLÍNICAS: SINTOMATOLOGIA, EVOLUÇÃO E COMPLICAÇÕES

Não podemos, neste capítulo, fazer mais do que um breve resumo da sintomatologia dos casos típicos habituais, de todos já tão bem conhecida, e das principais formas atípicas, cuja existência todos os clínicos devem, hoje em dia, conhecer, a fim de as poderem diagnosticar correcta e precocemente. Repetimos, entretanto, que o que se segue é apenas um esboço-resumo dos principais factos hoje conhecidos acerca dos pródromos, sintomas subjectivos e objectivos do período de estado, evolução habitual, complicações, diagnóstico diferencial e prognóstico das mais frequentes formas clínicas que a infecção pelo vírus parotidiano pode adoptar.

A) *Pródromos*

A doença pode eclodir quase bruscamente, sem quaisquer pródromos, ou pode iniciar-se lentamente, pela instalação progressiva de alguns sinais que, quando ainda discretos, podem considerar-se como pródromos da fase clínica propriamente dita.

Estes sinais prodrómicos podem ser os mais diversos, mas, habitualmente, consistem em: abatimento, astenia discreta, mal estar geral, febrículas e arrepios às vezes, cefaleias frequentes e, por vezes, excepcionalmente intensas e, mais raramente epistaxis. Todas estas queixas podem surgir desde 1 até 7 dias antes do aparecimento dos sinais típicos.

Nas formas parotidianas típicas, que são as clinicamente mais e melhor conhecidas, pode surgir ainda 1 a 4 dias antes do aparecimento da hipertrofia parotidiana, uma dor discreta, ou mesmo intensa sobre o ramo montante do maxilar inferior, próximo do ouvido, quer à pressão, quer à mastigação.

Nestes casos típicos, está ainda descrito um outro sinal, este objectivo, e que, embora não constante, é típico: vermelhi-

ção da mucosa bucal à roda do orifício do canal de Stenon (Wesselhoeft).

Regra geral, os sinais prodrómicos apontados, quando surgem, não costumam durar mais do que 1-2 dias, mas podem prolongar-se por uma semana, como se disse (Wesselhoeft, Meiklejohn).

Nas formas não parotidianas ou atípicas, os pródromos podem ser diferentes dos que precedem as formas típicas, podendo variar, evidentemente, com a ou as localizações primárias da infecção específica. Entretanto, quando surgem, são regra geral, discretos e precedem, de muito próximo, os sinais do período do estado.

Muitas vezes faltam por completo e, em um grande número de casos em que surgem, consistem apenas em cefaleias e uma certa astenia, sem quaisquer sinais prodrómicos locais e, pois, independentemente das diversas localizações possíveis.

B) *Formas Clínicas e Localizações principais: suas Sintomatologia, Evolução e Complicações*

A sintomatologia desta infecção, hoje reconhecidamente proteiforme, é muito variada e condicionam-na, fundamentalmente, a ou as localizações, primárias e secundárias, do vírus.

As diversas formas clínicas derivam, essencialmente, das consequências inflamatórias daquelas diferentes localizações do vírus específico.

Vamos apontar, muito brevemente, os principais sintomas e a evolução habitual das diversas formas clínicas que esta infecção pode adoptar.

(*) A 1.^a Parte desta revisão e actualização de conjunto (*Introdução, História, Etiologia, Patogenia, Anatomia Patológica e Epidemiologia das Infecções pelo Virus da Parotidite Epidémica*) foi publicada em «O Médico», Vol. I (n.º 84): pág. 323 a 331, 1953.

Embora os tratemos como assuntos separados, por comodidade de sistematização e de exposição, queremos frisar, mais uma vez, que, em um mesmo indivíduo, podem apresentar-se nos: 1.º) ou só formas monolocalizadas (ex.: ou só inflamação parotidiana, ou só orquite, ou só encefalite); 2.º) ou formas polilocalizadas, quer inicialmente, quer sucessivamente (como por ex.: ou uma forma em que surjam inicialmente atacadas as glândulas salivares e o S. N. C., ou uma forma inicialmente parotidiana a que se siga, como evolução ou complicação, uma orquite ou uma pancreatite específicas, etc.).

1) LOCALIZAÇÃO DA INFECÇÃO NAS GLÂNDULAS SALIVARES

a) Parótidas (Parotidite epidêmica típica)

Na maior parte dos casos clinicamente reconhecíveis, isto é, em aproximadamente 80 % de todas as infecções, clinicamente aparentes, pelo vírus parotidiano, a localização primária, e geralmente a única, verifica-se nas glândulas salivares e, muito especialmente, nas parótidas. Daí a origem do nome de parotidite epidêmica por que a infecção é habitualmente conhecida e que ainda hoje se aplica, mesmo nos casos em que as parótidas nunca vêm a ser afectadas.

O ataque bilateral, simultâneo ou não, das parótidas, verifica-se em cerca de 70 % dos casos em que há inflamação parotidiana.

Nas inflamações unilaterais, a parótida esquerda é a mais frequentemente atacada, pelo menos no que diz respeito à hipertrofia inflamatória aparente (E. Coutinho). Não é conhecida ainda qualquer explicação para este facto.

Depois da hipertrofia parotidiana, habitualmente dolorosa, o sintoma mais frequente dos casos típicos é a febre que, regra geral, marcha em proporção com o grau da hipertrofia.

A febre, que pode, entretanto, ser muito variável e, até, faltar, mesmo na presença de marcada hipertrofia parotidiana, costuma acompanhar o aumento de volume da glândula e desaparecer quando esta volta ao normal.

Geralmente elevada nos adultos, onde costuma oscilar à volta dos 39° C., a febre é sempre mais discreta nas crianças onde, com maior frequência do que naqueles, pode faltar.

Regra geral, o aumento de temperatura e a hipertrofia glandular, muitas vezes precedidos de arrepios de frio, instalam-se rapidamente, embora não de uma forma muito brusca. Algumas vezes fazem o seu aparecimento de maneira mais insidiosa.

Estes sintomas principais acompanham-se, habitualmente, de mal estar geral, arrepios de frio e cefaleias, por vezes extremamente violentas e às quais se juntam, com certa frequência, fotofobia, náuseas e até vômitos, o que indica a frequente participação do S. N. C. na infecção parotidiana.

Habitualmente, o auge da hipertrofia inflamatória é atingido em 3 dias, após o que as glândulas regressam às suas dimensões e outras características normais, dentro de 4 a 8 dias, em média, com o desaparecimento rápido dos restantes sinais locais e gerais. Conhecem-se, entretanto, alguns casos em que a hipertrofia da ou das parótidas atacadas persistiu ainda durante algumas semanas.

Quando se verifica um ataque bilateral o início da hipertrofia das duas parótidas, ou é simultâneo ou é separado por um intervalo que, habitualmente, vai de algumas horas até dois a três dias. Mas conhecem-se muitos casos em que uma das parótidas só manifestou sinais inflamatórios 3 a 5 dias depois do início da hipertrofia da primeira a ser atacada, ou até só alguns (no máximo 5) dias após o regresso da primeira glândula à normalidade.

Neste último caso, estando, como é hábito, o doente já apirético, a inflamação da segunda parótida é acompanhada por nova onda febril.

A temperatura também se eleva, novamente, sempre que, estando a hipertrofia parotidiana em regressão, se verifica a invasão específica de outro órgão ou sistema (ex.: testículo, pâncreas, rim, S. N. C., etc.), ou sobrevem qualquer complicação por infecção inespecífica intercorrente.

A evolução habitual (nos casos normais e não complicados) das formas unilaterais, decorre em 7 a 10 dias em média, enquanto que a das formas bilaterais em 12 a 15 dias.

A sintomatologia local dos casos típicos é bem conhecida de todos: hipertrofia característica, com deslocação do lóbulo da orelha, do mesmo lado, para cima e para fora, acompanhada de edema dos tecidos subcutâneos vizinhos, edema esse que pode ser tão intenso que, estendendo-se ao pescoço e à órbita, desfigure por completo os traços fisionómicos dos doentes.

Estes podem sentir, localmente, desde um ligeiro desconforto até dor marcada e persistente que, habitualmente, se intensifica pelos movimentos da mastigação, ou da deglutição, bem como ao falar, ao bocejar e sempre que a secreção salivar é excitada repentinamente (por qualquer alimento ou bebida ácidos, por ex.) e o canal Stenon se encontra parcialmente ocluído, o que não é raro nestes casos.

As parótidas atingidas, revelam, à palpação do observador, uma consistência pastosa ou firme, mas sempre muito dolorosa à pressão. Verifica-se, ainda, quase sempre, a deslocação característica do lóbulo da orelha, como acima se indicou.

O exame da mucosa bucal pode, finalmente, revelar, ao observador, um rubor particular à roda da abertura do canal de Stenon, zona essa, por vezes, muito extensa.

Em certos casos, surge otodinia, podendo mesmo verificar-se uma otite média, quando o ouvido médio é englobado pela inflamação periglandular. Mais raramente, surgem zumbidos e, até, surdez, quando a inflamação dos tecidos vizinhos afecta o ouvido interno, ou o nervo acústico.

Outras vezes ainda, a inflamação, naturalmente com carácter apenas inespecífico, pode atingir o VII nervo craniano e ser a origem de uma paralisia facial.

Note-se que todas estas alterações ultimamente descritas têm um carácter habitualmente funcional e regressam quando o edema periglandular desaparece.

A evolução da inflamação parotidiana para a supuração inespecífica das glândulas atacadas é uma complicação muito rara e que só se tem verificado em indivíduos caquéticos ou sofrendo, concomitantemente, de outras infecções inespecíficas, gerais ou de órgãos vizinhos.

As lesões acima indicadas, dos ouvidos médio e interno e de alguns nervos cranianos, se são consideradas, por alguns, como resultado de um ataque directo do vírus (Dopter, Nemlicher, Tchernicow, Solomonova, van Rooyen, Wesselhoeft, etc.) são-no, por outros, apenas como inflamações inespecíficas periglandulares, entrando, assim, exactamete como a supuração secundária das glândulas atacadas, no grupo das complicações desta afecção (Meiklejohn, Gordon, etc.).

No decurso da evolução das formas parotidianas — quer no das clínicas típicas, quer no das subclínicas e, mesmo, no das inaparentes — pode verificar-se o ataque do vírus a outros órgãos ou sistemas, com os consequentes sinais clínicos derivados dessas diferentes localizações (ex.: testículo, pâncreas, S. N. C., etc.).

Estas diferentes localizações, quando traduzidas por sinais clínicos, têm sido rotuladas de complicações da parotidite epidêmica, pela maioria dos autores, embora, mais modernamente, outros queiram ver nelas apenas sinais de diferentes localizações de uma infecção proteiforme. Segundo estes últimos autores, a infecção parotidiana pode, como qualquer outra infectopatia polisintomática (como, por ex., a brucelose), apresentar certas localizações e determinados sintomas em alguns casos, e outras e outros, em outros.

Seja como for, essas outras localizações, ou complicações específicas, serão expostas, com maior pormenorização, a seguir, mas separadamente umas das outras, para uma melhor sistematização.

Entretanto, queremos, antes de iniciar essa exposição, referir as percentagens médias em que elas — ou pelo menos as principais localizações ou complicações específicas — se costumam verificar, entre os casos típicos de parotidite epidêmica propriamente dita. Assim, por ex.: submaxilarite, em cerca de 10 % dos casos típicos; sublingualite em menos de 1 %; orquite em 18 % a 25 %; ooforite em 5 %; pancreatite em 7 % a 8 %; meningo-encefalite em 10 % a 25 % (embora, segundo Meiklejohn, se possam encontrar ligeiras alterações do liquor no sentido de meningite linfocitária inaparente em 50 % a 80 % dos casos); etc.

Segundo Wesselhoeft a constatação de esplenomegália no decurso da parotidite epidêmica, não é excepcional havendo

autores que chegam a referi-la em 19 % dos casos (Greene e Heeren).

Mais pormenores acerca destas localizações referidas, bem como de outras, serão indicados a seguir, a propósito das considerações feitas sobre cada uma.

Queremos ainda apontar, brevemente, alguns dados laboratoriais inespecíficos, que se podem constatar em, praticamente, todos os casos típicos de parotidite epidémica.

Nestes casos, verifica-se, geralmente, leucopénia discreta com linfo-monocitose relativa, que pode ir até 45 %. Mais raramente, há leucocitose apénas à custa dos linfócitos: linfocitose relativa e absoluta.

A velocidade de sedimentação está, habitualmente, dentro dos limites normais ou muito pouco elevada.

Não é rara a constatação de hiperamilasémia e até de hiperamilasúria, em quase todos os casos de parotidite epidémica, especialmente no decurso da primeira semana da doença, e mesmo na ausência de qualquer compromisso pancreático.

Em um grande número de casos de parotidite epidémica (que pode chegar a ser cerca de 80 %, segundo alguns autores), os exames do líquido cefalo-raquidiano mostram aumento da sua tensão e hiperproteinorraquia, de elementos linfocitários, embora não existam, na maioria daqueles casos, quaisquer sinais clínicos de meningite ou de meningoencefalite.

Finalmente, o exame citológico do coágulo de centrifugação da saliva dos doentes revela-nos imagens características (polimorfonucleares neutrófilos, macrófagos e células epidérmicas muito alteradas e com inclusões sialinas, etc.), que já anteriormente referimos, a propósito do capítulo da Anatomia Patológica desta infecção.

b) Sub-maxilares

O ataque reconhecível das glândulas submaxilares ocorre em cerca de 10 % dos casos de parotidite epidémica típica.

Mais raramente podem surgir submaxillarites específicas isoladas, sendo então habitualmente monolaterais (Wesselhoeft, Sohier). Segundo alguns autores, estas formas monolaterais isoladas seriam mais frequentes no sexo feminino (Sohier).

Como facilmente se compreende tais casos são de diagnóstico difícil, confundindo-se por vezes com adenites da região. Nestes casos o interrogatório cuidadoso dos doentes, a fórmula leucocitária e finalmente o exame citológico da saliva colhida dos ductos respectivos costuma esclarecer o diagnóstico sem que habitualmente se tenha de recorrer às provas específicas mais complicadas.

A sintomatologia destes casos deriva essencialmente do grau e da extensão do edema dos tecidos vizinhos, edema esse que se estende à face anterior do pescoço e pode chegar mesmo até à metade superior do tórax.

Não são raras, nestes casos, as estrumites nem os ademas da glote, laringe ou traqueia (Meiklejohn). A literatura médica refere que em alguns destes casos só a traqueotomia de urgência pôde salvar os doentes.

c) Sub-linguais

A ou as glândulas sub-linguais só muito mais raramente são atacadas de forma clinicamente reconhecível pelo vírus específico: em menos de 1 % dos casos típicos, segundo a maioria dos autores. Mais raras ainda são as sublingualites específicas isoladas.

Nestas formas sublinguais o edema que pode estender-se até cobrir a face anterior do manúbrio esternal, engloba sempre a língua, que se pode tornar monstruosa e impedir a fala, a mastigação e a deglutição normais.

Estão também descritos nesta forma alguns casos de edema da glote, laringe ou traqueia, conduzindo por vezes a rápida asfixia mortal.

2) LOCALIZAÇÃO DA INFECÇÃO PAROTIDIANA EM OUTROS ÓRGÃOS GLANDULARES

a) Testículos (Orquite parotidiana). Esterilidade e importância masculina na infecção parotidiana

A percentagem de orquite em casos de parotidite epidémica típica é extremamente variável de país para país e, dentro de cada país, de epidemia para epidemia e de ano para ano.

Entretanto, e de uma maneira geral, é bastante rara antes

da puberdade, embora se conheçam alguns casos em crianças (está descrito um caso numa criança de 9 meses), em algumas das quais ficaram sequelas funcionais, por atrofia testicular. Estão mesmo citados casos de orquite em testículos criptogénéticos, o que é curioso por se tratar de órgãos já habitualmente atrofiados.

Mas, na realidade, é acima da puberdade e, segundo parece, especialmente nos períodos de mais intensa actividade sexual que o testículo é mais fácil e mais frequentemente atacado pelo vírus parotidiano.

Entre os adultos masculinos sofrendo de parotidite epidémica, as percentagens de incidência de orquite específica, mais comumente apontadas, situam-se entre 18 % e 25 % dos casos totais (Wesselhoeft, Hoyne, Diamond, Christian, Dukes, Meiklejohn, Coutinho, etc.). Entretanto, essas percentagens variam imenso, como se disse, de epidemia para epidemia, citando-se incidências que variam de 3 % a 66 %. (Duke, Christian, etc.).

Como exemplo típico do que se afirmou, costuma referir-se a ocorrência de uma epidemia de parotidite verificada em um mesmo quartel (em França, em 1915), em que, em dois meses consecutivos e sendo em ambos aproximadamente igual o número de casos de parotidite epidémica se constataram 27 % de casos de orquite específica no primeiro mês, enquanto que só 5 % no segundo.

Para alguns autores, a incidência seria, independentemente de outros factores, mais elevada nos indivíduos submetidos a excessos sexuais e nos sofrendo de doenças venéreas. No Brasil, por ex., H. Maciel aponta uma incidência dupla de orquite parotidiana entre os marinheiros sífilíticos em relação à dos marinheiros não sífilíticos, quando ambos os grupos sofrem ataques de parotidite epidémica.

Habitualmente, a orquite parotidiana segue-se à sialoadenite, mas em alguns raros casos, pode preceder a parotidite ou, até, surgir isoladamente, sem que nunca se verifique qualquer inflamação clínica das glândulas salivares (e, nestes casos, só o diagnóstico serológico nos permite esclarecer a verdadeira etiologia de orquite).

Na maior parte dos casos, ela é unilateral. Segundo Wesselhoeft, o ataque bilateral só se verificará em cerca de 17 % dos casos totais de orquite parotidiana.

Nestes casos, só muito raramente os dois testículos são atacados simultaneamente. Regra geral, o segundo a evidenciar sinais de inflamação só o faz 1 a 9 dias depois do início da orquite do primeiro.

A orquite específica nos casos de parotidite, geralmente, só se inicia quando a inflamação parotidiana está a regressar ou já desapareceu. Se nessa ocasião o doente já estiver apirético, volta a surgir febre, com arrepios de frio e mal estar geral.

Pode afectar desde formas muito benignas, caracterizadas só por um pequeno desconforto local, dor discreta à palpação e febrícula, até formas graves, com arrepios de frio, temperaturas elevadíssimas, delírio, mal estar geral, cefaleias, vômitos, calafrios, hipertrofia testicular que pode atingir 4 a 5 vezes as dimensões iniciais do testículo, com edema intenso das bolsas, epidídimo e escroto, hidrocelo e dores lancinantes que não cedem às terapêuticas habituais. Nestes casos não é raro comprovar-se uma leucocitose de 15.000 a 18.000, por vezes com neutrofilia. Além disto, há sempre um aumento da V. S..

O auge da hipertrofia testicular é atingido em 2 a 3 dias em regra e, em seguida, todos os sinais inflamatórios começam a regressar, estando a evolução habitualmente completada em cerca de uma semana a uma semana e meia. Isto, nos casos de média gravidade; nos casos ligeiros, em 3 a 5 dias o testículo atacado volta ao normal, enquanto que, nas formas mais graves, tal se não verifica antes de 3 a 4 semanas de evolução.

Nos casos mais marcados surge, invariavelmente, hidrocelo e, no líquido retirado da vaginal, embora nunca tenha sido possível isolar-se o vírus, comprova-se a presença dos anticorpos específicos (Enders).

Segundo Wesselhoeft, 55 % dos casos de orquite parotidiana vêm a revelar um grau, maior ou menor, de atrofia testicular, que começa a ser perceptível, umas 6 semanas após o início da orquite, regra geral. Nos 45 % dos casos restantes a cura parece dar-se com completo *restitutio ad integrum* ou, pelo menos, sem qualquer prejuízo funcional permanente.

A atrofia, verificada em cerca de metade dos casos, é devida às lesões focais de necrose, substituídas depois por tecido cicatricial. Entretanto, as consequências funcionais não são tão

frequentes nem tão graves como muitos autores têm afirmado, porque, sendo as lesões apenas focais e não difusas, um grande número de tubos seminíferos consegue ficar intacto.

A esterilidade só se verifica em alguns raros casos de ataque bilateral. Os últimos estudos experimentais e estatísticos feitos acerca do assunto, por Werner, em 1950, provaram que, embora a orquite parotidiana possa contribuir para diminuir o número de espermatozoides por c. c., entre os atacados, não provou poder ser causa importante de esterilidade entre os homens.

Entretanto, verifica-se, em bastantes casos, impotência funcional, de causa apenas psicológica e derivada, justamente, do receio com que os doentes ficam, passada a orquite, das suas possíveis consequências funcionais que têm sido bastante exageradas (Meiklejohn, Wesselhoeft).

Daí, a importância de se assegurar, a estes doentes, a raridade da esterilidade e a impossibilidade de impotência de causa orgânica, devidas a estas orquites. Uma psicoterapia bem conduzida é, pois, fundamental nestes casos.

b) Epidídimo (*Epididimite parotidiana*)

A epididimite parotidiana acompanha, regra geral, a orquite específica do mesmo lado, mas pode surgir, também, isoladamente.

Neste último caso, o epidídimo hipertrofiado vê-se muito bem, projectando-se exteriormente como uma pequena saliência sensível no polo superior e externo do testículo. A sensibilidade à palpação da epididimite parotidiana não é, habitualmente, tão elevada como na epididimite gonocócica (Wesselhoeft).

c) Próstata (*Prostatite parotidiana*)

Também a próstata pode sofrer o ataque do vírus e, segundo alguns autores, esta ocorrência é bastante mais frequente do que se pensa, sobretudo nos casos em que surge orquite também. Segundo Wesselhoeft, o diagnóstico da localização prostática é raro porque os sinais desta inflamação são habitualmente discretos e só por toque rectal se podem precisar, sendo evidente que esta manobra de observação é excepcional entre os doentes de parotidite epidémica.

Aquele autor aconselha, assim, um toque rectal em todos os doentes masculinos que, após uma parotidite específica, mantêm uma febrícula irregular e inexplicável.

Os sinais do ataque prostático pelo vírus, são essencialmente: febre irregular, persistindo já depois de passada a inflamação parotidiana ou testicular, sensação de peso perineal, dores na região sagrada e algumas perturbações da defecção e da micção. Ao toque rectal, sente-se a próstata hipertrofiada, com a consistência habitual mas extremamente sensível.

d) Ovário (*Ooforite parotidiana*). *Malformações congénitas e esterilidade feminina na infecção parotidiana*

Na opinião de Wesselhoeft, um dos mais categorizados investigadores contemporâneos da infecção parotidiana, a percentagem de mulheres que sofrem ooforites específicas, no decurso ou após parotidites epidémicas, é certamente superior aos 5 % que a literatura médica mundial geralmente aponta, isto, não só porque se suspeita da existência de muitas formas benígnas, como também porque aquelas infecções não podem ser tão facilmente diagnosticadas como, por ex., as orquites, dada a localização particular dos ovários, menos acessíveis à observação clínica do que os testículos.

Nos casos mais característicos, os sinais principais são: febre irregular, persistindo em regra depois de desaparecidos já todos os sinais parotidianos, arrepios ou calafrios violentos, qua podem manter-se por vários dias, sensação desconfortável e dores mal localizadas em uma ou nas duas fossas ilíacas e irradiando, com frequência, às regiões lombo-sabradadas; além disto, surge marcada dismenorrea, se, por ventura, o período menstrual coincida com a inflamação ovárica. Ao toque, é possível sentir-se o ovário afectado, hipertrofiado, consistente e bastante doloroso.

O ataque bilateral parece ser muito raro, pelo menos nas formas clinicamente diagnosticáveis.

Nestas formas, costumam ficar, como sequelas mais frequentes, dismenorrea e outras perturbações do ciclo menstrual (amenorrea, hipermenorrea, oligomenorrea, etc.), mas que, regra geral, desaparecem em cerca de 3 meses.

Como a orquite, a ooforite parotidiana surge quase que exclusivamente nos indivíduos após a puberdade, embora alguns autores queiram atribuir um certo número de perturbações menstruais e, até, de casos de esterilidade feminina, a infecções ováricas parotidianas, clínicas e subclínicas, ocorrendo antes da puberdade e que, muitas vezes, podem ter surgido na independência de quaisquer sinais parotidianos.

Henle e colaboradores reconheceram, na realidade, um pequeno número de ooforites parotidianas primárias, mas, tal como sucede na orquite parotidiana, parecem ser raras e não está provado que possam ser causa importante da esterilidade feminina.

Mesmo nos casos severos, em mulheres púberes, casadas, tem-se verificado concepção e gravidez normais, 3 meses após o desaparecimento das queixas, em regra (Wesselhoeft).

Para alguns autores, a parotidite seria particularmente grave nas mulheres grávidas (van Rooyen, Micheleau, Dutta, Moore, etc.).

Estudos recentes de Charles Swan, acerca do efeito da parotidite epidémica em mulheres grávidas, parecem mostrar que, ocorrendo esta infecção durante a gravidez, ela pode ser causa de um certo número de abortos e de malformações congénitas.

Em 93 casos de mães que sofreram um ataque de parotidite epidémica durante a gravidez, 68 tiveram crianças de termo e completamente normais, 2 tiveram prematuros, uma um nado-morto, 4 sofreram abortos espontâneos e, entre as crianças nascidas das restantes 18 mães, verificaram-se malformações congénitas (mongolismo, microcefalia, nevrite pseudo-óptica, cataratas, bilaterais *cor trilobare* e outras malformações congénitas do coração). Nestes 18 casos o ataque da doença nas mães, verificou-se sempre entre o 6.º e o 8.º mês de gravidez (C. Swan).

Embora o número de casos estudados, a este respeito, seja ainda diminuto, parece-nos podermos julgar que, se é verdade que a ocorrência da infecção parotidiana durante a gravidez representa um certo risco, no sentido do aborto e da morte fetal e parece ainda ser causa de um certo número de malformações congénitas dos fetos, ela não atinge, contudo, as mesmas elevadas incidências que, a propósito, se verificam na rubéola (Swan, Wesselhoeft).

Os clínicos devem ter, entretanto, bem presente este risco, possível e já bem comprovado, de abortos e, sobretudo, de malformações congénitas, pelo ataque do vírus parotidiano durante a gravidez (Dutta, Moore, Micheleau, Swan e outros).

Parece ser mais rara, por outro lado, a esterilidade como consequência de uma infecção parotidiana, embora ainda não estejam feitos estudos estatísticos concludentes a respeito do assunto. Como se trata, entretanto, de uma infecção que pode decorrer de forma subclínica ou inaparente, compreende-se bem quão difíceis tais estudos devam ser.

Creemos que, presentemente, estão em curso na Inglaterra e nos U. S. A. estudos serológicos e alérgicos específicos entre um grande número de mulheres estéreis, a fim de se procurar averiguar qual a percentagem das que sofreram infecções parotidianas. Evidentemente, isto não passa de uma medida prévia para o início do estudo estatístico da importante questão que apenas abordámos.

e) Mastite parotidiana

No decurso da parotidite epidémica, não são raros os casos de mastite, sobretudo em jovens, de ambos os sexos, em idades vizinhas da puberdade.

Estas mastites são sempre benígnas e raras vezes dão qualquer repercussão sobre o estado geral. Parece que nem sequer deixam quaisquer sequelas funcionais, entre os indivíduos de sexo feminino em que ocorrem.

f) Pancreatite parotidiana

Esta localização possível — que muitos autores consideram complicação, embora se deva, inicialmente, apenas ao ataque pelo vírus específico — costuma verificar-se em cerca de 6 %-8 % dos casos parotidianos típicos (Meiklejohn, van Rooyen).

Mais raramente, têm-se citado casos bem provados de pancreatite parotidiana primária, sem quaisquer sinais de sialodinite ou outros.

A maior parte dos casos conhecidos são clinicamente severos, não sendo raras as formas de pseudo-pancreatite aguda

inespecífica, que levam a quadros de shock, por vezes graves. Entretanto, apesar da sua gravidade clínica aparente, são habitualmente, benignas e a mortalidade é insignificante, podendo afirmar-se que, regra geral, nunca são causa de desenlace fatal (Wesselhoeft).

Iniciam-se, habitualmente, com dor epigástrica, ou no hipocôndrio esquerdo, que se instala progressivamente na maior parte dos casos (ao contrário do que sucede nas restantes pancreatites agudas) e que tem, com frequência, um carácter intermitente típico, aumento de temperatura, por vezes acompanhado de arrepios de frio, náuseas e vômitos muito frequentes e perturbações do ritmo intestinal, quer no sentido da diarreia, quer no da obstipação. Só à palpação profunda é possível conseguir um aumento e melhor precisão das dores e ainda, segundo alguns autores (Wesselhoeft e Meiklejohn), sentir-se o pâncreas, por fortemente edemaciado.

Em alguns casos, instala-se um ileus paralítico, habitualmente reversível, mesmo na ausência de qualquer terapêutica. Outras vezes, instala-se um quadro de shock, mais de características neurogênicas do que oligohémicas e que, embora grave, só muito raramente tem provado ser fatal.

Alguns casos têm levado a laparotomias exploradoras ou com intuíto de drenagem de possível pancreatite aguda inespecífica. Entretanto, estas intervenções não estão indicadas na pancreatite parotidiana que, regra geral, evolui favoravelmente para a cura, apenas com tratamento médico sintomático e conservador.

A determinação da amilasemia tem sido aconselhada como confirmação do diagnóstico, sendo típica uma subida brusca da taxa de amilase sanguínea, em casos clinicamente suspeitos. Entretanto, este sinal perdeu, recentemente, parte do seu interesse, ao ser provado que em muitos casos de parotidite epidémica simples benigna, sem quaisquer sinais pancreáticos ou outros, se pode comprovar, também, um aumento da quantidade de amilase sérica. (Meiklejohn, Wesselhoeft). E embora alguns autores queiram que isto indique ataque subclínico ou inaparente do pâncreas, a maioria inclina-se, hoje, para a hipótese de que a hiperamilasemia se deve, naqueles casos, principalmente à acção inflamatória verificada apenas nas glândulas salivares.

Se, para alguns autores, a pancreatite parotidiana não deixa nunca quaisquer sequelas, morfológicas ou funcionais, para outros ela pode ser causa: 1.º) por um lado, de perturbações da digestão, da motilidade e ritmo intestinais, da composição das fezes e da assimilação dos hidratos de carbono, das proteínas e, sobretudo, dos lipídios; 2.º) e, por outro lado, de perturbações do «pâncreas endócrino», levando a casos de diabetes mellitus.

Embora Wesselhoeft e outros insistam na possível importância que a infecção parotidiana poderá ter na etiologia da diabetes mellitus, as investigações de White, acerca deste assunto, não permitiram ainda confirmar aquela ideia, de uma maneira categórica.

g) Infecção parotidiana de outros órgãos ou estruturas glandulares

São mais raros, mas estão descritos, casos de indubitável infecção parotidiana (diagnosticada por provas serológicas ou intradérmicas específicas, ou, até, pelo isolamento do vírus) em outros órgãos ou estruturas glandulares — *sensum iatum*.

A *tiroideia*, por ex., pode sofrer uma estrumite inespecífica, em casos de submaxilarites ou de sublingualite parotidianas, com edema extenso que, secundariamente, a envolva ou a invada. Mas conhecem-se, também, tiroidites parotidianas específicas, benignas sempre, de curta duração e que não se conhece deixarem quaisquer sequelas funcionais.

O *tímolo* pode sofrer, igualmente, infecção específica, também benigna.

São conhecidas infecções parotidianas das *glândulas lacrimais*, também benignas geralmente (E. Coutinho, Bonnet). Quando associadas a parotidite típica benigna, podem, então, simular, por vezes, o síndrome de Mikulicz, mas as provas serológicas ou cutâneas específicas permitem a sua fácil destrinça.

Desde as comunicações acerca dos interessantes casos de Sailer, que se conhece a possibilidade da participação do *fígado* na infecção parotidiana. Em alguns casos, só é possível constatar hepatomegalia, mas, em outros, comprova-se a existência de alterações de algumas das provas de funcionamento hepático e, em outros, inclusivé icterícia franca. Destes casos, uns acom-

panham ou seguem parotidites específicas, enquanto que outros podem surgir isoladamente. A descoberta deste último tipo de casos tem sido fortuita e deve-se apenas à realização de eventuais inquéritos, por meio de provas serológicas ou intradérmicas efectuadas entre certos grupos populacionais (Maris, Henle, etc.).

São ainda motivo de conjecturas, as possibilidades de prejuízo funcional permanente que estas hepatites específicas podem causar, bem como as possibilidades da sua evolução para a cirrose. Julgamos que estas possibilidades devam ser pelo menos de encarar e de estudar, como de resto em quase todas as infecções e, muito particularmente, nas devidas a vírus.

A esplenomegalia, que não é um achado raro nos casos de parotidite epidémica — estão apontadas percentagens que, em alguns casos se aproximam de 20% (Greene e Heeren) — é considerada, por uns (Wesselhoeft, Greene e Heeren), como resultado de uma localização inflamatória do vírus específico no *baço*, enquanto que para outros (Meiklejohn, van Rooyen, etc.), seria apenas um sintoma inespecífico.

3) LOCALIZAÇÕES E MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS E DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS, NA INFECÇÃO PAROTIDIANA

Já por mais do que uma vez referimos o marcado neurotropismo do vírus parotidiano.

Na realidade, são muito frequentes, se não as localizações inflamatórias específicas e dando origem a quadros clínicos neurológicos francos e completos, pelo menos algumas manifestações neurológicas parciais e dispersas, surgindo no decurso de um grande número de casos de parotidite epidémica. Estas manifestações dizem respeito, quase que exclusivamente, ao S. N. C. e, na sua grande maioria, são discretas, benignas e reversíveis, não deixando habitualmente sequelas permanentes.

A frequência destas manifestações é, entretanto, muito elevada, a ponto de, a maior parte dos investigadores contemporâneos da doença, as referirem em mais de 1/2 a 3/4 dos casos típicos de parotidite epidémica (Afezelius, Enders, Maris, Dingles, Henle, Kilharn, Levens, Wesselhoeft, Meiklejohn, etc.).

Os sinais neurológicos da infecção parotidiana referem-se, quase que exclusivamente, ao S. N. C., sendo raros os que revelam qualquer participação do S. N. P.. Muitos investigadores não consideram mesmo, estes últimos casos, como específicos, no sentido de indicarem uma infecção directa do vírus, como foi já cabalmente provado, por ex., para algumas estruturas do S. N. C. e dos órgãos dos sentidos.

a) Meningites e Meningoencefalites parotidianas

A meningite ou meningoencefalite parotidiana pode preceder, acompanhar ou seguir a inflamação das glândulas salivares, em cerca de, conforme os autores e as diversas epidemias, (5%) - 8% - 10% - 20% - 25% - (30%) dos casos típicos de parotidite epidémica.

Mais raramente, pode surgir isoladamente de quaisquer sinais parotidianos ou outros.

É sobretudo nestes casos que mais facilmente se confunde com outras meningites ou meningoencefalites linfocitárias benignas, nomeadamente com a coriomeningite linfocitária propriamente dita e com muitas formas não paralíticas de poliomielite. Só a comprovação do aumento do título de anticorpos específicos, pelas reacções de fixação de complemento ou de inibição da hemaglutinação (provas de Henle e colaboradores e provas de Enders e colaboradores), ou, mais raramente, o isolamento e caracterização do vírus, a partir do sangue ou do liquor dos doentes, permitem, naqueles casos, o seu diagnóstico etiológico correcto.

O aperfeiçoamento destas e de outras provas de diagnóstico de infecção parotidiana e a efectivação de grandes inquéritos serológicos e cutâneos em massa, bem como a realização de punções lombares sistemáticas em enfermarias de casos de parotidite epidémica e entre os seus conviventes, vieram mostrar que as meningites e as meningoencefalites parotidianas eram muito mais frequentes do que se pensava e que numerosos casos passavam ignorados por serem muito discretos ou, mesmo, completamente assintomáticos.

Segundo as últimas investigações, entre aproximadamente 40% a 80% dos casos de parotidite epidémica, sofrem meningites ou meningoencefalites específicas sem quaisquer sinais neurológicos marcados, excepto, talvez, uma exarcebação das cefa-

leias, uma certa fotobia e uma discreta rigidez da nuca, sendo, entretanto, alguns daqueles casos completamente assintomáticos (Candel, Bang, Dingles, Maris, etc.).

Outros autores, apontam percentagens ainda mais elevadas, mas que não foram ainda tão cabalmente comprovadas como as reveladas por Candel, em 1944, após inquéritos clínicos e serológicos efectuados entre alguns milhares de doentes de parotidite epidémica e conviventes. Aquele investigador encontrou meningites ou meningoencefalites parotidianas clinicamente aparentes em perto de 26 % dos casos e meningites parotidianas latentes (reveladas só por uma pleocitose linfocitária de 10 a 100 elementos por ml.) em cerca de 53 % dos casos, o que dá um total de perto de 80 % de casos de parotidite com diferentes graus de comparticipação meníngea ou encefálica.

Segundo Wesselhoeft, os casos típicos de meningite e meningoencefalite parotidiana surgem em menor percentagem: em 8%-10%-12% dos indivíduos que sofrem a forma parotidiana habitual da doença. Entretanto, esta percentagem varia bastante de país para país e, até, de epidemia para epidemia, citando-se algumas em que ela atingiu 20 %, 25 % e até 30 % dos casos (Afzelius, Bang, Teisser-Schaeffer, Eberlein, Candel, etc.).

Mais habitualmente, estas formas clínicas costumam acompanhar, ou seguir, a hipertrofia parotidiana (em regra 2 a 7 dias após o início desta), mas não são raros os casos em que a precedem.

Mais raras são as meningites e meningoencefalites específicas aparentes que surgem isoladamente de quaisquer sinais parotidianos. Como atrás se disse, esta ocorrência é mais frequente com as formas neurológicas latentes; assim por ex., enquanto que as percentagens conhecidas de casos de meningite específica clinicamente aparente, sem qualquer sialoadenite, oscilam entre cerca de 5 % e cerca de 13 %, as percentagens dos casos de meningite específica latente, sem parotidite ou outros sinais salivares, situam-se entre os 20 % e 60 %, habitualmente (Afzelius, Bang, Eberlein, Maris, Levens, Henle, etc.).

Na grande maioria dos casos, as formas clínicas destas meningites e meningoencefalites específicas, ainda quando de curso aparentemente grave, são benignas e não costumam deixar sequelas morfológicas ou funcionais permanentes.

Os principais sintomas destas formas são: febre habitualmente bastante elevada, cefaleias intensas, por vezes intoleráveis, fotofobia frequente, sonolência, náuseas, às vezes acompanhadas de vômitos, rigidez total ou parcial da nuca, Kernig e Brudzinski com frequência positivos e, mais raramente e nos casos mais graves, excitação psicomotora, confusão mental, delírio, vertigens, paralisia dos músculos oculares e convulsões, sobretudo nas crianças. Todos estes sinais instalam-se, regra geral, de forma rapidamente progressiva, em 1 a 2 dias, embora não de forma dramaticamente aguda.

À observação, a simples rigidez da nuca é mais frequentemente encontrada do que o Kernig e Brudzinski.

A punção lombar, efectuada nestes doentes, mostra um liquor límpido ou ligeiramente turvo (quando tem muitas células), hipertenso, por vezes com discreto aumento de proteínas e revelando, ao exame microscópico, uma marcada pleocitose linfocitária. A pleocitose encontrada nestes casos, que é habitualmente de 300 a 500 elementos linfocitários por ml., embora possa atingir 800 a 1.000, é, regra geral, das mais elevadas que se podem encontrar nas meningites e meningoencefalites por vírus.

A inoculação do líquido cefaloraquidiano destes doentes em certos animais ou, preferentemente, na cavidade amniótica de ovos embrionados de galinha, permite, quando executada precocemente (dentro dos primeiros 5 dias de evolução da meningite), o isolamento habitual do vírus específico, que se identifica por provas serológicas próprias (Enders, Henle, etc.). Tem sido possível, inclusive, isolá-lo a partir do sangue destes doentes, quando colhido dentro das primeiras 24 horas da doença (Sohier).

Quase todos estes casos são benignos e evoluem para a cura espontânea em 3 a 8, no máximo em 10 a 15, dias sem deixar sequelas morfológicas permanentes, embora a sua convalescença seja, por vezes, longa (Meiklejohn).

Wesselhoeft e outros apontam, apenas, como sequela funcional mais frequentemente encontrada na convalescença destes

casos, algumas alterações da personalidade, de resto, com carácter temporário.

Mais raramente, estas meningites e meningoencefalites parotidianas manifestam-se por quadros mais graves, com hiperpirexia, cefaleias lancinantes, intensa agitação psicomotora, delírio, paralisia dos oculomotores, perturbações da visão da audição e do equilíbrio, paralisias de alguns músculos esqueléticos, vômitos e convulsões (van Rooyen).

Nestes casos, não é raro o aparecimento de orquite parotidiana. Por vezes, complicam ainda a sua evolução outras localizações da infecção, no pâncreas, rins, supra-renais, etc.. Gordon cita, por ex., uma epidemia de parotidite epidémica em que um grande número de crianças sofreu destas formas graves de meningoencefalite específica, tendo quase todos estes pequenos doentes falecido com nefrites, possivelmente específicas também.

As sequelas mais frequentemente encontradas após a cura destas formas graves, são: alterações psíquicas diversas, perturbações da visão ou da audição, por vezes permanentes, paralisias dos oculomotores e parkinsonismo post-encefálico.

Mas, como atrás dissemos, estes casos são assás raros e, de uma maneira geral, quase todos os autores estão de acordo em considerar que o prognóstico da grande maioria das meningites e das meningoencefalites parotidianas é, habitualmente, bom.

Para o diagnóstico diferencial entre estas formas e outras meningites e meningoencefalites linfocitárias e outras reacções meníngeas (como por ex.: a coriomeningite linfocitária ou doença de Armstrong, as meningites e meningoencefalites linfocitárias provocadas por algumas estirpes de vírus da poliomielite ou por vírus do grupo Cocksackie, as meningites linfocitárias pelos vírus do dengue, da monucleose infecciosa, da gripe e da doença de Durand, algumas formas frustes de diversas encefalites por vírus — encefalite letárgica ou de von Economo, de S. Luis, equinas Norte-Americanas ocidental e oriental, equinas brasileira e argentina, venezuelense, russa ou primo-estival, japonesa, do *louping-ill*, do vale do Nilo e outras da África Central, da doença australiana X, por vírus B e W da mielite ascendente infecciosa, etc. — as meningoencefalites de algumas febres eruptivas por vírus — sarampo, rubéola, varíola, varicela, vacina, herpes simples, herpes zoster, etc. — as meningites linfocitárias por rickettsias — especialmente por *Coxiella burneti* — a meningite tuberculosa, as meningites pseudo-linfocitárias por leptospiiras — como, por ex., a doença dos porquinhos — as meningites linfocitárias nas infecções por tripanossomas — doenças do sono e de Chagas — as infecções pelo vírus da pseudo-meningite linfocitária aguda e, até, as reacções meníngeas inespecíficas por lesões de proximidade — como, por ex., em focos de supuração vizinhos, etc. —), é sempre necessário entrar em linha de conta com: 1.º um exame e uma história pregressa bem feita; 2.º um conhecimento do panorama nosológico e epidemiológico actual e local; 3.º um inquérito epidemiológico individual, bem conduzido; 4.º exames do liquor; e, sobretudo, 5.º no caso de não ser possível o isolamento do agente causal, através da inoculação animal ou a ovos embrionados de galinha, com a pesquisa de anticorpos específicos no sangue dos doentes, por meio de apropriadas provas específicas de neutralização, de inibição da hemaglutinação, de fixação de complemento, etc..

A fim de se poder comprovar uma subida significativa do título de anticorpos específicos, é indispensável que, para aquelas provas, se colha sangue, aos doentes, pelo menos por duas vezes, no início da doença e no fim da segunda semana de evolução; caso possível, é conveniente ainda uma terceira colheita, no fim da quarta ou da oitava semana, após o início da doença.

Têm, os clínicos e os epidemiologistas, estrangeiros concedido, nos últimos anos, uma atenção cada vez maior às localizações e manifestações neurológicas da infecção parotidiana e muito particularmente às meningites e meningoencefalites parotidianas, que se reconhecem em número cada vez maior, como se disse.

Em alguns países, como em França, por ex., elas são a mais frequente etiologia das diversas meningites linfocitárias (Sohier). Nas U. S. A. e países escandinavos elas vêm em segundo ou terceiro lugar, como causa das meningites linfocitárias *in toto*, após as infecções pelos vírus da poliomielite e pelo da coriomeningite linfocitária propriamente dita (Afzelius, Maris, Henle, Dingles).

No quadro seguinte, apontam-se algumas percentagens, referidas por investigadores de nomeada, acerca do assunto:

QUADRO II

PERCENTAGEM DE OCORRÊNCIAS DE MENINGITES E MENINGOENCEFALITES EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE CASOS DE PAROTIDITE EPIDÊMICA DE CADA UMA DAS SÉRIES ESTUDADAS

AUTORES	Percentagens da ocorrência de meningites específicas entre séries de casos de parotidite epidémica		
	Meningites clinicamente manifestas	Meningites latentes	Totais das percentagens das meningites específicas em geral
Teisser—Schaeffer	20 %	44 %	64 %
Bang	29,4 %	35,7 %	65,1 %
Brown	19,4 %	23,4 %	33,8 %
Candel	26 %	52,6 %	78,6 %

(Citação parcial de Leslie Afzelius, in *Acta Med. Scand.*, V. 140, S. 263; 1951)

Estas percentagens, que podem atingir 79% dos doentes da parotidite epidémica (Candel) — embora se incluam aqui, evidentemente, as formas latentes, subclínicas ou assintomáticas —, mostram-nos bem a importância do assunto, tanto mais que se trata de infecção extraordinariamente espalhada entre o género humano.

Na realidade, sabe-se hoje que cerca de 75% de todos os adultos entre os 20 e os 30 anos sofreram, no decurso da sua existência qualquer infecção parotidiana (inquéritos serológicos e cutâneos específicos efectuados entre alguns milhares de indivíduos, por Henle, Maris, Bang, Dingles, etc.) e que, de todos esses casos positivos, pelo menos cerca de 1/3 (ou seja aproximadamente 33% dos positivos) sofreram apenas infecções assintomáticas ou atípicas, nunca antes diagnosticadas como infecção parotidiana (Afzelius).

Mas o problema torna-se ainda mais vasto, se nos recordarmos que as investigações de Maris e colaboradores, nos U. S. A., nos apontaram a existência, entre os conviventes e os contactantes dos casos de parotidites clinicamente aparentes de uma elevada percentagem de indivíduos — que pode ir até 65% — que revelam inequívocos sinais serológicos da infecção específica.

Ora, foi precisamente entre estes conviventes serologicamente positivos que exames sistemáticos do líquido céfalo-raquidiano permitiram descobrir numerosos casos de meningites parotidianas latentes.

Destas formas meníngeas latentes, um grande número, que se calcule ande, aproximadamente, à roda dos 40%-50% (citam diversos autores, proporção de 20% a 60%), surge sem quaisquer sinais parotidianos, ou de outra sialoadenite, no decurso da sua existência.

Já as formas meníngeas clinicamente reconhecíveis e surgindo na ausência absoluta de quaisquer sinais parotidianos, ou outros, são menos frequentes, como atrás se disse (Wallgren, Bang, Eberlein, Afzelius, Henle). Assim, por ex., Bang, entre 248 casos de meningite parotidiana só aponta cerca de 5% em que nunca houve quaisquer queixas ou sinais das glândulas salivares; e mesmo Eberlein, entre 280 casos semelhantes que estudou, não consegue encontrar mais do que 13% de meningites específicas clínicas, sem parotidite.

Estes números, embora modestos, mostram-nos a importância do conhecimento das meningites parotidianas sem parotidite, a fim de que, encarada a sua possibilidade, se possam diagnosticar correctamente, com maior facilidade.

Porque parece que mesmo as formas latentes podem, ainda que muito raramente, deixar sequelas e, porque estas formas parecem ser tão frequentes e ainda, pela importância que o conhecimento destes casos pode ter para o diagnóstico diferencial como tantas outras meningites linfocitárias (e às vezes até com o que apressadamente, se rotula muitas vezes de meningite tuberculosa e a que logo se institui um tratamento específico, não inocuo), julgámos ser nosso dever realçar, aqui, este problema das meningites parotidianas, com um desenvolvimento talvez superior ao dado aos restantes capítulos da infecção pelo vírus parotidiano.

No capítulo do diagnóstico biológico geral das infecções pelo vírus parotidiano, serão dados maiores pormenores acerca das provas de laboratório que nos permitem, hoje em dia, o diagnóstico preciso de todas estas meningites e meningoencefalites parotidianas, sintomáticas ou latentes. Cremos que todo o clínico geral deve ter, hoje em dia, a obrigação de conhecer a existência daquelas provas, para as saber pedir, quer nos casos claros ou suspeitos de doença, quer ainda para investigação epidemiológica entre os contactos, etc..

b) Encefalomyelites parotidianas

Muitíssimo mais raras do que as meningites e meningoencefalites são as encefalomyelites parotidianas: cerca de 1 caso por cada 6.000 casos conhecidos de parotidite epidémica típica, o que revela uma incidência semelhante à da ocorrência das encefalomyelites post-infecciosas que podem surgir na evolução de qualquer infectopatia, segundo Wesselhoft.

Este facto e outros, levaram, aquele e outros autores, a pensar que talvez se não trate, nestes casos, de infecções neurológicas específicas pelo vírus parotidiano, mas que as suas etiologia e patogenia devem ser, antes, sobreponíveis às das restantes encefalomyelites post-infecciosas, que se têm referido sobretudo após casos de sarampo, varíola, varicela, rubéola e outras doenças a vírus e após certas vacinações (anti-variolica, anti-rábica, anti-amarilica, anti-pertussis, etc.), e em que a principal característica anátomo-patológica consiste em lesões de desmielinização perivascular do S. N. C.

A etiologia destas encefalomyelites post-infecciosas é ainda obscura, crendo alguns autores em infecções virais *in loco* (quer pelos vírus da doença principal, quer por outros associados ou latentes), enquanto que outros pensam antes em fenómenos alérgicos, etc..

Entretanto, alguns autores julgam que as encefalomyelites post-parotidite epidémica são apenas devidas a uma disseminação maciça do vírus específico no S. N. C.. Estes factos não puderam, contudo, ser ainda provados e são necessários muitos mais estudos para se aclarar melhor a questão.

Seja qual for a sua causa, a sua incidência conhecida é, como se disse, muitíssimo rara.

O prognóstico destas formas é mau, pois são, habitualmente, fatais (letalidade de 20% a 50% e mais). As formas não fatais costumam deixar sequelas irreparáveis, das quais a mais frequente é o parkinsonismo post-encefalítico.

Têm um carácter agudo e surgem, quase sempre, no início da convalescência da parotidite; mais raramente, podem iniciar-se ao mesmo tempo do que a parotidite, ou pouco após o aparecimento das primeiras queixas típicas.

O quadro clínico varia conforme o grau de extensão e a intensidade das lesões (no cérebro, na medula, ou em ambos) e não difere do de quaisquer outras encefalites, mielites ou encefalomyelites post-vacinaes ou post-infecciosas. A evolução da fase aguda faz-se, habitualmente, em 1 a 3 semanas, ao fim das quais, ou se verifica a cura ou a morte dos doentes. As consequências post-encefalíticas podem surgir imediatamente ou só meses ou até anos mais tarde; em alguns casos estas sequelas melhoram com a idade (F. H. Top). Em outros casos ainda, por vezes clinicamente muito graves, a cura verifica-se com completo *resstitutio ad integrum* nunca chegam a surgir quaisquer sequelas.

Os resultados do exame do líquido céfalo-raquidiano são, nestes casos, bastante sobreponíveis aos encontrados nas meningites parotidianas: aumento da tensão, hipercitose, de 10 a 500 elementos, em regra, e constituídos, predominantemente, por células linfocitárias, proteínas normais ou aumentadas e hiperglicorraquia. Entretanto, nas meningites parotidianas simples é, regra geral, mais marcada a hipercitorraquia (até 800 e mais células por ml.), enquanto que a glicorraquia costuma estar mais frequentemente, dentro dos limites normais. Além disso, enquanto que tem sido possível isolar o vírus parotidiano quase que invariavelmente, em todos os casos de meningite e de meningoencefalite parotidiana, sempre que isso se tentou — quer pela inoculação no saco amniótico de ovos embrionados de galinha, quer pela inoculação a animais susceptíveis (ex.: canal de Stenon de macacos rhesus, câmara anterior dos olhos de cobaias) — não foi ainda possível isolar, até hoje, o vírus do liquor nos casos de encefalomyelite desmielinizante post-parotidite epidémica.

Este é mais um dos factos que contribuem para se pensar numa origem inespecífica desta complicação rara da parotidite epidémica (Wesselhoft, Top, Donohue, etc.).

c) *Mielites parotidianas*

Mielites parotidianas isoladas parecem ser mais raras ainda do que as encefalomyelites post-parotidianas, embora a sua patogenia e, possivelmente, a sua etiologia, sejam idênticas e, naturalmente, não específicas (Meiklejohn, Wesselhoeft, Mc Caig, Fortney, Mc Guinness, van Rooyen, etc.).

O seu quadro é semelhante ao de qualquer mielite desmielinizante post-infecciosa.

De resto, tudo o que se disse acerca das encefalomyelites parotidianas se pode aplicar às mielites, apenas com a diferença de uma localização menos extensa.

Habitualmente, adoptam um quadro clínico de mielite transversa (Mc Caig, Wolman, van Rooyen, Fortney, Lemierre e Morin, Lancaster, Mc Guinness e Gall, Lightwood).

d) *Nevrites e Polinevrites parotidianas*

Estão descritos numerosos casos de *nevrites* e até de *polinevrites* em doentes sofrendo ou convalescendo de parotidite epidémica. Mas, enquanto que alguns autores os consideram devidos a ataque directo dos nervos pelo vírus específico, outros dizem tratar-se apenas de nevrites inespecíficas não diferentes das que podem surgir no decurso ou convalescência de numerosas infectopatias (Meiklejohn).

Parece, entretanto, que os casos de nevrites e radiculites que podem surgir no decurso da evolução das meningoencefalites parotidianas, são na realidade específicas e devidas apenas ao ataque directo do vírus (Wesselhoeft, Gallavardin, Hubbard, Tiriet, Church, Dopter, Nemlicher, Harris, etc.).

Alguns casos de *nevrite ciática* que surgem por vezes na convalescência de parotidites epidémicas seriam também específicas, para alguns autores (E. Coutinho).

Entretanto, as nevrites mais frequentemente encontradas em casos de parotidite epidémica são as *nevrites do facial e do trigémio*. Contudo, estas nevrites são, certamente, apenas devidas à extensão da reacção inflamatória inespecífica, na face e no crânio, a partir das glândulas salivares infectadas, inflamação essa que pode, por vezes, englobar um ou outro daqueles nervos (ou dos seus filetes), ou até ambos.

Paralisias faciais e paralisias do ramo motor do trigémio, bem como nevralgias do trigémio, são as mais frequentes consequências, regra geral benignas e passageiras, da extensão do edema inflamatório da face, na parotidite epidémica, àqueles troncos nervosos. Entretanto, alguns autores falam de verdadeiro ataque centrípeto daqueles nervos pelo vírus específico (Dopter, Nemlicher, etc.).

Têm sido citadas lesões de *herpes zoster*, possivelmente específicas, sobretudo na área do trigémio, em alguns casos de parotidite epidémica (Sicard).

Nevrites dos nervos oculo-motores, com paralisias dos músculos oculares, têm ocorrido sobretudo nos casos de meningites e meningoencefalites parotidianas (van Rooyen, Butler e Wilson).

As nevrites do II e VIII pares cranianos, por dizerem mais directamente respeito aos órgãos dos sentidos, serão tratadas à parte.

Conhecem-se, ainda, alguns casos de polinevrites, possivelmente específicas, causadores de algumas paralisias de músculos esqueléticos e de parestesias diversas, em casos de parotidite (van Rooyen, Gallavardin, Tiriet, Church e outros). A propósito, têm sido citadas sobretudo *paralisias do músculo grande dentado* (Harris e Bethel).

e) *Localizações e manifestações da infecção parotidiana nos órgãos dos Sentidos*

Por se poderem considerar bem dentro do foro neurológico, também agora aqui trataremos, ainda que muito brevemente, das manifestações específicas e inespecíficas, dos órgãos dos sentidos nas infecções parotidianas.

As únicas manifestações referidas dos órgãos dos sentidos ocorrendo no decurso da evolução de infecções parotidianas e, naturalmente, derivadas de localizações e lesões pelo vírus específico, dizem respeito ou ao II ou ao VIII pares cranianos ou aos respectivos órgãos da visão e da audição e equilíbrio vestibular.

a) *Nervo óptico e órgãos da visão*

Todas as manifestações oculares da doença são raras e habitualmente passageiras (Wesselhoeft, van Rooyen).

As mais frequentes são perturbações transitórias da acomodação, cuja causa é ainda mal conhecida.

Mais raramente ainda, encontram-se *conjuntivites, dacriocistites, queratites, irites e iridociclites* parotidianas, possivelmente específicas, mas sem quaisquer características especiais, quanto a sintomatologia e evolução, que as diferenciem de outras (Bonnet, van Rooyen, Young e outros).

Verdadeiras *nevrites ópticas*, naturalmente também parotidianas, são mais graves e, por vezes, irreversíveis. Costumam acompanhar ou seguir casos de meningoencefalite ou encefalomyelite parotidiana; só excepcionalíssimamente surgem em casos parotidianos simples. Young cita um caso deste em que a nevrite óptica foi causa de cegueira, que foi entretanto de duração temporária.

Já atrás se referiram as paralisias, não raras, dos músculos oculares, por *nevrites dos oculomotores* (Butler e Wilson).

β) *Nervo acústico e Ouvido interno*

Podem ocorrer *nevrites acústicas e labirínticas* em casos de parotidite epidémica, mas, além de extremamente raras e sempre passageiras, Wesselhoeft e outros categorizados investigadores da doença, não as consideram específicas, nem lhes atribuem qualquer importância na etiologia dos casos de surdez ou de perturbação vestibular definitivas de causa verdadeiramente parotidiana.

Para aqueles autores, estes últimos casos seriam devidos a um ataque directo do vírus específico a certas estruturas do ouvido interno. A nevrite acústica, por outro lado, seria devida apenas a uma inflamação inespecífica e transitória do VIII par, exactamente do género, por ex., da nevrite facial na parotidite, por propagação e extensão do edema inflamatório local. Note-se, entretanto, que, para alguns autores, as nevrites do VIII par seriam também específicas (Gallavardin, Boot e Hubbard).

A lesão parotidiana específica importante do ouvido interno, responsável pela surdez permanente, não é, entretanto, nenhuma nevrite (Wesselhoeft) e parece situar-se no órgão de Corti (Mauthner). A surdez devida a esta lesão parotidiana, parcial ou total, é, entretanto, sempre definitiva, segundo Wesselhoeft. Felizmente, raríssimas vezes é bilateral (Wesselhoeft, Mauthner).

Na opinião deste último investigador, deve-se pensar, com maior frequência do que habitualmente, na etiologia parotidiana dos casos de surdez. Segundo ele, a percentagem de tais casos — quando bilaterais e levando a surdez total — deve ser bastante superior à indicada por Hubbard: entre 3% e 5% de 50.000 casos de surdez, nos U. S. A..

As *cortites parotidianas* conhecidas, têm surgido, em casos de meningoencefalite parotidiana, ou até em casos de parotidite epidémica banal, algumas mesmo em casos ligeiros.

A surdez surge, regra geral, súbitamente, podendo ser o sintoma local único, ou acompanhar-se de otodínias, ou de febre, ou de zumbidos, ou de um síndrome de Ménière, ou, ainda, de todo este cortejo sintomático. Como se disse, todas estas queixas podem ser uni ou bilaterais.

Quando a surdez se acompanha de vertigens, vômitos, nistagmus ou de típico síndrome de Ménière, é porque, ao lado de uma cortite, se verificou, também, uma labirintite parotidiana (Gallavardin, Hubbard, Wesselhoeft).

A *labirintite parotidiana* isolada é mais rara. Caracteriza-se por vertigens marcadas, náuseas e vômitos por vezes, nistagmus horizontal, não sendo raros os casos de síndrome de Ménière típicos, que, no início, se acompanham habitualmente de fortes zumbidos, ainda quando não se vem a seguir surdez. Ao contrário da surdez de origem parotidiana, estas perturbações labirínticas melhoram com o tempo, iniciando-se essas malhoras, regra geral, logo 2 meses após o seu início, sendo raras as que ainda persistem 3 anos depois (Gallavardin e outros).

Dadas estas possibilidades de perturbações labirínticas e do órgão da audição, por infecção parotidiana e comprovada a sua ocorrência mesmo no decurso de casos muito ligeiros e até subclínicos de parotidite epidémica, e uma vez que está provada a grande frequência da infecção parotidiana, chama-se a atenção

dos clínicos e até dos oto-rino-laringologistas para a obrigação da investigação etiológica de todas aquelas condições no sentido da etiologia parotidiana. Um interrogatório bem conduzido e, sobretudo, uma investigação serológica e alérgica com os anti-génios específicos poderá orientar definitivamente o diagnóstico de tais casos e contribuir para o conhecimento de um maior número de cortiites e de labirintites parotidianas.

4) OUTRAS LOCALIZAÇÕES E MANIFESTAÇÕES MAIS RARAS DA INFECÇÃO PAROTIDIANA

Ainda outras localizações, ou complicações, mais raras da infecção parotidiana têm sido citadas, embora, na sua grande maioria, não tenham importância prática. Naturalmente, um grande número destas manifestações raras não serão específicas, mas devidas apenas a quaisquer situações intercorrentes.

Encontram-se nestes casos, por ex.: *hepatites, esplenites, artrites, perturbações hipofisiárias, amigdalites, faringites, otites, catarros traqueo-brônquicos, pneumonites, apendicites, nefrites, inflamação das supra-renais, miocardites e endocardites* (Greene, Heeren, Sailer, Wesselhoeft, Maisondieu, Meiklejohn, Rosenberg, Gordon, van Rooyen, Sandler, Sciaux, Lesné, Lièvre, Huber, Eberlein, Feiling, etc.).

Note-se, entretanto, que alguns autores querem ver nesses casos, que descreveram, sempre infecções parotidianas específicas (van Rooyen e outros). Como, nesses casos, se tratou sempre de manifestações surgidas no decurso ou na convalescência de parotidites epidémicas e as provas serológicas foram, então, sempre positivas, é, assim, impossível, confirmarem-se ou infirmarem-se, com segurança, as suspeitas daqueles autores.

A *esplenomegália* na infecção parotidiana parece não ser rara, tendo sido apontadas percentagens de cerca de 20 % em certas séries (Greene e Heeren).

As *hepatites*, ictericas e anictéricas, têm sido citadas e comprovadas (Sailer, Wesselhoeft, Maris, etc.).

Maisondieu refere 6 casos de *artrites diversas*, benignas sempre e curando espontaneamente, em cerca de 1.300 casos de parotidite epidémica, em França. Wesselhoeft cita um caso de poliartrite, possivelmente específica, em um doente que sofreu, sucessivamente, uma parotidite epidémica, uma orquite parotidiana, uma hepatite icterica possivelmente também parotidiana e, finalmente, artrites diversas.

Faringites, amigdalofaringites e otites têm sido referidas com certa frequência. Segundo alguns seriam apenas complicações por infecção secundária inespecífica; mas para outros esta infecção inespecífica, só se instalaria após infecção viral inicial (Meiklejohn, van Rooyen, etc.). Teriam idêntica patogenia os *catarrhos traqueo-brônquicos* surgidos no decurso das infecções parotidianas.

As *pneumonites* parotidianas apenas têm sido admitidas, como hipótese de investigação, entre o grande grupo das pneumonias atípicas.

Conhecem-se alguns casos sugestivos de *miocardites* parotidianas, habitualmente benignas e reversíveis com *restitutio ad integrum* (Wesselhoeft, Meiklejohn, Wendkos e Noll, Felknor e Pullen), embora estejam já descritos casos mais graves e deixando sequelas reveláveis electrocardiograficamente, como por ex., bloqueios de ramo permanente (Rosenberg). Seriam ainda mais raros os casos de *endocardites* parotidianas, que foram, sobretudo, descritos por Sciaux.

Sandler e outros referem alguns casos de *apendicite aguda*, rapidamente necrosante, em casos de parotidite epidémica e atribuem-nos ao ataque metatático, pelo menos inicial, do vírus específico.

Casos de *nefrite aguda*, graves, e conduzindo com certa frequência à morte quando surgem em crianças muito novas, têm sido citados como infecções específicas dos rins (Feiling, Dutta, Sabrazès, van Rooyen, Gordon, etc.). Gordon refere uma epidemia de parotidite em que a mortalidade, por meningocéfalite e por nefrite aguda hematórica, foi excepcionalmente elevada.

Raríssimos casos de provável inflamação específica das *supra-renais* foram apontados em Espanha e França (P. Pons).

Finalmente, conhecem-se alguns quadros de *alterações hipofisiárias* no decurso e convalescência de casos de infecção parotidiana (van Rooyen, Lesné, Huber Lièvre, Lesné, Dreyfres-Sée, etc.).

C) Evolução das Diversas Formas Clínicas

A evolução habitual das principais formas clínicas e das diferentes localizações mais importantes acabou de ser por nós tratada a propósito de cada uma delas, pelo que se não repetirá.

D) Complicações das Infecções Parotidianas

O que muitos consideram complicações da parotidite epidémica é, por muitos outros, apenas considerado como diferentes localizações da mesma doença. Permitimo-nos seguir este último critério, na exposição das diversas formas clínicas, pois assim o fazem investigadores, de nomeada, da infecção parotidiana, como Wesselhoeft, Meiklejohn, Enders, Henle, Candel, Sohler e tantos outros.

Considerámos assim, por ex., uma orquite não como uma complicação de uma parotidite epidémica, mas antes como uma outra localização da infecção, tal como, por ex., a localização articular no decurso de uma brucelose.

Já, por outro lado, considerámos verdadeiras complicações secundárias, por ex.: a supuração da parótida, por agentes microbianos, nos doentes caquéticos ou sofrendo, concomitantemente, de agranulitoses ou anemias aplásticas; as polinevrites e certas encefalomielites (semelhantes às formas desmielinizantes post-infecciosas inespecíficas)—note-se que, para alguns, estas afecções neurológicas seriam ainda específicas—; e, finalmente, as sequelas das orquites, das ooforites, das meningites e meningoencefalites, das nevrites ópticas e das lesões do ouvido interno, causadas pelo vírus parotidiano.

Seja qual for a sua classificação, quer como simples localização diversas, quer como complicações, já todas as principais foram atrás tratadas, a propósito das mais importantes formas clínicas da infecção parotidiana, sua evolução e complicações.

VII) PROGNÓSTICO

Já, na descrição das diversas formas clínicas da doença e de algumas das suas complicações se abordou o prognóstico respectivo das principais, quer quanto à vida, quer quanto à função.

O prognóstico, quanto à vida, das formas parotidianas típicas, que são, clinicamente, as mais frequentes, é bom, visto serem extraordinariamente raros os casos fatais: letalidade inferior a 0,1 % (Meiklejohn, Coutinho, Wesselhoeft). A letalidade real das infecções parotidianas deve ser, entretanto, ainda mais baixa, visto que o número total daquelas infecções é bastante superior ao dos casos conhecidos, como atrás se disse.

Entre as crianças, os casos de morte, que se devem, por ordem decrescente de frequência, a localizações ou complicações meningoencefálicas e renais e a infecções secundárias associadas dos órgãos atacados ou vizinhos—ex. otites, traqueobronquites, etc.—, verificam-se, quase que exclusivamente, abaixo dos 5 anos e, muito particularmente, abaixo de 1 ano de idade.

A mortalidade é mais rara entre os adultos, embora sejam nestes mais frequentes algumas localizações e suas complicações, como, por ex., a orquite e a esterilidade ou impotência que se lhe podem seguir.

Quanto às possibilidades conhecidas do aparecimento de outras localizações da infecção específica, já atrás foram apontadas, a propósito de cada uma, bem como igualmente o foram as principais condições que parecem poder favorecê-las (ex.: a maior incidência da orquite parotidiana acima da puberdade e, especialmente, entre os adultos portadores de venereopatias, etc.). Em vista disso, dispensamo-nos de repetir tais percentagens e tais condições.

Foram também já indicadas as percentagens conhecidas acerca da letalidade e do aparecimento de sequelas, transitórias ou permanentes, parciais ou totais, na evolução daquelas diferentes localizações parotidianas, pelo que se consideram tratados os principais factos sobre o prognóstico de tais infecções parotidianas.

(a concluir no próximo número)

A 3.^a Parte (Diagnóstico Diferencial, Diagnóstico Biológico, Terapêutica, Profilaxia, Resumo e Referências Bibliográficas) será publicada no número ou em um dos números seguintes deste jornal.

Um produto original "Delta"

HIDROBIÓTICO—H

Sulfato de Dihidroestreptomicina + Hidrazida do ácido Isonicotínico
em associação sinérgica

COMPOSIÇÕES:

NORMAL

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de Sulfato)	0,50 Gr.
Hidrazida do Ácido Isonicotínico	0,10 Gr.
Água bidestilada aprotogénica	3 c. c.

FORTE

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de Sulfato)	0,50 Gr.
Hidrazida do Ácido Isonicotínico	0,20 Gr.
Água bidestilada aprotogénica	3 c. c.

APRESENTAÇÃO:

NORMAL

1 Dose	Esc.	15\$00
3 Doses	Esc.	43\$00
5 Doses	Esc.	70\$00
10 Doses	Esc.	138\$00

FORTE

1 Dose	Esc.	15\$50
3 Doses	Esc.	44\$50
5 Doses	Esc.	71\$50
10 Doses	Esc.	139\$00



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

S U P L E M E N T O

ASPECTOS DA INVESTIGAÇÃO PSICOSOMÁTICA ACTUALMENTE EM CURSO NO NEW YORK HOSPITAL

AMILCAR MOURA

(Fellow in Medicine by appointment of
The Rockefeller Foundation. The New
York Hospital, New York)

A investigação das correlações dos dados de alterada fisiologia, expressa em termos de sintomatologia «orgânica», com os acontecimentos de significação emocional na história pessoal do indivíduo é, em linhas muito gerais, o objectivo dos estudos a que procede o grupo psicossomático do New York Hospital, em New York, dirigido pelo Prof. Harold G. Wolff (1).

Poderá o mecanismo da articulação psicossomática aparecer, por vezes, nebuloso; ou a sua formulação discutível, por demasiado perdida no labirinto da tendência especulativa comum a todos nós. Mas, ainda que em certos casos as explicações pareçam forçadas ou exageradas, convém lembrar que uma certa dose de *exagêro* se encontra sempre em qualquer bem intencionada teoria, construída sobre os factos mais sólidos da investigação científica. E não consta que este exagero seja prejudicial; pelo contrário, diríamos que, em certa medida, é, inclusivamente, útil e fecundo.

A reprodução experimental de situações de importância emocional para o indivíduo e a avaliação e estudo das repercussões produzidas no organismo, esbarra com certo número de dificuldades. Por um lado, a dificuldade de conseguir, em todos os casos, um perfeito controle de todas as variáveis, de forma a resultarem nítidas as alterações das que se pretende estudar e, conseqüentemente, poder esperar-se uma margem mínima de erro na interpretação. Por outro lado, é difícil conseguir «sujeitos-controle» da forma que é clássica. Uma maneira de obviar, ao menos a uma parte destes problemas, é repetir as experiências sempre no mesmo indivíduo de forma a que ele se possa considerar o «controle» de si próprio. Concordamos inteiramente com o Dr. William Grace quando afirma que é muito

mais provável, com este método, a des-pistagem de grandes variações num mesmo processo fisiológico, do que quando se efectuem as mesmas experiências em diferentes indivíduos. O processo não é, evidentemente, imune à crítica: bastará referir os erros que podem prejudicar a interpretação quando o indivíduo é forçado a uma prolongada inactividade ou a uma repetição demasiado frequente da experiência. Em qualquer dos casos é de esperar que se desenvolva crescente tensão e ansiedade no indivíduo sujeito aos «testes». A repetição das observações terá pois de ser feita ao longo do tempo e em condições que permitam evitar os inconvenientes descritos.

Damos, a seguir, alguns dados muito resumidos da investigação psicossomática actualmente em curso no N. Y. H. Apresentamos, apenas, os factos sem cuidar de estabelecer as teorias interpretativas formuladas.

*

Absorção do ferro — São muito curiosos os estudos sobre a absorção do ferro a que se dedicam actualmente alguns dos investigadores. Alguns dos resultados obtidos permitem duvidar da realidade de certas afirmações, geralmente aceites, quanto às condições que presidem à absorção daquele metal pelo tracto gastro-intestinal superior. Traduzimos a seguir, extractos dum artigo a ser publicado em breve (*The relationship between the gastric hydrochloric acid and the absorption of iron from the upper gastro-intestinal tract.*—William J. Grace; Ronald K. Doig and H. G. Wolff).

«Em seguida à ingestão de largas doses de sais de ferro, a absorção do metal pelo tracto gastro-intestinal superior é rápida e activa. Aceita-se geralmente que o ferro no estado reduzido (ferroso) é mais prontamente absorvido que os sais férricos, mesmo quando são dadas largas doses. Quando se empregam grandes doses, pensa-se que o ferro seja mais rapidamente absorvido pelo tracto gastrointestinal de indivíduos com ácido clorídrico livre do que quando existe hipoacidez ou hipocloridria. Acredita-se que a

presença de ácido clorídrico livre é necessária para a conversão do ião férrico em ferroso, forma sob a qual seria mais facilmente absorvido. Pensa-se também que a presença de ácido clorídrico livre é essencial para prevenir a precipitação de sais de ferro insolúveis e não-absorvíveis (férricos). Aceita-se que um ph de 5 da secreção ou do conteúdo gástrico seja o nível crítico necessário à conversão em ferroso do sal férrico. Todavia, é bom recordar que a absorção do ferro do tracto gastro-intestinal superior em pessoas com anemia perniciosa addisoniana, é rápida e adequada. Estudos mais recentes, usando a técnica da determinação da absorção de ferro rádio-activo do estômago e tracto gastro-intestinal superior, parecer-também indicar, embora não de maneira conclusiva, que o ferro-ferroso é melhor absorvido que o ferro-férrico. Para estudar esta relação entre o ph gástrico e a absorção de ferro, aproveitamos a única oportunidade representada por Tom, indivíduo portador duma fistula gástrica e que tem sido descrita em outras publicações».

Os AA. descrevem, a seguir, o método utilizado na investigação (estudo da *iron tolerance curve*, depois da ingestão de 1mg. de ferro por Kilo) e continuam:

«Os resultados indicam que a absorção do ferro não está correlacionada com o estado do metal na forma oxidada ou reduzida ou com o ph do conteúdo gástrico, em contraste com as opiniões citadas na introdução. Os resultados estão de acordo com os que se encontram em doentes sofrendo de anemia perniciosa addisoniana nos quais existe completa acloridria, mas em que a absorção do ferro é rápida e activa. É provável que a falência na absorção do ferro seja mais a manifestação duma diminuída actividade funcional do tracto gastro-intestinal superior do que um reflexo de qualquer defeito na secreção de ácido clorídrico. Situação análoga se pode observar no «sprue» onde estudos feitos sobre a absorção duma gran-

(1) O Prof. H. Wolff é um «full-time professor». Entre outros títulos, tem os de Prof. of Medicine (Neurology) and Associate Professor of Psychiatry-Cornell University Medical Col.; Attending Physician, N. Y. Hospital; Associate Attending Psychiatrist, Payne Whitney Clinic, N. Y. Hospital. Os valiosos trabalhos do Prof. Wolff, recentemente publicados, podem considerar-se clássicos neste aspecto especial da investigação psicossomática. (*V. Stress and Bodily Disease—A Formulation—Vol. XXIX dos Proceedings Assoc. for Research in Nervous and Mental Disease, 1949.*)

de variedade de substâncias, mostram que a falência para absorver o ferro está incluída na reduzida capacidade de absorção do tracto intestinal superior. Torna-se necessário explicar as diferenças observadas nestes estudos, em relação aos achados de outros, principalmente quanto à asserção de que o sal ferroso é muito mais facilmente absorvido e que a secreção de ácido clorídrico tem um importante papel na absorção do ferro no estômago. O estudo experimental citado acima foi executado, de certo modo, duma maneira diferente do que é habitual: são descritas as observações feitas em grande número, mas num mesmo indivíduo. Executando frequentes observações numa mesma pessoa, é muito mais provável poder encontrar consideráveis variações em qualquer fenómeno fisiológico. Outra maneira de encarar o mesmo assunto é acentuar que muitas das observações que indicam uma absorção pobre de ferro associada com diminuída secreção de ácido clorídrico, foram executadas em pessoas doentes ou mal alimentadas. Uma vez que a formação de ácido clorídrico depende do estado de «well being» do indivíduo, é provável que os indivíduos doentes tenham uma diminuída formação de ácido clorídrico» (1).

(1) As referências — que são muito numerosas — poderão ser consultadas no trabalho original, quando da sua publicação.

Os AA. concluem a discussão deste trabalho — realmente interessante e sugestivo — acentuando a possibilidade de que a diminuída absorção do ferro e a diminuída formação de ácido clorídrico, sejam, em alguns casos, um reflexo dum estado precário de saúde, ou fadiga ou de certos estados emocionais.

São bem conhecidos os estudos de Harold Wolff, Steward Wolff, William Grace e outros, na investigação psicossomática do tracto gastro-intestinal. Sabe-se que certos estados emocionais, «conflictos», actualmente presentes ou, simplesmente, potenciais, podem originar diversas reacções do tracto gastro-intestinal: hipermotilidade e hiposecreção, hipomotilidade e hiposecreção, maior ou menor fragilidade da mucosa gástrica, sensibilidade ao traumatismo mecânico, etc. A correlecção destes estudos com os que actualmente estão em curso sobre a absorção do ferro, permite uma curiosa e nova perspectiva, realmente fascinante, sobre o problema de certas anemias ferropénicas particularmente resistentes ou pouco compensadoras da terapia metálica. É muito provável que de futuro, o enquadramento terapêutico desses casos tenha de alargar-se, para além das considerações sobre a química do conteúdo gástrico ou da espécie de sal de ferro a administrar.

Vit. «A» — Dentro da linha geral destas investigações e sob a orientação do Dr. William Grace estamos presentemente a estudar a absorção da glucose e da Vitamina «A» pelo tracto gastro-

intestinal. Testes executados em indivíduos para estudo da absorção da vitamina «A» estão descritos na literatura e neles se demonstra que o aparecimento da vitamina no plasma é consideravelmente retardado depois de se dar atropina. É possível que certa inibição da função pancreática e biliar seja, em parte, responsável pelo atraso na absorção; mas também é muito provável que uma diminuição da motilidade intestinal desempenhe um papel importante.

Ao mesmo tempo que a glucose, do-seamos a vit. «A» no plasma, em amostras de sangue colhidas em jejum e 1, 2, 3 e 4 horas depois que o indivíduo absorveu uma determinada quantidade de glucose e vit. A «per os». Para uma avaliação, em globo, da motilidade intestinal, fazemos radiografias de hora a hora. Para o fim que temos em vista, julgamos preferível este método àquele que estuda a motilidade intestinal com o auxílio de balões insuflados, método que nos parece muito susceptível de erradas interpretações e é de complicada execução. Efectuamos os «testes» em indivíduos pertencentes ao «staff» do New York Hospital e em doentes que actualmente temos em tratamento na Consulta Externa. Pela repetição das experiências nos mesmos indivíduos, procuramos que cada um sirva de controle a si próprio. O objectivo do estudo é determinar se se pode estabelecer alguma relação entre as curvas de absorção da glucose e Vitamina «A» e certos estados emocionais capazes de produzir alterações na motilidade gastro-intestinal.

Investigação cardio-vascular — No domínio da investigação cardio-vascular, a chamada hipertensão essencial ocupa, no momento presente, a atenção de muitos dos investigadores. Que a elevação da pressão sanguínea, pode ocorrer em resposta a certas situações de «stress», é um fenómeno bem conhecido, ainda que os mecanismos que eventualmente desencadeiam a recção pressora não estejam completamente elucidados.

O Dr. Phillippe Cardon, do grupo psicossomático do N. Y. H., usa um balistocardiógrafo de baixa frequência para avaliar a importância relativa das alterações do débito cardíaco e da resistência periférica, nas elevações da pressão sanguínea. Uma das primeiras conclusões a que chegou foi que a usual resposta pressora obtida durante a discussão de tópicos de importância emocional para o indivíduo, se desenvolve em termos dum aumento de débito cardíaco — quer nos normais, quer em indivíduos com hipertensão. Em algumas pessoas, todavia, a vasoconstrição periférica ocorre como mecanismo isolado; e, actualmente, aquele investigador tenta averiguar que situações e atitudes estão ligadas à resposta vasoconstrictora e se os hipertensos que habitualmente exibem este mecanismo, apresentam quaisquer características clínicas que os dis-

Reumatismo
Atritis
Dores musculares
Pleurodinias
etc.

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



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

UM PRODUTO
Dravi

TOTALMENTE
N O V O
E O R I G I N A L

tingam da maioria dos outros (1). Afim-de estudar melhor o estado do tónus arteriolar, Cardon utiliza traçados piezo-eléctricos que mostram as *pulse wave contours* das artérias periféricas e do líquido cérebro-espinal.

A associação da *Doença de Graves*, com situações de importância emocional, é bem conhecida desde as primitivas descrições da enfermidade. O Dr. Basil S. Hetzel tenta presentemente confirmar essas antigas observações clínicas pela demonstração experimental da relação existente entre certas situações de significação emocional particular e hiperfunção da glândula tiroideia (2). O doseamento do iodo-ligado-proteína, no plasma tem sido usado como um indicador da função tiroideia. Uma elevação do nível desse iodo é observada, usualmente, uma hora após qualquer discussão sobre assuntos que, previamente, se sabiam ser relevantes no desencadeamento da doença. O aumento do nível do iodo persiste durante todo o tempo em que o indivíduo se sente afectado pela discussão; por outro lado, não se observou nenhuma alteração, na ausência das situações que actuam como o «stress» específico.

A excreção de *fluidos e electrólitos* está a ser investigada pelo Dr. William Schoestaedt, em indivíduos normais segundo duas linhas de orientação:

1) — Experiências de curta duração, durante as quais tópicos de reconhecida significação emocional são discutidos com o sujeito da experiência em condições controladas:

2) — Experiências a longo prazo, nas quais se colecciona a urina emitida nas 24 horas, em recipientes separados, ao mesmo tempo que se toma nota dos fluidos ingeridos e dos acontecimentos do dia-a-dia, do indivíduo em estudo. Procura-se, então, estabelecer correlações entre todas estas variáveis.

Os trabalhos de Schoestaedt mostram, com evidência iniludível, a estreita relação entre certas emoções e «feeling states» e a excreção renal. Das investigações já em curso, deprende-se que é perfeitamente provável que seja possível definir, em breve, a natureza e especificidade da influência dos estados na função renal. Apenas duma maneira muito geral, pode desde já dizer-se que uma aumentada excreção de água e electrólitos se encontra associada com a ansiedade, ressentimento e cólera; sen-

timentos de depressão ou medo acompanham-se geralmente de retenção aquosa.

Para terminarmos esta rápida excursão no domínio da investigação psicossomática num dos maiores hospitais de New York, citemos os curiosos estudos de *Douglas J. Buchan* que, recentemente, iniciou uma série de experiências com os gases intestinais. O objectivo de Buchan é determinar a relação entre situações de significação emocional e a actividade do colon, expressa em termos da motilidade e da quantidade e composição dos gases formados.

Durante as experiências, durante as quais o indivíduo é levado a discutir tópicos relevantes da sua história pessoal, o gaz colhido através dum balão

colocado na sigmoidea acumula-se num recipiente apropriado; tomam-se, simultaneamente, traçados da motilidade cólica. Os gases são, então, analisados (O₂, CH₄, CO₂ e H₂) e a sua composição relativa é correlacionada com os traçados da motilidade.

Dr. João de Almeida

O distinto cirurgião portuense Dr. João de Almeida foi eleito sócio correspondente do Centro de Estudos dos Hospitais da Beneficência Portuguesa do Rio de Janeiro. Apresentamos ao presado Colega as nossas felicitações.

ÁCIDO GLUTÂMICO

+

SAIS MINERAIS

+

VITAMINAS

Eutrófico

(ampolas bebíveis)

TÓNICO VIGOROSO

REGULADOR DO EQUILIBRIO HUMORAL

REMINERALIZANTE

ACTIVADOR DO METABOLISMO GERAL

MEDICAMENTOS MICRA

LISBOA

(1) A aplicação do «teste da isquémia», descrito pelo Prof. Barahona Fernandes, a esta classe especial de hipertensos, poderá, eventualmente fornecer informações complementares.

(2) Num trabalho lido na última reunião do American Psychotomatic Society, no Bellevue Hospital, Hetzel mostrou que as situações que mais frequentemente se encontram associadas com o início ou exerceção ou de Graves são:

1) Separação (ou ameaça de separação) duma pessoa de importância emocional (18 doentes).

2) Primeira tentativa para obtenção da independência, material e afectiva (figuras paternas, lar).

ECOS E COMENTÁRIOS

ASSISTÊNCIA EXÍGUA

No discurso inicial que o Prof. Cerqueira Gomes proferiu no dia 20 de Março na Assembleia Nacional — e cuja reprodução do «Diário das Sessões» começamos no último número de «O Médico» e hoje continuamos — há um ponto para o qual me permito chamar a atenção dos leitores. Refere-se ele à limitação dos tratamentos que a «Federação» fornece aos seus beneficiários. Salienta, com razão, o Prof. Cerqueira Gomes que o tratamento não vai além dos agentes físicos e de exígua assistência farmacêutica, quase toda de injectáveis aplicados nos postos, com falta grave de cirurgia, de hospitalização, de tratamento completo da tuberculose, de infecto-contagiosos, etc., etc.. E exclama o nosso Bastonário: Ora para que serve o diagnóstico senão para abrir o caminho da terapêutica?

Como diz o Prof. Cerqueira Gomes — e tanta vez o temos dito também aqui! — o esquema da assistência tem de igualar-se ao de outros países para que se possa dizer que há, entre nós, verdadeiro seguro de doença.

Todo o discurso do Prof. Cerqueira Gomes — que «O Médico» reproduz — merece ser lido por todos os colegas. Mas chamamos especialmente a atenção para essa parte em que se refere às possibilidades dos nossos seguros sociais, com outros arranjos e novas bases, poderem e deverem estender a assistência na doença que agora prestam.

M. C.

OS RADIOLOGISTAS

Outro ponto do discurso para o qual me permito igualmente chamar a atenção dos colegas é o que alude à chamada questão dos radiologistas.

Criou-se no país — dentro e fora da classe médica — um ambiente pesado de franca hostilidade contra os colegas radiologistas da «Federação», que acusam de gananciosos e arruinadores das finanças daquele organismo. Esse ambiente desfavorável gerou-se devido ao facto de não se publicarem os argumentos que os radiologistas apresentaram, para resistirem à baixa de tabelas. O Prof. Cerqueira Gomes levanta agora, no seu discurso,

o véu no silêncio lamentável que se fez. E verifica-se então que as razões dos radiologistas são evidentes e não passa de especulação o que, em vários tons e por diversos processos, se disse contra eles.

M. C.

SERVIÇOS PRÓPRIOS

É igualmente notável e elucidativa a parte do discurso do Prof. Cer-

queira Gomes em que se refere aos «postos» e aos serviços «próprios» que a Federação criou para os seus beneficiários. Tantas vezes aqui temos frizado isto! Tantas vezes clamamos contra essa lamentável política de fachada, que foi, afinal, a base da falência a que temos assistido!

O Prof. Cerqueira Gomes, referindo a triste experiência da Espanha — o único país que, com tão maus resultados, tem procurado construir hospitais privativos da previdência «na designação adocicada de residências sanatoriais» — salienta que nem na Suécia nem na própria Inglaterra, onde o seguro social tem feição mais nacionalizada e estatificada, se caminhou para instalações próprias, mas antes se aproveitou o que tinha feito a iniciativa particular, o Estado ou as autarquias locais.

Afinal, ao contrário do que eu supunha — e referi no número de «O Médico» de 2 do corrente — (e supunha-o pela leitura dos jornais diários), este ponto foi devidamente salientado — aliás tratado, como muitos outros, magistralmente pelo Prof. Cerqueira Gomes — e é, sem dúvida, uma das passagens mais felizes e oportunas do notabilíssimo discurso que o nosso Bastonário fez no início das memoráveis sessões da Assembleia Nacional e da qual a imprensa diária, como aliás de tudo o resto que se passou durante a discussão do «aviso prévio», deu uma pálida ideia; melhor direi: uma falsa ideia, que em parte desvirtuou a intervenção dos médicos e colocou a nossa classe em má posição. Lendo com atenção o relato, que estamos publicando, das sessões, facilmente se verifica que na Assembleia Nacional se passou alguma coisa de grandioso, de altamente útil, não só para a classe médica, mas para toda a população portuguesa. Assim se aproveite o que disseram os médicos, que é bom não esquecer que são os que têm mais autoridade quando se fala de questões sanitárias.

M. C.

ESCOLA TÉCNICA DE ENFERMEIRAS

Realizou-se, há pouco, mais uma cerimónia de imposição de toucas às novas alunas e de entrega dos diplomas e das insígnias às novas enfermeiras, umas e outras da Escola

Reg-Acíl

REGULADOR DA ACIDEZ E DA SECREÇÃO GÁSTRICA

COMPOSIÇÃO POR COMPRIMIDO

Glicocola	0,15 g
Carbonato de Cálcio	0,35 g
Beladona (extracto seco)	0,0025 g
Excipiente q. b.	

APRESENTAÇÃO

Caixa com dois tubos contendo cada um 20 comprimidos, permitindo assim o fácil acondicionamento ambulatório.

Sociedade Química Leseque, L.^{da}

VENDA NOVA
A MADORA

Técnica de Enfermeiras, que funciona, sob a orientação do Prof. Francisco Gentil, no Instituto Português de Oncologia. Quero aproveitar esta oportunidade para felicitar o Prof. Gentil pela obra que tem realizado na Escola que fundou e à qual tem dedicado um carinho e um entusiasmo que não esfriam através dos anos. Sou daqueles que discordam de algumas das suas atitudes e discutem a orientação e o modo de ser que o grande organizador do Instituto Português de Oncologia tem manifestado, durante a sua longa vida de trabalhador incansável em múltiplas actividades da nossa medicina — vida, sem dúvida, coroada de grandes êxitos. Também se pode discutir — tudo se discute! — o que tem feito, em múltiplos aspectos, no Instituto que dirige. Mas temos de concordar que o Prof. Gentil é credor do reconhecimento dos médicos portugueses por ter posto os seus esforços exaustivos no sentido de lhe serem fornecidos os necessários elementos para poder realizar obras como essa da Escola Técnica de Enfermeiras, que tem contribuído, decididamente, para elevar o nível da nossa enfermagem — que é, aliás, uma das maiores necessidades da medicina nacional. O nome do Prof. Francisco Gentil ficará sempre gravado, com especial relevo, na história da nossa enfermagem, tão carecida de auxílios oficiais e que se olhe a sério para o seu desenvolvimento cultural, social, técnico e económico. São, também, dignos de louvor os esforços que no sentido de melhorar a nossa enfermagem têm desenvolvido o Dr. Trigo de Negreiros, primeiro como Subsecretário de Estado e depois como Ministro do Interior, e ainda o actual Subsecretário, Dr. Ribeiro Queirós.

Este problema da enfermagem apresenta, evidentemente, muitas facetas, de grande importância e projecção. Quero apenas referir-me agora a uma delas: as remunerações. O Governo deve esforçar-se por garantir, à nossa enfermagem, uma situação económica razoável; e, se não é possível, dum momento para outro, aumentar consideravelmente os respectivos vencimentos a todo o pessoal de enfermagem, ao menos que se aproveitem todas as oportunidades para os aumentarem onde se poder fazê-lo. Foi pensando assim, que vi com simpatia que os Serviços Médico-Sociais — Federação das Caixas de Previdência pagassem à sua enfermagem mais do que nos estabelecimentos do Estado.

Não conseguiremos avançar no progresso da nossa enfermagem enquanto não encararmos, a sério, o problema da sua situação económica.

M. C.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Publicou recentemente «O Século» um artigo com o título «Alvitre a considerar», do qual transcrevemos o seguinte:

Numa das últimas sessões da Assembleia Nacional, ergueu-se uma voz para propor a criação, em Portugal, do Ministério da Saúde Pública. Não é coisa fácil apontar com exactidão as reacções suscitadas por este alvitre, que parece ter passado um pouco de raspão sobre o douto areópago de legisladores, a quem era dirigido. Mas é tarefa facilíma acentuar a sua oportunidade e verificar a necessidade de o transformar quanto antes em palpável realidade. Não sequer dizer que os serviços

sanitários estejam em Portugal desorganizados ou que lutem com uma falta de coordenação, que lhes tire toda a eficiência. Muito longe disso.

A saúde pública não é matéria que se preste a soluções precárias. Está na base de toda a prosperidade colectiva. Um povo doente, minado por enfermidades infecciosas ou outras, que o inibam de trabalhar, de dar ao seu País o esforço produtivo, que há o direito de lhe pedir, é um povo inutilizado para a realização integral do seu destino. Assim o têm compreendido os governos daquelas nações que caminham na vanguarda do progresso e se arrogam o direito de serem considerados guias e mestres da civilização. Onde quer que à vida humana se atribui o verdadeiro valor, os serviços de sanidade, de assistência aos doentes necessitados, à velhice e à invalidez, merecem os mais atentos e acrisolados desvelos.

E para que não se dispersem por diversas zonas do Estado, o que lhes rouba sempre uma parte importante da sua eficiência, deliberou-se concentrá-los em ministérios próprios, reunindo-se assim tanto uma acção indispensável ao combate contra a doença, como as responsabilidades resultantes da intervenção dos poderes constituídos em assunto de tanta monta. Essa política organizadora, essa forma de fazer frente às mil e uma exigências da máquina sanitária, higiénica e hospitalar, tem dado os melhores resultados, podendo citar-se como exemplo o que se passa em França, onde o Ministério da Saúde Pública se reveste de uma importância tal, que faz dele um dos órgãos mais poderosos e mais essenciais da administração pública francesa.

Em Portugal, por não se ter criado ainda essa Secretaria de Estado, os serviços de saúde, embora tenham melhorado muito há uns anos a esta parte, ainda deixam muito a desejar.

O que interessa, sobretudo, não é transformar o actual Subsecretariado de Estado de Assistência Social em Ministério, mas, sim, reunir num mesmo Ministério os serviços daquele Subsecretariado com os da Previdência Social relacionada com a doença. Esta união de serviços, este Ministério da Saúde e da Previdência Social tem sido preconizado por diversas pessoas, dentro e fora da classe médica. Ainda há poucos meses, nas colunas de «O Médico», defendia essa ideia o Dr. Paiva Correia.

Como diz «O Século», terminando o artigo a que fazemos referência, o «Ministério da Saúde deve ser o centro de uma mobilização geral, que tenha por fim melhorar o estado sanitário da Nação». As dúvidas, as hesitações, as divergências, a multiplicidade de serviços, o desperdício de energias e de despesas, só poderão evitar-se quando forem reunidos, num comando único, todos os serviços sanitários do País.

M. C.

DOENÇAS DO FÍGADO E DAS VIAS BILIARES



COLEREPA

COLARÉTICO
E
COLAGOGO

À BASE DE

Ácido deidrocolóico e hexametilenatetramina

Boião 33\$00



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

MOSAICOS NORTENHOS

XLV

Palavras de agradecimento...

...e algumas de resposta

Já por várias vezes tenho afirmado que ao rever tudo quanto tenho escrito nestes últimos anos, não sinto qualquer vislumbre de arrependimento, nem quanto às ideias defendidas ou combatidas, nem quanto à forma adoptada. Se tivesse que voltar ao princípio, eu desejaria trilhar a mesma senda que percorri de 1946 até hoje, sem qualquer desvio — sem uma subtracção, nem o mais pequeno acréscimo.

Esta é a primeira afirmação ativa e desassomburada que faço nas páginas que hoje dedico de maneira muito especial àqueles que vêm seguindo com interesse — a cada passo manifestado com apuro e gentileza — a divulgação de ideias e concepções que empreendi e as chibatadas que, de quando em quando, vou distribuindo para que a verdade seja sempre respeitada e o prestígio da Medicina e da nossa classe não seja aviltado por manobras obscuras que nos conduzam a uma ética oposta à que seguimos.

Eu sei que não posso agradar a todos quantos me lêem por hábito ou por acaso. Não agrado aos que estão enfeitados por «ideias» e «concepções» em que a Medicina socializada se enquadra normalmente; não agrado àqueles que por ignorância defendem a fórmula socializada da Medicina, dando-lhe outras designações, como se sentissem vergonha de usar a que lhe é mais própria; não agrado, porventura, àqueles que têm interesses ligados às organizações que vigoram para a nossa Medicina colectiva e que pensam poder ser atingidos por uma remodelação futura dos serviços.

Mas como não escrevo com o intento de agradar a qualquer destes grupos, ouço um ou outro comentário, registro-o no meu íntimo, encolho os ombros... e sigo o meu caminho, embora, por vezes, emita um comentário piedoso ou sarcástico que tanto vai para os que vivem na ignorância destes problemas, como para aqueles que neles criaram uma posição e receiam ser molestados.

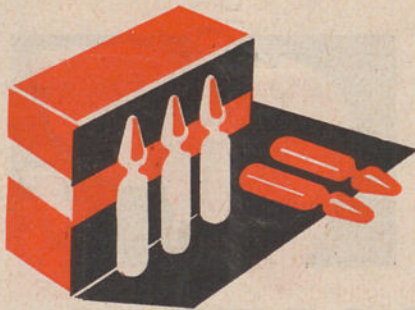
Não me interessam os homens; interessam-me as «ideias» e as «concepções» basilares da nossa «Medicina organizada» e porque as considero erradas, tenho-o proclamado e tenho pedido que as corrijam, para então se poder architectar, manter e acarinhar uma «Medicina organizada» que não seja de feição socialista.

A minha posição é, pois, inteiramente condicionada à estrutura doutrinária do sistema e dela não saírei, mesmo que recorram aos ataques pessoais ou às insinuações maldosas, divulgadas possivelmente com o intento de diminuir o valor da minha insistência no sistema de crítica construtiva a que me tenho dedicado.

UM POUCO DE HISTÓRIA ANTIGA

A *Federação de Caixas de Previdência — Serviços Médico-Sociais* foi criada em 13 de Junho de 1946, por despacho do *Subsecretariado de Estado das Corporações e Previdência Social*, publicado no

TERAPÊUTICA ANTI-SIFILÍTICA



SALIBI

Suspensão oleosa de salicilato básico de bismuto, em dispersão muito fina. Cada ampola de 2 cc. contém 0,15 g. de Bi metálico.

Caixa de 12 ampolas de 2 cc.

25\$00

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

DIÁRIO DO GOVERNO n.º 137-II Série, de 15 do mesmo mês. Com este despacho concentravam-se num só organismo todos os serviços organizados nas Caixas de Previdência e que actuavam de forma díspar.

Em Junho de 1947 realizou-se em Lisboa o *III Congresso Internacional dos Médicos Católicos* e aí apresentei duas *Teses* que causaram um certo escândalo, tão alheia estava a classe médica dos verdadeiros fundamentos da organização que então começava a balbuciar as primeiras sílabas.

«Grandezas e misérias da Medicina Colectivas» e «Algumas formas desarmónicas da nossa Assistência e da nossa Medicina Colectiva» foram o primeiro alarme gritado contra a feição socializante que se pretendia imprimir à organização e foram nesse mesmo ano publicadas no *JORNAL DO MÉDICO*, fundado, e então dirigido pelo Dr. Mário Cardia.

As três conclusões com que findei aquela minha primeira Tese, eram as que agora para aqui transcrevo, por convir que sejam recordadas:

1.º — QUE À ORGANIZAÇÃO DA MEDICINA COLECTIVA NÃO PRESIDIA A DIRECTRIZ PERIGOSA DA SOCIALIZAÇÃO TOTAL DA MEDICINA.

2.º — QUE NA ORGANIZAÇÃO DA MEDICINA COLECTIVA, QUE SERÁ DESTINADA ÀS CLASSES NECESSITADAS, DEVERÁ TER-SE PRESENTE AS VANTAGENS DA MEDICINA PESSOAL E PROCURAR ADAPTÁ-LAS, TANTO QUANTO POSSÍVEL, À ORGANIZAÇÃO DO NOVO SISTEMA.

3.º — QUE DA ORGANIZAÇÃO, DIRECTÃO E FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS TÉCNICOS DA MEDICINA COLECTIVA SEJAM INCUMBIDOS OS MÉDICOS, ÚNICOS QUE PODERÃO IMPRIMIR CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE QUE RESULTEM UM ELEVADO GRAU DE EFICIÊNCIA E QUE PODERÃO ORIENTAR A MEDICINA COLECTIVA NO SENTIDO DE SER PRESTIGIANTE PARA A CLASSE MÉDICA E ÚTIL PARA OS QUE DELA PRECISAM E A ELA RECORREM».

A segunda Tese por mim apresentada naquele Congresso, terminava por um apelo assim redigido:

DA INTELIGÊNCIA E DO SENSO TANTAS VEZES EXUBERANTEMENTE DEMONSTRADO PELO EX.MO PRESIDENTE DO CONSELHO, SENHOR PROF. DR. OLIVEIRA SALAZAR, TODOS PODEMOS ESPERAR A UNIDADE DE DIRECTRIZES AQUI PEDIDA QUE

SERÁ O TRAVÃO À TENTATIVA IMPENSADA OU DISFARÇADA DA SOCIALIZAÇÃO TOTAL DA MEDICINA PORTUGUESA.

Os artigos que escrevi entre 1946 e 1950 sobre Medicina colectiva, foram reunidos em livro prefaciado pelo Prof. Ernesto Morais e os 3.000 exemplares distribuídos, divulgaram a doutrina que defendi e ainda hoje perfilho.

Nesse livro — PALAVRAS... LEVA-AS O VENTO — escrevi o que segue e que lhe serviu de fecho:

«A incompreensão e a maldade de muitos não chegou a magoar-me; desde longe conheço os homens e sei do que são capazes quando no cadinho dos interesses tudo misturam na mira de servir as suas ambições ou as suas vaidades.

«As minhas palavras e a minha persistência dão um desmentido formal às afirmações daqueles que me quiseram situar em posições diversas das que sempre orientaram o meu trabalho».

«Palavras... leve-as o vento. Os comentários com que pretenderam atingir-me, são palavras; as directrizes que defendi, têm pelo menos a superioridade e a virtude de ficarem escritas. O futuro se encarregará de prestar justiça a quem a merece.

Ainda hoje têm oportunidade — e talvez ainda maior que então — estas palavras que bem denunciam quanto me são indiferentes os comentários que se façam a propósito da insistência que

ponho no combate à ética socialista aplicada à Medicina.

NOVAS AFIRMAÇÕES NOUTRO CONGRESSO

Em 1951 alguns colegas e amigos insistiram e quase me obrigaram a apresentar-me no III Congresso da União Nacional, realizada em Coimbra.

Aí fui com uma comunicação subscrita também pelo Dr. Fernando de C. Pires de Lima, cujo título era já uma definição das ideias que se defendiam: — «MEDICINA SOCIAL NÃO É SOCIALIZAÇÃO DA MEDICINA».

Este trabalho, que mereceu larga apreciação, findava por 2 conclusões que transcrevo a seguir:

1.º — QUE NOS SECTORES DA ASSISTÊNCIA E DA PREVIDÊNCIA HAJA CRITÉRIOS IGUAIS E HARMÓNICOS, DE FORMA QUE A ASSISTÊNCIA OFICIAL É A PREVIDÊNCIA OBRIGATÓRIA SEJAM FEITAS EM FUNÇÃO DO SALÁRIO FAMILIAR, COMO ACÇÃO SUPLETIVA SUBORDINADA AO PRINCÍPIO DE JUSTIÇA SOCIAL QUE A TODOS É DEVIDA, EVITANDO-SE O PRINCÍPIO IGUALITÁRIO QUE FUNDAMENTA A MEDICINA SOCIALIZADA;

2.º — QUE HAJA COORDENAÇÃO E PERFEITA INTERLIGAÇÃO NOS SECTORES DA PREVIDÊN-

CIA E DA ASSISTÊNCIA, QUER NOS PRINCÍPIOS BASILARES EM QUE SE FUNDAMENTAM ESTES DOIS SECTORES DA ADMINISTRAÇÃO, QUER NA SUA ACÇÃO EXECUTIVA.

Esta comunicação, bem como os brilhantes trabalhos apresentados pelo Dr. Mário Cardia e Dr. Constantino A. Carneiro, levaram o Prof. Antunes Varela a referir-se ao problema da socialização nos termos que extraímos do discurso que fez na sessão plenária que encerrou aquele Congresso:

APROVANDO EMBORA AS REALIZAÇÕES LEVADAS A CABO NESSE SECTOR, O CONGRESSO NÃO DEMONSTROU NENHUM DESEJO DUM ALARGAMENTO SUBSTANCIAL DA ACÇÃO DIRECTA DO ESTADO; PELO CONTRÁRIO NÃO DEIXARAM ALGUMAS TESES DE ACENTUAR EXPRESSAMENTE A NECESSIDADE DE ESTIMULAR A INICIATIVA INDIVIDUAL E DE REPUDIAR, NO CONCERNENTE À PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, TODA A REGULAÇÃO SUSCEPTÍVEL DE CONDUZIR A UMA VERDADEIRA SOCIALIZAÇÃO DA MEDICINA: «MEDICINA SOCIAL, SIM; SOCIALIZAÇÃO DA MEDICINA, NÃO» FOI A FÓRMULA LAPIDAR QUE ALGUNS ENCONTRARAM PARA TRADUZIR UMA IDEIA QUE PARECE TER ENCONTRADO VIVO

METIOCOLL

LÍQUIDO

INOSITOL • METIONINA

CITRATO DE COLINA • EXT.

CONCENTRADO DE FÍGADO

UM VALIOSO PRODUTO

PARA TRATAMENTO DAS

INSUFICIÊNCIAS HEPÁTICAS

E

ESCLEROSSES VASCULARES

LABORATÓRIO



SAÚDE, L.ª

RUA DE SANTO ANTÓNIO Á ESTRÉLA, 44—LISBOA

REFLEXO NO ESPÍRITO DOS CONGRESSISTAS.

A vitória no campo das ideias que se conseguiu neste III Congresso da *União Nacional*, deu razão a quantos se têm batido contra o *Seguro na doença* instituído em Portugal, por se fundamentar em concepções socialistas.

Já anteriormente, no II Congresso que este organismo realizou, há anos, na cidade do Porto, o Prof. Manuel Cerqueira Gomes, Bastonário da Ordem dos Médicos, proferiu uma conferência subordinada à defesa dos mesmos princípios e contrária aos que vêm sendo adoptados pelo nosso sector das Corporações no que diz respeito a este *seguro*.

O aviso prévio realizado pelo nosso Bastonário é do mesmo teor e levou até à Assembleia Nacional o sentir e pensar da Ordem dos Médicos que tem a seu lado a maioria esmagadora da classe, que não deseja a fórmula socialista adoptada; no repúdio da ética socialista há quase unanimidade de vistas; quanto há fórmula de executar o *seguro-doença*, é que são de admitir dois sistemas.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O MESMO TEMA

Pelo que atrás deixo fica demonstrado que sempre pensei do mesmo modo e sempre situei o problema do nosso *seguro-doença* no campo doutrinário, sem qualquer desvio que fosse susceptível de ser interpretado como atitude acomodaticia.

As críticas que têm surgido ao sistema em vigor — do meu lado e por parte dos muitos que têm aparecido a defender os mesmos princípios — nem sempre são interpretadas com o lealismo que seria recomendável. Isso não importa, no entanto, porque é impossível evitar a miopia mental que não permite que alguns vejam o que é claro e os inibe de reconhecer que ainda há quem se não deixe hipotecar pelos bens materiais.

O ideário cimentado numa formação filosófica que vem de longe — é, afinal, a força que impulsiona a acção insistente que mantenho. Não me importa, pois, um ou outro comentário que se faça, porque é absolutamente impossível impor uma compreensão que nem sempre está nas possibilidades de certas pessoas.

Em 1947, quando se realizou em Lisboa o *Congresso Internacional dos Médicos Católicos*, as minhas Teses impressionaram por serem inéditas afirmações tão desassombradas, mas poucos eram então os que conheciam o problema da *socialização* e muitíssimo poucos os que anteviam os seus malefícios.

À medida que o problema se foi agitando, os médicos foram compreendendo a situação que lhes era reservada na *ética socialista*; daí o interesse crescente por estes problemas e quando tive que enfrentar um minúsculo grupo que appareceu a defender os conceitos da *Medicina Socializada*, o caso despertou um vivo interesse e — pode afirmar-se — foi o rastilho para que todos olhassem o problema a sério e nele meditassem um pouco.

Se no começo, em 1947, poucos médicos havia que se interessassem pelo problema da *Socialização da Medicina*, com o decorrer do tempo têm-me sido possível observar a crescente curiosidade que este problema desperta. A correspondência que recebo, vinda de toda a parte, bem demonstra o repúdio que despertou a experiência tentada entre nós, com um figurino copiado e que se não ajusta à nossa mentalidade nem aos fundamentos do nosso Estudo.

Guardo com justificado interesse toda a correspondência que sobre o assunto me tem sido dirigida — muito mais de um milhar de cartas — e creio que me cumpre agradecer publicamente as muitas manifestações de carinho, aplauso e incitamento que nessas missivas tenho recebido. Não fosse o amparo moral que os colegas me têm prestado e talvez eu

me tivesse já enfasiado por tanto bradar sem que veja surgir quem nos ouça e corrija o que não está certo.

Mas a hora grave que se atravessa impõe que se não abandone a luta e por isso continuarei com ânimo e decisão, até que superiormente reconheçam que a razão está do nosso lado.

E para finalizar: — a todos quantos me têm amparado e auxiliado com elevadas e sinceras palavras de aplauso, daqui dirijo um obrigado, bem sentido e que ao ser feito nestas colunas tem o condão de evidenciar quanto é grande e profunda a minha gratidão.

M. DA SILVA LEAL

Hospital do Ultramar

Em 24 de Abril próximo vai o Hospital do Ultramar comemorar o 50.º ano da sua fundação, que se deve ao ministro Teixeira de Sousa. Para marcar o acontecimento, além dos aperfeiçoamentos técnicos que está a introduzir na sua organização, o hospital transformou inteiramente o seu Boletim Clínico, de que saiu agora o n.º de 1952. Com ele se pretende maior domínio no capítulo de actividade cultural e de intercâmbio com os cientistas do Ultramar e do estrangeiro.

Além de um elucidativo artigo de apresentação e de um relatório do seu director, coronel-médico, Dr. João Pedro de Faria, este número insere trabalhos científicos do Prof. Silva Horta e dos Drs. Alexandre Sarmiento, Henrique Moutinho, Serrão de Moura, Mendes Ferreira, Bastos da Luz, Miranda Rodrigues, Santana Leite, T. L. Lawson, Santa Rita Vieira, Franco Ré, Freitas de Sousa, Xavier de Faria, Paiva Chaves e Prof. Aires de Sousa.

O Hospital do Ultramar, estabelecimento de assistência e de investigação científica mantido pelas províncias ultramarinas, atravessa uma fase de amplo progresso. Começou em 1943 o seu programa de profunda transformação, metódica e perseverantemente o tem realizado, em termos que já é uma organização modelar no seu género.

Novas construções estão a substituir as antigas e dentro de um ano todas estarão concluídas. O pavilhão central deve estar terminado dentro de seis meses. O hospital ficará então com capacidade para 180 camas.

Com um corpo clínico de escol, cuida principalmente do tratamento das doenças tropicais, mas alarga cada vez mais a sua acção aos funcionários ultramarinos e famílias, às pensionistas do Instituto Ultramarino e mantém uma consulta externa que serve aos moradores do bairro.

De passagem por Lisboa, estive no dia 20 no Hospital do Ultramar, onde fez uma conferência, o Dr. Eduardo Alcivar, professor catedrático de cirurgia ortopédica da Universidade de Guayaquil, Equador, tendo a sua apresentação sido feita pelo director do Hospital,

Sifilis:

Bismogenol

Laboratórios
Tosse. Hamburgo

—Fama mundial—

Representante Geral:

SALGADO LENCART

R. Santo António, 203

Telefone, 21684

P O R T O

Sub-agente:

A. G. ALVAN

Rua da Madalena, 66, 2.º-E.

L I S B O A

A MEDICINA EM S. BENTO

O AVISO PRÉVIO DO PROF. MANUEL CERQUEIRA GOMES

Discurso do Prof. Cerqueira Gomes

(Continuação do número anterior)

III) *Esquema de Benefícios.* — Pelo nosso seguro social o beneficiário goza de assistência na doença, pensões de invalidez, de reforma e de sobrevivência e abono de família.

A assistência na doença funciona assim: depois de um período de garantia de um ano o beneficiário tem direito a trezentos dias de prestações sanitárias e de prestações em metálico.

As prestações sanitárias divergem segundo as instituições; na Federação, que uniformiza o maior núcleo, constam de consultas nos postos privativos ou nos consultórios das delegações, de visitas domiciliárias, meios auxiliares de diagnóstico, como análises clínicas, radiologia e electrocardiografia, tratamento por agentes físicos e raios X e por administração de injectáveis.

As prestações em metálico são representadas por um subsídio pago durante um período não superior a duzentos e setenta dias, seguidos ou interpolados, em cada período de doença, subsídio que, esgotado o limite, só pode de novo ser recebido decorridos doze meses e que não se concede nos primeiros seis dias úteis em cada impedimento de doença verificada pelo médico; o subsídio é de 60 por cento sobre a média de salários auferidos no ano transacto ao anterior àquele em que se verifica a baixa. Se ao fim de trezentos dias a doença continua, fica o segurado sem qualquer assistência sanitária e económica desde que não tenha já dez anos de contribuição, tempo mínimo para ser pensionado pelo risco de invalidez.

Este esquema assistencial nem é bem concebido nem medicamente suficiente. Quando se olha com atenção, fica-se a perguntar se houve a vontade de erguer, não um corpo inteiro, mas uma fachada e uma fachada dourada.

Diz-se e escreve-se que, por exemplo, na Federação há consultas de clínica geral e de algumas especialidades, há visitas domiciliárias, há análises clínicas, há radiologia, e é certa a existência de tudo isto.

Diagnostica-se, e diagnostica-se hoje melhor do que ontem, não por culpa ou mérito dos médicos, mas porque há mais tempo para ver os doentes, até pelo fenómeno, cheio de significado, de que desce cada ano o número dos que vão à consulta, embora cresça cada ano a população beneficiária.

O tratamento é que não vai além dos agentes físicos e de exígua assistência farmacêutica, quase toda de injectáveis aplicados nos postos, com falta grave de assistência nocturna, de cirurgia, de hospitalização, de tratamento completo da tuberculose, de infecto-contagiosas, de cancerosos e de mentais e ausência inteira no importante sector das medidas preventivas.

Ora para que serve o diagnóstico senão para abrir o caminho da terapêutica? A medicina é, essencialmente, a arte de curar, e que vale tanto dinheiro gasto em análises e radiologia, para apurar que um pulmão é tuberculoso, que um rim está destruído, que uma vesícula tem cálculos, que um estômago se não resseca, o rim se não extirpa?

Quando ao beneficiário da Previdência se põe uma destas circunstâncias tem de ir ao regedor da freguesia pedir atestado de pobreza e com ele recorrer a um hospital das Misericórdias ou da assistência pública.

Podia multiplicar os exemplos; basta-me personalizar naquele torneiro mecânico, beneficiário da Caixa dos Metalúrgicos, que me escreveu a história da sua hérnia ingui-

nal, diagnosticada na Federação, tão dolorosa que o impedia de trabalhar, para cujo tratamento lhe foi negada qualquer ajuda, e que acabou por internar-se e operar-se no Hospital de Santo António, do Porto, e por comprar uma funda à sua custa.

Se é já muito o que se faz, é preciso cumprir mais vastamente a assistência na doença. Tratar como se deve tratar. Deixemos já as insuficiências da montagem do seguro, até os prejuízos de horas de tra-

balho que acarreta a tantos operários o simples facto de se deslocarem a um posto distante para receber uma injeção. Subamos mais alto, ao plano das verdadeiras realizações nacionais.

Votaram-se aqui, nesta Assembleia, a lei do combate às doenças infecto-contagiosas, que manda hospitalizar obrigatoriamente certos doentes por elas atingidos, e a lei de combate à tuberculose, que articula as bases do tratamento nos dispensários e

DAVASAL

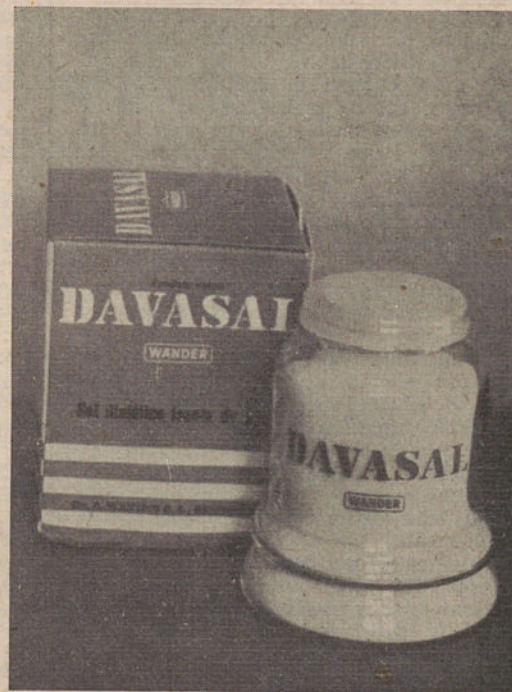
WANDER

O NOVO SAL ISENTO DE SÓDIO

Gosto e aspecto idênticos
ao vulgar sal de cozinha

Solúvel na água

Resiste à cozedura



Apresentado em bonitos saleiros de vidro

DR. A. WANDER S. A. — BERNA — SUIÇA

Sociedade Portuguesa de Produtos Wander, L.da

sanatórios. E como se não de cumprir satisfatoriamente estas leis do País, como se pode fazer seriamente a luta contra a tuberculose e contra as doenças infecto-contagiosas desde que a Previdência, na sua vasta massa populacional de muitos centos de milhares, não paga a hospitalização nem os tratamentos necessários?*

O esquema de assistência médica tem de completar-se, igualar-se ao de outros países, para que se possa dizer que há, entre nós, verdadeiro seguro de doença. Devem entrar nele todos os actos médicos que visam ao diagnóstico exacto e ao tratamento necessário de qualquer estado patológico: a consulta, a visita, as especialidades, as análises clínicas, a radiologia, os preparados farmacêuticos, as intervenções cirúrgicas, a hospitalização, o tratamento da tuberculose, de cancerosos, de mentais, as próteses, e ao lado de tudo isto os partos normais e distócos.

No dispositivo que está criado não cabe, também, o tratamento da doença longa: ao fim de trezentos dias acabam as prestações sanitárias e económicas. Atende-se especialmente às doenças de curta duração, e é um sentido que se deve inverter.

O dinheiro não é elástico, não chega para tudo. E ao gastar em assistência médica quanto se pode gastar deve fazer-se recair o maior esforço sobre as doenças que mais carecem de protecção. Está discutido, por muitos lados o problema dos pequenos riscos.

Há, sem dúvida, uma frequente e real patologia de breve curso, como as amigdalites, os catarros respiratórios, os acidentes digestivos, indisposição geral...; mas há também o colorido e repetido cortejo das queixas fictícias, a criar o absentismo, aqui a perda de muitas dezenas de milhares de dias de trabalho por ano.

Com razões verdadeiras ou razões simuladas as baixas de curta duração, pelas somas que absorvem, são o pesadelo das tesourarias. Por cima da natural tentação humana não chegou o tempo, nem aqui nem lá fora, para uma educação correctiva; demora, como observava um dia Pierre Larroque, director-geral da Sécurité Sociale, em França, até os trabalhadores ganhem suficiente consciência do que representa para eles o seguro social.

As soluções propostas têm sido variadas e eu não vejo melhor do que deixar fora da boa protecção do seguro estes espaços de curta duração. Nós já alargámos o período de carência na doença de três para seis dias; dando um passo neste sentido. Também escusa de alargar-se desde que nos primeiros oito ou dez dias se conceda um subsídio mínimo, não tentador. É claro que deve ficar aberto o acesso à consulta; quando se adoece, mesmo sem aparências alarmantes, ninguém sabe se vai ou não começar um período de grave ou longo sofrimento. Mas o seguro tem a defesa de negar a sua responsabilidade nos actos médicos que não digam respeito a doenças de certa duração.

O melhor esforço tem de voltar-se para as doenças de longo curso, justamente as que o trabalhador menos suporta. E o fim

não se atinge só porque acabados os trezentos dias de prestações sanitárias e em metálico da doença o beneficiário passa a ser socorrido economicamente pelo risco invalidez.

A França fez assim de início e depressa reconheceu o erro; a tesouraria da invalidez gemeu pelos encargos e 40 por cento destes eram pensões aos tuberculosos. Também logo reparou o erro criando a modalidade do risco doença longa, deslocando para ela, além do mais, todos os trabalhadores e garantindo durante três anos uma assistência médica completa.

Entre nós, eu penso que o problema fica bem satisfeito nas bases seguintes: se o beneficiário continua doente, antes de acabar os trezentos dias, verifica-se, por conferência médica, se a doença é ou não recuperável; sendo susceptível de recuperação o beneficiário continua a receber assistência médica e económica até o limite que se convencionar; não havendo tratamento eficaz o beneficiário passa imediatamente ao risco invalidez, devendo estabelecer-se, no momento e através de revisões periódicas, se tem capacidade para uma ocupação remunerada, variando a pensão segundo esta classificação e segundo haja ou não encargos de família.

Por um quadro assim concebido o beneficiário fica sempre com amparo desde que adoce, ou até à recuperação ou até à entrada na incapacidade subsidiada.

Precisamos então de mudar a nossa invalidez; abandonar o período de carência de dez anos, torná-la maleável, estabelecendo escalões de incapacidade e, sobretudo, impedindo que continue definitiva, levar-lhe a grande alma da readaptação e da reeducação profissional.

Foi, por certo, este sentido estático da invalidez que entre nós a prendeu ao risco reforma. Já por várias partes sublinhei a má companhia, e volto hoje a propor que a doença e a invalidez se juntem num ramo comum e numa gestão comum, como se faz na Bélgica, onde o seguro social me dá mais frutuosas lições e me parece ter mais coisas dignas de servir como paradigma.

No sentido humano, no sentido social e no sentido económico deve procurar limita-se o mais possível o número de inválidos, e nada influencia tanto como alargar os cuidados da saúde, seja porque evitam, seja porque minoram a invalidez. Há entre as duas — doença e invalidez — tanta penetração e enlace de actos médicos que seria erro desprender-las do mesmo pessoal técnico e de uma direcção unificada.

Já se legislou o princípio de participação do segurado nas despesas da assistência. É um princípio diferentemente encarado nas legislações, mas que vigora em países de bom nível social, como a França e a Bélgica. A participação é boa disciplina para evitar abusos das consultas e dos remédios.

Foi pena que não tivesse sido posta de entrada, como naqueles países, e aparescesse depois, com o mau sabor das medidas de restrição de benefícios. O que já se paga na senha de admissão às consultas da

Federação deve andar pelos 20 por cento do preço do acto médico; pode estender-se a mesma percentagem às visitas e aos medicamentos correntes, e até elevá-la para outros de excepção.

O encargo que por este lado assume o beneficiário não é grande; outro tanto não aconteceria se a participação abrangesse as análises, as radiografias, a hospitalização, a cirurgia, a terapêutica pelos agentes físicos, as próteses e ainda os partos. Aqui os nossos salários não suportam participação, e, como no esquema belga, a responsabilidade do seguro deve ser total.

Para dar corpo, força e suficiência aos riscos doença-invalidez, ampliando-lhes as atribuições, é preciso limitar os outros riscos. E já vamos ver os cálculos financeiros.

Ora o subsídio de morte, que é pelas diferentes caixas de cálculo variável, pode reduzir-se uniformemente a vinte e cinco vezes a remuneração diária do defunto. E não se assume atitude de excepção, que assim está também legislado na Bélgica.

A pensão de reforma, que por uns lados se estabelece aos 65 anos e por outros aos 70, deve ficar com início uniforme aos 70 anos. E, se a não pede, entenda-se, sem mais, que ele prefere continuar no trabalho.

Não é uma obrigação que se lhe impõe, é uma regalia que se lhe confere. Mais do que a pensão de reforma, pode convir-lhe a totalidade da remuneração, e para cima do proveito económico há ainda a melhoria da própria vida.

Morre-se mais depressa quanto em idades altas se deixa o trabalho e este não é ainda uma impossibilidade. Ensinam as estatísticas que a taxa de mortalidade nos dois anos que se seguem à reforma é aqui maior do que a verificada entre os indivíduos da mesma idade que continuam ao serviço.

Certo que os que ficam devem ter capacidade. Exactamente porque contribuem para a pensão de reforma, as empresas têm direito a operários de rendimento. Mas, para tanto, basta legislar a obrigatoriedade de revisões médicas periódicas, onde a qualidade do trabalho se ponha em confronto com o valor da resistência.

O abono de família pode bem ficar dentro do nosso seguro social; também pelos diferentes países os subsídios familiares alinham lado a lado com os outros riscos cobertos pela segurança social. Não é, como diz Carlos Posada, «que se deva considerar a família como um risco; o risco está em não possuir recursos com que sustentá-la».

Foi, sem dúvida, a escola social católica que primeiro se bateu pelo salário familiar, na esteira dos ensinamentos pontifícios. E se o princípio veio por aí fora, com sorte variada, foi ganhando, foi vencendo nas próprias assembleias internacionais de política social, e acabou por tomar a forma de um subsídio instituído com carácter compulsório e proporcional às cargas de família. É hoje um verdadeiro seguro familiar obrigatório.

Dentro já da nossa Previdência o abono de família, conveniente seria que a administração dos nossos seguros, incluindo o próprio desemprego, se concentrasse em articulação comum.

Assim se faz por outros países e assim está no espírito inicial do nosso Estatuto do Trabalho. Em nada a concentração escusaria de impedir que o seguro de desemprego continuasse fundamentalmente a ser entre nós uma criação de trabalho.

Não parece que, dentro dos recursos disponíveis, possam sofrer aumento os escalões iniciais do abono de família. Aqui, pela primeira vez entre nós, as prestações são uniformes, não em função ou correspondência com a taxa das quotizações. Sem querer levantar a debatida questão de saber se, assim, uniformemente, se deviam nivelar todos os restantes subsídios, o da doença ou de sobrevivência, o de invalidez e o da reforma, aceitemos a opinião dos especializados, quando nos garantem que a uniformidade tem vantagens e é de adoptar nos subsídios familiares.

IV) Regime Financeiro. — O financiamento da nossa Previdência é exclusiva-

Quinarrhenina Vitaminada

ELIXIR E GRANULADO

Alcalóides integrais da quina, metilarsinato de sódio e — Vitamina C

Soberano em anemias, anorexia, convalescenças difíceis. Muito útil no tratamento do paludismo. Reforça a energia muscular, pelo que é recomendável aos desportistas e aos enfraquecidos.

Fórmula segundo os trabalhos de Jusaty e as experiências do Prof Pfnestiel

XAROPE GAMA

DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO NAS
BRONQUITES CRÓNICAS

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR POLI-GLICERO-FOSFATADO (COM
GLICEROFOSFATOS ÁCIDOS)

Depósito geral: FARMACIA GAMA — Calçada da Estrela, 130 — LISBOA

Quinina Anidra	0,09 Gr.
Cânfora	0,12 Gr.
Essências antissépticas (Limão e Eucalipto)	0,15 Gr.
Vitamina A	7.500 U. I.
Excipiente q. b. para Ampolas de 3 cc.	

Uma embalagem contendo um frasco com:

Penicilina G cristalizada	100.000 U.
Penicilina-Procaína G	300.000 U.

Uma ampola de Transbronquina para emulsão extemporânea.

Embalagens de uma e três unidades.

FLUIDA FORTE**"P"** (com penicilina)**TRANSBRONQUINA****RECTAL****GOTAS**

Por supositório de 3 gramas (Adultos)

(Frasco de 20 gramas)

Sulfato de quinina	0,08 Gr.
Cânfora	0,08 Gr.
Timolsulfonato de Trietanolamina	0,25 Gr.
Dietilbarbiturato de codeína	0,015 Gr.
Vitamina A	7.000 U.
Vitamina D	150 U.
Vitamina K	0,0015 Gr.
Essências antissépticas	0,20 Gr.
Veículo apropriado	q. b.

Infantil (supositórios 1,5 gr.)

Timolsulfonato de Trietanolamina	25 %
Dietilbarbiturato de codeína	1,5 %
Excipiente apropriado	q. b.

LABORATÓRIOS «LAB» — Direcção Técnica do Prof. COSTA SIMÕES

TONO-ENZIMA

Granulado de levedura de cerveja autolizada, rica em polipéptidos, complexo B, complexo enzimático e elementos minerais em combinação orgânica.

SAIS-HEPATICOS

Fosfato, sulfato e bicarbonato de sódio; carbonato de lítio e sais efervescentes

VITAMINA C

Soluto estéril de ácido 1-ascórbico.
Ampolas 5 % 2 c. c. e 5 c. c.
Ampolas 10 % 2 c. c. e 5 c. c.

PERVITALÉTAS

Vitaminas A, B₁, B₂, C, D, PP e pantotenato de cálcio.

VITALETAS

Composição (por pérola):

Vitaminas: Vitaminas A, 2000 U. I. / Vitamina B₁, 200 U. I. / Vitamina B₂, 100 U. B S. / Vitamina C, 300 U. I. / Vitamina D, 200 U. I. / Ácido nicotínico, 5 mgs.

Sais Minerais: Cálcio 69,70 mgs. / Fósforo 55,50 mgs. Ferro (orgânico), 5,85 mgs. / Magnésio, 1,61 mgs. Cobre, 1,00 mgs. / Cobalto, 1,00 mgs. / Manganésio, 0,50 mgs. / Óleo de germen de trigo, 100 mgs.

VITALETAS-HEPATICAS

Vitamina B₁, B₂, B₆, amida de ácido nicotínico, pantotenato de cálcio, extracto concentrado de fígado.

Laboratórios SICLA - Campo Grande, 298 - LISBOA-Norte

Direcção Técnica: PINTO FONSECA

mente assegurado por contribuições profissionais. Não participa o Estado, nem, por doutrina, o deve fazer. Como normaliza o Estatuto do Trabalho «são o patrão e o operário quem concorre para a formação dos fundos necessários à previdência e são eles que os administram»; o Estado apenas orienta e fiscaliza.

É que, para nós, a previdência é um direito do trabalhador...

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — ... um direito que ele adquire pelo trabalho; e a contribuição que garante a previdência, descontada sobre o trabalhador ou acrescentada pelo patrão, é sempre salário, salário «humanamente suficiente», justa paga do trabalho.

Podemos dizer que está aqui a diferença substancial entre previdência e assistência; a primeira é um direito, a segunda é um favor; a primeira ganha-se, a segunda aceita-se.

Temos, por isso, mais em conceito a dignidade do trabalhador...

Vozes: — Muito bem!

O Orador: — ... que outros regimes em que a segurança social se concebe e pratica como assistência pública financiada pelos impostos. Reconhecemos melhor no trabalhador os seus direitos de homem. Temos um ideal moral.

Não destrói o conceito nem a posição, antes valoriza o alto sentido do seguro, que o Estado tenha dado às contribuições da previdência o valor jurídico dos impostos; como as receitas de direito público, o recebimento das contribuições da previdência é garantido pelos órgãos de execução de direito público. Outro é o aspecto se economicamente elas representam um verdadeiro imposto.

Mesmo sem lhes dar o significado de salário, as contribuições da Previdência são, na realidade, um aumento de salário, que entra necessariamente no cálculo dos preços e sai da responsabilidade da empresa para o âmbito geral do consumidor.

Traz, como as outras cargas, um factor de agravamento ou de subida no valor monetário das coisas; pode trazê-lo até mais do que uma vez se o produto segue o caminho do que fabrica até ao que armazena e ao que vende directamente ao público. Todos os encargos se pagam assim, repetidos ou somados: os do capital, os das exigências da vida pública ou da vida familiar ou individual.

Não há dúvida de que é pesado o encargo da nossa Previdência; em realidade, devíamos marcar as primas dos nossos seguros sociais em 25,5 por cento, porque o desemprego cobra 2,5. Mas, se quisermos considerar somente o que movimenta a Previdência, fixemos as contribuições em 20,5 por cento, visto que do desemprego vai 0,5 por cento para risco de doença. É já um esforço de boa grandeza, absorvendo o quinto das remunerações que vão até 3.000\$

mensais e a participação de 600\$ mensais em todas as remunerações acima deste limite.

Maior, bem maior, é o encargo de outros países, por exemplo a França, onde a segurança social, fora da participação a cargo do Estado, exige 34,5 por cento de contribuições patronais e operárias. Levar-me-ia longe explicar em que reside a diferença entre o globo das nossas contribuições e as de outros países, nomeadamente da França.

Há por muitos lados riscos que nós não abrangemos e há em alguns riscos grandes oscilações de país para país.

Na França, para me servir sempre do mesmo exemplo, a precária situação demográfica firmou os benefícios de maneira especial na ajuda da família. Deve-se no entanto dizer que, exceptuado este risco, os outros que nós cobrimos não se cifram por quantitativos muito diferentes dos dos outros países.

Como se reparte a prima e a que chegam as respectivas percentagens? Os nossos 20,5 por cento estão assim distribuídos: 5,5 por cento para a doença e sobrevivência, 7 por cento para o abono de família, 7 por cento para invalidez e reforma e 1 por cento para despesas de administração.

Por sua vez os 5,5 por cento da doença são decompostos em: 0,5 para pagamento das contribuições durante o período de doença do segurado, 2 para o subsídio de doença e para o subsídio de morte, 3 para a assistência médica. Ora estes 3 por cento, são manifestamente insuficientes para custear uma assistência de nível eficiente.

Aqui tem razão a nossa Previdência; se não ganha inteiro, recebe grande apoio a velha e repetida sentença da Federação, que nem reduzindo a zero os seus gastos administrativos podia realizar uma acção médica satisfatória.

E como fazer? Vamos aumentar as contribuições globais da Previdência? Não o permitem as nossas condições económicas nem me parece necessário. Pelo esquema de benefícios que já descrevi, a invalidez prende-se à doença; reforça-se este grupo, mantém-se o abono de família e aliviam-se os riscos sobrevivência e reforma e os gastos administrativos.

Significa isto que temos de alterar a repartição das percentagens, e eu proponho o seguinte quadro: para a doença, invalidez e sobrevivência deslocam-se 9,5 por cento; o abono de família continua com os 7 por cento; a reforma fica com 3,5 por cento e a administração reduz-se para 0,5 por cento.

Afecta esta nova repartição apenas a reforma e a administração, atribuindo-lhes outras dotações. E baseei-me para tanto no seguinte:

- 1.º A substituição da actual estrutura administrativa pela caixa única traz uma nítida diminuição de encargos;
- 2.º Há um menor número de presta-

ções de reforma com o alívio do risco no sentido proposto;

3.º 4 por cento é o que a Espanha determina para os dois riscos invalidez e velhice, e, embora as pensões de reforma sejam lá inferiores às nossas, a legislação que aumentou a percentagem também já estabeleceu para a velhice pensões basilares de 125 pesetas mensais, com muitos casos de 175 e podendo noutros chegar a 200;

4.º Os cálculos para as reservas matemáticas são feitos ano a ano para cada caixa; como não possuimos tabelas nossas, temos de aplicar as estrangeiras, primeiro não actualizadas e segundo estabelecidas sobre grandes números; como a aplicação se presta a erros, deixa-se sempre uma folga anual no cálculo das reservas de cada caixa; a multiplicação de caixas leva as folgas a muitas dezenas de milhares de contos; federando as caixas, trabalhando sobre a massa de uma caixa única, consegue-se uma diminuição franca no quantitativo a reservar.

A lei do seguro é, como todos sabem, a lei dos grandes números, e foi ainda a nossa Previdência que escreveu:

Quanto menos numeroso for o grupo a proteger pelo seguro, maior terá de ser a margem a conceder ao acaso para se atingir uma protecção igualmente efectiva.

Fica, assim, para o agregado doença-invalidez a percentagem de 9,5 por cento das remunerações, ou, melhor, de 9 por cento, visto que 0,5 se destina, como já vimos, ao pagamento das contribuições dos beneficiários doentes. Chegam os 9 por cento para um seguro doença-invalidez prestado nas condições que ficaram esquetizadas? Temos no País lições proveitosas.

Há caixas que com os 5 por cento actuais montaram um serviço assistencial já bastante aproximado. E o exemplo de fora pode ainda orientar-nos melhor.

A Espanha, com prestações sanitárias de consultas, visitas, especialidades, análises, radiologia, intervenções cirúrgicas, hospitalização, larga prescrição de medicamentos e também assistência no parto, sem qualquer participação do segurado, destina 9 por cento ao risco doença. E a Bélgica, onde funciona um seguro doença-invalidez-pensão de morte muito semelhante ao que para nós deixei esboçado, atribui a este grupo de riscos uma percentagem de 8 por cento sobre as remunerações, contando o subsídio do Estado e o total das quotizações.

Sem este arranjo, sem deslocar mais capacidade, digamos mais dinheiro, para a doença e a invalidez não é possível cumprir um serviço assistencial digno e satisfatório. Ou, por outras palavras, não há bases, nem recursos, nem amplitude para levantar a sério um novo edifício da previdência.

Temos de gastar mais nos seguros a curto prazo, na doença e na invalidez, já que o risco invalidez anda colado e subordinado às vicissitudes do risco doença. E temos de guardar menos para os riscos que verdadeiramente precisam de mealheiro: a reforma e a sobrevivência. O que equivale a distribuir mais e a capitalizar menos.

Até aqui a nossa Previdência tem vivido no regime de capitalização pura, quer dizer, capitaliza o saldo total de cada ano; e a capitalização da Previdência ia já, no fim de 1952, em 3.500.000 contos.

Servindo-nos das últimas contas publicadas, as de 1951, vemos que, no fim desse ano, as receitas totais, incluindo rendimentos, foram de 1.167.000 contos, as despesas totais de 635.000 contos e o saldo total, incluindo também os rendimentos, destinado a capitalização, de 532.000 contos.

Pode bem dizer-se que esta capitalização é excessiva; os três riscos que pelo esquema actual obrigam à constituição de

MARTINHO & C.ª

Tudo o que interessa à medicina e cirurgia

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

UMA NOVA PENICILINA

OBTIDA POR SÍNTESE NOS LABORATÓRIOS ATRAL

LENTOCILIN

(N,N'-dibenziletilenadamina dipenicilina G)

14 DIAS de níveis terapêuticos eficazes

16 VEZES menos de reacções alérgicas

Bastante mais estável

INJECTÁVEL:

LENTOCILIN - 600

LENTOCILIN - 900

ORAL:

LENTOCILIN - SUSPENSÃO

LENTOCILIN - CÁPSULAS

LABORATÓRIOS ATRAL

reservas são a invalidez, a reforma e a sobrevivência, atingindo cerca de 8 a 8,5 por cento das percentagens, ou seja 38-40 por cento das remunerações, o que dá, no milhão de contos das contribuições, um nível de 400.000, bem inferior ao de 532.000 do saldo do fim de 1951.

Mas, alargada a área dos riscos a curto prazo e reforçando a sua dotação, diminuem-se as reservas destinadas a investimentos; deixando somente as pensões de morte e de reforma e atribuindo-lhes na percentagem global entre 4,5 a 5 por cento, no milhão de contos de contribuições as disponibilidades para capitalização escusam de exceder 250.000 contos anuais.

Quer dizer, teríamos de distribuir, de gastar, anualmente mais 250.000 contos do que hoje gastamos. Chegam os outros 250.000 que ficam para os compromissos em que se envolveram as reservas da Previdência? De compromissos certos só há os do Plano de Fomento; o próprio Decreto-Lei n.º 35.611, de 25 de Abril de 1946, estabelece apenas quais as aplicações que poderão representar os valores da Previdência.

Ora, nos recursos para o financiamento do Plano de Fomento, as instituições de previdência entram para os seis anos com uma participação de 1.400.000 contos, ou seja 235.000 cada ano, perfeitamente dentro da reserva capitalizável de 250.000.

Se o Estado tem de renunciar a uma volumosa colocação de títulos, anima-me boa esperança que os arranjos se não-de dispôr para a Previdência poder cumprir satisfatoriamente os seus fins. Em todo o caso a renúncia é susceptível de ser atenuada, porque se com a reforma da Previdência vier brevemente a integração de outros grupos de trabalhadores, especialmente o vasto sector da construção civil, logo sobe a importância disponível para investimentos.

Já preceitua a lei que a aplicação dos valores da Previdência está dependente de autorização ministerial e de aprovação em Conselho de Ministros, mas a verdade é que a Previdência fica ainda directamente ligada às empresas que financia. E dentro de anos as nossas instituições de previdência, que se levantaram para corrigir os desmandos da economia capitalista, prosseguindo a intervenção directa nas empresas e até na sua administração, acabam por se tornar as nossas mais fortes instituições capitalistas.

Será aquele quadro que muito bem traçou o ilustre actuário Dr. António Leão:

Potentíssimas organizações de alta finança, mais preocupadas com as cotações dos títulos das suas ou alheias empresas ou com o preço do carvão importado que com a impertinência dos beneficiários doentes que desejam receber os subsídios diários de 10\$ ou 12\$ ou a modesta pensão mensal de invalidez.

Bem apetece aqui propor que, ao reformar-se para tantos bens, a Previdência se desprenda da colocação dos seus fundos e os entregue a uma entidade oficial de crédito, já existente ou a criar.

(Continua no próximo número)

Dr. Luís Duarte Santos

Acaba de regressar a Coimbra o nosso redactor naquela cidade, Dr. Luís A. Duarte-Santos, que, desde Dezembro último, se encontrava em Madrid, de onde nos tem enviado interessante colaboração.

Frequentou na capital do País vizinho diversos serviços médico-legais,



DR. LUÍS DUARTE SANTOS

onde trabalhou na situação oficial de equiparado a bolsheiro do Instituto para a Alta Cultura e na qual ainda se mantém.

Distinguido pelos mais eminentes nomes da Medicina Legal espanhola, sabemos que deixou estabelecidas as bases de futuro intercâmbio, de que «O Médico» se fará eco, e que se traduzirá em trabalhos científicos de colaboração, realizações de lições e conferências, adopção de normas de trabalho e de técnicas, etc.

Para já podemos anunciar a publicação próxima de algumas entrevistas obtidas, em Madrid, com categorizados professores e técnicos de Medicina Legal e da Medicina e Segurança do Trabalho.

Os Drs. Castillo de Lucas e Castillo Ojugas premiados pela Real Academia Nacional de Medicina de Madrid

É com muita alegria que «O Médico» comunica aos seus leitores e em especial aos amigos portuenses do Dr. Castillo de Lucas, que há bem pouco nos encantou com o seu convívio, a grande distinção conferida.

Na sessão inaugural do ano académico da Real Academia Nacional de Medicina, a que preside o Dr. Enriquez de Salamanca, foram entregues aos nossos queridos colaboradores Dr. António Castillo de Lucas, pelo seu labor de jornalista médico, o prémio Abaytua, e Dr. António Castillo Ojugas, seu filho, o prémio de «Expedientes académicos en la Licenciatura» da Faculdade de Medicina de Madrid.

O acto decorreu com imenso brilho, tendo a lição de «sapiencia» estado a cargo do Dr. Martin Gonzalez Alvarez, académico e professor no Hospital del Niño Jesús, que discursou sobre a diminuição da mortalidade infantil, evidenciando o intenso trabalho social e científico realizado pelos dispensários de Puericultura e de higiene prenatal daquele país.

Por fim o Dr. Valentim Matilla leu a memória da Secretaria, salientando o intenso trabalho executado por este prestigioso centro científico da Medicina de Espanha, no decurso do último ano académico.

«O Médico», ao enviar os seus parabéns, congratula-se por tão merecida distinção conferida aos seus colaboradores.

FALECIMENTOS

— Em Luanda, o sr. Heitor Moraes Correia, presidente da Comissão Reguladora da Importação, irmão do Prof. Maximino Correia.

— Em Lisboa, o sr. Carlos Silvestre, pai do Dr. Manuel Blanco de Moraes.

— Em Verdemilho, o sr. Carlos Tavares Lebre, irmão do Dr. Abílio Tavares.

— Em Fronteira, a sr.ª D. Maria da Graça Neves Porto, de 86 anos, mãe do Prof. João Porto, director da Faculdade de Medicina de Coimbra.

PENICILCAÍNA • ESTREPTOCAÍNA SANITAS

MAIOR VERIFICAÇÃO - MAIOR GARANTIA

BAIXA DE PREÇOS

SYNERGISTIN

Um produto de Consagração Mundial
3 Doseamentos **3 Exitos**

Synergistin Normal—Sulfato de dihidroestreptomicina equivalente a 0,5 gramas de dihidroestreptomicina base 300.000 U. O. de Procaína Penicilina G Cristalizada, 100.000 U. O. de Penicilina G sódica Cristalizada.

1 Dose	Esc.	23\$00
3 Doses	Esc.	66\$00
5 Doses	Esc.	107\$00
10 Doses	Esc.	207\$50

Synergistin Forte —É igual à dose normal na Penicilina mas com 1 grama de Dihidroestreptomicina base.

1 Dose	Esc.	32\$00
3 Doses	Esc.	92\$50
5 Doses	Esc.	150\$00
10 Doses	Esc.	295\$00

Synergistin Infantil—Metade da dose normal

1 Dose	Esc.	15\$50
3 Doses	Esc.	42\$50

Esta substância está protegida e registada na Secção 505 da U. S. Food Drug and Cosmetic Act.

Apresentada em Portugal pelos :



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

VIDA MÉDICA

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 6 a 12 de Abril)

Dia 6 — Promovida pela Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica, realiza-se, à noite, na sala da biblioteca da Faculdade de Medicina de Lisboa a sessão inaugural do primeiro Curso de Aperfeiçoamento de Radiologia. Tomam parte nele cerca de 50 médicos de várias especialidades clínicas.

Preside o Dr. Medeiros Gouveia pelo Instituto Português de Alta Cultura que estava ladeado pelos Profs. Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Castro Freire e Dr. Fernandes Lopes.

Aberta a sessão o Dr. Aleu Saldanha presidente da Sociedade Portuguesa de Radiologia, expõe a finalidade do curso, apresenta os conferencistas da sessão e anuncia que a sociedade promovia um simpósio sobre «Síndromas funcionais do estômago e duodeno em 1954 em Lisboa».

A seguir o Dr. Collez presidente do Sindicato de Radiologistas Franceses fala largamente sobre «A estase e a superpressão uretorenal no decurso da urografia intravenosa».

A seguir o Prof. Carlos Santos, director dos serviços de radiologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa, faz uma lição na qual se ocupa do estudo funcional da vesícula biliar pela colecistometria.

— Na Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, realiza-se, à noite, mais uma sessão científica da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, que é presidida pelo Prof. Xavier Morato. Este apresenta um trabalho sobre «Algunas analogias estruturais entre os órgãos glio-vasculares do encefalo».

A seguir apresentam comunicações os Dr. Eurico Pais «A acção hipoglicémica da para-oxi-propio-fenoma na diabetes mellitus (resultados de 29 doentes); Drs. Vítor Hugo Franco e Mário Gentil Quina, sobre «Nota prévia: visualização da tiroideia», tentativa de determinação do seu volume para fins de tratamento com iodo radioactivo.

7 — Para comemorar a data da entrada em vigor da sua constituição, a 7 de Abril de 1948, a Organização Mundial de Saúde, toma a iniciativa de criar o «Dia Mundial da Saúde», que se celebra nos 80 países que dela fazem parte. Para cada ano se tem escolhido um tema geral, sendo o de 1953 «A Saúde é a prosperidade».

O «Dia Mundial da Saúde» é assinalado em Portugal com várias conferências, alocações pela rádio e outras iniciativas promovidas pela Direcção Geral de Saúde, estando as primeiras a cargo de três antigos bolseiros da referida organização: Dr. Arnaldo Sampaio, no Instituto Superior da Higiene «Dr. Ricardo Jorge», em Lisboa, às 17 horas, sobre o tema geral: «A Saúde é a Prosperidade»; Dr. José dos Santos Bessa, no Parque Infantil «Dr. Oliveira Salazar», em Coimbra, com o titulo: «O Dia Mundial da Saúde — valor da Medicina preventiva na prosperidade da Nação» e Dr. Alcindo Pinto, no Hospital Geral de Santo António, no Porto, às 21 e 30, sobre «O tracoma — sua importância social». As alocações pela rádio são feitas também por antigos bolseiros da O. M. S.; na Emissora Nacional, às 20 horas, pelo Dr. Varejão Castelo Branco que versa o tema: «Protecção da gente do mar e sua importância em saúde pública»; no Rádio Clube Português, às 20,45, pelo Dr. Caiola da Mota que fala da «Importância da saúde dos animais na saúde do homem — caso especial das bruceloses» e na Rádio Renascença, às 20 horas, pelo Dr. Almeida Roque, acerca de «Doença e produção agrícola — caso especial do paludismo».

— Parte para Londres, o Prof. Reinaldo dos Santos, que vai receber o diploma de membro de honra do Real Colégio dos Cirurgiões de Inglaterra.

— Em Lisboa, o Dr. Ribeiro Queirós, Subsecretário de Estado da Assistência, inaugura

importantes melhoramentos no Hospital dos Capuchos, especialmente no Laboratório de Análises Clínicas, os quais foram custeados pelo seu director, Prof. Salazar Leite.

Ao acto assistiu o Enfermeiro-Mor dos Hospitais Cívicos e altos funcionários dos serviços dependentes do Subsecretariado da Assistência, que participaram também no desceramento de uma lápide em homenagem ao Prof. Salazar Leite, dando o seu nome àquele laboratório.

— De Lisboa, parte para Londres, o catedrático da Faculdade de Medicina e director do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, Prof. Câmara Pestana, Prof. Cândido de Oliveira, que vai tomar parte na conferência internacional de educação sanitária, promovida pela Organização Mundial de Saúde.

9 — Em Lisboa encerram-se os trabalhos do Curso de Aperfeiçoamento de Radiologia, organizado pela Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica.

No Instituto de Oncologia o Prof. P. Lamarque faz uma lição sobre o tratamento do cancro rectal e do canal anal.

As 21 e 30, realiza-se o banquete de confraternização de professores e médicos que tomaram parte no Curso.

— No Porto, às 22 horas, na Ordem dos Médicos, realiza-se a reunião mensal do Núcleo do Norte da Sociedade Portuguesa de Neuro-Psiquiatria, durante a qual são apresentados os temas: «O Problema das Facomatoses» e «Um caso de doença de Sturge-Weber», pelos Drs. Teixeira de Sousa e Serra de Lemos, respectivamente.

10 — No Porto, pelas 21,30 horas, no salão nobre do Hospital Militar Regional n.º 1, tem lugar uma conferência médica subordinada ao tema: «Arritmias», e que faz parte de um ciclo de conferências que se vêm efectuando quinzenalmente, desde o passado mês de Outubro, pelos clínicos em serviço naquele estabelecimento hospitalar.

O conferente de agora é o Dr. Luís Pinheiro Torres.

— Em Lisboa, na sala das conferências do Hospital dos Capuchos realiza-se uma sessão científica da Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa, para prosseguimento do curso de aperfeiçoamento sobre doenças infecto-contagiosas durante a qual dão lições os Prof. Castro Freire e Diogo Furtado, respectivamente sobre «A criança e as doenças infecto-contagiosas» e «paralísias difteréticas».

— Da Capital, parte para os Estados Unidos o grupo médico Mc. Dougall, composto de 10 médicos de ambos os sexos, pertencentes à assembleia médica de Nova Orleans que, de Madrid, vieram a Portugal em viagem de turismo.

11 — Realiza-se na Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, uma sessão de homenagem à memória do Dr. Armando Narciso, médico hidrologista. Usam da palavra os Drs. José Cid de Oliveira, vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica e director clínico da estância do Luso; António Emilio de Magalhães, director da Liga Portuguesa de Profilaxia Social, e Dr. Varejão Castelo Branco, guardador de saúde de Lisboa.

12 — Iniciam-se, com a presença dos representantes, das Universidades do Porto, Lisboa e Coimbra, os trabalhos do Congresso Luso Hispano-Americano de Anatomia, na vizinha Universidade de Salamanca.

Estrangeiro

Em Amesterdão realizou-se a II Reunião do Capítulo Francês do Colégio Internacional de Cirurgiões.

Em Toulouse realizou-se o XI Congresso nacional da tuberculose.

Em Alger realizou-se o I Congresso nacional de transfusões de França e dos países de língua francesa.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

— Para o provimento do lugar do 4.º partido médico, com centro e residência obrigatória na povoação de S. Marcos da Serra (Silves).

— Para o provimento do cargo de médico do partido municipal com sede no lugar e freguesia de Ulme e que abrange as freguesias de Ulme e Chouto, e ainda a zona correspondente às bacias das ribeiras do Chouto e de Muge, na freguesia de Vale de Cavalos (Chamusca).

— A Liga Portuguesa contra o Cancro promove uma excursão com fins beneficentes. O Prof. Francisco Gentil e um numeroso grupo de senhoras da nossa sociedade constituem a Comissão de Honra.

Estrangeiro

— Em Santiago de Compostela realiza-se de 30 Abril a 5 de Maio o IV Curso de Aperfeiçoamento de pediatria e puericultura.

— De 23 a 25 de Abril realiza-se em Londres o Congresso Anual da Sociedade de Oftalmologia.

— Em Leipzig realiza-se, de 24 a 26 de Abril, um Congresso de Dermatologia.

— De 24 a 29 de Abril realiza-se em Chicago o IX Congresso Anual do Colégio Americano de Alergistas.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 1-4 a 8-4-53)

4-4

— Dr. Alberto de Azevedo Gomes, cirurgião director de serviço clínico dos Hospitais Cívicos de Lisboa — abandona o serviço em virtude de ter atingido o limite de idade.

7-4

— Dr. João Carlos de Carvalho Sacadura — nomeado 2.º assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa.

— Dr. António Júlia Pinheiro Carneiro Leão Cardoso Correia de Miranda, médico escolar — nomeado definitivamente para exercer as suas funções no distrito do Porto.

— A Câmara Municipal de Almeirim, declara que para o lugar de médico municipal da freguesia de Benfica do Ribatejo, foi nomeado o médico Dr. Luís Antunes Simões Serra, por desistência do 1.º classificado no mesmo concurso Dr. Manuel Pacheco Botelho Júnior.

8-4

— Dr. António Jacinto Nunes de Vasconcelos Marques, nomeado para desempenhar as funções de neuro-cirurgião, além do quadro, dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

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. Moraes Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.º assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bessa (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 Larroude, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Moraes, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Brigadeiro Pinto da Rocha (Dir. Geral de Saúde do Exército), Alexandre Sarmento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Elísio da Fonseca (Chefe da Rep. dos Serv. de Saúde do Min. das Colónias), 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 Pirés de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Moraes, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrombotomosa do Dispen. de Higiene Social), Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), 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 de Nazareth (Dir. do Hosp. 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.ºr (Lourenço Marques); ÍNDIA — Pacheco de Figueiredo (Nova Goa); ESPANHA — A. Castillo de Lucas, Enrique Noguera, Fernan Perez e José Vidaurreta (Madrid); FRANÇA — Jean R. Debray (Paris) e Jean Huet (Paris); ALEMANHA — Gerhard Koch (Munster)

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

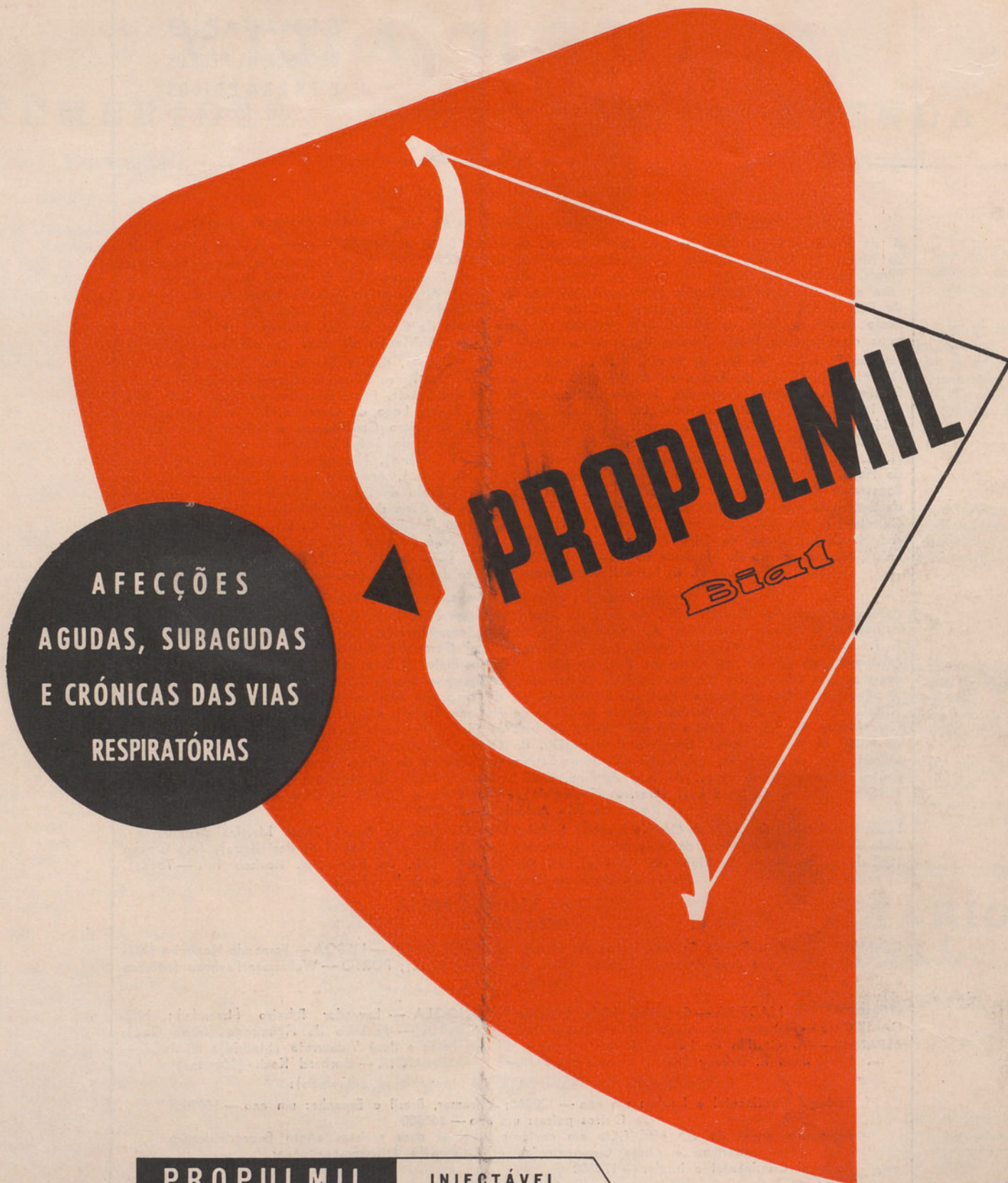
Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com as duas revistas «Acta Endocrinologica Iberica» e «Acta Gynæcologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

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

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

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

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



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

PROPULMIL INJECTÁVEL

PENICILINA G PROCAÍNICA 400.000 U. I. VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D₂ 10.000 U. I.
QUININA BÁSICA 0,06 gr. ESSÊNCIA DE NIAULI 0,05 gr. EUCALIPTOL 0,05 gr.
HEXAIDROISOPROPILMETILFENOL 0,02 gr. CÂNFORA 0,1 gr. Por ampola.

PROPULMIL SUPOSITÓRIOS

PENICILINA G PROCAÍNICA 300.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I.
VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D₂ 10.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,1 gr.
ESSÊNCIA DE NIAULI 0,2 gr. EUCALIPTOL 0,2 gr. CÂNFORA 0,1 gr. Por supositório.

PROPULMIL INFANTIL SUPOSITÓRIOS

PENICILINA G PROCAÍNICA 200.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I.
VITAMINA A 25.000 U. I. VITAMINA D₂ 5.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,05 gr.
ESSÊNCIA DE NIAULI 0,1 gr. EUCALIPTOL 0,1 gr. CÂNFORA 0,05 gr. Por supositório.