

Intoxicação alimentar colectiva

(possivelmente por entero-toxina estafilocócica) ⁽¹⁾

AUGUSTO BRAGA DE CASTRO SOARES

(Inspector Superior de Saúde)

BERNARDINO DE PINHO

(Inspector Superior de Saúde)

e

FERNANDO DE MELO CAEIRO

(Adjunto da Direcção Geral de Saúde)

I. OCORRÊNCIA

A 10 de Outubro de 1952, num colégio de Lisboa ⁽²⁾, surgiu uma série de casos de doença colectiva, de aparecimento súbito, pouco tempo depois da refeição do almoço, e com características de toxi-infecção alimentar.

Os primeiros sintomas traduziram-se por cefaleias, náuseas e vômitos, cólicas intestinais, apresentando-se alguns doentes com cáimbras abdominais e outros em colapso.

A violência das dores levava alguns deles a deixarem-se cair no chão, em atitude defensiva, alarmando o corpo docente do colégio e especialmente o seu Director, que se viu na necessidade de ordenar a remoção dos doentes, uns após outros, para o «banco» do Hospital Escolar de Santa Marta, sem aguardar a chegada do médico do estabelecimento ⁽³⁾ que depois veio a assumir a assistência clínica dos restantes alunos.

No dia seguinte, 11 de Outubro, pela manhã, como alguns dos alunos restantes, 16, embora com bom estado geral aparente, e entregues às suas ocupações normais, se apresentassem sub-febris, (37,5-37,3), foram hospitalizados, no Hospital de Curry Cabral, não só para fim terapêutico, mas também como medida profiláctica e no intuito de esclarecimento da ocorrência.

Convém observar que a população total do Colégio era de 224 indivíduos, não se encontrando ali, naquela data, 29 alunos, de modo que apenas se contavam 195 pessoas presentes, das quais 80 internas e as restantes semi-internas. Adoeceram 122, ou sejam 62,56 % da totalidade da população presente, ao tempo daquela refeição do almoço.

Raciocínio elementar levou a relacionar-se a ocorrência com a referida refeição, porquanto esta havia sido ingerida entre as 12,30 e as 13,30 horas surgindo os primeiros sintomas, nos alunos, cerca das 14,30 até às 15 horas. O período de incubação fora de 1,30 a 2 horas.

O período diarreico veio um pouco mais tarde, já com os alunos internados, por volta das 15,30 até às 16,30 horas, portanto 3 a 4 horas depois da refeição incriminada.

Assim se relatam os tópicos essenciais, quanto à sucessão de factos, que acompanharam a ocorrência e que obtivemos por minucioso interrogatório da Direcção do Colégio, de médicos e de doentes.

II — INQUÉRITO ALIMENTAR:

A refeição do almoço suspeito constou da ementa seguinte:

- Sopa de feijão encarnado em puré, com arroz; (para a maioria);
- Sopa de hortalíça; (para alguns, apenas); — Salada com peixe e molho de maionese; (para a maioria);
- Salada com peixe, sem molho de maionese (para alguns);
- Carne de vaca, com massa;
- Pão;
- Melão.

De entre estes alimentos, logo se suspeitou do prato com molho de maionese, como alimento comum, à grande maioria dos doentes.

Com efeito, no inquérito alimentar, feito pelo Dr. Luís Pacheco, que substituiu o Delegado de Saúde do Distrito de Lisboa, naquela data, se dizia, em sua informação de 11 de Outubro: «O inquérito alimentar sumário, a que procedemos, fez recair as suspeitas sobre a «mayonaise», dado que dos alunos que não comeram «mayonaise», nenhum adoeceu».

No prosseguimento do estudo do surto, procedeu-se ao inquérito alimentar individual que não se expõe pormenorizada-mente por ser muito longo.

Limitámo-nos a transcrever as conclusões obtidas:

PRATOS	Número de indivíduos que os ingeriram	Número de indivíduos que ingeriram este prato e que adoeceram	Idem, mas que não adoeceram
Sopa de feijão.	186	119	66
Sopa de hortalíça	6	2	4
Salada com peixe e molho de «mayonaise»	182	123	59
Salada com peixe sem molho de «mayonaise»	5	1	5
Carne com massa	183	118	65
Melão	179	119	60

De entre estes alimentos, excluímos o melão, que só justificaria uma série de quadros dispépticos. A sopa de hortalíça apenas fora ingerida por 6 indivíduos.

Restavam a sopa de feijão, os pratos de carne e peixe e o pão. Mas logo se verificara, conforme informação do Dr. Luís Pacheco, que dos alunos que não comeram salada com peixe e molho de maionese nenhum adoecera.

Sobre este prato incidiram as nossas investigações.

Havia uma particularidade a registrar: a mulher do motorista do colégio, que adoecera e também fora hospitalizada, comera o peixe em salada, com azeite e vinagre, sem ovo nem vestígios de maionese que jamais lhe forneciam, por saberem que seu marido não gostava de ovos, ou daquele molho.

Quanto ao pargo, proviera este do frigorífico do colégio, onde ficara guardado desde a quarta-feira antedente, ou seja desde 8 de Outubro.

Então se colheram amostras da maionese, da salada, sem ovo, do pargo, da carne com massa, da própria peça de carne de onde aquela fora extraída, e que se encontrava no referido frigorífico, bem como de outros géneros alimentícios, que tinham entrado na composição do almoço.

Todas estas amostras foram enviadas ao Instituto Superior de Higiene «Dr. Ricardo Jorge», para pesquisa de tóxicos químicos e das bactérias mais frequentemente responsáveis pelas toxi-infecções alimentares.

Solicitamos particular atenção para a pesquisa de estafilococos patogénicos, em concordância com as suspeitas que alimentávamos.

Ainda em subordinação à mesma hipótese admitida, naquela ocasião, procedemos a exame do pessoal de cozinha e auxiliar, para verificarmos e sabermos se algum dos seus elementos sofreria de furunculose, de panarícios, de rinites, de

(1) Comunicação feita na Sociedade das Ciências Médicas, em sua sessão de 24 de Fevereiro de 1953.

(2) Colégio Manuel Bernardes, sito na Quinta dos Azulejos, ao Paço do Lumiar.

(3) Dr. Fernando de Castro.

faringites, ou de outras afecções possivelmente provocadas por estafilococos.

Nada averiguamos então, embora houvesse um moço de cozinha, como veremos a seguir, que sofria de anginas de repetição.

III. DESCRIÇÃO CLÍNICA

Como dissemos, os alunos intoxicados foram rapidamente internados no Hospital Escolar de Santa Marta.

E o seu director, Sr. Professor Adelino Padesca, comunicava com urgência, a 11 de Outubro, ao Snr. Director Geral de Saúde: «Cumpre-me comunicar a V. Ex.^a que ontem, entre as dezassete horas e cinquenta minutos e vinte horas e trinta minutos, foram trazidos sucessivamente aos serviços de urgência deste Hospital Escolar, 104 pessoas de ambos os sexos, especialmente do sexo masculino, que viream com sinais de gastro-enterite (vómitos, cólicas, diarreias,, colapso) e aqui foram tratados». A equipa médica de serviço era chefiada pelo Dr. Cândido da Silva, que se viu a braços com uma verdadeira avalanche de doentes, em curto tempo.

À medida que os doentes chegavam, verificava-se em alguns deles certa tendência para o colapso, enquanto outros eram admitidos em estado de «shock», com grande palidez, suores frios, pulso pequeno, rápido e hipotenso. Muitos referiam cáimbras abdominais.

A alguns foi feita imediata lavagem do estômago, com carvão e administração de coramina, em certos casos, por via endo-venosa, pois só assim se obtinha pulso aceitável.

Posteriormente, em determinados doentes, redobrou de intensidade o estado nauseoso, e houve vómitos hemorrágicos.

Cerca de uma hora a hora e meia de internamento, ou seja 4 a 5 horas depois da refeição, grande parte dos internados surgia com diarreia, por vezes soro-sanguinolenta, mas predominantemente aquosa.

Pouco a pouco se normalizava o déficite circulatório periférico, mas não sem haver necessidade de administração de soro fisiológico, cardiazol, cardiazol-efedrina, coramina, e até cedilande, a alguns doentes.

Só mais tarde, resolvida a situação de urgência, já com os doentes transferidos para as enfermarias, houve possibilidade de lhes serem colhidas as temperaturas, registadas pelas 48 horas seguintes.

Pelos gráficos, gentilmente facultados no Hospital Escolar, e ali examinados, verifica-se que a maioria teve febre que oscilou entre 37°,3 a 37°,5, atingindo 38° em pequena minoria, com percentagem total de 68,85 %. E, no dia seguinte, todos estavam praticamente apiréticos.

2 cápsulas (0,50 gr.) de 4 em 4 horas, até às 12 horas do dia seguinte, hora a que foi suspensa a aplicação da droga, feita assim e apenas durante o espaço de 14 horas, visto que a maioria se apresentava já apirética e todos sem quaisquer sintomas subjectivos, aparentemente restabelecidos do acidente sofrido.

A alta foi-lhes concedida às 19 horas desse mesmo dia, 11 de Outubro, e todos foram transferidos para o colégio, em regime de isolamento, por compreensível medida de precaução, determinada pela Direcção Geral de Saúde, até ao completo esclarecimento da etiologia do processo patogénico, tanto mais que se esperavam, no dia seguinte, os resultados das primeiras análises requisitadas.

Da sua vigilância se encarregou o médico do colégio, Snr. Dr. Fernando de Castro, na presença do Inspector de Saúde Escolar, Snr. Dr. Daniel Monteiro, com os quais nos mantivemos em estreito e quase permanente contacto, até ao levantamento do isolamento, pouco depois determinado de comum acordo.

*

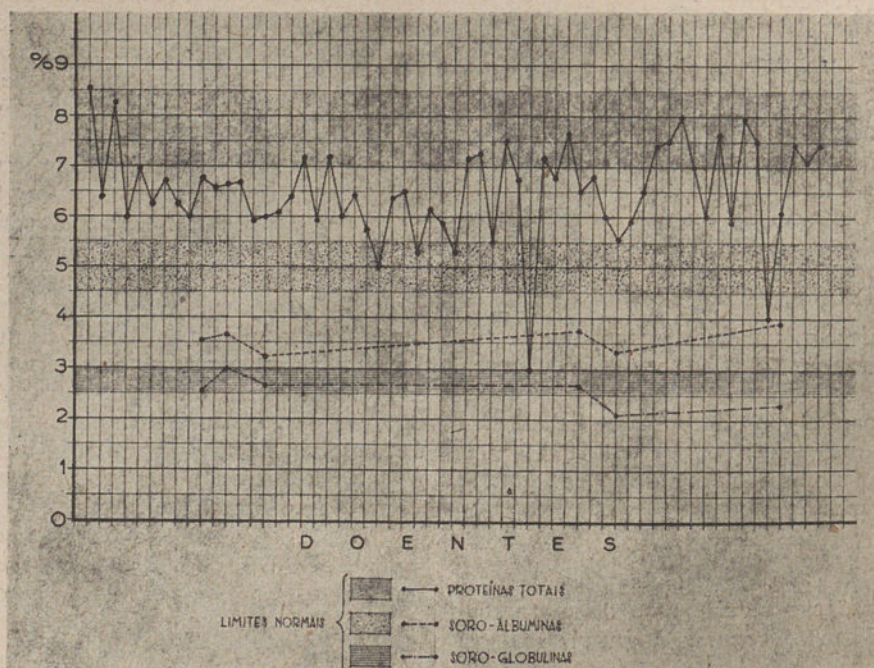
Quanto aos 16 alunos que haviam permanecido no colégio, por ausência de perturbações do seu estado geral, mas sub-febris (37°,3-37°,5), e alguns com diarreia, recorda-se que foram internados no Hospital Curry Cabral, para estudo e como medida profilática.

IV — EXAMES LABORATORIAIS

A — *Produtos colhidos dos doentes*

A «equipe» médica que socorreu os doentes no Hospital Escolar de Santa Marta requisitou as provas laboratoriais, a seguir designadas, e cujos resultados nos foram amavelmente cedidos, como transcrevemos:

- a) — Hemoculturas de Kayser, a cerca de 80 doentes; Todas negativas.
- b) — Análise simples de urina, a 99 doentes; Quase todas inteiramente normais. Apenas, em 28, se nos depararam indicações de presença de acetona (uma ou duas cruzes).
- c) — Exame citológico do sangue; Fizeram-se 100 exames; Não encontramos alterações notáveis da série vermelha, das quais pudéssemos tirar conclusões, tão variáveis foram os resultados obtidos e registados. Na série branca, notámos essencialmente:



Durante a noite, com início pelas 22,30 horas, (portanto, 10 horas depois da refeição e 8 horas após a aparição dos primeiros sintomas), foi administrada cloromicetina a cerca de 100 dos doentes, à razão de 3 cápsulas (0,75 gr.) iniciais, e depois

- 1) — Leucitose, em cerca de 80 doentes; Em 80 % deles era superior a 7.000 o número de leucocitos, frequentemente de 10.000 a 11.000 e alguns tinham mesmo de 13.000 a 15.000.

Interpretamos estes números como resultado da hemocentrificação, em alguns doentes como consequência dos vômitos e diarreias profusas, e nos outros por motivo do estado de «shock».

- 2) — Neutrofilia: em cerca de 30 doentes (30 %).
- d) — Doseamento de proteínas no soro;
Fizeram-se cerca de 63 determinações da proteinémia total e em certos casos com doseamento da seroalbumina e seroglobulina, isoladamente.
Aproximadamente 40 alunos tiveram hipoproteinémia (66,66 %) sobretudo à custa da seroalbumina, nos casos em que esta determinação fraccionada foi feita.
- e) — Produto do vômito e do suco gástrico:
Em dois casos. Enviado para o Instituto Bacteriológico de Câmara Pestana (Ver adiante).
- f) — Análises de fezes (29 amostras):
Enviadas para o mesmo Instituto de Câmara Pestana. (Ver adiante).

*

A alguns dos doentes internados no Hospital de Curry Cabral foram colhidas amostras de fezes, por meio de zaragatoa anal, e enviadas, para exame, ao Instituto Superior de Higiene «Dr. Ricardo Jorge».

B — Dos produtos alimentares

Para o Instituto Câmara Pestana foi enviada uma amostra da maionese suspeita.

Para o Instituto Superior de Higiene «Dr. Ricardo Jorge», foram enviadas amostras, devidamente seladas, colhidas na cozinha e dispensas do colégio, por um de nós, e constituídas por salada de peixe, com molho de maionese, de salada de peixe, sem molho de maionese, de carne com massa, da peça de carne existente no frigorífico, de todos os géneros alimentícios que entraram na confecção da refeição incriminada, assim como de outros géneros armazenados no frigorífico, (croquetes de carne, etc.) e ainda doçarias já preparadas para consumo.

*

Os exames laboratoriais efectuados no Instituto Bacteriológico de Câmara Pestana e no Instituto Superior de Higiene «Dr. Ricardo Jorge», foram seguidos de perto, dia a dia, com natural interesse.

O Snr. Director do Instituto Bacteriológico de Câmara Pestana informava, a 18 de Outubro, o Snr. Director Geral de Saúde de que «a pedido do Ex.^{ma} Director do Hospital Escolar de Santa Marta, foram colhidas, em 12-X-1952, por um médico assistente deste Instituto, para diagnóstico bacteriológico de intoxicação alimentar, 29 amostras de fezes, 1 de suco gástrico e 1 de produto de vômito, de doentes internados naquele Hospital, provenientes do colégio de Manuel Bernardes.

Também recebemos amostras de alimentos (mayonaise), suspeitos de serem a origem das supostas intoxicações. Executadas neste Instituto as provas laboratoriais adequadas, não se isolou, dos produtos preferidos, nenhum micro-organismo, do género Salmonella, nem outras bactérias consideradas agentes de intoxicações alimentares».

A 20 eram comunicados, à Delegação de Saúde de Lisboa, os resultados dos exames laboratoriais, efectuados no Instituto Superior de Higiene, Dr. Ricardo Jorge, que se podem resumir assim:

- 1 — Quer a salada com peixe e molho de maionese, quer a salada com peixe e azeite, com vinagre, quer os géneros alimentícios que entraram na refeição, eram insuspeitos de conterem metais tóxicos e apresentavam-se com caracteres organolépticos normais. Dados a ratinhos brancos, estes não manifestaram sinais de intoxicação.
- 2 — As sementeiras, em meios apropriados, de todos aqueles alimentos não revelaram a presença de Salmonellas, Shigelas, B. Coli, Proteus e Enterococos.
- 3 — Do mesmo modo, a sementeira de fezes ou de produtos de zaragatoa anal dos doentes também não reve-

laram a presença de nenhum daqueles agentes patogénicos.

- 4 — *Da salada, com pargo e molho de maionese, do pargo cozido, em duas amostras de cada, bem como da salada com pargo, mas sem molho de maionese, isolaram-se estafilococos, presumivelmente patogénicos.* A pesquisa foi negativa na sopa de feijão, com arroz, na alface, na clara dos ovos, em bolos (torta e suspiros), na carne, nos croquetes, etc.
- 5 — *Das fezes dos doentes:*
Isolaram-se estafilococos presumivelmente patogénicos das fezes de 4 doentes do Hospital Escolar de Santa Marta e das zaragatoas anais de 2 dos doentes do Hospital Curry Cabral.
A pesquisa foi negativa nas fezes de um dos doentes do Hospital de Santa Marta e do mesmo modo foi negativa nos produtos das zaragatoas rectais de 2 dos doentes do Hospital de Curry Cabral.
- 6 — Conhecidos estes resultados, mais se radicou no nosso espírito a probabilidade da existência de um portador de germens entre o pessoal da cozinha. Então, pelos analistas Dr. Fernando da Conceição Correia e Dr.^a D. Adriana de Figueiredo foi proposto que se promovesse a colheita de exsudatos da rino-faringe do cozinheiro e dos moços de cozinha.
Feitas as provas laboratoriais indispensáveis concluiu-se que *um dos moços de cozinha era realmente portador de estafilococos presumivelmente patogénicos.*
- 7 — Todas as estirpes isoladas revelaram as seguintes propriedades:
Pigmentação dourada intensa;
Hemolítica (sangue de coelho);
Fermentadora de manitol;
Produtora de gelatinase;
Produtora de coagulase.
- 8 — *As estirpes isoladas da salada com peixe e molho de mayonese e da rino-faringe do moço da cozinha mataram os coelhos, quando inoculados com cultura de 18 horas, em caldo de carne (1).*

V — DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dadas as características clínicas e epidemiológicas da doença, era claro que estávamos na presença de um surto de intoxicação ou toxi-infecção alimentares.

O diagnóstico diferencial teria de fazer-se entre uma gastro-enterite de tipo infeccioso, por salmonelas, shigelas ou outras bactérias contidas no alimento ingerido, e uma gastro-enterite do tipo tóxico, por tóxicos minerais ou por toxinas previamente produzidas por bactérias, como o estafilococo dourado, no alimento infectado.

Vejamos os elementos que interessam à discussão:

a) — Período de incubação da doença:

Na intoxicação alimentar em causa, logo depôs em favor do tipo tóxico o período de incubação da doença — 1 h. 30 m. a 2 h. — muito mais curto do que no caso de tipo infeccioso, em regra, de 8 a 24 horas e mesmo de 36, sendo excepcionais os períodos de incubação de menos de 8 horas. Pelo contrário,

(1) Estes trabalhos de bacteriologia foram efectuados, como já se referiu, no Instituto Superior de Higiene «Dr. Ricardo Jorge», pelo Colega Dr. Fernando da Conceição Correia e pela analista Dr.^a D. Adriana de Figueiredo. Estão feitas sementeiras em condições apropriadas à produção de toxinas e aguardam-se «fagos» a fim de relacionar as estirpes isoladas. É tarefa e exposição a realizar por ambos, a seu tempo.

(2) The difficulties of using humans are quite obvious, especially when it is realised that not all humans are susceptible, and that even susceptible (and willing) humans cannot be long suffering as they appear to acquire an immunity within a few weeks. In *Bacterial Toxins*, by W. E. van Heinnigen, Oxford, 1950, pg. 73.

a toxina estafilocócica produz os seus efeitos dentro de 1 a 6 horas, e em geral no espaço de 3 horas, ainda que a sensibilidade individual seja bastante variável. No surto que descrevemos nenhum caso se deu 4 horas após a ingestão do alimento.

b) — *Sintomatologia:*

A sintomatologia é igualmente eloquente:

Doença de instalação súbita, de quadro alarmante, com sintomas gerais violentos — cefaleias, náuseas e vômitos intensos, caimbras abdominais e das massas musculares dos membros, com febre moderada (37°,5 a 38°), diarreia mais ou menos profusa, grande prostração e frequente propensão para o colapso, caracterizam o síndrome clínico da intoxicação alimentar, por entero-toxina estafilocócica.

Na toxi-infecção caracterizadamente infecciosa, o início é em geral mais lento e insidioso, embora também com cefaleias, náuseas, vômitos e diarreia. A febre é mais elevada (38°, 39° e mais), a diarreia mais acentuada e prolongada, ainda que estejam também presentes as cólicas abdominais intermitentes.

c) — *Marcha da doença:*

O quadro clínico, inicialmente alarmante, como se descreveu, é seguido de restabelecimento rápido — os doentes já estavam melhores 6 horas depois, logo que foi dominada a situação inicial. A 18 horas do acidente já estavam quase todos bem, e 24 horas depois os rapazes encontravam-se no colégio, de regresso, sem inconveniente e ali foram convalescer — restabelecimento muito rápido, repetimos, sem casos graves, ou graves consequências a lamentar — como é típico de intoxicação alimentar, por entero-toxinas.

Dack diz mesmo, no seu conhecido livro *Food Poisoning*, que os poucos casos fatais ocorrem por tratamento inadequado.

A administração de cloromicetina, para a hipótese de uma salmonelose, foi começada às 22 h. e 30 m., do dia do acidente, portanto, com os doentes meio refeitos e, tudo nos demonstra que a caminho de franco declínio do estado mórbido, ajudados pela terapêutica sintomática e pelas boas defesas orgânicas de gente moça e sã.

A acção do antibiótico não deve ter influído no curso da doença, e, tanto assim, que se ordenou a sua suspensão, pelas 12 horas do dia seguinte, e, portanto, antes de perfeitas as 24 horas de evolução.

Com efeito, tanto a duração da doença como o seu termo seguiram curso perfeitamente normal, como está registado pelos autores, quanto à sequência de fenomenologia, em casos tais. A par de uma letalidade nula, em número elevado de casos, lembre-se a alta percentagem de intoxicados, entre os indivíduos que ingeriram a refeição suspeita — 62 a 65 %.

Esta percentagem varia, naturalmente, com a dose de toxina ingerida e ainda com a susceptibilidade dos indivíduos à toxina. Sabe-se, com efeito, que há indivíduos não susceptíveis à toxina estafilocócica, mesmo em experiências de laboratórios (2).

d) — *Tipo de alimento responsável:*

Se bem que as toxi-infecções de tipo caracterizadamente infeccioso sejam frequentes, por virtude de ingestão de carnes conservadas, fumadas, de enchidos, empadas, pastéis, etc., a maior parte dos alimentos pode veicular um ou outro tipo de agentes de toxi-infecção. As carnes frescas e mais as conservadas, os ovos conservados ou frescos, e mais os de pato do que os de galinha, para as toxi-infecções de tipo infeccioso, e o peixe, o leite, os cremes, etc., tudo depende do tempo de incubação e da temperatura ambiente, mais ou menos propícia para o desenvolvimento de estafilococos e produção de entero-toxina, no caso de toxi-infecções de tipo tóxico. E, neste caso, a temperatura ambiente, na cozinha, onde permaneceram os pratos já preparados para serem servidos ao almoço, era francamente favorável ao desenvolvimento microbiano e à produção de toxinas.

VI — DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Pelos dados clínicos e epidemiológicos, chegou-se ao diagnóstico de intoxicação alimentar, provavelmente por toxina estafilocócica.

As análises efectuadas vieram favorecer consideravelmente este ponto de vista, pois só foi possível identificar estirpes de estafilococos, com as mesmas características bioquímicas, em um portador, no alimento do prato comum e nas fezes dos doentes.

O veículo deveria ter sido o pargo, que era o peixe em causa, pois o estafilococo tanto se isolou dele, como da sua salada com ou sem molho de maionese. A não ser assim, seria curiosa e excessiva coincidência.

Recorde-se, para reforçar a hipótese, que a mulher do motorista, uma das doentes, comeu salada com peixe e não salada com peixe e molho de maionese.

Como se infectou o veículo?

Admite-se que a partir do moço de cozinha, de cuja naso-faringe se isolou o estafilococo. O veículo ter-se-ia infectado no próprio dia da intoxicação, pois o peixe fora cozido pelas 9 h. a 9 h. 30 m., o molho de maionese preparado pelas 10 h. 30 m. e o almoço começou a ser servido pelas 12 h. 30 m. para terminar pelas 13 h. 30 m.

São importantes estas minúcias, pois, os elementos tempo e temperatura são fundamentais para a formação da toxina.

A este propósito, *Wilson Smillie*, no seu livro *Medicina preventiva e saúde pública* (1952), conta que numa escola adoeceram os estudantes e os professores, intoxicados por leite proveniente de uma vaca que sofria de infecção estafilocócica dos úberes. Mas as famílias dos administradores da propriedade e da escola, que bebiam do mesmo leite, não adoeceram.

Foi então verificado que o leite para aquelas famílias era posto em pequenos vasos, que se refrigeravam imediatamente, ao passo que o leite para os estudantes era posto em grandes recipientes e arrefecido lentamente, «affording ample opportunity — two or three hours — for growth of organisms and development of toxina».

O peixe que entrou na salada fora amanhado na quarta-feira antecedente, mas metido no frigorífico, a temperatura seguramente impeditiva da produção da enterotoxina estafilocócica. (3)

Pelo contrário, a temperatura do meio ambiente, na cozinha, onde os pratos foram preparados e permaneceram até serem servidos, era francamente favorável ao desenvolvimento microbiano e à produção de toxinas.

É certo que nas análises de fezes dos doentes internados em Santa Marta, efectuadas nas amostras enviadas ao Instituto Superior de Higiene, houve 4 resultados positivos e 1 resultado negativo, e, no produto fecal, colhido por zaragatoa rectal, nos doentes internados no Hospital Curry Cabral, houve 2 resultados positivos e 2 negativos. Mas o isolamento de estafilococos patogénicos das fezes parece não ser fácil nem constante. *Topley and Wilson* consideram-no mesmo ocasional. (4)

Parece poder concluir-se: *Intoxicação alimentar colectiva, provavelmente por enterotoxina estafilocócica, veiculada por peixe cozido, que se admite ter sido infectado pelo moço da cozinha, portador de estafilococos dourado na sua naso-faringe.*

(*) *Barber* averiguou «...that cream which contained staphylococci was harmless when refrigerated but became toxic when left at room temperature for 5 hours. In this experiment 5 hours were sufficient for the production of enterotoxin. Whether enterotoxin could be formed in less time in the same medium and under the same temperature condition was not tested but remains a possibility». In *Food Poisoning*, by *Dack*, 1949.

(*) «In staphylococcal outbreak, the organisms may be found in the vomit and occasionally in the faeces; if so, they should be examined serologically or by the bacteriophage typing method (see *Wilson and Atkinson*, 1945) to see whether they resemble the strain isolated from the food» In *Principles of Bacteriology and Immunity*, 3.ª edição, pg. 1610.

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 — 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

**PROGRESSO NO TRATAMENTO HORMONAL
DAS PERTURBAÇÕES DO METABOLISMO!**

METORMON

(METILANDROSTENEDIOL)

NOVO ESTERÓIDE DE SÍNTESE
ACTIVADOR DO APROVEITAMENTO
DAS PROTEÍNAS, CARACTERIZADO POR:

- 1) Grande acção anabólica
- 2) Regulação hipofisária
- 3) Escasso efeito androgénico

INDICAÇÕES:

Emagrecimento. Astenia. Atrasos do crescimento. Infantilismo. Osteoporose.

Menopausa. Tensão pre-menstrual. Dismenorreia. Neoplasias da mama.

Oligospermia. Ozoospermia.

APRESENTAÇÃO:

INJECTÁVEL — Frasco de 10 c. c. contendo 500 mg. em suspensão aquosa microcristalina.

COMPRIMIDOS — Tubo de 10 comprimidos a 25 mg. para uso sublingual.

LABORATÓRIO UNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8-LISBOA

REVISÃO DE CONJUNTO

A distócia nos meios rurais

FREITAS SIMÕES

(Prof. da Fac. de Medicina de Lisboa)

Antes de iniciar a minha palestra é meu grande desejo testemunhar nas pessoas dos colegas aqui presentes e que me escutam, toda a minha consideração e maior respeito por aqueles que as mais das vezes desacompanhados de tudo e de todos pode também dizer-se, consomem uma vida inteira no mais árduo, estenuante, mas também de entre todos o mais belo e nobre dos trabalhos: Procurar dar saúde e vida ao seu semelhante.

*

DISTÓCIA, do grego *dys* e *tokos*, quer dizer «mau parto», parto laborioso ou difícil. Melhor, *distócico* é todo o parto que se não pode dar espontaneamente, exigindo portanto uma intervenção estranha para sua terminação.

São múltiplas e de origem vária as causas de distócia.

Vamos encarar algumas, focando aquelas cuja resolução esteja ao alcance de quem faz clínica em meios rurais, onde tanta vez são inexistentes as condições mínimas para a mais singela intervenção obstétrica.

Da alta distócia não falaremos agora, pois ela tem exigências de instalações e material apropriados, bem como de conhecimentos especializados da parte de quem for chamado a resolvê-la, o que, certamente e sem desprimor, se não dá no tocante aos colegas que me ouvem e aos meios onde com devoção e brilho exercem a clínica.

*

As causas de distócia podem ser, como agora disse, de origem vária.

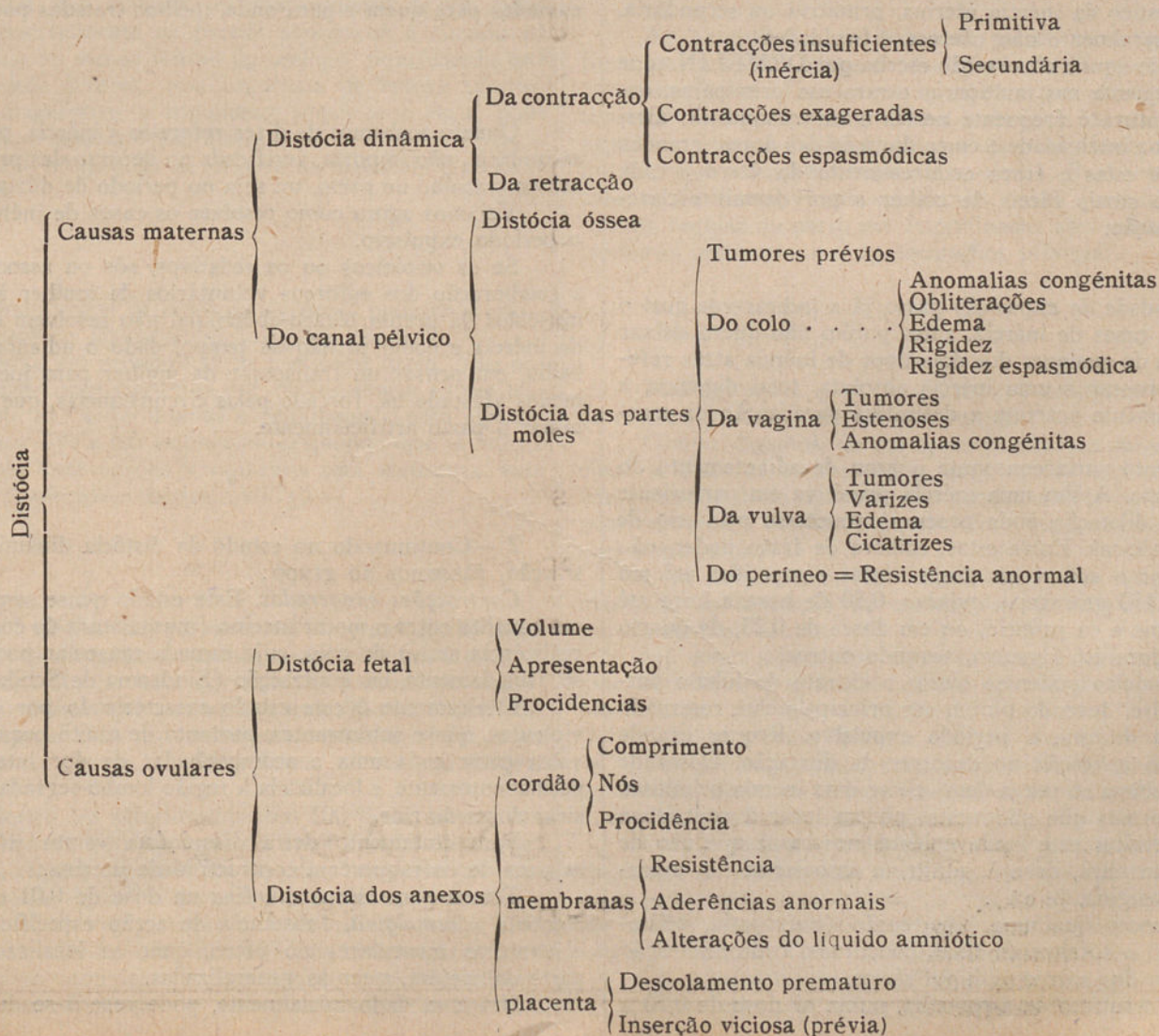
Vou enunciar e resumir essas causas num pequeno quadro:

É meu intento esclarecê-los no que ao diagnóstico e à solução terapêutica dos diferentes tipos de distócia se refere e que eu julgo poderem estar ao vosso alcance.

Antes disso porém quero permitir-me dar-lhes um conselho que os meus muitos anos de experiência na prática da obstetria aconselha a mim próprio dever dar-lhes nesta ocasião. Enviem, sempre que possível, os casos de distócia que se lhes deparem para o centro especializado de mais fácil acesso. Fazendo assim, estou certo que muitas serão as vidas, não só de mães mas também de recém-nascidos que se salvarão. Outro conselho lhes quero ainda dar, ou antes um pedido lhes quero fazer: é que, se o tendes, abandoneis por completo, o uso de não recorrer à anestesia para a prática das intervenções obstétricas mesmo as mais ligeiras.

É não só uma desumanidade mas um erro e, erro grave, proceder sem anestesia a manobras, todas elas dolorosas, em pobres mulheres muitas vezes já esgotadas pelo sofrimento e que nos afligem e enervam com seus gritos e principalmente porque com os muito naturais movimentos de defesa impostos pela dor, dificultam, podendo tornar perigosa, qualquer manobra que se torna necessário fazer-lhes

Não sendo praticável a anestesia local ou regional e não havendo um colega que se ocupe da anestesia, nós próprios, antes de nos desinfectarmos podemos em máscara apropriada ou, na sua falta, em uma facilmente improvisada deitar as gotas de éter necessárias para o adormecimento da mulher, não esquecendo que justamente a grávida tem grande facilidade em adormecer como tem boa tolerância para os anestésicos, entregando depois o frasco do éter a qualquer pessoa presente, a



qual manterá a anestesia, deitando de vez em quando algumas gotas, sob a nossa vigilância, consistindo esta principalmente na observação do *fácies* e do ritmo respiratório.

*

Posto isto e seguindo a ordem indicada no quadro, vamos começar com as distócias de causa materna e destas pela chamada *distócia dinâmica*:

1.^a Insuficiência da contracção ou *inércia uterina*; pode ser, como no quadro se diz, *primitiva* ou *secundária*.

INÉRCIA PRIMITIVA: Suas causas: São principalmente de três ordens. Omúsculo uterino, como bem sabem, é excitável, e tem a propriedade de se contrair, mas para o fazer é necessária a intervenção de um agente de excitação. Assim haverá distócia por insuficiência de contracção ou inércia, quando num útero de excitabilidade normal for ausente, ou só precária, a excitação, ou, quando normal esta, houver insuficiência de excitabilidade.

Exemplos de causas determinantes da primeira hipótese: aderências muito íntimas do polo inferior do ovo ao segmento inferior do útero, impedindo a formação da bolsa de águas, uma, outra a falta de encravamento.

Da segunda hipótese (excitabilidade insuficiente) as causas mais frequentes são a pematidade, a primiparidade em idades menos jovens, certos temperamentos e estados constitucionais.

Além das duas apontadas temos uma terceira causa de inércia primitiva, traduzida por uma, chamemos-lhe, impotência funcional, podendo ser determinante desta impotência a existência, por exemplo, de um ou mais miomas situados na espessura do miométrio e capazes de como que interceptar o impulso da contracção ou a própria onda de contracção muscular. Efeito análogo pode resultar duma hipoplasia uterina ou duma grande distensão da parede do órgão, devida a uma gravidez gemelar ou a um hidrâmnios.

INÉRCIA ECUNDÁRIA: Quase sempre devida a fadiga do músculo uterino, esgotado, após um período mais ou menos longo de contracções violentas para tentar vencer maiores obstáculos, tais como angústias pélvicas, tumores prévios, etc.

O diagnóstico da inércia uterina, primitiva ou secundária, *intra-partum*, geralmente não oferece dificuldades.

Lembrando aqui a observação escrita por DEMELIN «que a inércia é frequente nas múltiparas e rara nas primíparas, enquanto a contratura é frequente nestas e rara naquelas», direi que uma pequena intensidade e curta duração das dores, grandes intervalos entre estas e fraco endurecimento do útero a cada contracção, são sinais fáceis de colher e por demais esclarecedores da situação.

*

Por facilidade de exposição passo já a indicar-vos qual o tratamento nos casos de inércia, antes porém não quero deixar de advertir que de qualquer dos dois tipos de inércia atrás referidos se pode passar a uma inércia absoluta, total digamos, a qual necessariamente acarreta a definitiva paralização da marcha do parto.

O tratamento varia consoante o grau de adiantamento do trabalho de parto. Assim uma inércia primitiva em parturiente no período de dilatação pode procurar vencer-se pelo uso de substâncias ocitócicas. Entre estas, embora de fraco poder, não deixarei de citar o *açúcar* em doses várias e repetidas até um total de 100 a 150 gramas; o *quinino*, 0,50 de hora a hora até 1,50 segundo uns e eu próprio, ou em doses de 0,25, de quarto em quarto de hora até 1 grama, segundo outros.

Como ocitócico poderoso temos o extrato do lóbulo posterior da hipófise, devendo porém ser principalmente reservado o seu emprego durante o período expulsivo. Requer grande prudência a sua aplicação no decorrer da dilatação. Doses de 2 a 5 unidades duma só vez podem vencer uma inércia primitiva, mas noutras formas que não nesta, podem levar à contratura uterina. Para evitvtr este inconveniente, nos casos que não de inércia primitiva pura, deve à pituitrina associar-se um espasmolítico (spasmalgina, p. ex.).

Não esquecer que uma hipertensão (nefropatia, eclâmpsia) bem como o sofrimento fetal, constituem contra-indicação para o emprego dos extractos hipofisários.

Também o sulfato de esparteina, numa só dose de 0,20 a

0,30 é um bom ocitócico a usar no período de dilatação, pois embora de acção menos rápida e menos constante do que a pituitrina tem, ao contrário desta, uma acção prolongada, sem ter o risco de levar à contratura.

A acção de qualquer dos ocitócicos apontados pode ser valorizada pela rutura antecipada das membranas.

Na inércia secundária, no decorrer também desta primeira fase do trabalho de parto e dado que esta inércia secundária traduz as mais das vezes, como atrás deixei dito, um estado de cansaço muscular, não vamos «chicotear o cavalo cansado» no dizer de autor cujo nome não recordo. Assim abandonem os ocitócicos que representariam o chicote, e lançamos mão dos sedativos à base de ópio e seus derivados.

Mas, insistindo no meu modo de ver o problema da distócia nos meios rurais, e desculpem-me a insistência, julgo preferível sempre, nos casos que acabei de figurar, procurar antes de mais nada, conseguir o transporte da mulher para um centro devidamente apetrechado.

Disse já, que de qualquer destas formas de inércia se pode passar para a inércia total e definitiva, como também os meios que apontei para combater a distócia da contracção podem não dar resultado e assim o trabalho de parto arrastar-se por longas horas, progredindo muito lentamente, até que em dado momento surgem os primeiros sinais e algum tempo depois os últimos, de sofrimento fetal, impondo a terminação rápida desse parto, já por meio puramente obstétrico (forceps ou versão) já por meio cirúrgico (cesariana) consoante o grau de trabalho existente, se quisermos salvar a vida do feto, como nos cumpre. Ora, estou seguro que nenhum dos colegas que me ouvem nem aqueles outros que trabalham em meio e condições semelhantes, estão em posição de com probabilidades de êxito efectivar em muitos casos, já não digo em todos, qualquer destas intervenções e portanto de dar ao caso distócico solução sem prejuízo quer para a mãe, quer para o filho, quer também para a reputação própria, reputação que não só para seu prestígio como para o da classe a que nos queremos honrar de pertencer, lhe compete não perder.

Não a perderá aquele que tiver sabido e podido evitar que sob as suas mãos pouco preparadas e em meio menos preparado ainda, caiam as mulheres que a tempo e horas podiam ter sido enviadas para quem e para onde, melhor tratadas podessem ser.

*

Quanto acabamos de dizer refere-se à inércia, primitiva ou secundária, não importa, verificada no decurso das primeiras fases do trabalho de parto, ou seja no período de dilatação.

Vejamos agora como resolver os casos de inércia durante o período expulsivo.

Se os ocitócicos ou os sedativos, sós ou associados, com a colaboração dos esforços voluntários da mulher, à custa dos músculos da prensa tóraco-abdominal não resolvem o problema da inércia e como já não há tempo, dado o adiantado do trabalho, em pensar no transporte da mulher para local mais ou menos afastado há, forçado pelas circunstâncias, que tentar terminar o parto artificialmente.

*

2 — Continuando no estudo da distócia dinâmica da contracção, passemos ao grupo:

Contracções exageradas. Este estado quase sempre traduz um conflito entre o motor uterino (musculatura do corpo) e uma resistência activa do colo, cuja camada muscular pode estar ela só, isoladamente, em contracção (Síndrome de Schikelè).

Clinicamente é este estado caracterizado por contracções violentas, quase subintrantes, portanto de muito pequenos intervalos entre cada uma e acompanhadas de dor intensa, quase permanentemente, e localizada à região lombo-segrada — as clássicas dores de rins.

Para tratamento desta disquinésia vamos usar agentes capazes de enfraquecer a contractilidade uterina.

Temos para isso a *morfina* na dose de 0,01 e principalmente a *spasmalgina*, substância de acção específica sobre as contraturas musculares do útero, quer as localizadas a uma parte da viscera, quer as generalizadas.

Um c. c. dado inicialmente, pode repetir-se duas ou três

ANTIBIÓTICOS FIDELIS**FIDELCILINA**

(penicilina G potássica e penicilina G procaínica microcristalinas,
na proporção de 1 para 3)

FIDELMICINA

(penicilina G potássica e penicilina G procaínica na proporção de 1 para 3 + sulfato
de dihidroestreptomicina, microcristalinas)

EM POUCOS MINUTOS ESTABELECEM PENICILÉMIA
E ESTREPTOMICÉMIA DE NÍVEIS TERAPÊUTICOS QUE
SE MANTÊM DURANTE 24 HORAS.

Além da verificação oficial a que estão sujeitas, a FIDEL-
CILINA e a FIDELMICINA são aferidas no nosso Laboratório
QUÍMICA e BIOLÓGICAMENTE.

A FIDELCILINA e a FIDELMICINA dão SUSPENSÕES
HOMOGÊNEAS e podem ser injectadas com AGULHAS
INTRAMUSCULARES VULGARES.

Nota : Cada frasco de FIDELCILINA e de FIDELMICINA
é acompanhado de uma ampola com «VEÍCULO
apropriado ISENTO DE PIROGÊNEOS».

A PRESENTAÇÃO**FIDELCILINA**

Caixa de 1 frasco de 200.000 U. O.
Caixa de 1 frasco de 400.000 U. O.
Caixa de 3 frascos de 400.000 U. O.
Caixa de 1 frasco de 600.000 U. O.
Caixa de 1 frasco de 1.000.000 U. O.

FIDELMICINA

Caixa de 1 frasco de 200.000 U. O. + 0,25 g
Caixa de 1 frasco de 400.000 U. O. + 0,50 g
Caixa de 3 frascos de 400.000 U. O. + 0,50 g
Caixa de 1 frasco de 400.000 U. O. + 1,00 g

LABORATÓRIO FIDELIS
Rua de D. Dinis, 77 - LISBOA

PERTURBAÇÕES DA CIRCULAÇÃO PERIFÉRICA:

UM

VASTO CAMPO DE APLICAÇÃO DO

PRISCOL*

O principal efeito do Prisol* traduz-se numa hiperemia activa da pele e da mucosa devido a uma dilatação dos vasos periféricos, das arteríolas e dos pré-capilares. O Prisol pode pois ser usado principalmente nos casos em que se trata de melhorar a irrigação periférica geral, ou em regiões circunscritas.

Comprimidos a 25 mg: frasco de 40 comprimidos

Ampolas de 1 cc a 10 mg: caixa de 10 ampolas

Frasco-ampola de soluto injectável a 25 mg/cc: frasco com 10 cc

Soluto para aplicação cutânea a 10 %: frasco de 10 cc

Pomada a 10 %: tubo de 20 gr

* Marca registada

Produtos CIBA, Limitada — Lisboa

S U P L E M E N T O

TOXI-INFECÇÕES ALIMENTARES

No presente número de «O Médico» apresentamos um trabalho sobre «Intoxicação alimentar colectiva» que os Drs. Castro Soares, Bernardino de Pinho e Melo Caeiro apresentaram na última sessão da Sociedade de Ciências Médicas.

O facto de ser subscrito por dois Inspectores de Saúde e por um adjunto da Direcção Geral de Saúde mostra a importância que esta entidade está a dar aos problemas das Intoxicações Alimentares. No nosso jornal o problema tem sido debatido várias vezes, é esta a terceira nos últimos tempos, sendo os outros artigos do Prof. C. Ramalhão e dos Drs. Pestana da Silva e Almeida Soares.

Porquê esta importância dada a um assunto, que poderia parecer banal?

Há duas razões fundamentais:

Primeiro, porque relativamente raras há uns anos, têm aumentado grandemente nos últimos anos, tornando-se um problema importante de saúde pública. Apontam-se vários motivos para este facto, que em toda a parte se tem verificado, em franco paralelismo com os modos de vida mais modernos e progressivos; mas de todos, por paradoxal que isso pareça, é à conservação dos géneros em frigoríficos que em primeiro lugar deve ser atribuído este aumento de frequência.

O peixe e a carne, depois da morte do animal, são mais ou menos manipulados e seguidamente postos em frigoríficos. Muitas vezes, porque doentes, já são portadores de micro-organismos patogénicos, outras porque os adquirem na manipulação, levam essa população bacteriana para o frigorífico.

Raramente o frigorífico conserva os alimentos congelados («frozen»), e na maioria dos casos apenas os mantém a temperaturas baixas, onde as condições de putrefacção não se dão, mas que não impedem completamente o desenvolvimento bacteriano e nunca destroem as toxinas que por ventura já estejam formadas.

Ao saírem do frigorífico, as colónias bacterianas dos géneros entram rapidamente em fase de crescimento logarítmico e as condições da toxinfecção estão perfeitamente criadas. Nas casas particulares, onde imediatamente são cozinhadas, não há geralmente prejuízo da saúde familiar, por não haver tempo para esta fase rápida de desenvolvimento bacteriano. Nas cozinhas colectivas, o que se passa é diferente, pois a confecção demora horas, permitindo que a fase logarítmica se realize.

E tudo se passa com géneros de excelente aspecto.

Quere dizer, que os géneros que antigamente apresentavam em pouco

tempo aspectos típicos de putrefacção, com as técnicas modernas, embora deteriorados, conservam características organolépticas normais.

Daqui a necessidade de que os géneros só possam ser conservados quando bem verificada a sua pureza, o que será um problema fundamental de higiene alimentar.

Em segundo lugar, porque, nestes casos, que emocionam a opinião pública, levando-a ao exagerar dos factos e mesmo a psicoses hysteróides que contagiam as próprias pessoas com responsabilidades, é necessário a bem do público que se intervenha rápida e eficazmente.

São estes os motivos porque a reunião da Sociedade de Ciências Médicas foi de enorme interesse. A intervenção de clínicos e epidemiologistas, e a valiosa opinião do ilustre professor de Veterinária Eugénio Tropa, além dos autores da comunicação fizeram com que o Presidente propuzesse uma outra sessão de trabalhos sobre o mesmo assunto, para que se possam lançar as bases de uma luta por uma alimentação de confiança.

Em verdade, o facto incontrovertido, é que não há uma protecção eficaz do público em matéria de higiene alimentar.

J. ANDRESEN LEITÃO

CALMOGEN

Cloridrato de Papaverina, Fenobarbital, Extracto de Beladona e Beladona em pó

Tubo de 20 comprimidos

**ANTI-ESPASMÓDICO DA MUSCULATURA LISA E ANALGÉSICO.
FRENADOR DO VAGO E SEDATIVO DOS CENTROS SUB-CORTICAIS.**

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL
Representantes no Porto: QUÍMICO-SANITÁRIA, LDA.

A MEDICINA INGLESA

(Relatório de quatro missões oficiais na Grã-Bretanha)

J. PAIVA CHAVES

Director do Serviço de Cirurgia Ortopédica do Hospital do Ultramar e do Hospital Ortopédico N.ª S.ª de Fátima (Paredes)

Em publicação anterior (1), expuzemos sucintamente o ponto de vista que hoje julgamos dominar nos países com alto nível científico nos diversos sectores da Medicina e da Cirurgia. Referimo-nos em especial à posição da cirurgia do aparelho locomotor perante os progressos do Ultramar Português, não só por ser assunto de nosso conhecimento, como ainda pela quota parte de responsabilidade que temos no seu aperfeiçoamento e organização.

O Serviço que dirigimos no Hospital do Ultramar tem por espírito da Lei de ser um centro de aperfeiçoamento para alguns médicos do quadro ultramarino, e uma fonte de divulgação de conhecimentos através das suas publicações; o Serviço recebe sugestões de todos que as desejem apresentar e pode enviar pessoal ao Ultramar para as sempre úteis trocas de conhecimentos. Dentro deste desejo de aperfeiçoamento, Sua Excelência o Ministro concedeu-nos a possibilidade de um estágio de alguns meses em Inglaterra.

O que se vai ler é a transposição escrita, numa vista de conjunto, do muito que nos foi dado observar.

As críticas bem intencionadas só procuram esclarecer o problema em causa

Porque se procura transmitir a outros a experiência adquirida junto da medicina inglesa, é nosso intuito que este relatório tenha a maior divulgação possível. Deste modo são facilitadas as críticas ao seu conteúdo, as quais, por bem intencionadas, só procuram esclarecer o problema em causa. As apreciações realizadas por colegas que visitaram outros países e as dos que estudaram os problemas da medicina portuguesa, podem pela sua idoneidade e isenção contribuir para interessar a Consciência Nacional em tão importante assunto.

Em Inglaterra há princípios gerais e normas particulares a transmitir para o ensino

Esta foi a nossa terceira visita a Inglaterra, constituindo porém o segundo estágio. Fomos pela 1.ª vez à Grã-Bretanha por nos ter sido atribuído o prémio para os internos dos Hospitais Cívicos de Lisboa do ano de 1945, que obriga a uma viagem de estudo ao estrangeiro. Com o auxílio do Instituto para a Alta Cultura partimos em Outubro de 1946 para Londres sob os auspícios do «British Council». Permanecemos naquele país seis

meses. A nossa segunda visita, não estágio, teve lugar em Setembro de 1947 por ocasião do Congresso Internacional de Cirurgia que se realizou em Londres. Agora durante os três últimos meses de 1951 fizemos o nosso segundo estágio em Inglaterra.

É indiscutível a enorme vantagem de estágios repetidos no mesmo país quando este, como é o caso da Inglaterra, tem princípios gerais e normas particulares a transmitir para ensino.

Daquele modo é possível ter um conhecimento exacto dos locais onde mais convém permanecer e estabelecer contactos pessoais, facto da maior importância. Torna-se dia a dia mais imperiosa a necessidade de cada leitor fazer uma ideia o mais aproximada possível, do valor e da confiança que lhe podem oferecer os diferentes autores.

Esta divisão, em nosso entender, não é baseada na acessibilidade aos recursos económicos e deve antes procurar-se em factores de ordem educativa. Uma sociedade com suficiente nível cívico exige que o sofrimento dos seus membros seja reduzido ao mínimo.

A tarefa dos técnicos é facilitada pelo apoio que dia a dia recebem para aperfeiçoar uma organização que se procura seja o mais perfeita possível. As críticas livres e fáceis não raramente são construtivas.

A Medicina, sem deixar de ser também uma Arte, é dia a dia fortalecida pelo enriquecimento científico, simbiose que, só apoiada numa organização correcta e disciplinada, pode resultar; esta não necessita de ser inventada ou descoberta pelos países menos adiantados no progresso científico, pois quase pode ser



Fig. 1—Mapa onde estão assinalados os locais e datas das visitas efectuadas pelo autor.

Nem todas as nações reconhecem o inestimável mérito da boa organização dos Serviços de Saúde que não necessita ser descoberta ou inventada

Não há dúvida que o mundo hoje se pode dividir em dois grandes grupos de nações: um reconhece o inestimável mérito da boa organização dos Serviços de Saúde e o outro dedica-lhe atenção mais ou menos secundária.

Neste aspecto julgamos preferir a experiência de uma cópia à de uma invenção.

Uma boa organização é quase só por si disciplinada e disciplinadora. Nela se atende às necessidades dos doentes sem esquecer as do pessoal que os trata. Por outro lado, deverá ser global, pois será mais fácil, eficaz e económica. Poderá fazer-se com um processo de adaptação de condições reais, às necessidades e às

possibilidades, também reais, do país que vai fazer essa adaptação.

A organização estrangeira que melhor conhecemos é a da Grã-Bretanha. Julgo-a uma fonte de ensinamentos para todos os que espontânea ou oficialmente estão interessados nestes problemas.

Pensamos que os problemas locais por si só não aconselham a fechar os olhos ao que se faz nos países onde sem dúvida existe uma real organização da Medicina. Em certos espíritos, a maioria dos quais nunca tomou contacto com outros centros médicos, está arraigada à a ideia que cada país deve ter um esquema próprio de Serviços de Saúde, argumentando que as características locais não permitem um decalque de organização; nós pensamos que nem mesmo esses devem fechar os olhos ao que se faz nos países onde sem dúvida existe uma real valorização dos problemas da Saúde Pública.

O objectivo a atingir é permitir que uma situação clínica seja encarada da mesma maneira qualquer que seja o local onde se encontre o doente, e que o tratamento efectivo só tenha lugar em centros cujo número, distribuição e eficiência foi convenientemente planeada. O médico terá de tratar o doente ou orientar o seu destino, sendo preferível recusar-se a tentar praticar uma terapêutica para a qual não tem experiência ou recursos materiais do que a actuar em condições precárias com manifesto prejuízo para o doente, e para o prestígio da Medicina.

Na Grã-Bretanha não é só nos grandes centros que se encontram bons hospitais e clínicos de primeiro plano. Trabalham em cidades da província médicos com os mesmos méritos.

Na Grã-Bretanha a Medicina apoia-se nos seguintes elementos: Organização muito cuidada — Especialização — Trabalho de equipa — Investigação científica

Na Grã-Bretanha a Medicina apoia-se nos seguintes elementos: organização muito cuidada, especialização, trabalho de equipa e investigação científica. Todo este conjunto se articula e coordena com os programas referentes a outras actividades, como sejam os Serviços Sociais, os serviços militares, etc. A todo o momento se nota um esforço constante no sentido do seu aperfeiçoamento.

A socialização da Medicina é um problema diferente do da nacionalização do médico

Muito embora a nacionalização dos Serviços de Saúde na Grã-Bretanha tenha perturbado a organização dos mesmos, não modificou o seu espírito base. De facto, a alteração referida resultou mais do súbito aumento da afluência de doentes (serviços médicos ao alcance de todos) do que propriamente duma modificação estrutural do espírito da prática médica. Por outro lado, entendeu-se na Grã-Bretanha que a socialização da medicina é diferente da «nacionalização» do médico. O aviltamento dos honorários

clínicos é uma situação não só prejudicial para o progresso da Medicina como agrava as relações dos médicos entre si. A grande maioria dos médicos deseja trabalhar o melhor possível, e como é natural, para isso é necessário estarem integrados numa eficiente organização e disporem de um nível de vida condigno sem ser faustoso. Torna-se ainda premente facultar-lhes boas condições de trabalho fora dos grandes centros, não só para o descongestionamento destes, como ainda para generalizar e uniformizar num nível bom a prática da medicina. Deste modo, há «saída» para numerosos clínicos que deixam de se «acotovelar» sem benefício para si e para os doentes.

É digno dos maiores louvores o espírito dos que procuram interessar-se mais

pelo seu aperfeiçoamento, pela investigação, pela especialização e pelo trabalho de equipa do que pela miragem do enriquecimento. Parece que a Medicina voltou de novo ao tão falado sacerdócio, não se admitindo porém que se limite só ao sacrifício.

A eficiência da organização dos serviços médicos na Grã-Bretanha como noutros países habituados a um nível cívico bastante elevado não está só dependente da perfeição do legista que realizou os regulamentos, mas também numa compreensão que, impregnada em cada uma das unidades que compõe o todo, age no sentido de conseguir o melhor resultado.

A existência do Ministério da Saúde além de unificar a organização da Medicina facilita a tarefa da administração, dos médicos e as necessidades dos doentes

A existência do Ministério da Saúde permite e facilita a coordenação e planificação harmoniosa das tarefas da administração e dos médicos e evita a desorientação do doente; isto, que à primeira vista parece de interesse secundário, tem consequências bastantes benéficas, pois a organização permite um perfeito conhecimento dos problemas da saúde pública, assim como o quadro geral comum «acerta» a actividade e a vida dos médicos.

Para o doente não há entraves burocráticos à sua transferência de Serviço para Serviço, que não é feita por iniciativa ou interferência do doente, mas sim pelos serviços administrativos, evitando-se deste modo a sempre dispendiosa duplicação de colheita de elementos de diagnóstico. Na confecção da organização destes serviços médicos procurou-se determinar com relativa precisão qual o objectivo a atingir. Naturalmente não se alcançou o óptimo, mas chegou-se ao bom.

A tradição não está presa a instituições mas sim à preocupação de tratar cada vez melhor os doentes. O prestígio e o nível científico não se adquirem só pelos regulamentos

Determinado esse objectivo ergueu-se a máquina funcionante capaz de dar uma eficiência real a essa organização.

Algumas vezes aponta-se a necessidade de travar o entusiasmo dos médicos que procuram se transforme o esquema dos Serviços de Saúde para manter instituições que entraram na tradição. No país que nós visitamos, exemplo de conservantismo, verificamos que a tradição não está presa às instituições mas sim à noção de responsabilidade que têm constantemente a necessidade de atingir um fim bom e de maneira perfeita, que é a de tratar cada vez melhor os doentes.

O prestígio e o nível científico não são adquiridos por palavras ou por regulamentos, mas pela obra realizada. Esta tanto pode ser aquilatada pelos resultados estatísticos, como pelo nível das publicações, conferências ou discussões. Neste aspecto temos muito a aprender na Grã-Bretanha.

O MEDICAMENTO QUE DE HA
MUITO A CLÍNICA IMPÔS

para a terapêutica de

NERVOSISMO

INSÓNIAS

ESPASMOS

NERSAN

(Cloridrato de papaverina + fenobarbital + extractos de Passiflora incarnata, Peumus boldus, Anemona pulsatilla + Tinturas de Atropa belladonna e de Cratægus oxyacantha)

RESTABELECE O EQUILÍBRIO
DO SISTEMA NERVOSO
CENTRAL E VEGETATIVO

CALMANTE
SEDATIVO
ANTI-ESPASMÓDICO

Frasco de 160 c. c. de elixir

LABORATÓRIO FIDELIS
Rua D. Dinis, 77 - LISBOA

Em Inglaterra não se constroem «palácios» para Hospitais
Os hospitais na Grã-Bretanha, duma

tamente por esse facto o Governo tomou a seu cargo a preparação e a distribuição dos médicos. O médico acabado de for-

mar inicia o seu aperfeiçoamento «(post-graduate training)» que se mantém até ao final da vida profissional, mesmo que, entretanto, tenha desempenhado funções de chefia. O treino, mesmo que não seja feito em cursos especiais, é constituído por situações hospitalares oficiais. O médico desempenha primeiro funções de menor importância e progressivamente, pelos seus próprios méritos, vai subindo a escala hierárquica sem atropelos nem sobressaltos, garantido por um sistema único de critério que regula o processo de concursos e provimento dos lugares. Deste modo a preparação do médico faz-se gradualmente do mesmo modo que é gradual a sua ascensão.

Na Grã-Bretanha, quando não há enfermeiras em número e qualidade suficiente, não se abrem enfermarias

Não menos importante é o problema das enfermeiras. É verdade que a grande maioria de profissionais de enfermagem de certos países escolheu esta actividade mais por necessidade de encontrar tra-



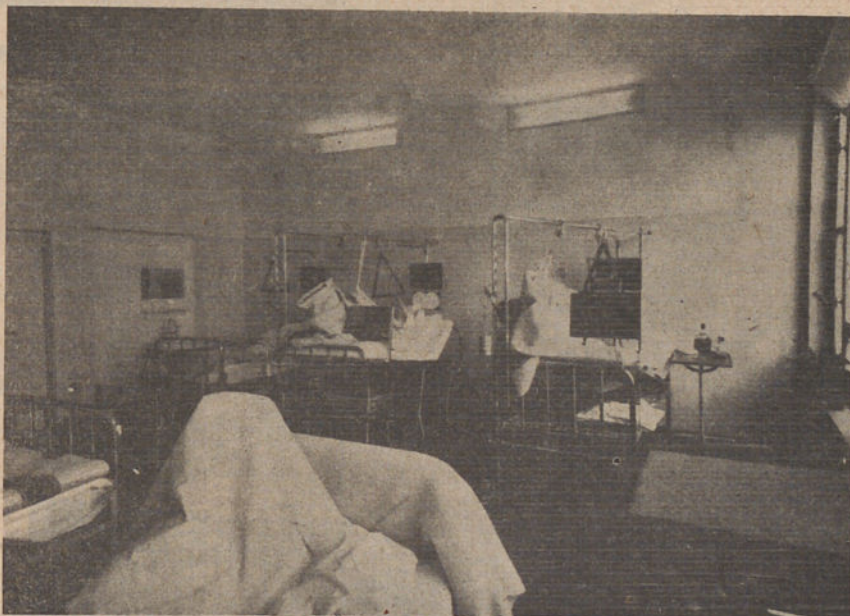
Fig. 2

maneira geral não são de construção rica e dispendiosa, mas são completos. Há hospitais modernos, como os melhores hospitais do mundo, por exemplo em Birmingham.

Durante a Guerra (1939-1945) foram construídos hospitais provisórios, onde não falta o aquecimento, bibliotecas, sala de conferências, secção para investigação científica, etc., etc. A ideia não foi construir um palácio para hospital, mas sim criar um centro onde médicos ensinem médicos, e enfermeiras ensinem enfermeiras, no sentido de que se cumpra aquela afirmação de William Rogers de que os hospitais desempenhem essas funções e... ainda possam tratar doentes.

O aperfeiçoamento do médico deve continuar mesmo que surjam funções de chefia

Os serviços de saúde não funcionam só com boa organização hospitalar e jus-



Figs. 2 e 3 — Enfermarias com janelas amplas permitem boa luminosidade e arejamento o que muito contribui para o bem-estar dos doentes.



Fig. 4 — As salas de operações para cirurgia ortopédica são espaçosas. Na equipa cirúrgica figura sempre uma enfermeira-instrumentista.

balho remunerado do que por um ideal. Este problema também atinge a Grã-Bretanha, mas estamos convencidos de que numa percentagem menor do que noutros países.

A enfermagem é praticamente desempenhada só por pessoal do sexo feminino, que escolheu esta tarefa por devoção, pelo que a qualidade do trabalho é superior. As entidades governativas, em vez de diminuírem o espírito de abnegação da enfermagem, procuram estimulá-lo e apoiá-lo, pelo que a enfermeira tem a consideração do pessoal do hospital, quer médico, quer administrativo, e são-lhes facultados meios para recreação, como salas de música, campos de jogos, teatros de amadores, etc.

Há um princípio estabelecido que é este: quando não há enfermeiras em número suficiente não se abrem enfermarias. A orientação é sempre a mesma; procurar primeiro a eficiência e depois o número.

Os serviços auxiliares são também

desempenhados por pessoas com preparação e que sabem da sua tarefa; cada um tem a seu cargo determinado trabalho do qual é responsável.

A Grã-Bretanha não é ciosa desta sua organização; expõe-na e faculta-a a qualquer estrangeiro que a visite e que lá estagia e, ainda mais, procura introduzir a mesma em territórios que estão sob a sua soberania. Nós temos conhecimento escrito de que, por exemplo, na Nigéria existe uma Universidade em Ibadan com o internato dos hospitais, transporte por via aérea dos feridos, um serviço com 200 camas para cirurgia do aparelho locomotor, e este possui um ginásio, piscina, campo de jogos, centro para reabilitação, uma oficina para fabricação de aparelhos artificiais, equipa ambulante para reparação dos mesmos. Isto é de fixar se dissermos que na Nigéria a população é constituída por dez mil brancos e vinte e um milhões de indígenas.

A responsabilidade profissional constitui boa defesa para os doentes

É evidente que na Grã-Bretanha nem todos os serviços funcionam duma ma-

um conhecimento pouco profundo, tanto mais que não foi com esse objectivo que visitamos e estagiamos naquele país.

A especialização é apoiada e impulsionada pelo Governo, desejada e apreciada pelos doentes

Também em publicação anterior nós

dissemos que, enquanto a prática da Medicina se limitou a «muito de arte e pouco de base científica», o problema da especialização não era premente. Mas o médico cedo compreendeu que lhe era impossível manter permanentemente actualizada em todos os sectores a sua bagagem científica para em qualquer mo-



Fig. 6 — Sala de repouso de enfermeiras.



Fig. 5 — Os doentes das consultas, que têm quase sempre hora marcada, dispõem de salas de espera com todas as comodidades.

neira perfeita, nem todos os profissionais têm um nível moral e técnico ideal; também lá os há com «defeitos» e às vezes possivelmente sem acompanharem a evolução da Medicina. Mas estes devem constituir a minoria, porque os deparamos raríssimas vezes. Deve-se este facto à noção que cada um tem dos seus deveres, que quando não são cumpridos, cai sob a alçada dos tribunais destinados a apurar a responsabilidade profissional. O doente pode queixar-se, pedir indemnizações quando julgar que houve faltas de diversa ordem da parte do médico no seu tratamento. Deve dizer-se que a benevolência não é uma característica destes tribunais.

Em todo o caso, este aspecto do médico profissionalmente menos competente, e, do hospital servindo menos bem o doente, é um assunto, como dissemos, de extrema gravidade e do qual nós temos

mento se poder considerar um profissional perfeito. Também este facto foi cedo apreendido pela Grã-Bretanha, onde desde há umas dezenas de anos a esta parte a especialização dos serviços médicos e dos médicos é apoiada e impulsionada pelo Governo, desejada e apreciada pelos doentes. E dentro das clássicas especialidades já verificamos que surgiram novas subespecialidades, como, por exemplo, a cirurgia reparadora, a cirurgia máxilo-facial, a cirurgia da mão, os centros para traumatizados do crânio e da coluna vertebral, para paraplégicos, etc., etc. Não se pode duvidar de que a orientação é boa pois os resultados obtidos falam por si. A experiência dos médicos passou a ser mais vasta nos mesmos casos e a solução destes tem sido óptima.

Não é para nós uma tremenda lição verificar que 75 % dos paraplégicos pode voltar à actividade remunerada quando entre nós a melhor solução para estes doentes é a morte?

É óbvio que não existem, por exemplo,

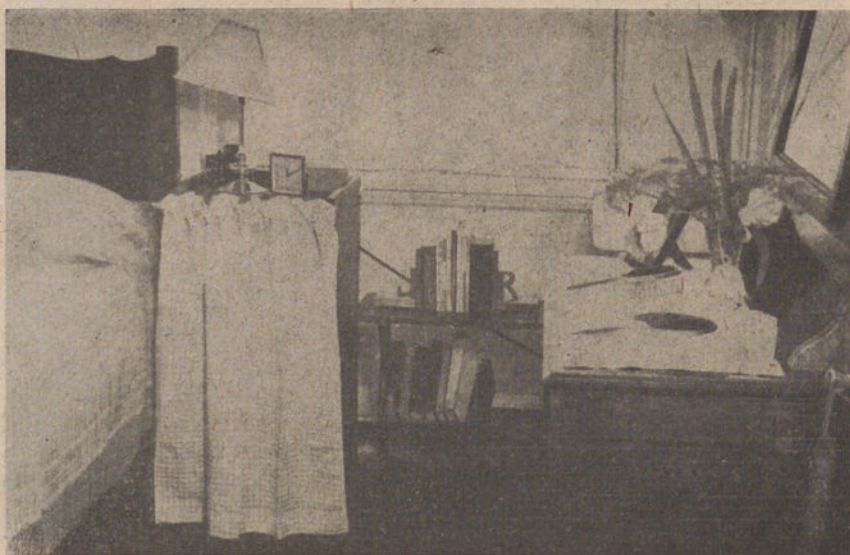


Fig. 7 — Quarto de enfermeira.

centros especializados para a cirurgia da mão ou para tratamento de paraplégicos em todas as cidades, mas as facilidades de transporte permitem resolver este problema em poucas horas. Mas para tal é preciso que os médicos não os «prendam», o que não é difícil porque cada um encontra muito que fazer nos seus casos, e também porque se se provou que houve incúria ou deficiência de tratamento o doente pode recorrer ao tribunal, como já foi referido. Esta faceta desagradável só é sentida justamente por aqueles que transgridem as leis que todos conhecemos.

A especialização tornou mais agradável a vida dos médicos, mas pôs novo problema do trabalho de equipa, o qual é impossível quando o doente e o médico e, os médicos entre si, têm dificuldades em se encontrar

Uma vez que ao doente não seja complicado o processo burocrático é-lhe mais útil que o diagnóstico e orientação terapêutica sejam ditados numa base mais sólida. O trabalho de equipa, para resultar, exige não só uma boa organização mas ainda uma maior permanência dos médicos no hospital. Aquele é impossível quando o doente e o médico, e os médicos entre si, têm dificuldade em se encontrar.

Vivendo o médico mais tempo no hospital, ele tem oportunidade de meditar

mais nos diferentes casos e acompanhar melhor a sua evolução.

Não nos devemos limitar a «importar» investigação científica

Além disso, pode fazer — ao lado da investigação clínica — outras formas de

Temos já exemplo na ciência portuguesa de valores extraordinariamente representativos da investigação científica. Como dizia Cajal, «não há assuntos esgotados, há indivíduos esgotados em determinados assuntos», e a investigação científica pode ser sempre feita quando o

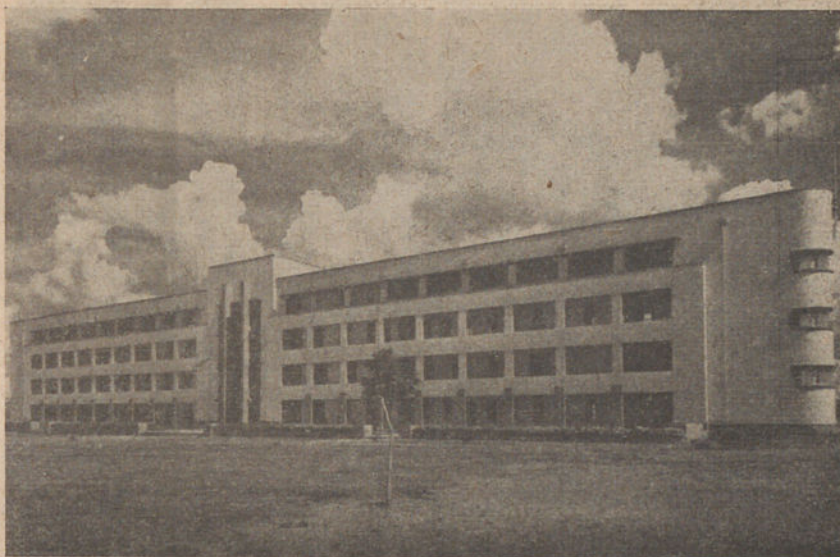


Fig. 8 — Hospital para indígenas em Bullawaio.

investigação altamente benéficas para o espírito científico das modernas gerações médicas.

Não nos devemos limitar a «importar» investigação científica, mas devemos praticá-la dentro dos nossos recursos mesmo fora das imposições regulamentares.

indivíduo nas suas meditações é capaz de rasgar novas janelas no muro do desconhecido, para se poderem observar novos horizontes nunca vistos.

Em certos países e por razões conhecidas, a especialização dentro da medicina tem sido uma tentativa laboriosa e algu-

METIOCOLIL

LÍQUIDO

INOSITOL • METIONINA

CITRATO DE COLINA • EXT.

CONCENTRADO DE FÍGADO

UM VALIOSO PRODUTO

PARA TRATAMENTO DAS

INSUFICIÊNCIAS HEPÁTICAS

E

ESCLEROSES VASCULARES

LABORATÓRIO



SAÚDE, L.^{DA}

RUA DE SANTO ANTÓNIO Á ESTRÊLA, 44—LISBOA

mas vezes impossível. Não há dúvida de que a especialização tem os seus defeitos, particularmente quando surge precocemente na carreira do médico. Mas ela tem as suas vantagens. Concentra no mes-

locomotor se possam hoje fazer com uma grande margem de segurança. É certo que para isto também muito contribuiu o recurso à reanimação, à anestesia, aos antibióticos, etc., mas estes aperfeiçoa-



Fig. 9—São raros os hospitais que não dispõem de um Serviço de Readaptação com ginásios. Os doentes servem-se cada vez mais destes e, cada vez menos de máquinas para movimentos passivos.

mo serviço um número tal de casos que dá uma experiência profunda e foi este conjunto de circunstâncias que, por exemplo, permitiu que a cirurgia do tórax, a neurocirurgia, e a cirurgia do aparelho

mentos surgiram na medida em que se especializaram médicos nas mesmas.

Estamos convencidos que, no progresso da Medicina, o doente deixará de ser tratado pelo médico A ou pelo

médico B, para ser visto, observado e tratado por uma instituição—a Medicina.

Mesmo em relação à sua população, nós devemos dizer que na Grã-Bretanha o número de médicos e de hospitais é bastante elevado e, para citar um exemplo, lembramos que, na «British Orthopaedic Association», há inscritos perto de 500 cirurgiões. Este facto tem só por si vários significados; primeiro, é possível encontrar cirurgiões especializados no aparelho locomotor em todas as cidades do País; em segundo lugar, as publicações e o trabalho de investigação hão-de ser boas em qualidade e em quantidade e, por último, o interesse das reuniões científicas é maior, uma vez que os assuntos são discutidos por maior número de pessoas e não se limitam a um colóquio entre três ou quatro.

A introdução de novos fármacos é precedida de rigoroso estudo

Um outro aspecto que nos impressionou na Grã-Bretanha foi o meticuloso cuidado com que se faz a introdução de novos fármacos na prática clínica corrente. Por exemplo, ainda em fins de 1951 a Cortizona não podia ser receitada por qualquer médico e, portanto, usada por qualquer doente; a sua distribuição era feita somente para determinados serviços hospitalares, nos quais equipas médicas encarregadas pelo «Medical Research Council» estavam averiguando das vantagens ou inconvenientes, indicações e contra-indicações, da sua administração. O mesmo processo já fora usado em relação à estreptomina em 1947 e hoje se verifica com a hidrazida do ácido isonicotínico.

Nós sabemos que esta situação é bem diferente da que se observa noutros países, nos quais o único entrave para o uso não controlado de novos medicamentos reclamados como panaceias na imprensa diária, é o seu alto custo, mesmo que se sujeitem os doentes a experiências cujos resultados são imprevisíveis.

Interessa talvez avivar no espírito de dirigentes e dirigidos a necessidade de uma cuidada organização dos Serviços de Saúde

Repetimos a afirmação feita no início deste relatório de que, no que se refere aos Serviços de Saúde, o mundo se pode dividir em dois grupos de nações.

Para as do segundo grupo não vale a pena expôr pormenorizadamente dados de uma organização (número e tipo de hospitais, distribuição de médicos especialistas, necessidade de novos Serviços, falar em investigação científica coordenada, etc.); o que interessa talvez primeiro, é criar um estado de espírito, que imponha essa organização. E, quando estas condições estiverem realizadas, então vale a pena mandar vir de fora ou pedir que compareçam, se cá os houver, indivíduos entendidos nestes problemas.

Pensamos que o estágio de diversos portugueses, médicos interessados na organização da Medicina em países estrangeiros onde ela está bastante avançada nos seus diferentes aspectos, poderá

Or + bismuth
= Au-Bi-Ol „TOSSE“

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

présente un enrichissement des possibilités thérapeutiques.

E.TOSSE & CO, HAMBURGO

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

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

pouco a pouco fazer imprimir este estado de consciência na apreciação dos diversos factores que concorrem para uma boa eficiência de trabalho.

Nas nossas províncias ultramarinas os Serviços de Saúde devem acompanhar o progresso lá verificado

Em relação ao futuro das nossas Províncias Ultramarinas o que se acaba de dizer tem uma importância excepcional. São territórios em que se assiste a um progresso vertiginoso em todas as actividades e compreende-se que os Serviços de Saúde devam acompanhar esta evolução, o que a não se verificar seria extremamente desvantajoso.

O progresso da Medicina tornou mais dispendioso o tratamento dos doentes, mas em contra-partida a idade média de vida passou de 49 para 67 anos desde o fim do século passado.

É evidente que o progresso na medicina tornou o tratamento dos doentes mais dispendioso; gasta-se mais dinheiro em medicamentos eficazes, dispendem-se verbas maiores em elementos objectivos como radiografias e análises, mas estes factos foram perfeitamente compensados pelos resultados obtidos e para tal basta afirmar que o nível de duração média da vida passou de 49 anos no fim do século passado para 67 anos. Os problemas da medicina de hoje apresentam uma faceta mais aguçada, uma vez que os doentes também têm consciência daquilo que se lhe pode e deve fazer. É verdade que o médico sente por vezes máguia em não poder transportar para a prática clínica diária os recursos que a medicina lhe oferece.

A nacionalização dos Serviços de Saúde é um problema no qual não nos queremos envolver. Não foi finalidade no nosso estágio fazer uma apreciação daquela com a qual em princípio concordamos. A Medicina de hoje tornou-se recurso inacessível para os indivíduos financeiramente menos bem dotados. A nacionalização dos Serviços de Saúde, pondo a medicina ao alcance de todos, parece que pelo menos teoricamente deve resolver este aspecto da questão. Mas convém lembrar que a socialização da medicina é uma coisa e socialização exclusiva do médico é outra. Por outro lado, no processo de tratamento do doente, o médico deixou de estar envolvido em complicadas manobras burocráticas. O indivíduo, quando adoecer, tem o amparo fácil e carinhoso do serviço de saúde. Isto não é pormenor para desprezar, pois é justamente na doença que mais se aprecia a colaboração e o amparo que a sociedade pode oferecer. É claro que este amparo é dispendioso, mas justifica-se quando se trata de problema da saúde.

Temos de nos convencer que a medicina será cada vez mais complicada, cada vez mais exigente. Mesmo que seja atingido o muito bom na medicina profiláctica pelas medidas de sanidade em geral, todos nós devemos desde já pensar que, por o nível médio de vida ter alcançado uma idade bastante adiantada, o número de

doenças na velhice será cada vez maior e a abundância destes doentes trará problemas novos em doentes velhos, o que não será de menos importância se considerarmos que os indivíduos válidos são elementos fundamentais no valor social duma comunidade humana.

Na Grã-Bretanha há centros para convalescentes, escolha e treino de novas profissões, e para incuráveis.

Além disso, na Grã-Bretanha, os serviços hospitalares podem funcionar eficientemente porque outros departamentos lhes permitem um escoamento fácil. Existem hospitais para convalescentes, e há escolas e hospitais-escolas para treino de novas profissões. Os indivíduos com incapacidade

permanente não pesam na família ou nas instituições nacionais; tornam-se de novo elementos úteis para a sociedade porque vão auferir os seus proventos, não por esmolas, mas sim pelo trabalho. Por outro lado, devemos acrescentar que não é só o aspecto material que interessa porque é diferente o estado de espírito do indivíduo que recebe o dinheiro como recompensa do seu labor, do que o estado de espírito de quem recebe uma esmola.

Não queremos dizer que na Grã-Bretanha não se morra; o que nós procuramos demonstrar é que a morte é adiada mais vezes, que a função é recuperada mais frequentemente e até os aspectos psicológicos ligados ao conjunto físico que o doente apresenta, depois de uma afecção traumática, ou doutra natureza, não o impossi-

RUTIODOL

— GOTAS —

RUTINA + METIONINA

IODO ORGANICO + NICOTINAMIDA

Tratamento Racional da
Arteriosclerose e Afecções
Degenerativas dos Vasos
sanguíneos

Fluidificante Regulador da
Permeabilidade Lipotrópico

LABORATÓRIO ÚNITAS

C. CORREIO VELHO 8 - LISBOA



Fig. 10

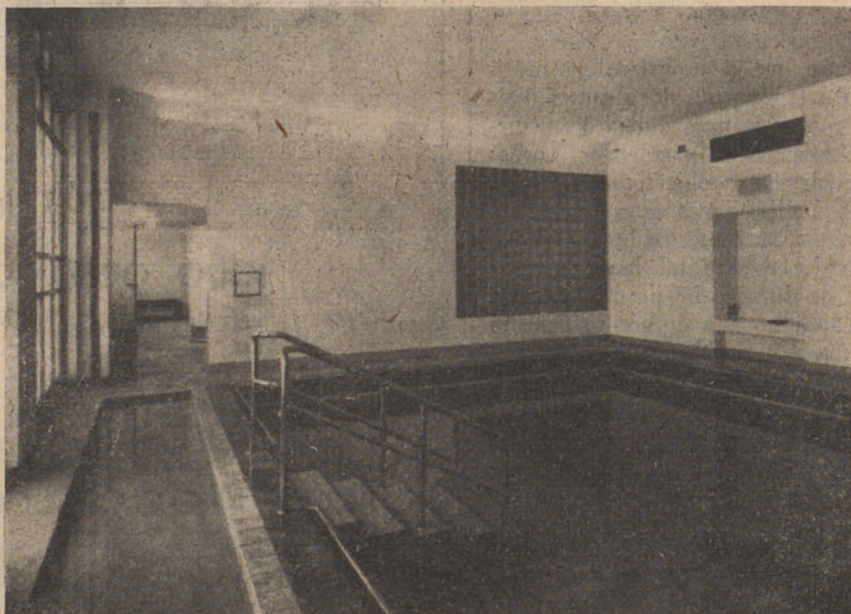
bilitam de uma maneira absoluta de continuar uma vida profissional ou social.

A REUNIÃO CONJUNTA DAS «ORTHOPAEDIC ASSOCIATIONS» DOS PAÍSES DE LÍNGUA INGLESA

De 28 de Junho a 12 de Julho de 1952 realizou-se em Londres a reunião conjunta das «Orthopaedic Associations» dos países de língua inglesa, a segunda depois da última guerra.

O Congresso dividiu-se em duas partes cada uma com a duração de uma semana. A primeira, na Universidade de Londres, consistiu em sessões de trabalhos com a apresentação de comunicações, filmes cirúrgicos e visitas a diferentes hospitais onde se fizeram demonstrações clínicas. A segunda semana, foi ocupada por sessões científicas e visitas a outros hospitais de Inglaterra e Escócia:

O acto inaugural, presidido pela Rainha-Mãe, efectuou-se no «Beveridge Hall» da Universidade de Londres, na manhã do



Figs. 10 e 11 — Piscinas.

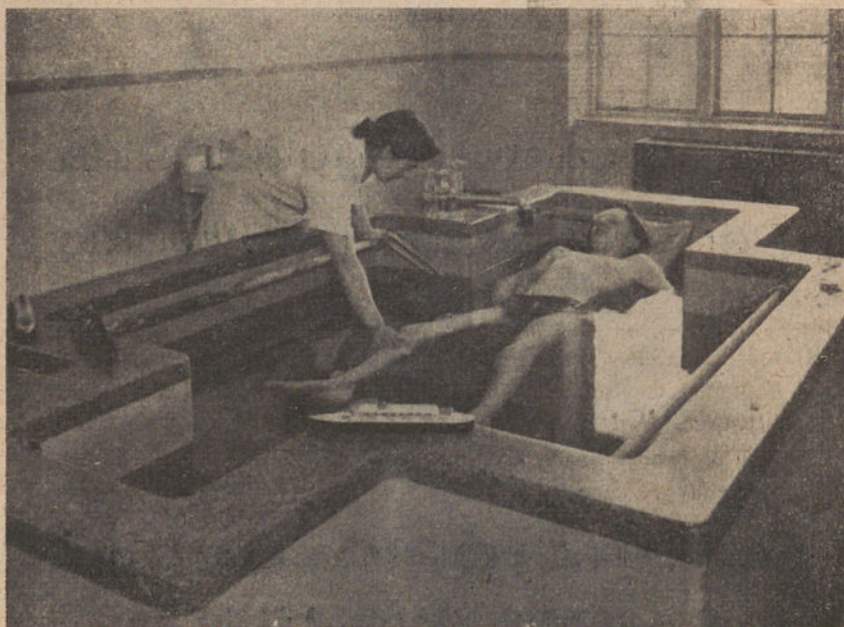


Fig. 12 — A hidroterapia constitui um complemento indispensável no tratamento de certas doenças.

dia 30 de Junho. Foi uma cerimónia cheia de elevação e alto nível cívico. A mensagem da Rainha, dita de uma forma simples e objectiva, foi repleta de incitamentos para todos.

Não se esqueceu, a Rainha, de acentuar quanto as crianças, os trabalhadores das fábricas e os soldados devem ao alto nível da cirurgia ortopédica, que não só largamente contribuiu para a correcção das deformidades congénitas ou adquiridas, para a recuperação de muitos feridos, como ainda permitiu que a grande número fosse de novo possível disfrutar uma vida feliz. Também, e não menos importante, foi a modificação da faceta económica do problema, pois agora muitos mais indivíduos puderam voltar a actividades remuneradas.

Duma maneira geral, as sessões de trabalhos tiveram numerosa assistência que pôde apreciar a maneira como foram apresentadas as comunicações, a maioria das quais trouxe valiosa contribuição para os inúmeros problemas da cirurgia do aparelho locomotor.

Da forma como decorreram as visitas a hospitais nós nada mais temos a acrescentar ao que foi escrito na primeira parte deste relatório.

Considerações finais

Ao Hospital do Ultramar cabe a honra de ter procurado, nos escassos anos do seu período de ressurgimento, aproximar-se dos modelos de organização médica estrangeira mais progressivos. É certo que ainda não foi atingido o óptimo, mas a criação de serviços de especialidades, o trabalho de equipa e as prometedoras possibilidades de

investigação científica coordenada serão uma realidade possível, uma vez concluídos os trabalhos de ampliação e remodelação actualmente em curso.

A criação em 1949 do Serviço de Cirurgia do Aparelho Locomotor pode considerar-se um grande passo dado em frente sobretudo se atendermos à escassez de centros idênticos no país. Motivo ainda de maior valorização é, sem dúvida, o Centro

A vertiginosa mecanização da indústria e dos transportes que actualmente se verifica em Angola e Moçambique com o consecutivo crescente aumento do número de acidentes, só por si forçará para um futuro não longínquo, a criação de centros especializados em cirurgia ortopédica e reconstrutiva, nas cidades mais importantes. O Serviço da metrópole procura organizar-se de modo a permitir um es-



Fig. 13



Figs. 13 e 14 — A escolha e preparação de novos ofícios é, sob muitos aspectos, uma boa defesa contra a miséria.

para Cirurgia da Mão e Nervos Periféricos, que já hoje conta perto de centena e meia de casos operados, todos documentados com fotografia e alguns com filmes; isto permite dilatar a experiência num campo tão difícil e que tem sido entre nós tão descuidado.

Outra iniciativa de vulto, quase virgem entre nós, é o Serviço de Readaptação já planeado e cuja realidade está para breve.

Pode concluir-se, portanto, que, salvaguardadas as proporções, a cirurgia do aparelho locomotor já se faz neste Hospital com uma orientação actualizada.

tágio proveitoso para os médicos do Quadro do Ultramar que a ele recorram. Para tal, ao mesmo tempo que se cuidam dos pormenores intrínsecos, está em preparação, sob os auspícios das entidades oficiais, a publicação de uma monografia na qual se mencionarão todos os pormenores colhidos nos estágios no estrangeiro assim como a experiência pessoal nos aspectos mais importantes da cirurgia do aparelho locomotor. Esta é a razão que justifica a não inclusão neste relatório de referências a aspectos puramente técnicos.

VACINAS CONTRA A DIFTERIA E A COQUELUCHE

«Bruxelles Medical» referiu-se últimamente a uma conferência de peritos que se reuniu em Dubrovnik (Jugoslávia), por iniciativa da Organização Mundial de Saúde, na qual se tratou da difteria. O Dr. Wilson (Reino Unido), presidente da Conferência, e o Dr. N. K. Jerne (Dinamarca) declararam que a difteria tinha praticamente desaparecido dos seus países depois de campanhas de vacinação que foram favoravelmente acolhidas pela população, graças à propaganda levada a efeito por diversos meios (imprensa, rádio, etc.). A proporção de crianças vacinadas nestes dois países é tal que os bacilos já não têm possibilidades de se propagar, devido à falta de número suficiente de pessoas sensíveis à infecção. Com o fim de encorajar a organização de campanhas análogas noutros países, a Conferência recomendou a utilização das vacinas mais modernas, nas quais a anatoxina purificada é adicionada de fosfatos de alumínio. Estas vacinas asseguram um grau muito elevado de imunidade após só duas injeções, em lugar de três que exigiam as antigas preparações. A adição de fosfato permite obter, numa grande proporção de crianças, uma imunidade elevada após uma só injeção, mas a Conferência foi de opinião que a vacina em dose única não está ainda perfeitamente «au point». Depois da reunião de Dubrovnik, o Dr. Jerne e o Dr. D. C. Lahiri (Índia) dirigiram-se a Genebra para participarem na sessão do Comité de peritos da O. M. S. para a estandirdasão biológica. Têm a intenção de propor ao Comité o estabelecimento de estalões biológicos internacionais para as vacinas modernas antidiftéricas e antioqueluchosas.

Reconhecendo as vantagens manifestas que apresentam as vacinas antidiftéricas e antioqueluchosas, a Conferência recomenda insistentemente que continuem as investigações sobre a sua eficácia. Sabe-se já que, nesta associação, a eficácia da vacina antidiftérica é aumentada com a presença da vacina antioqueluchosa, mas a acção exercida sobre esta última vacina não foi ainda inteiramente determinada. A Conferência foi de opinião que a anatoxina tetânica pode ser facilmente associada quer à vacina antidiftérica, quer à vacina antidiftérica-antioqueluchosa, quando uma vacina polivalente deste género parece justificar-se devido a condições locais.

Pelo que respeita mais particularmente à vacina antioqueluchosa, a Conferência recomenda que se recorresse ao «teste intra-cerebral no rato», a fim de evitar vacinas de qualidade inferior; convidou os fabricantes a fazerem aumentar a produção de vacinas cujo valor foi estabelecido pelo uso, tais como os que foram recentemente introduzidos no Reino Unido e que conferem um alto grau de protecção. As experiências que se fizeram precedentemente neste último país demonstraram que, em 10 crianças vacinadas, 9 são perfeitamente protegidas, enquanto que, no décimo, a doença se se declára, reveste contudo uma forma benigna.

SEGREDO PROFISSIONAL

O «Boletim do Instituto Nacional do Trabalho e Previdência» (n.ºs 13, 14, 15 e 16 — Julho e Agosto de 1952) publica o seguinte parecer da Procuradoria Geral da República:

Não é de invocar o segredo profissional por médicos assistentes de pessoa falecida, em relação à qual haja suspeita de ter provocado aborto criminoso, para se eximir a depor em processo penal.

1) O problema do segredo profissional médico continua a ter manifesto interesse, porque, não obstante a clareza da lei, não foi ainda possível fazer ingressar a doutrina legal na convicção geral da classe médica ao colaborar com os tribunais.

Na instrução de vários processos penais por crimes públicos — especialmente

de aborto em que se deu falecimento da pessoa assistida e sobre a qual recaíam suspeitas de ter provocado aborto criminoso — alguns médicos, por sua iniciativa ou por determinação da Ordem dos Médicos, escudam-se no segredo profissional para se eximirem a depor naqueles processos.

Dignou-se V. Ex.^a determinar que o assunto fosse submetido à apreciação desta Procuradoria-Geral, pelo que sobre ele cumpre emitir parecer.

2) Na Alemanha, França e Itália, países em que o segredo profissional tem sido objecto da mais larga elaboração doutrinária, o entendimento sobre os vários aspectos nem sempre tem obtido inteiro sufrágio dos juristas, ou porque divergem os sistemas jurídicos visando a protecção de interesses diversos, ou porque aqueles vêem nas mesmas normas sentidos diferentes.

O facto da revelação de segredos perde a ilicitude em certos casos. Para aqueles sistemas de feição individualista, isto é, que protegem o interesse de quem confia o segredo, a revelação deixa de ser ilícita quando o profissional estiver desligado do dever de sigilo pela pessoa interessada na manutenção do segredo. Para os sistemas em que avulta a protecção social, a ilicitude da revelação do segredo desaparece quando este for contrário à justiça ou a interesse social superior.

Em França, alguns penalistas defendem que, mesmo que haja autorização de revelação pelo interessado, o segredo não deve ser revelado, pois que o segredo profissional foi estabelecido não no interesse privado, mas no interesse social e, deste modo, o consentimento da vítima não pode fazer desaparecer o delito de revelação (Monteau, *Du Secret Professionnel*, p. 15; Garraud, *Traité de Droit Pénal*, vol. 6.º, p. 82) (1). Esta opinião tem sido combatida, sem êxito, pelos que entendem não haver delito por falta de intenção de prejudicar e pelos que se baseiam num contrato sinalagmático entre o que confia e o que recebe o segredo de molde a que o vínculo contratual explique a revelação lícita e até obrigatória; Garçon (pp. 1094, 75 e segs.) especialmente entende que a revelação não é punível quando autorizada, porque nada se opõe a que um acusado confesse o que não pretendeu ocultar, do mesmo modo que um testador pode divulgar o seu testamento.

Na Alemanha, onde a questão tem sido amplamente debatida, numerosas teorias se formularam sobre o problema da exclusão da ilicitude na revelação de segredos. A revelação do segredo profissional, na opinião da maioria dos autores, deixa de ser ilícita quando tem lugar em atenção a um interesse de grande importância; a dificuldade reside para Jelinek (*Der Umfang der Verschwiegenheitspflicht des Arztes und des Anwalts*) — O conceito do dever de sigilo do médico e do advogado, em *Monatsschrift f. Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform*, 1906-1907, pp. 665 e segs.) na determinação daquele interesse, enquanto Graf zu Dohna (*Die Rechtswidrigkeit als allgemeinen gültiges Merkmal, in Tatbestand strafbarer Handlungen*, pp. 110 e segs.) defende que o maior interesse é o da comunidade e Jaeger (*Das Berufsheimnis der Ärzte und Anwälte*) — O segredo profissional dos médicos e dos advogados, em *Deutsche Juristen Zeitung*, 1906, pp. 1018 e segs.) entende que, em tais casos, ao dever de calar (*Keitpflicht*) se sobrepõe o dever de falar (*Redepflicht*).

Na Itália igualmente domina a corrente de feição social.

3) Entre nós, como vimos, já em 1852 Silva Ferrão e Levy Maria Jordão

(1) Entre nós, Silva Ferrão e Levy Maria Jordão, ao anotarem o Código Penal de 1852 — artigo 290.º —, defendiam idêntica posição.

Novidade!

Em dores intensas

POLAMIDON»C«
»HOECHST«

Bem tolerado devido a um componente de acção vagolítica

Especialmente apropriado á clínica quotidiana

Embalagens:

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

Soluto injectavel a 1/2%: 10 ampolas de 1 cc



FARBWERKE HOECHST

vormals Meister Lucius & Brüning

Frankfurt (M)-Hoechst



Representantes para Portugal:

Mecius Lda.

Rua do Telhal, 8-1.º E - LISBOA

LABORATÓRIOS CLINICAL - Inglaterra

CALMENS

Drágeas

à base de

Etinil-estradiol	0,01 mgr.
Carbromal	45 mgr.
Bromisovalerilureia	15 mgr.
Carb. de fostato de cálcio	100 mgr.

Embalagens de 60 drágeas

Medicação causal e sintomática específica no tratamento de:

- Síndrome da menopausa
- Alterações causadas pela ovariectomia
- Hipofunção ovárica associada a perturbações nervosas funcionais

REPRESENTANTES:

UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA

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

viam a nossa lei penal orientada no melhor sentido social.

Com a publicação do Decreto-Lei n.º 32:171, de 29 de Julho de 1942, regulou-se o *segredo profissional médico* em termos claros e precisos, que, revelando conhecimento da melhor elaboração doutrinária estrangeira, a superam ao dispor no

Art.º 7.º O médico que revelar em prejuízo de outrem e sem justa causa segredo que vier ao seu conhecimento em razão da sua profissão será condenado em prisão até seis meses.

§ 1.º Há *justa causa* quando a revelação se torne necessária para salvaguardar interesses manifestamente superiores.

Em especial verifica-se a justa causa:

1.º Quando a revelação à autoridade seja imposta por lei, como nos casos dos n.ºs 1.º e 3.º do artigo 4.º;

2.º Quando haja suspeita de qualquer crime público.

§ 2.º O médico não poderá recusar-se a depor em processo penal nos casos indicados no parágrafo anterior, a não ser que a pessoa assistida possa incorrer em responsabilidade penal.

Sobre o entendimento do anterior preceito legal já o Sr. Conselheiro Procurador-Geral, no seu parecer n.º 648, de 24 de Junho de 1943, se pronunciou em termos que, tendo directa referência ao caso da consulta e representando a única posição a tomar sobre a doutrina legal, se passam a transcrever:

A obrigação de guardar em segredo os factos de que se tenha tomado conhecimento no exercício de uma profissão foi imposta e assegurada, com sanções penais e disciplinares por motivo de interesse público evidente.

Pelo que respeita ao segredo dos médicos, tal como o de outros profissionais, o fundamento da obrigação encontra-se, como diz Manzini (*Trat. di Dir. Pen.*, vol. VIII, 1937, pp. 817 e segs.), na defesa da liberdade e da segurança das relações íntimas, profissionais, determinadas pela necessidade ou quase necessidade de recorrer ao auxílio dos que exercem uma profissão (vide ainda Garraud, *Traité Théor. et Prat. de Droit Pén. Franc.*, 3.ª edição, 1935, tomo VI, p. 65).

Todas as pessoas podem, com efeito, ter necessidade de recorrer a este auxílio e precisam de ter a certeza de que o farão sem o perigo de verem desvendados factos íntimos, algumas das suas desgraças, as suas preocupações, os seus anseios, em resumo, aquele âmbito da sua personalidade que deve ser defendido de intromissões estranhas ou de conhecimentos alheios que poderiam afectar a liberdade de acção de cada um, e, possivelmente, a sua segurança ou a sua vida.

O segredo profissional não é assim protegido em razão de um interesse puramente particular ou mesmo de classe, quando estreitamente considerado, mas sim em virtude de um interesse geral ou público, pela susceptibilidade de poder respeitar, ou

por respeitar, com efeito, à totalidade dos cidadãos.

Mas este interesse público cede, ou deve ceder, naturalmente perante outro interesse público mais forte, e é por isso que hoje, por toda a parte, se entende que a obrigação do segredo profissional não deve ser mantida razões superiores àquelas que determinaram a sua criação imponham a revelação dos factos conhecidos durante as relações profissionais.

O sistema da lei portuguesa está, quanto aos médicos, de acordo com estes princípios. Para só falarmos agora do segredo profissional perante a lei penal, por ser o aspecto que interessa à presente consulta, recordamos que o nosso Código Penal sancionava na disposição geral do § 1.º do artigo 290.º as violações do segredo médico profissional e que o Código de Processo Penal, no artigo 217.º, n.º 3.º isentou da obrigação de depor os que por lei estão obrigados a guardar segredo profissional *sobre os factos que não devam revelar*.

E ainda a legislação mais recente, o Decreto-Lei n.º 32.171, de 29 de Julho de 1942, artigo 7.º, veio mesmo esclarecer que os médicos podem revelar um segredo profissional *havendo justa causa*, isto é, «quando a revelação se torne necessária para salvaguardar interesses manifestamente superiores», apontando logo alguns exemplos de *justa causa* (aparecimento de certas moléstias contagiosas ou a verificação de óbito de pessoas a que não tenham prestado assistência e também quando exista suspeita de algum crime público), preceituando, ao mesmo tempo, que os médicos não podem recusar-se a depor, em processo penal, mesmo com revelação do segredo, nesses casos apontados, a não ser que a pessoa assistida pudesse incorrer em responsabilidade penal (§ 1.º daquele artigo 7.º e seus n.ºs 1.º e 2.º).

Entendeu-se, pois, expressamente que as conveniências do segredo profissional tinham de ceder perante certos perigos da saúde pública ou perante as necessidades da justiça penal, quando houvesse suspeita de crime público e estivesse afastada a possibilidade de incorrer em responsabilidade criminal a pessoa a que os médicos houvessem prestado assistência.

No caso da consulta verifica-se nitidamente uma dessas hipóteses (a do n.º 2.º do § 1.º do mesmo artigo 7.º) em que os médicos se não podem recusar a depor sobre os factos de que tiveram conhecimento no exercício da sua profissão e por causa da assistência que prestaram à falecida... vítima de aborto, por haver suspeita de crime público e não haver já possibilidade de ela incorrer em responsabilidade penal, pois que faleceu (artigo 125.º, n.º 1.º, do Código Penal).

O superior interesse público e a lei imperiosamente exigem que os médicos que prestaram assistência à vítima do aborto deponham com a

Antem...

BALSAMO ANALGÉSICO

LABORATÓRIO DAVI LISBOA

Hoje...

algiDerma

Creme analgésico, antiplogístico, e anti-reumático

Dores reumáticas, artríticas, pleurais, musculares, intercostais

QUIMIOTERAPIA DA TUBERCULOSE

SANIDRAZIDE ISONIAZIDE 0,050 GR.

A dose recomendada é de 3 a 5 mgrs. por quilo de peso e por dia. A resistência do bacilo pode aparecer mas o seu significado clínico, não está completamente esclarecido. Retarda-se o seu aparecimento, combinando-a com outro tuberculostático.

A P A S

P. A. S. CÁLCICO A 0,50 GR.

A dose recomendada é de 10 a 15 grs. diários. O ácido p-amino-salicílico, nesta dosagem é em regra bem tolerado. O ião cálcico melhora a tolerância, e uma vez liberto desempenha as suas funções remineralizante e anti-hemorrágica.

CALCIDRAZIDE

ISONIAZIDE 0,015 GR.
P. A. S. CÁLCICO 0,50 GR.

Associação de 2 potentes tuberculostáticos que pelo seu sinergismo retardam o aparecimento da resistência e são mais rapidamente eficazes. 3 a 4 comprimidos por 10 quilos de peso correspondem à dose habitual de cada um dos constituintes.

A MINISTRAÇÃO SIMULTÂNEA DE 1 GR. DE ESTREPTOMICINA CADA 3.º DIA, PARECE SER O MÉTODO MAIS EFICAZ, SEGUNDO A XI CONFERÊNCIA SOBRE A QUIMIOTERAPIA DA TUBERCULOSE, EM 1952.

LABORATÓRIO SANITAS

amplitude necessária ao inteiro esclarecimento da justiça.

4) Basta atentar no texto legal para logo se concluir que o regime do segredo profissional do médico foi inteiramente moldado em bases vincadamente sociais.

O dever de sigilo tem por objecto os factos que, na expressão do corpo do artigo 7.º, vierem ao conhecimento do médico em razão da sua profissão, que não podem ser revelados, em prejuízo da pessoa assistida e sem justa causa.

O prejuízo tanto pode ser efectivo como possível, como resulta do corpo do artigo e da expressão final do § 2.º.

O nosso legislador não se limitou a definir justa causa de revelação, como sendo a que se impõe como necessária para salvaguardar interesses manifestamente superiores; o seu cuidado foi ao ponto de, em aplicação destes princípios, apontar casos de justa causa, fazendo-o em termos que, nítida e indiscutivelmente, impõem tal enumeração como exemplificativa.

Os mais variados fins político-sociais podem impor a salvaguarda de interesses manifestamente superiores àquele que ditou o segredo profissional e, em tais casos, o dever de calar é sobreposto pelo dever de falar.

Sendo o Direito uma ciência de fins, bem se compreende que, colocados no plano teleológico ou valorativo, o jurista em harmonia com a hierarquia dos valores e o legislador façam as suas construções legalmente protegidos, intensificando a protecção em relação aos valores ou interesses manifestamente superiores.

A esta luz bem se compreende o alcance do citado artigo 7.º.

5) Assim, no caso especial da consulta, «o superior interesse público e a lei imperiosamente exigem que os médicos que prestaram assistência à vítima do aborto deponham com a amplitude necessária ao inteiro esclarecimento da justiça».

A este respeito é claro o n.º 2.º do § 1.º do artigo 7.º, ao dispor que se verifica a justa causa de revelação «quando haja suspeita de qualquer crime público», acrescentando o § 2.º que «o médico não poderá recusar-se a depor em processo penal nos casos indicados no parágrafo anterior, a não ser que a pessoa assistida possa incorrer em responsabilidade penal».

Desde que a pessoa assistida não possa ser imputada responsabilidade — ou por falta dos seus pressupostos ou por virtude da sua extinção (artigos 26.º e 125.º do Código Penal) —, havendo justa causa de revelação, nos termos do § 1.º, os médicos não podem recusar-se a depor em processo penal, não sendo condição do seu depoimento a autorização da Ordem dos Médicos, que, se for consultada, como é faculdade dos médicos, deve dar o seu parecer no sentido exposto, por ser o único legal.

A falta de autorização da Ordem não exime os cidadãos, por serem médicos, ao cumprimento de um dever legal que se torna necessário para salvaguarda de interesses manifestamente superiores.

6) Nos termos expostos, emite-se o seguinte parecer:

I) O segredo profissional médico funda-se no interesse geral de sigilo, impondo-se, porém, o dever de revelação sempre que haja justa causa, isto é, quando a revelação se torne necessária para a salvaguarda de interesses manifestamente superiores.

II) Verifica-se justa causa de revelação quando houver suspeita de qualquer crime público, caso em que o médico não poderá recusar-se a depor em processo penal, salvo se a pessoa assistida puder incorrer em responsabilidade penal.

III) Não é condição daquele depoimento a autorização da Ordem dos Médicos.

IV) Assim não é de invocar o segredo profissional por médicos assistentes de pessoa falecida, em relação à qual haja suspeita de ter provocado aborto criminoso, para se eximirem a depor em processo penal.

Este parecer foi votado no conselho consultivo da Procuradoria-Geral da República de 24 Abril de 1952.

A bem da Nação.

Procuradoria-Geral da República, 26 de Abril de 1952. — O Ajudante do Procurador-Geral da República, António Furtado dos Santos.

Está conforme.

Procuradoria-Geral da República, 6 de Maio de 1952. — O secretário da Procuradoria-Geral da República, Carlos Cecílio Nunes Góis Mota.

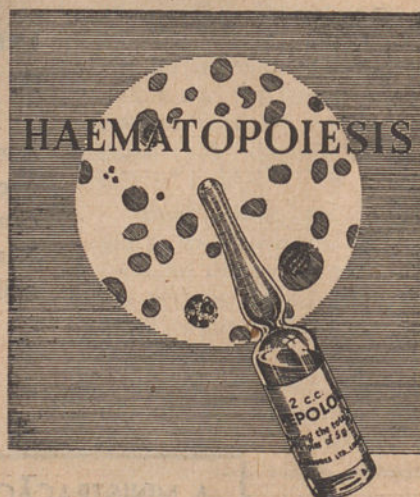


ACÇÃO GARANTIDA RESPOSTA CERTA

HEPOLON, soluto dos factores hematopoiéticos do fígado, é não só eficaz nas anemias como na prevenção de lesões cardíacas.

Não dá reacções por histamina ou matéria protéica indesejável.

De cada lote faz-se ensaio clínico em casos primários de anemia perniciosa.



Caixas de

HEPOLON

6 amp. 2 c. c.

Folheto aos Ex.^{mos} Clínicos

Representantes: Coll Taylor, L.da — Rua dos Douradores, 29-1.º — Lisboa
Depósito no Norte: Farmácia Sarabando — Largo dos Loios, 36 — Porto

5.º CONGRESSO INTERNACIONAL DE NEUROLOGIA

Realizar-se-á em Lisboa de 7 a 12 de Setembro, do presente ano, o V Congresso Internacional de Neurologia.

Serão tratados os seguintes temas:

Afecções vasculares do cérebro — Fisiopatologia e Clínica, sob a direcção do Prof. Th. Alajavanine.

— Fisiopatologia da circulação cerebral nas afecções vasculares do cérebro, pelo Dr. Lymour S. Ketty (Bethesda, U. S. A.).

— O papel do edema cerebral nas afecções vasculares do cérebro, pelos Profs. G. Schaltenbrand (Wurtsbourg) e Selbach (Berlim).

— As arterites cerebrais estenosantes, pelo Prof. Cloake (Birmingham).

— As malformações vasculares cerebrais, exceptuando os aneurismas, pelos Drs. Girard e Devic (Lião).

Doenças vasculares do cérebro:

— Semiologia angiográfica e terapêutica cirúrgica, sob a direcção do Prof. Egas Moniz.

— Técnica angiográfica e terapêutica cirúrgica das obstruções vasculares, pelo Dr. Riechert (Freiburg).

— Semiologia angiográfica dos aneurismas intracranianos, pelo Prof. Egas Moniz (Lisboa).

— Terapêutica cirúrgica dos aneurismas vasculares do cérebro, pelo Dr. Norman Dott (Edinbrug).

— Terapêutica cirúrgica dos aneurismas arteriovenozos e dos tumores vasculares do cérebro, pelo Dr. H. Olivecrona (Estocolmo).

Lobo parietal:

Sob a direcção do Professor F. Walsche.

— Considerações gerais sobre a sintomatologia do lobo parietal, pelo Dr. MacDonald Critchley (Londres).

— A selecção existente entre as lesões do lobo parietal e a anosognosia e a imagem corporal, pelo Dr. J. Lhermitte (Paris).

— As relações existentes entre os lobos parietais esquerdo e direito, pelo Dr. H. Hoff (Viena).

— Observações sobre a aprexia, pelo Dr. D. Demy-Brown (Boston).

Afecções metabólicas do cérebro:
Sob a direcção do Dr. Van Bogaert.

— As thesaurimoses fosfetídicas sob o ponto de vista clínico, histopatológico e químico, pelos Profs. Halleworden (Giessen) e Klenk (Colónia).

— As thesaurimoses da Kerasine, por Sir Russel Brein (Londres).

— As causas nervosas das glicojens, pelos Drs. Castaigne (Paris) e Fr. Lhermitte (Paris).

— As lipoidoses colessterínicas, pelo Dr. Giampalmo (Gênes).

Todo o membro do Congresso que deseje tomar parte na discussão dos temas, deve inscrever-se primeiramente junto do Secretário geral e enviar-lhe um resumo da sua intervenção. No máximo cinco minutos por

cada orador. Todo o membro do Congresso que deseje fazer uma comunicação sobre um assunto fora dos temas (comunicação livre) deverá submeter o seu texto ao seu Comité Nacional que, por sua vez, o enviará ao Secretário geral o mais tardar até um de Fevereiro de 1953. No máximo dez minutos para cada orador.

Cada membro não poderá realizar no decurso do Congresso, mais do que uma comunicação pessoal.

O Comité executivo do programa decidiu adoptar as seguintes 5 línguas oficiais: Francês, Inglês, Espanhol, Italiano e Português. Os temas e os resumos das comunicações serão publicados em Francês ou em Inglês. Os pedidos de inscrição deverão

ser feitos ao Comité Nacional que transmitirá o pedido ao Professor Almeida Lima, secretário geral do Congresso.

Terá lugar na segunda-feira seguinte ao encerramento do Congresso (inscrição especial) uma sessão comemorativa do Centenário de Ramon e Cajal, em Madrid.

Inscrições: 15 dólares ou o equivalente para cada membro titular, 10 dólares para cada membro associado e 5 dólares para cada membro adjunto.

Agência de viagens: American Express.

Secretário Geral do Congresso: Prof. Almeida Lima, Hospital Júlio de Matos, n.º 53 — Avenida Brasil — Lisboa.

2 PRODUTOS **WANDER**

Alfabis

WANDER

SUPERIOR PREPARAÇÃO DE BISMUTO METÁLICO

PRONTA A APLICAR

INDOLOR

ÓPTIMA TOLERÂNCIA

Ap.: Caixas de 6 ampolas de 0,5 c. c., com 0,05 de bismuto.

Antisacer

WANDER

O ANTI-EPILEPTICO DE ELEIÇÃO

SIMPLES E COMPOSTO

Ap.: Tubos de 20 drag.

V I D A M É D I C A

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 2 a 8 de Fevereiro)

Dia 2 — Notícia do correspondente de «O Comércio do Porto» informa que o Dr. Manuel Gomes de Almeida, cirurgião no Porto, a estagiar no Hanemann Medical College, Hospital de Filadélfia, foi proposto pelo Dr. Bailey para sócio da Associação Americana de Cirurgia.

3 — No orçamento para 1953, da Província de S. Tomé e Príncipe, consignam-se 8.000 contos para os Serviços de Saúde, quase 12 por cento do total da despesa orgamental. Destinam-se 2.205 contos para pessoal, 262 para material, 4 mil para medicamentos, dietas e outras despesas diversas.

A considerar ainda a despesa extraordinária que o orçamento deste ano consigna aos Serviços de Saúde, na quantia de 1.500 contos, dos quais 1.000 se destinam à construção de um pavilhão para infecto-contagiosos e 500 para apetrechamento do Hospital Central de S. Tomé. De salientar ainda que, na sua maior parte, a assistência médica e hospitalar é feita gratuitamente.

5 — Na Faculdade de Medicina do Porto, efectuou-se, pelas 15 horas, a sexta reunião científica deste ano lectivo, com o seguinte programa de trabalhos:.

«A propósito de um caso de rotura espontânea de aneurisma da aorta», pelo Dr. Manuel Amarante; «Sobre a terapêutica da meningite por Hemophilus em crianças», pelo Dr. Aires Pereira; «Notas sobre dois recém-nascidos vomitadores por malformações do tubo digestivo», pelo Dr. Armando Tavares; «Micro-electroforese em papel de filtro», pelo Dr. Eugénio Corte-Real; «Da terapêutica da meningite tuberculosa pela isoniazida», pelo Prof. Dr. Fonseca e Casuro.

— A noite, na sede da Secção Regional da Ordem dos Médicos, no Porto, toma posse o novo Conselho Regional. O acto é muito concorrido, assistindo colegas da maior representação da cidade e da província.

Discursa o Dr. Albano Ramos, vice-presidente do Conselho cessante e o Dr. Frazão Nazareth, novamente é impossado como presidente, para o novo triénio, das actividades regionais. Com o devido relevo daremos reportagem circunstanciada.

6 — No Hospital Militar Regional n.º 1, do Porto, realiza-se, pelas 21,30 horas, no salão nobre uma conferência médica subordinada ao tema: «Tuberculose em Neuro-Psiquiatria», e que faz parte de um ciclo de conferências que se vem efectuando, quinzenalmente, desde o passado mês de Outubro, pelos clínicos em serviço naquele estabelecimento hospitalar. O conferente é o Dr. Eduardo Teixeira de Sousa.

— Sabe-se, em Lisboa, que vai ser nomeado director do Banco do Hospital de S. José e dos Serviços de Urgência dos Hospitais Cívicos de Lisboa — lugar vago

pela exoneração, a seu pedido, do Dr. José da Cunha Paredes — o Dr. Jorge da Silva Araújo.

Cirurgião distinto, o novo director do Banco tem larga folha de serviços como clínico hospitalar.

— Na Assembleia Nacional, no debate sobre o aviso prévio do Dr. Cancela de Abreu o Eng. Sousa Câmara pede a reintegração dos professores universitários afastados do serviço.

Entre outros diz: «Não cre que o Prof. Fernando da Fonseca tivesse cometido faltas políticas. Quem é professor, investigador, clínico, quem convive com estudantes, quem estuda, quem trabalha na sua missão, quem se entrega a ela em verdadeiro apostolado, quem vive para a sua ciência, para a Universidade, não tem vagar nem disposição para manobras políticas».

Estrangeiro

— Morreram sessenta pessoas e estão doentes 1.350, numa epidemia de sarampo que está a assolar Tóquio. Funcionários dos serviços de saúde esperam que sejam afectadas 900.000 pessoas, antes da epidemia diminuir.

— Na U. R. S. S. autopsiaram Estaline, a fim de se inteirarem da justiça do diagnóstico feito em vida. Informam que estava conforme e, portanto, a medicação certa. Quanto a esta classificam-na de antiquada algumas celebridades médicas ocidentais interrogadas pelos jornalistas

— Em Madrid, o Dr. Vicente Gilsanz obteve por concurso a cátedra vacante pela morte do Dr. Cañizo. As restantes duas cátedras de Clínica Médica da Universidade de Madrid são ocupadas por Gimenez Diaz e Enrique de Salamanca. Dos onze concorrentes 6 eram catedráticos em Faculdades da província.

— No salão nobre do Colégio de Médicos de Madrid os Drs. Eduardo Adsuara e Ramon Miguel, na décima sessão científica da Academia Deontológica Madrilense, falaram sobre «Intimidade e Psicoterapia».

— A Comissão Internacional para o Estudo da Nutrição Infantil ficou constituída por Dean (Reino Unido), Senecal (França), Latsky (África do Sul), Pequín (Centro Internacional da Infância), Verhostrateg (da O. M. S.) e Ballabriga (Espanha). Esta Comissão resultou dos trabalhos do Colóquio Internacional de Protecção à Infância, realizado em Brazzaville.

— Regressou a Barcelona, depois de assistir à reunião da Sociedade Belga de Oftalmologia, da qual foi nomeado membro honorário, o conde de Arruga.

— Em Illinois (E. U. A.) a Câmara estadual aprovou uma proposta destinada a investigar a eficácia do «Krebioben», medicamento contra o cancro.

— Em Nova Iorque vários homens de ciência declararam que a gripe será brevemente vencida e que esperam anunciar em

1954 a vitória sobre esta doença, assim o diz a O. M. S.

Segundo eles, a recente epidemia permitiu coordenar esforços para terminar com a doença e é muito possível que no futuro se possa utilizar uma vacina específica. Estes pontos de vista, tão optimistas, estão a ser objecto de revisão e estudo em Genebra.

— Nos últimos dias de Fevereiro foi inaugurado em Madrid um Curso reduzido de Medicina e Cirurgia de Urgência.

Na sessão inaugural fez a sua lição o Prof. Gimenez Diaz sobre «Insuficiência renal — Problemas de urgência que cria». Teve discussão no final por parte da assistência.

— O Dr. Marañon proferiu no Conselho Superior de Investigações Científicas uma conferência com o tema «Visão da América através do Equador».

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

— De provas documentais para o provimento do partido médico com sede na freguesia de Malta, compreendendo a área das freguesias de Macieira, Fornelo, Vairão, Canelo, Guilhebreu, Gião, Malta, Vilar, Mosteiro, Vilar do Pinheiro e Aveleda (Vila do Conde).

— Para provimento do lugar de médico do partido com sede em Figueira da Foz, foram admitidos definitivamente os seguintes concorrentes: Augusto Martins Inácio, Emidio Godinho Moreira, José Cardoso Mauricio, José do Nascimento Costa e Júlio Jorge Gouveia.

— Para provimento do cargo de médico municipal do 2.º partido, com sede na freguesia de Besteiros (Paredes).

*

— Vai realizar-se em Sevilha, de 7 a 10 de Maio próximo, o 1.º Congresso Luso-Espanhol de Cardiologia.

Os primeiros assuntos a discutir terão de girar em torno de quatro relatórios, dois dos quais foram confiados a médicos espanhóis — «Miocardiopatias» — pelos professores Cruz Aunon e Duclos Perez, e «Sincopes cardíacas vasculares», pelo Prof. Vega Diaz.

Outros dois relatórios a médicos portugueses — «Pulmão cardíaco», pelo Prof. João Porto, e «Flebografia», pelo Prof. Cid dos Santos.

Além dos quatro relatórios e de comunicações, haverá uma conferência plenária pelo Prof. Gilberto Queraltó, de Barcelona.

Será conveniente que os cardiologistas que desejem apresentar comunicações indiquem, desde já, pelo menos, o seu enunciado, para o presidente ou secretário da Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

De entre os números recreativos haverá concerto de gala no Teatro Lopez de Vega e uma festa folclórica. Serão ainda organizadas visitas a centros artísticos de Sevilha, particularmente destinadas a senhoras ou a quem não desejar participar dos trabalhos científicos do Congresso.

O prazo de inscrições termina no próximo dia 15, podendo fazê-lo qualquer pessoa, mesmo que não esteja inscrita na Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

— Em Braga é constituída uma Comissão dos paroquianos de Maximinos, para levar a efeito uma homenagem ao sr. Dr. Felicitissimo do Vale Rego Campos, como testemunho de gratidão pelos inúmeros benefícios que lhes tem dispensado aquele distinto médico.

Estrangeiro

— A reunião do American College of Chest Physicians terá lugar em Barcelona

SERVIÇO PERMANENTE

DA

CASA DE SAUDE DA BOAVISTA

Rua Pedro Hispano (Antiga Carcereira) — PORTO

Tel. 60657 - 60847 - 62037

SOCORROS A DOENTES E SINISTRADOS

A QUALQUER HORA

Prestados por Médicos, Especialistas e Cirurgiões, em serviço permanente, com instalações privativas, equipadas para todos os serviços médicos e cirúrgicos.

ASSISTÊNCIA MÉDICA DOMICILIÁRIA

MEDIANTE CHAMADA TELEFÓNICA

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 apirogénica	3 c. c.

FORTE

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

APRESENTAÇÃO:

NORMAL		FORTE	
1 Dose	Esc. 15\$00	1 Dose	Esc. 15\$50
3 Doses	Esc. 43\$00	3 Doses	Esc. 44\$50
5 Doses	Esc. 70\$00	5 Doses	Esc. 71\$50
10 Doses	Esc. 138\$00	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

em Setembro de 1954, tratando de assuntos torácicos, excluída a tuberculose.

— A XIII Reunião Internacional contra a Tuberculose far-se-á em Madrid, nos primeiros dias de Outubro de 1954. Calcula-se que cerca de 2.000 especialistas, onde figuram os mais destacados nomes da fisiologia mundial, estejam presentes neste congresso.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 20-2 a 4-3-953)

20-2

Dr. Artur João da Costa Andrade, Delegado de Saúde de 2.^a classe do quadro do pessoal técnico das delegações e subdelegações de saúde — nomeado director dos serviços técnicos do quadro do pessoal técnico da Direcção Geral de Saúde.

— Drs. António Maria Baptista Fernandes, Rui da Câmara Pestana, José Augusto Lopes Borges de Almeida, Manuel Maria de Oliveira Mendes, João Eduardo Coelho Ferraz de Abreu, Luis Maia da Mota Capitão, José Elisio de Castro Ferreira, Abel Vieira Campos de Carvalho, Carlos Anjos Dinis de Magalhães Meneses Vilar, Francisco Gentil da Silva Martins e Fernanda Mendes de Paula — classificados no concurso para internos do internato complementar dos Serviços Gerais de Clínica Cirúrgica dos H. C. L.

— Dr. Samuel Martins Canas — classificado no concurso para interno do internato complementar do Serviço Clínico da especialidade de estomatologia dos H. C. L.

21-2

— Licenciada Micaela Marques Prouença — aprovado o termo do contrato para o de-

sempenho das funções de preparador do Laboratório de Análises Clínicas da Faculdade de Medicina de Coimbra.

— A Câmara Municipal de Ponta Delgada declara que para o provimento do partido médico com sede na freguesia de Fajã de Baixo, foi admitido o Dr. José Cabral, médico municipal na situação de licença ilimitada.

25-2

— Drs. Carlos Augusto Lima das Neves, Francisco Xavier da Costa Bastos, Jorge Eduardo Ferreira Girão, João Manuel Ruas Ribeiro da Silva, João Manuel Bentes de Jesus, Pompeu Nabais Barreiros Moreno, António Pedro Cabral de Abreu, Avelino Fortes Espinheira, José Pedro Jorge Chaves Vieira da Fonseca, Frederico Celestino Ferreira Regala, Maria Manuela Antunes, Maria Antónia Ferreira Resina Mota da Costa, Maria João Amaro Correia, José Carmo Leles de Gomes Meleiro, José Balcão Fernandes Reis, José da Cunha e Sá e Berto Luís Guerreiro Carmo — nomeados, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, internos do internato geral dos H. C. L.

— Drs. João Luís Barroso da Fonseca, Mário da Silva Simões de Carvalho, Maria do Céu Dinis Sampaio de Sacadura Freire Cabral, António Manuel da Silveira Saragoça, Carlos Filipe de Aguiar Manso, Georgette Marguerite André Hélène Bané e Maria José Embaixador Pascoal — nomeados, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, internos do internato complementar dos Serviços Gerais de Clínica Médica dos H. C. L.

— Dr. Pedro Rodrigues Formigal Luzes — nomeado, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, internos do internato complementar do Serviço Clínico da especialidade de neurologia dos H. C. L.

— Dr.^a Maria Agueda Pereira Alfaia Barcia — nomeada, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, interno do internato comple-

mentar do serviço clínico da especialidade de pediatria médica dos H. C. L.

— Dr.^a Blanche de Almeida Freitas — nomeada, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, interno do internato complementar do serviço de transfusões de sangue dos H. C. L.

26-2

— A Câmara Municipal de Azambuja declara que para o provimento do lugar de médico do partido municipal com sede em Manique do Intendente, foi nomeado o Dr. Augusto Martins Inácio.

28-2

— Dr. Francisco Paula Santos Geraldes Barba, primeiro-assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa e médico dos H. C. L. — considerado em missão oficial fora do País durante doze meses.

— Dr. João Rafael Casqueiro Belo de Moraes, professor extraordinário da Faculdade de Medicina de Lisboa — prorrogada até 30 de Setembro último a equiparação a bolseiro fora do País que lhe foi concedida.

— Dr. Jaime Augusto Celestino da Costa, professor da Faculdade de Medicina de Lisboa e cirurgião dos H. C. L. — considerado em missão oficial fora do País, de 25 de Setembro a 30 de Outubro últimos.

3-3

— Dr. António Moraes David, 1.^o assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa rescindido, a seu pedido, o respectivo contrato, por ter sido nomeado professor extraordinário da mesma Faculdade.

— Dr. Manuel Diogo Gamboa da Costa, médico escolar do distrito do Funchal — nomeado para idênticas funções no distrito de Castelo Branco, concelho da Covilhã.

4-3

— Drs. Manuel Machado Sá Marques, Rui José Rebelo de Andrade, António Varela Faria de Araújo Rocha, António Bravo de Sousa Uva, Fernando Leal da Costa, Maria Adélia Peres da Costa e Maria dos Santos — nomeados, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, internos do internato geral dos H. C. L.

— Drs. António Maria Baptista Fernandes, José Augusto Lopes Borges de Almeida, Manuel Maria de Oliveira Mendes, Luis Maia da Mota Capitão, Carlos Anjos Dinis de Magalhães Meneses Vilar e Fernanda Mendes de Paula — nomeados, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, internos do internato complementar dos Serviços Gerais de clínica cirúrgica dos H. C. L.

— Drs. Henrique Pinto Baldaia, Mário Ernesto dos Santos Moraes, Joaquim José Maria Correia da Mota Veiga Pacheco Teixeira Gomes da Silva Carvalho, Maria do Carmo Martinho e Luís Bernardo Camacho Rodrigues Marques Pinto — nomeados, precedendo concurso, internos do internato geral do Hospital Escolar de Santa Marta.

— Dr. José Gomes de Cisneiros Ferreira — nomeado, precedendo concurso, interno do internato complementar de neurologia do Hospital Escolar de Santa Marta.

— Dr. João Francisco Romão Chedas Fernandes — nomeado, precedendo concurso, interno do internato complementar de cirurgia do Hospital Escolar de Santa Marta.

— Dr. Francisco Marques Açucena — nomeado, precedendo concurso, interno do internato complementar de pediatria do Hospital Escolar de Santa Marta.

— Dr. Carlos Pinto Trincão — reconduzido por mais três anos, no lugar de professor ordinário da 4.^a cadeira (Hematologia e Protozoologia) do Instituto de Medicina Tropical.



10 NOVOS MODELOS

Aparelhos de Raios X para a radiografia e radiosopia de 10-20-50 e 100 miliampères. Preços e condições excepcionalmente vantajosos.

Enviamos catálogos e descrições sem compromisso.

SOCIEDADE COMERCIAL MATTOS TAVARES, LDA.

A maior organização de Raios X em Portugal

Rua dos Sapateiros, 39-2.º LISBOA - Tel. 25701 (Fundada em 1920)
No PORTO: BACELAR & IRMÃO, LDA. — Em COIMBRA: FARIAS, LDA.

MARTINHO & C.ª L.ª



*Tudo o que interessa a
a medicina e a cirurgia*

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

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.º assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bessa (chef. da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA

Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroudé, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Morais, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Brigadeiro Pinto da Rocha (Dir. Geral de Saúde do Exército), Alexandre Sarmento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Elísio da Fonseca (Chefe da Rep. dos Serv. de Saúde do Min. das Colónias), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando da Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), J. Oliveira Machado (Médico dos H. C. L.), J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), Jorge da Silva Araújo (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) e Xavier Morato (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Morais, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrombotomatoso do Disp. de Higiene Social), Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emílio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.º António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.º António), José Aroso, J. Frazão de Nazareth (Dir. do Hosp. de S.º António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hosp. de S.º 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 — Alexandre Sarmento (Nova Lisboa); MOÇAMBIQUE — Francisco Fernandes J.º (Lourenço Marques); ÍNDIA — Pacheco de Figueiredo (Nova Goa); ESPANHA — A. Castillo de Lucas, Enrique Noguera, Fernan Perez e José Vidaurreta (Madrid); FRANÇA — Jean R. Debray (Paris) e Jean Huet (Paris); ALEMANHA — Gerhard Koch (Munster)

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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


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

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

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

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

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



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

PROPULMIL
Bial

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.