

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

XI ANO — N.º 468
18 de Agosto de 1960

DIRECTOR E EDITOR
MÁRIO CARDIA

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

Red. Adm. AV. DOS ALIADOS, 41 — PORTO — TELEF. 24907 / LISBOA: Av. de Roma, 43-5.º-E. — Telef. 771912 / Prop. da SOPIME-Sociedade de Publicações e Iniciativas Médicas, L.da
Ver condições de assinaturas e outras indicações na 2.ª págs. // Composto e impresso na Tipografia Sequeira, L.da — PORTO — R. José Falcão, 122 — Telef. 24664

Corte

a
ansiedade
e a
tensão
nervosa

COM

Calmotone

LABORATÓRIOS AZEVEDOS MEDICAMENTOS DESDE 1775

10-16-1960

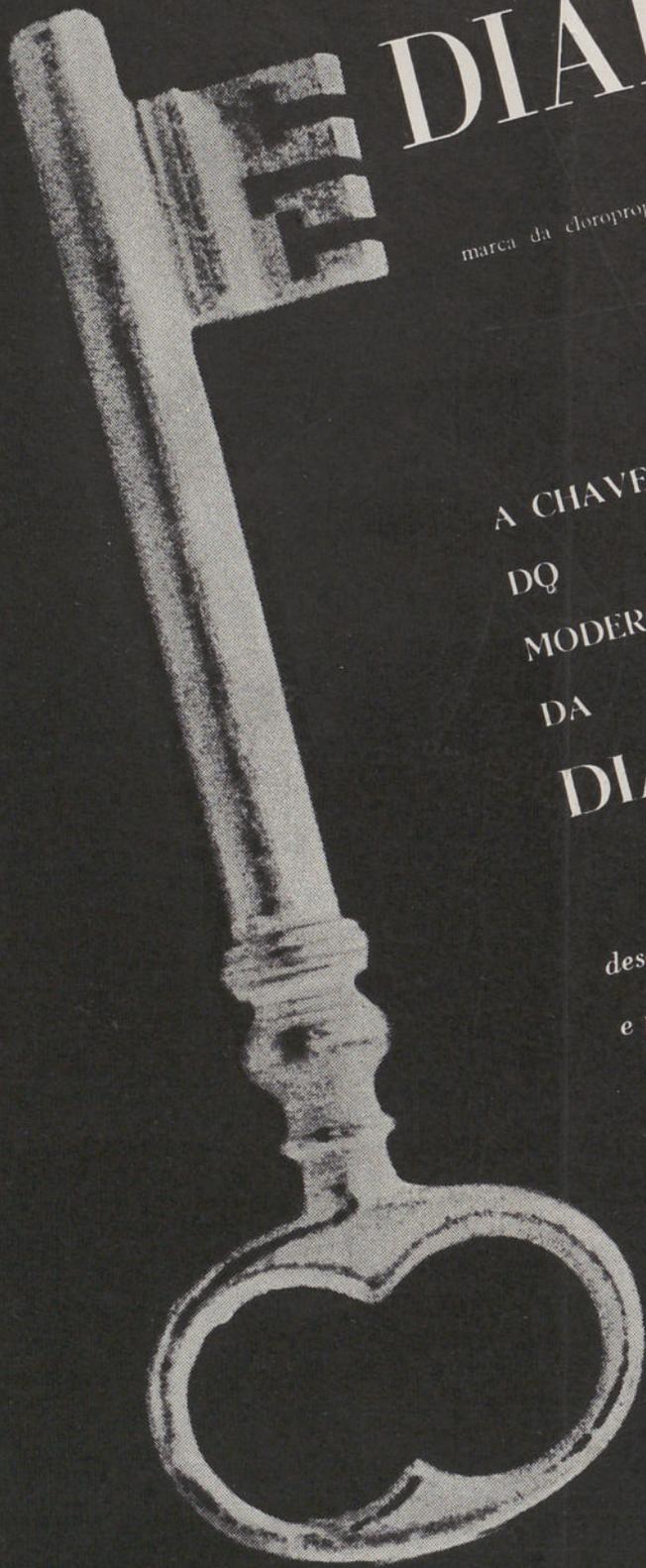
SUMÁRIO

SEMANA A SEMANA	195	MOVIMENTO MÉDICO	
CIÊNCIAS MÉDICAS — CLÍNICA		Comparação da clorotiazida com a meralurida	212
ARTIGOS ORIGINAIS		Que deseja saber?	214
JOSÉ MANUEL PACHECO DE FIGUEIREDO — Contribuição		Sumários da Imprensa Médica Nacional	214
de Portugal para a Medicina no Oriente nos		LIVROS E OUTRAS PUBLICAÇÕES — Bibliografia	
séculos XVI, XVII e XVIII	198	— GUEDES GUIMARÃES	215
E. L. CORTESÃO — Psicodinamia e tratamento da frigidez		ASSUNTOS GERAIS E PROFISSIONAIS	
na situação grupo-analítica	200	Os nossos inquéritos — Perspectivas e tendências em Saúde	
CARLOS SANTOS SOARES — As actividades transaminásicas		Pública — Depoimento do DR. GONÇALVES FERREIRA	218
do soro no diagnóstico das afecções cardíacas		ECOS E COMENTÁRIOS — MENDONÇA E MOURA, JOSÉ	
e hepáticas	203	ANDRESEN LEITÃO e ARNALDO SAMPAIO	225
P. BUREAU e J. DANGSY — Um novo processo de con-		FORA DA MEDICINA — Crítica Literária — TABORDA	
tenção das fracturas do malar	211	DE VASCONCELOS, GUEDES GUIMARÃES e MÁRIO	
		SOTTOMAYOR CARDIA	229

Preço, avulso: 5500

DIABINESE*

marca da cloropropamida



A CHAVE

DO

MODERNO TRATAMENTO

DA

DIABETES

descoberta, aperfeiçoada
e produzida pela

Pfizer

Ciência para o bem-estar da Humanidade

* Marca de fabricante de Chas. Pfizer & Co., Inc.

Pfizer

PFIZER PORTUGUESA, LIMITADA
Rua Rodrigo da Fonseca, 139 — LISBOA, I

PERSPECTIVAS E TENDÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA

Iniciamos hoje — com a resposta do Dr. Gonçalves Ferreira — os depoimentos a respeito do inquérito, que anunciamos no último número, sobre «Perspectivas e tendências da Saúde Pública». Num dos próximos números de «O Médico», teremos também a satisfação de inserir, como complemento ao que hoje se publica, um artigo do Dr. Gonçalves Ferreira sobre «Centros de Saúde».

DR. LOPO DE CARVALHO CANCELA

Ao livro «Suberose», do nosso ilustre colaborador Dr. Lopo de Carvalho Cancela, acaba de ser atribuído o Prémio Internacional René Berthe, destinado a publicações de cientistas de todos os países sobre Medicina do Trabalho e Higiene Industrial. O prémio, no valor de 5.000 francos novos, criado para perpetuar a memória de René Berthe, um dos pioneiros da Medicina do Trabalho em França, é atribuído de 3 em 3 anos e a declaração da obra premiada faz-se no decurso dos Congressos Internacionais de Medicina do Trabalho que, igualmente, se realizam de 3 em 3 anos. O Prémio René Berthe foi este ano atribuído pela 1.^a vez, no XIII Congresso Internacional de Medicina do Trabalho, que se realizou em Nova Iorque, de 25 a 29 de Julho último. O prémio atribuído ao Dr. Lopo de Carvalho Cancela representa, pois, uma grande honra para o nosso País — o que de certo modo atenua a péssima impressão que, justamente, causa aos estrangeiros a nossa triste situação quanto aos problemas da medicina do trabalho em Portugal. Manifestando o regozijo de todos os que trabalham em «O Médico» por lhe ter sido concedido tão alto galardão, dirigimos ao distinto colega os nossos calorosos parabéns.

DR. ALMERINDO LESSA

Seguiu para Tóquio o Dr. Almerindo Lessa, que ali vai participar nos congressos mundiais de Hematologia e Transfusão. Antes daquelas reuniões, o Dr. Almerindo Lessa visitará, a convite da Academia das Ciências Médicas do Japão, os principais centros de investigação médica daquele país e, depois, seguirá para Macau, onde vai dirigir durante dois meses, uma missão de Antropologia Tropical subsidiada pela Junta de Invesgações do Ultramar, que inclui investigadores franceses, brasileiros e portugueses. Ao mesmo tempo o pessoal daquela missão colaborará com os serviços provinciais na

montagem de um Centro de Sangue e na preparação científica especializada do pessoal técnico auxiliar. Todos os que trabalham em «O Médico» desejam pleno êxito nas missões de que vai incumbir-se o ilustre colega Dr. Almerindo Lessa, director da «Semana Médica» e membro do Conselho Científico de «O Médico».

CENTRO DE ESTUDOS DA PARAMILOIDOSE DE TIPO PORTUGUÊS (CORINO DE ANDRADE)

Foi recentemente criado — pelo decreto-lei n.º 43.074 — junto da Direcção-Geral de Saúde o *Centro de Estudos da Paramiloidose de Tipo Português (Corino de Andrade)*, que trabalhará em estreita ligação com o Instituto de Assistência aos Leprosos e ao qual «compete realizar os trabalhos necessários para individualizar e caracterizar os diversos aspectos respeitantes à etiopatogenia da referida doença e estudar os meios mais adequados para o seu tratamento». A importância de se tentarem coordenar os esforços separados de investigação em campos afins é demasiado óbvia para que a comentemos. Por outro lado a medicina portuguesa — e o Porto em particular — vê finalmente a consagração oficial explícita dum daquele pequeno grupo de médicos e investigadores nacionais que já ultrapassou há muito o âmbito paroquial duma nação — o Dr. Corino de Andrade. Além do Dr. Corino de Andrade, foram nomeados para dirigir o Centro, por despacho do sr. Ministro da Saúde, os seguintes médicos: Drs. Jorge Horta, professor catedrático da Faculdade de Medicina de Lisboa, Renato Trincão, professor catedrático da Faculdade de Medicina de Coimbra, Manuel Ribeiro do Rosário, assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa, João Lobo Antunes, chefe do Laboratório do Hospital Miguel Bombarda e Augusto Castro Soares, director do Instituto de Assistência aos Leprosos.

CONGRESSO PARA O PROGRESSO DAS CIÊNCIAS

De 23 a 26 de Novembro próximo vai realizar-se em Sevilha o *XXV Congresso Luso-Espanhol para o progresso das Ciências*. Está prevista a distribuição dos trabalhos por 14 secções, sendo uma delas dedicada a Medicina e Cirurgia, e a organização de vários colóquios, dos quais um sobre a «Quimioterapia do Cancro». Outras secções dizem respeito à Biologia, Química,

Física, Ciências Sociais, Matemáticas, etc. Poderão inscrever-se como congressistas pessoas de qualquer nacionalidade desde que sejam a) sócios das sociedades científicas filiadas na Associação Portuguesa para o Progresso das Ciências; b) professores das Faculdades, Institutos e Escolas Superiores, Médias ou Secundárias; c) membros das Academias científicas e d) membros das Ordens de profissões liberais. É ainda condição indispensável a apresentação duma comunicação. A inscrição (até 26 de Agosto) pode ser feita na R. do Príncipe Real, 14-2.º-Lisboa, no Instituto de Antropologia da Faculdade de Ciências do Porto e no Instituto Botânico da Faculdade de Ciências de Coimbra.

SAÚDE MENTAL

São os seguintes os temas gerais do 6.º Congresso Internacional de Saúde Mental que se vai realizar em Paris nos dias 30 de Agosto até 5 de Setembro de 1960: necessidades das crianças e dos adolescentes; inquéritos nacionais no domínio da saúde mental e da doença mental; o ensino dos princípios da saúde mental na formação profissional; a saúde mental e os aspectos sociológicos do desenvolvimento industrial; saúde mental e migrações; saúde mental e velhice.

QUIMIOTERAPIA DOS CANCROS

A quimioterapia dos cancros — em que se depositam muitas esperanças — parece enriquecida por Arnold e Bourseaux, que sintetizaram nova forma de mostarda azotada, a ciclofosfamida (que, talvez pela primeira vez, alia a ausência de toxicidade à eficácia terapêutica). Num dos últimos números de «La Presse Médicale», G. Delmon (de Bordeus) publica um trabalho sobre a Ciclofosfamida B 518, que relata o tratamento, com esse preparado, de 12 epitelomas gástricos. Em 4 tumores inoperáveis ou recidivantes, foi conseguido um resultado parcial: melhoras a par de estabilização da evolução. 4 outros doentes, dos quais 3 com gânglios invadidos, receberam, após gastrectomias, um tratamento profilático sistemático; registou-se um insucesso; um dos casos tem 18 meses (após a gastrectomia), e outros 15, 9 e 8 meses. Os tumores do recto também parecem ser favoravelmente influenciados. A tolerância digestiva é boa; às vezes, há náuseas.

Na página seguinte:

«Comentário da Semana»

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

CONSELHO DE REDACÇÃO: Luís A. Duarte Santos — Prof. da Fac. de Med. (Coimbra); Fernando Nogueira — Prof. da Fac. de Med. e médico dos H. C. L. e José Andresen Leitão — Dir. do Inst. Nac. de Educação Física — 1.º Assistente da Fac. de Med. (Lisboa); Alvaro Mendonça e Moura — Dir. da Cir. Sanit. da Zona Norte e Waldemar Pacheco — Médico no Porto. Delegado no Brasil — Hilário Veiga de Carvalho — Prof. da Fac. de Med. da Universidade de S. Paulo.

SECRETÁRIO DA DIRECÇÃO: Augusto Costa — Médico dos Hosp. de St.º António e de Matosinhos

ADMINISTRADOR: Manuel dos Santos

★

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (Pagamento adiantado):

Portugal Continental e Insular: um ano — 180\$00; Ultramar, Brasil e Espanha: um ano — 240\$00; Outros países: um ano — 300\$00

Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com a «Acta Gynæcologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

Portugal Continental e Insular — 220\$00; Ultramar — 290\$00

As assinaturas começam em Janeiro; no decorrer do ano (só para «O MÉDICO») aceitam-se assinaturas a iniciar em Abril, Julho e Outubro (respectivamente, 120\$00, 90\$00 e 60\$00).

RED. ADM.: Av. dos Aliados, 41-4.º — PORTO
Telefone 24907

LISBOA: Av. de Roma, 43 - 5.º - Esq.º
Telefone 771912

DEL. EM COIMBRA: Casa do Castelo —
R. da Sofia, 49

★

Composição e impressão:

TIPOGRAFIA SEQUEIRA, L.da
R. José Falcão, 122 — PORTO
Telefone 24664

★

Prop. da SOPIME — Sociedade de Publicações e Iniciativas Médicas, L.da

★

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

O comentário desta semana deve referir-se, também — como no número passado — ao Dr. Juscelino Kubitschek de Oliveira, a quem Portugal prestou as honras devidas, como representante do Brasil e pelas qualidades pessoais que lhe admiramos. No programa, extremamente pesado, que foi estabelecido, não se incluíram visitas de interesse especialmente médico, que, certamente, seriam de agrado para quem é médico, sempre atento aos progressos sociais. Foi pena que o Dr. Juscelino Kubitschek de Oliveira não visitasse, por exemplo, o Hospital de Santa Maria, o Instituto Português de Oncologia e o Hospital de S. João. Teria então oportunidade de conhecer muitos dos seus colegas, médicos, portugueses, que muito estimariam que o intercâmbio médico luso-brasileiro se intensificasse. Como o comentarista dizia no número anterior, o Dr. Juscelino Kubitschek de Oliveira poderia ser, melhor do que ninguém, o grande impulsionador, de que necessitamos, de mútuas visitas de médicos portugueses e brasileiros e desse também tão útil intercâmbio da literatura médica luso-brasileira. Como portugueses, amigos e admiradores do Brasil, os médicos portugueses, associando-se calorosamente às vibrantes homenagens que o Brasil acaba de receber em Portugal na pessoa do seu Presidente, fazemos votos para que, desta histórica visita, resulte também, entre outros benefícios, uma intensificação cultural que abranja o sector médico-social.

★

Com o calor e as férias de verão, rareiam os acontecimentos médicos, de tal modo que os comentaristas desta secção — que não podem fugir aos actos de ocasião — vêem-se em dificuldades para esco-

lherem motivos que se enquadrem verdadeiramente na semana.

Saindo, um pouco, dessa preocupação, assinalamos, para leve comentário, o projecto de lei, que o Snr. Ministro da Saúde vai enviar à Câmara Corporativa, sobre aproveitamento de tecidos e órgãos de cadáveres — e cujo texto será publicado no próximo número de «O Médico». Mais uma vez se manifesta o desejo do Snr. Dr. Henrique Martins de Carvalho em querer ouvir opiniões, receber sugestões e críticas, aproveitando a imprensa médica. Assim fizessem outros, sobretudo médicos, que, muitas vezes, do alto das suas cátedras (nem sempre universitárias) supõem que sabem tudo e que têm o privilégio de poderem dispensar as opiniões dos outros!

O Ministro da Saúde, seguindo, aliás, uma directriz que não mudou desde a sua entrada no Governo, gosta de ouvir os médicos, discutir connosco os vários problemas que apresenta o panorama da medicina nacional, e não mostra medo — o que nem sempre se verifica em relação a altas esferas — de que critiquem a sua acção e as propostas que lhe parecem justas, mas que, naturalmente, perante outras opiniões, se poderão modificar para melhor.

É, sobretudo, na imprensa médica que os problemas médico-sociais melhor podem ser abordados, e é precisamente neste aspecto das publicações médicas que parece manifestarem-se mais as divergências entre alguns colegas — que preferem ir para as grandes assembleias fazerem discursos estérteis, em lugar de, pensadamente — e com mais utilidade — se ocuparem dos assuntos nas colunas da imprensa profissional. Por isso, o gesto do Snr. Ministro, apelando para as críticas, nos nossos periódicos, sobre a lei referente ao aproveitamento de tecidos e órgãos de cadáveres, encheu-nos de grande satisfação.

C. D.

Anunciam neste número:

Andrade	4.ª capa	Lepetit	206
R. Henrique Paiva Couceiro—Venda Nova—Amadora		Praça D João I, 28-4.º	197
Azevedos	1.ª capa	Luso-Fármaco	
Travessa da Espera, 3 — Lisboa		R. do Quelhas, 14-2.º — Lisboa	208
Celsus	214	Micra	
R. dos Anjos, 67-1.º — Lisboa		R. João de Deus—Venda Nova—Amadora—Lisboa	219
Ciba	205	Neo-Farmacêutica	
R. Gonçalves Crespo, 10 — Lisboa		Av. 5 de Outubro, 21 — Lisboa	202
Estácio	213	Parke, Davis	
R. Sá da Bandeira, 118 — Porto		Travessa da Espera, 3 — Lisboa	224
Ferraz Lynce	221 e	Pestana & Fernandes	3.ª capa
R. Rosa Araújo, 27-1.º — Lisboa	224	R. dos Correeiros, 92-3.º-E. Lisboa	
Fidelis	211, 216 e	Pfizer	2.ª capa
Terras de Santana, 1 — Lisboa	223	R. Rodrigo da Fonseca, 139 — Lisboa	
Instituto Pasteur de Lisboa	225 e	Unifa	209
R. Nova do Almada, 67 — Lisboa		R. da Prata, 250-2.º — Lisboa	217
L. Lepori	210	Unitas	
R. Imprensa Nacional, 86-88 — Lisboa		C. Correio Velho, 8 — Lisboa	217
La Roche	201	Zimata	212, 223 e
R. do Loreto, 10 — Lisboa		R. de Andaluz, 88 — Lisboa	229

A primeira e única penicilina sintética utilizável na clínica

PENICILINOTERAPIA POR VIA ORAL

sem inconvenientes

BENDRALAN

(PENICILINA 152)

Por via oral obtêm-se níveis de concentração superiores ao da penicilina G por via intramuscular.

Melhor efeito antibiótico por complementaridade isomérica.

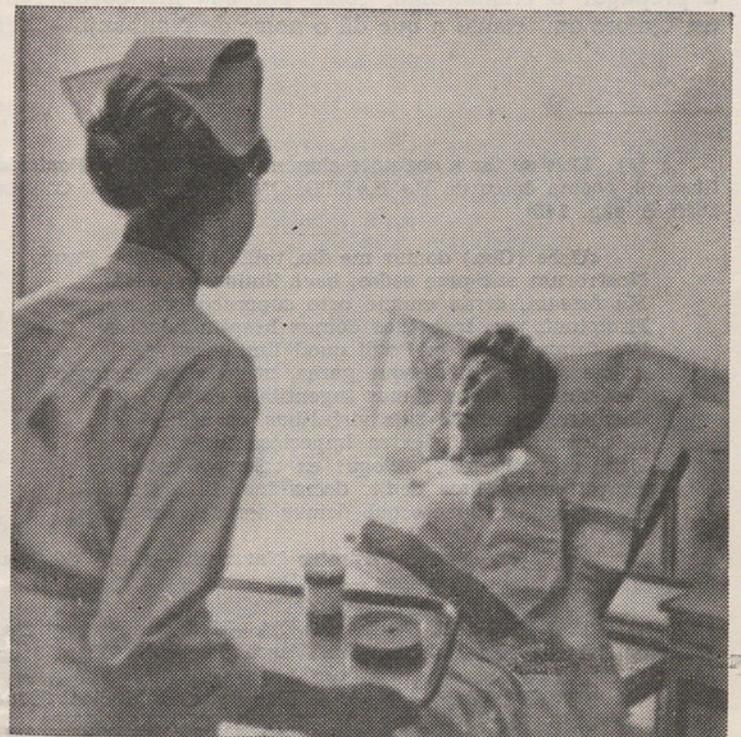
Boa estabilidade em contacto com os sucos gástrico e entérico, perfeita absorção, níveis elevados.

Plena eficiência, evitando os inconvenientes sobejamente conhecidos do emprego intramuscular da penicilina.

Poder alergizante inferior em relação à via parentérica. Algumas estirpes estafilocócicas resistentes às penicilinas clássicas são sensíveis ao Bendralan.

comprimidos e pó para suspensão oral extemporânea

Um produto preparado pelo Instituto Luso-Farmaco
Sob licença da Bristol Laboratories Inc. Siracusa-New York—Division of Bristol-Myers Co.



Contribuição de Portugal para a Medicina no Oriente nos séculos XVI, XVII e XVIII

Ensino Médico

JOÃO MANUEL PACHECO DE FIGUEIREDO

(Professor da Escola Médica de Goa)

Evangelizar, difundir a civilização ocidental, penetrar pacificamente em terras descobertas — eis a tripla finalidade que animava os missionários que, partindo do Colégio de S. Paulo (1), se espalharam por todo esse Oriente misterioso.

Homens de larga visão, que no Padre Mestre FRANCISCO tinham o mais sublime exemplo, sabiam bem que o melhor veículo de que se poderiam socorrer era espalhar o fluxo Bem, tratando e curando as enfermidades. Assim, se junto de cada missão, fundaram um hospital ou uma modesta enfermaria, cada missionário por sua vez tinha maior ou menor conhecimento da Arte de Curar.

Já em 1550, Padre FRANCISCO CABRAL, Reitor do Colégio de S. Paulo, lecionava medicina todas as manhãs, das 7 às 9. «Com essas lições e com a prática que podiam adquirir no Hospital dos Pobres, de mais a mais sob a direcção de um cirurgião hábil como era o Irmão leigo PEDRO AFONSO — esses missionários que iam para a China e para o Japão, levavam, como quase todos os historiadores confirmam, uma preparação médica já notável para a época. — Conhecimentos que, como homens estudiosos e práticos que eram, procuravam ampliar, quer pela consulta de obras consagradas nesse século, tais como a «Polyanthea Medicinal» de CURVO SEMEDO, que alguns deles citam, e outras, quer colleccionando receitas de tratamentos em voga, das quais cada ramo da Companhia, quer de Portugal, quer da Índia, de Macau e do Brazil tinha um livro» (2).

É, porém, no Japão que a Medicina missionária chega ao seu apogeu da glória com a fundação da célebre *Escola da Cirurgia de Namban* pelo Padre LUÍS DE ALMEIDA. O que foi essa Escola, di-lo FUGIKAWA (3):

«Em 1568 o daimio Nobunaga, acedendo ao pedido dos missionários portugueses, não só permite que eles continuem a propagar o cristianismo, como por sua instigação funda em Quioto um templo a que dá o nome de Nanbanji — Tem-

plo dos Pagãos do Sul (4). Do's missionários muito versados em medicina GREGÓRIO e LUÍS DE ALMEIDA que já lá estavam por essa época, convertem o templo num hospital, admitem ali doentes, curam-nos das suas enfermidades, dão-lhes esmolas e abrem logo uma escola de cirurgia, em que ao mesmo tempo que habilitam profissionais na arte de curar, formam outros tantos propagandistas da religião.

Conseguem também que o daimio Nobunaga lhes ceda alguns hectares de terreno em Ibu-Kuyama, em Goshu, onde estabelecem um horto botânico com cerca de três mil espécies de plantas medicinais importadas de Portugal. A Escola de Nabanji passa logo a ser um centro de proselitismo religioso, por intermédio dos seus alunos, sobretudo junto dos bonzos budistas que eram perseguidos por Nobunaga.

Atraídos pela fama, acorrem doentes que se convertem logo que se curam e alguns deles começam ali a estudar a cirurgia.

Yoshun, natural de Kaga, antigo sacerdote budista, vendo-se acometido de lepra accorre a tratar-se no hospital português de Nanbanji, onde os missionários GREGÓRIO e LUÍS o curam logo do seu mal; em prova de gratidão, Yoshun converte-se ao catolicismo, mudando o seu nome para Baian; estuda em seguida medicina europeia com os missionários e exerce a cirurgia, fazendo ao mesmo tempo propaganda religiosa; perseguido mais tarde no reinado de Hideyoshi, a quando da expulsão dos cristãos no Japão, Baian refugia-se numa das províncias ocidentais, onde continua a exercer cirurgia. Um outro japonês, antigo comerciante de Sakai, chamado Yasuemon, contaminado de sífilis accorre também a Nanbanji e em breve se cura do seu mal; converte-se logo, baptizando-se com o nome de Cosmo; passa a estudar cirurgia e torna-se um cirurgião e ao mesmo tempo propagandista da religião. Quando, por ordem do Imperador Hideyoshi, o templo de Nanban foi destruído, Yasuemon regressa a Sakai, sua aldeia natal para fugir à perseguição religiosa e, mudando o seu nome cristão de Cosmo para Shosuka Ichibashi, continua a exercer ali a cirurgia. Um outro japonês chamado Zengoro, natural de Izumi ingressa na Escola de Nabanji ao mesmo tempo que Yasuemon e dedica-se ao estudo de medicina interna; também se converte logo, mudando o seu nome para Yumon e dedica-se à propaganda religiosa...

Após a expulsão e o massacre dos missionários portugueses, ordenados pelo daimio Hideyoshi, afrouxa durante algum tempo a perseguição religiosa, por o daimio estar ocupado com a expedição à Coreia. Chegam no entanto ao Japão os missionários espanhóis e com eles alguns portugueses versados em medicina e que formando discípulos japoneses, contribuem para a expansão da medicina europeia

(1) Dele se faz a seguinte elegante descrição nos *Paciecidos livre 12*, poema épico do P.^o BARTOLOMEU PEREIRA, Coimbra, 1640, à pág. 145:

«Urbe (Goa) domus me dia, tollit sese ardua Pauli,
Nostrorum antiquae sedes, haec limina ad undis
Me fessum, erran emque octo superaequora menses
Excipiunt, non ipse tuos domus hospita honores
Ote feram satis es: Pauli quod limina serves,
Atque animos, titulosque geras, ut maxima cunctas
Jesuadum tu sola domos ingentibus actis
Exuperes, aliasque tuis virtutibus aequas;
Hãc cum Xaverii dextra imperiosa locavit,
Utiforet indigenis, Lysioque ex orbe profectis
Hospitium sublime dedit, decus inclyta tantum
Servat adhuc, cunctosque domus servabit in años».

(cit. Padre Casimiro Nazareth — Clero de Goa — Nova Goa — 1927).

(2) P. J. PEREGRINO DA COSTA — Medicina Portuguesa no Extremo-Oriente — in Bol. do Inst. Vasco da Gama, N.^{os} 63 e 64 — 1948.

(3) FUGIKAWA — Medical History and Medical Education in Japan — Tôquio — 1925. Cit. PEREGRINO DA COSTA.

(4) FUGIKAWA designa-o em inglês «Temple of the Southern Heathen», Templo dos pagãos do Sul, porém JOSÉ DA COSTA CARNEIRO, Ministro de Portugal no Japão, no seu interessante estudo «Iconografia Portuguesa no Japão», publicado no Bol. da Sociedade Luso-Japonesa diz: «Nanban significa em Japonês» «Barbaro do Sul»; «assim eram chamados os portugueses no Japão desde a sua primeira arribada a estas Ilhas, em meados do Século XVI. — P. DA COSTA.

no nosso país. Entre eles um português chamado Hafte ⁽⁵⁾ era o mais hábil na arte de curar; fixou a sua residência em Osaka, mudando o seu nome em Koyn e ali exerceu a medicina. Outro português chamado Christoban Ferrea, também muito versado em medicina, muda o seu nome em Chuan Savano e habilita alguns japoneses em medicina europeia, tais como: Juan Handa que depois de com ele aprender cirurgia voltou para Nagasaki e exerceu ali a profissão; Kichibei Nishi antigo intérprete de Nanban, que adquiriu também com ele profundos conhecimentos de cirurgia e outros. Há ainda a mencionar outros cirurgiões japoneses, tais como Ansai Yoshida aluno de Juan Handa e Chukey Sugimoto, de Nagasaki, que aprenderam medicina com os portugueses.

Foi por intermédio desses missionários portugueses — concluz FUGIKAWA — que a ciência médica ocidental foi introduzida no nosso país; foram eles que criaram a «Escola Nanbanji de Medicina», que passou pouco depois a denominar-se a Escola de Cirurgia de Nanban, por se praticar ali sobretudo a cirurgia...

Tal era a mística que acalentava os missionários de antanho, que o Padre CRISTÓVÃO FERREIRA publicava a obra intitulada «Nanban Gokashe», cirurgia dos pagãos do Sul, única obra até aqui conhecida, de cirurgia europeia, escrita em japoneses.

A medicina europeia no Extremo-Oriente estava, pois, quase exclusivamente entregue a missionários, nos séculos XVI e XVII. É que Portugal lutava com a escassez de médicos e raros eram os que vinham para o Oriente, e mesmo estes eram, às vezes, vítimas de doenças dominantes. Por outro lado, a partir das últimas décadas do século XVI a insalubridade da Velha Cidade de Goa ia crescendo. À densidade populacional elevada juntava-se falta de higiene e de assistência médica. A sua população de 400.000 habitantes, dizimada por endemias mortíferas, um século depois, em 1670, ficava reduzida a 40.000! Desde o Vice-Rei D. GARCIA DE NORONHA, que em 1540 morria de *doença de câmaras*, a disenteria de hoje, até o Conde de S. Vicente, em 1668, de tifo, dez Vice-reis ou Governadores pagavam tributo à morte. Em 1690 morria o Governador D. RODRIGO DA COSTA e, um ano depois, o Governador D. MIGUEL DE ALMEIDA. Só no Hospital Real de Goa, morreram, 1.602 a 1.632, em trinta anos apenas, segundo Frei DIOGO DE SANTANA, 25 mil soldados! Goa é o cemitério dos portugueses, exclamava o Vice-Rei Conde de Alvor.

Foi essa situação angustiosa, esse temível ambiente de aflitiva incerteza, que levou o Vice-Rei D. CRISTÓVÃO DE SOUSA COUTINHO a dirigir, em 8 de Dezembro de 1687, o seguinte apelo ao Secretário de Estado do Ultramar:

«Se viessem a este Estado dois ou três mestres, teriam ensinado a física a muitos naturais que são mui agudos e com facilidade aprenderiam, e não seriam estes dos piores com que ficaria tendo o Hospital muitos médicos para acudirrem às doenças dos vassallos de Sua Majestade.»

Falta de assistência médico-sanitária e especial receptividade do Goês para a aprendizagem de ciências médicas — foram duas pedras angulares em que assentou o ensino médico oficial no Hospital Real de Goa ⁽⁶⁾.

O apelo do Vice-Rei só teve resposta volvidos quatro anos, em 23 de Março de 1691, com a publicação da Carta Régia que criava a *Aula de Medicina*. O seu início, porém data de 1703, pela nomeação de CIPRIANO VALADARES para o cargo de físico-mor. Mais modesta foi a origem da *Aula de Cirurgia* — nasceu, em 1716, «quase por geração espontânea, filha de uma necessidade inadiável» ⁽⁷⁾, sendo o seu primeiro mestre o cirurgião-mor MANUEL VAZ FAGUNDES, o iniciador da grande cirurgia no Hospital Real de Goa, o qual décadas depois, em 1785, teria como digno continua-

⁽⁵⁾ Parece tratar-se de um lapso do autor, na transcrição do nome, pois que não existe esse nome em português. — P. COSTA.

⁽⁶⁾ J. M. PACHECO DE FIGUEIREDO — A tradição do ensino médico em Goa — do «Jornal do Médico», 804-805 — Agosto de 1958.

⁽⁷⁾ GERMANO CORREIA — O ensino de Medicina e Cirurgia em Goa nos séculos XVII, XVIII e XIX.

Idem — Os precursores do ensino de Medicina e Cirurgia em Goa, in «Arquivos da Escola Médico-Cirúrgica de Goa», Fasc. 20, 1947.

dor outro cirurgião não menos afamado, que durante 30 anos serviria em Goa — «bem e com muita caridade e zelo», no dizer do Vice-Rei, Conde de Sarzedas — BARROSO DA SILVA, discípulo dilecto de MANUEL CONSTÂNCIO, o grande mestre do Hospital de Todos-os-Santos, de Lisboa. Apesar das vicissitudes por que passou o ensino médico nesta primeira fase, o Hospital Real formou médicos e cirurgiões, naturais de Goa, alguns dos quais chegaram a ocupar lugares de relevo, confirmando, deste modo, plenamente o juízo formulado pelo Vice-Rei D. CRISTÓVÃO DE SOUSA COUTINHO quando, em 1687, escrevia ao Secretário de Estado do Ultramar que os «naturais eram mui agudos e com facilidade aprenderiam», se viessem dois ou três mestres para ensinar a física: GREGÓRIO PEREIRA RIBEIRO, ANTÓNIO DOS REMÉDIOS, INÁCIO CAETANO AFONSO foram físicos-mores interinos do Hospital Real de Goa, ANTÓNIO DA CUNHA foi físico-mor de Baçaim, MANUEL FRANCISCO GONÇALVES foi médico de grande nomeada na Corte de Puném. Não só em Goa, mas fora dela, os médicos pelo Hospital Real deram notável colaboração ao Governo da Nação. Quando em 1729 a armada de alto bordo, sob o comando do almirante LUÍS DE MELO SAMPAIO, partia para a África para a reconquista de Mombaça e de Moçambique, nela embarcavam como cirurgiões alguns dos melhores discípulos de MANUEL VAZ FAGUNDES: VICENTE DIAS DE ATAÍDE, de Taleigão; ANTÓNIO FERNANDES, Ribandar; MATEUS PEREIRA e MANUEL DA CONCEIÇÃO, naturais da Cidade de Goa.

Há mais. Nos *livros-alardos* do antigo Arsenal da Marinha de Goa, de 1774 a 1795, se acham registados nomes de 43 cirurgiões em serviço nos barcos de guerra, neste Estado. E não faltaram cirurgiões que servissem também no exército, ocupando ainda lugares de cirurgiões-mores dos regimentos. De 1779 a 1780, vinte e sete cirurgiões exerciam as funções de cirurgiões-militares no Estado da Índia.

A semente lançada em terreno fecundo, germynara. Raiava o século XIX. Após um longo eclipse, que durou o último quartel do século XVIII, o ensino médico em Goa ia ter uma nova feição com a nomeação de ANTÓNIO JOSÉ DE MIRANDA e ALMEIDA, lente da Universidade de Coimbra, o *homem sábio*, na expressão do Governador VEIGA CABRAL, para o cargo de Físico-mor deste Estado. Em 1801 criava-se a Aula de Medicina e Cirurgia de duração de 3 anos ⁽⁸⁾, em moldes completamente novos, da qual brotará, em 1842, sob proposta do físico-mor Moacho, no Governo do Conde das Antas, a Escola Médico-Cirúrgica de Nova-Goa ⁽⁹⁾.

Glória à Nação Portuguesa, a primeira em toda a Europa que, introduzindo o *Ensino Médico*, deu o seu magnífico contributo para enriquecer mais ainda a milenária cultura de que o Oriente tanto se orgulha. Por isso e porque um alto ideal norteou Portugal, a sua presença não foi esquecida no Oriente. Assim o vi — traços indelévels, recordações inesquecíveis na Índia, Ceilão, Birmânia, Tailândia, terras que visitei.

(8) Relação dos livros adoptados:

1.º ano

- I — *Anatomia Humana* — Osteologia, por Sabatier; Miologia, por Winslow e Albino; Angiologia e Neurologia, por Winslow e Sabatier; Esplanologia, por Haller e Marrher.
II — *Fisiologia* — Fisiologia, por Halter.

2.º ano

- III — *Patologia* — Patologia, por Boerhave.
IV — *Botânica Geral e Médica* — Botânica, por Chaptal.
V — *Química Médica* — Química teórica, por Lavoisier e Fourcroy.
Química prática (manipulações da química), por Baumé.
VI — *Matéria Médica e Terapêutica* — Matéria Médica, por Spielmen.
Terapêutica, por Gregory.

3.º ano

- VII — *Patologia Geral. Semiótica e Medicina Geral* — Aforismos de Hipócrates. Nosologia, de Cullen.

⁽⁹⁾ «Estabeleça V. Ex. a Escola — dizia o físico-mor Moacho ao General Conde das Antas — que será ela sem dúvida, o mais belo título que penderá do bastão triunfal de V. Ex.»

Psicodinamia e tratamento da frigidez na situação grupo-analítica

E. L. CORTESÃO

A dificuldade em experimentar prazer sexual no que designariamos por uma «forma adequada» foi analisada em psicoterapia de grupo, usando a técnica grupo-analítica tal como tem sido descrita por FOULKES nos seus vários trabalhos.

Esta dificuldade consiste em atingir o orgasmo através do coito, ainda que nalguns casos o orgasmo tenha sido obtido por meio de excitação do clitoris, sonhos e algumas formas de jogo sexual, sem que haja coito com penetração completa do pénis. Em todos os casos que tratamos foi descrito prazer sexual mais ou menos intenso, experimentado durante o dançar, o beijar, passeando, indo num ómnibus ou quando a própria elaborava fantasias conscientes ou inconscientes, geralmente relacionadas com as situações descritas.

Não encontramos casos de frigidez completa, se por tal designação se queira indicar a incapacidade para qualquer espécie de prazer sexual. Se, porém, com a palavra frigidez quisermos descrever a incapacidade da mulher para atingir o orgasmo, através do coito — como parece muitos autores pensam, quando se referem a esta condição — não devemos esquecer que nalguns casos, como é experiência nossa, encontramos que algumas mulheres são capazes de atingir o orgasmo com um diferente parceiro sexual. Parece-nos que a frigidez, quando psicogénia, é quase sempre parcial — como na impotência psicogénia — (ocorre numas condições, mas não ocorre noutras) e relacionada com um conflito emocional actual ou antigo.

Este conflito toma geralmente a forma de um medo inconsciente de uma proibição materna em relação com uma forte atracção para com o pai durante a infância. Na terapêutica grupo-analítica esta situação emerge, por repetição compulsiva, de uma forma caracteristicamente ambivalente, exprimindo a mulher o desejo de possuir o terapeuta para si própria e ressentindo a reacção do grupo para com estas tendências. O terapeuta assume assim um papel de figura paterna e o grupo, no seu todo, o papel de uma figura materna. Entre as várias reacções de comportamento que demonstram a existência deste conflito encontram-se o protestar a doente, a certa altura, contra o tratamento de grupo — exprimindo a sua preferência por uma terapêutica individual — o que pode acontecer quer em grupos mistos ou femininos, ainda que seja mais pronunciada esta reacção naqueles últimos grupos; também, pela crítica a outros membros do grupo, principalmente aos membros femininos, com acusações de que elas se estão exibindo, chamando a atenção, vestindo-se de uma maneira exagerada, a mostrar que são muito inteligentes ou, enfim, de alguma forma mostrando que são capazes de interessar o terapeuta — e os outros membros masculinos — mais do que a própria. Estas reacções são algumas vezes seguidas de fortes sentimentos de culpa para com o grupo, como se a pessoa estivesse representando um papel proibido e que não lhe competiria; a reacção seguinte pode ser então de pedir ao grupo garantias e apoio e expressar medo (consciente ou inconsciente) do terapeuta como um objecto amoroso perigoso. Portanto, a repetição da situação infantil é óbvia, o terapeuta (figura paterna) é desejado e receado, e o grupo (mãe e irmãos) é alvo de pedidos de conforto e garantias e consentimento e também é ressentido ao mesmo tempo. Evidentemente que verificamos o aparecimento constante de tais factores como o medo ao parto, inveja do pénis, temores de castração, desejos de carácter incestuoso, tendências homossexuais, fixações clitorianas, etc. (1).

Contudo, o sentimento de culpa por sentimentos sexuais inconscientes, experimentados numa fase de evolução da

personalidade, para com o pai e o medo (inconsciente também) da punição da parte da mãe são o conflito central que a grupo-análise alcançou mais facilmente.

Descrevemos agora brevemente alguns casos:

CASO 1 — Uma senhora, acentuadamente inteligente, casada há dez anos, com três filhos desse casamento, não apresentava qualquer alteração na sua resposta sexual ao coito, a qual tinha sido sempre negativa. Contudo, conseguia atingir o orgasmo através de várias técnicas de excitação do clitoris. O comportamento num grupo misto (ambos os sexos) mostrava as características de uma personalidade com necessidade de grande afirmação e apresentando resistência inconsciente ao processo terapêutico pelo que designamos de pessoa do tipo «falador e argumentador».

Entretanto, o grupo foi capaz de interpretar, ao fim de alguns meses de terapêutica, que ela tinha a necessidade de discutir e mostrar desacordo particularmente com os homens e ao mesmo tempo notava-se a necessidade de exprimir amizade e aceitação da parte dos membros femininos do grupo. A pouco e pouco isto foi relacionado pela própria com o conflito infantil que se tinha manifestado desta forma: — Ela sentia ser a favorita do pai, o qual, apesar de tudo, ela lamentava que fosse uma pessoa passiva e idealista, ao passo que a mãe, considerava-a uma pessoa activa e positiva. Ainda durante a terapêutica surgiu uma reacção de transferência, na qual ela exprimiu a fantasia de se casar com o terapeuta e assim dominar o grupo; ao mesmo tempo, isto foi acompanhado nas sessões seguintes por fortes sentimentos de culpa para com o grupo. Também por esta altura relatou sonhos nos quais lhe aparecia a mãe, ameaçando-a de um forma terrível; num destes sonhos, a mãe apresentava-se com o cabelo despenteado, como se fosse de uma bruxa, apavorando a filha que sentia que a mãe como que a queria destruir. Também a sua identificação inconsciente com o pai, o medo da rejeição materna e outros conflitos infantis não resolvidos, foram reproduzidos e analisados na situação de grupo. É interessante notar que neste caso, como em muitos outros, a indicação inicial para a terapêutica foi o medo das doenças, de tipo fóbico, e não as dificuldades sexuais que de início foram negadas. O medo das doenças e da morte súbita representavam o seu medo de morrer, não sendo protegida e amparada pela mãe.

CASO 2 — Uma jovem senhora, encontrando-se casada há cerca de dois anos, encontrava-se em sério conflito doméstico visto que o marido não poderia compreender por que é que ela não «reagia» às relações sexuais. Como resultado disto, foram surgindo questões e discussões violentas por causa das relações sexuais, de tal forma que gradualmente ela foi arranjando todos os pretextos que podia para evitar o coito. No grupo analítico o comportamento desta senhora foi o de um membro agressivo, quer mantendo-se silenciosa e tensa, ou criticando azedamente certos membros, sobretudo aquelas senhoras que lhe faziam lembrar (foi interpretado isso muito mais tarde) a sua irmã. Esta irmã, analisou-se durante a terapêutica, teria sido a protegida da mãe, a qual criticava a nossa analisanda, chamando-a de Maria-rapaz, leviana, maluca, viciosa, etc. (aparentemente, não se encontrou qualquer razão para isto, sendo de supor que se tratava de uma mulher fortemente neurótica a mãe desta senhora). Foi sempre severamente castigada pela mãe e durante a análise começou, a certa altura, a recear que o grupo a tratasse mal também. Gradualmente, foi, contudo, capaz de recorrer com vantagem à comunicação verbal no grupo e evocar gradualmente certos traumas importantes, como, por exemplo, a atracção sexual tida na infância para o pai e irmãos. Mais tarde foi capaz de atingir o orgasmo normalmente e mantê-lo durante algumas semanas a que se seguiu um período de recaída.

CASO 3 — Uma jovem senhora casada, incapaz de conseguir o orgasmo, ainda que se sentisse possuída por forte excitação sexual, começou a expressar ideias de colorido paranóide, principalmente em relação a todas as mulheres com quem o seu marido, por necessidade, tivesse que contactar. No grupo-análise evocou ser a «menina-bonita» do seu pai, mas isso não era suficiente para a consolar porquanto sempre sentiu com amargura que a mãe, irmãs e tias eram todas mais belas que ela própria. O comportamento no grupo exprimia-se de forma que ela não deixava os outros membros, sobretudo as outras senhoras, falar, interrompendo-as, descrevendo a sua situação de uma forma trágica e dramática e apresentando-se constantemente como uma vítima da vida. Quando o grupo começou a interpretar o seu comportamento como exibicionista e do tipo de chamar a atenção, pediu insistentemente para fazer psicoterapia individual e começou a certa altura a mostrar uma forte inibição em olhar para o terapeuta e para os membros masculinos, nos olhos; depois começou a faltar às sessões, o que não tinha feito anteriormente. O grupo interpretou-lhe que o que ela realmente queria era a atenção do terapeuta e dos membros masculinos; que ela queria ter tido o pai só para

(1) Para os leitores que quiserem informar-se sobre este tão complexo e profundo tema, aconselhamos, entre os muitos trabalhos e obras que há no assunto, as referências específicas ao problema da frigidez que vêm na obra de OTTO FEINICHEL «Psycho-analytic theory of neurosis» e também a excelente obra de HELEN DEUTSCH «Psychology of women». Ambas as obras se encontram traduzidas em francês, também.

ela própria e excluir todas as outras figuras femininas da família e que, conseqüentemente, estava profundamente e inconscientemente culpada acerca disso. Este ponto e outros, naturalmente, foram analisados demoradamente e repetidamente. Apesar das dificuldades iniciais que apresentou, sobretudo do ponto de vista da capacidade de se manter adentro das características desta situação terapêutica, esta senhora foi capaz, mais rapidamente do que noutros casos, de ter orgasmo completo nas relações, algum tempo após esta fase que descrevemos agora.

CASO 4 — O motivo de consulta era comportadamente típico de neurose obsessivo-fóbica, com pânico em relação a nódoas, manchas, coisas sujas, objectos partidos e uma necessidade imperiosa de limpar os objectos. Durante a grupo-análise referiu ser incapaz de ter relações com o marido, ante o qual tomava uma atitude sado-masoquística. Os seus sintomas, fantasias e a psicodinamia subjacente foram a pouco e pouco elaborados, como por exemplo o medo de ficar grávida (e o verdadeiro terror de que a mãe a pudesse ver grávida), o medo de ser rasgada ou partida por dentro, fantasias relacionadas com menstruação e esperma como coisas sujas e a relação existente com os sintomas obsessivos; o comportamento sado-masoquista foi relacionado por ela própria como estando ligado à atitude passiva tida por seu pai, a quem ela, inconscientemente, lamentou o ter sido incapaz de dominar a mãe, mulher activa, como se o pai, tivesse aceitado a lei da mãe e as suas ordens, preterindo esta filha que tinha sido a sua preferida. Ao mesmo tempo, o sentimento de culpa em relação à mãe era fortíssimo e neste caso ela necessitaria de ser possuída bruscamente e pela força, «sem o uso da razão», como ela própria chegou a exprimir. Por isso, ressentia muito a passividade do seu marido, a quem, sob certos aspectos, consideraria parecido com o pai e incapaz de a possuir pela força. Também na sua transferência para com o terapeuta começou a certa altura da grupo-análise a acusá-lo de ser muito passivo, «está sentado para aí», e não ser mais activo, intervir, fazer qualquer coisa, tomá-lhe iniciativas, quer junto dela, quer junto de outros membros femininos. Um outro apontamento importante da sua análise foi a consciencialização da fantasia de que o terapeuta eventualmente a ajudaria de uma maneira muito especial e com o consentimento do grupo e de tal forma que o grupo estaria de acordo com isso e gostaria dela mesmo assim. Após mais de um ano de grupo-análise, a situação transferencial evoluiu de uma maneira positiva. Entretanto, o cônjuge começou a sua própria análise (o que, nalguns casos de frigidez, contribue muito para a aceleração do processo terapêutico e por vezes consideramos indispensável). Os sintomas obsessivos melhoraram bastante e gradualmente foram desaparecendo.

CONCLUSÕES:

- 1.º) A frigidez, quando psicogénia, propomos que seja definida como «a dificuldade em atingir o orgasmo através do coito normal numa dada situação».
- 2.º) A psicoterapia grupo-analítica proporciona a reprodução de situações infantis traumáticas e a sua interpretação. O principal conflito na frigidez consiste na repressão de atracção sexual infantil para com o pai e rivalidade e culpa em relação à mãe. Na situação tera-

pêutica de grupo este conflito assume a forma de comportamento ambivalente para com o terapeuta, o qual é desejado e receado. No que respeita ao grupo (que muitas vezes assume um papel de figura materna), o comportamento consiste em competição e sentimento de culpa para com o grupo.

- 3.º) São descritos brevemente quatro casos e interpretada a psicodinamia.
- 4.º) Os dados referentes aos casos descritos foram intencionalmente abreviados, por motivo de discrição profissional. É muito importante salientar que a análise destes casos desenvolveu-se na vasta complexidade da dinâmica de grupo, havendo muitas reacções importantes, fenómenos de grupo e aspectos psicodinâmicos do maior interesse e que não puderam ser mencionados devido à natural limitação do tempo.

RESUMO

Discutiu-se o conceito de frigidez e salienta-se a necessidade de exprimir cuidadosamente as condições em que ela se dá. O principal conflito emocional aparece na grupo-análise sob a forma de forte repressão de atracção sexual para com o pai na infância e competição com a mãe e subsequente sentimento de culpa. Na grupo-análise, ainda, este conflito aparece também na situação de transferência, com aspectos particulares, como por exemplo quando o terapeuta aparece com um papel de figura paterna e o grupo com um papel de figura materna. Foram seleccionados quatro casos para serem dados como exemplos e foram muito brevemente descritos os seus sintomas, psicodinamia e evolução.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

- 1 — Frigidity when psychogenic would be better defined as meaning the difficulty in reaching orgasm through normal coitus in a given situation.
- 2 — Group analytic psychotherapy provides a means of reproducing traumatic infantile situations and its interpretation. The main conflict in this condition is repressed sexual attraction to father and rivalry and guilt towards mother. In group it takes the form of ambivalent behaviour towards the therapist which is desired and feared. As regards the group (which sometimes assumes a mother's role) the behaviour is one of competition with it and guilt towards it.
- 3 — Four cases have been described and the dynamics interpreted.
- 4 — The data referring to the cases described have been intentionally shortened for purposes of professional discretion. Moreover the analysis of those cases has occurred in the vast complexity of group dynamics, many reactions and group phenomena of the utmost interest not having been mentioned due to the natural time limitation.

(Comunicação de 15 minutos, lida no IV Congresso Internacional de Psicoterapia, realizado em Barcelona, em Setembro de 1958).

As actividades transaminásicas do soro no diagnóstico das afecções cardíacas e hepáticas

CARLOS SANTOS SOARES

(Continuação do n.º 464)

Interesse epidemiológico

A determinação da TGOS provou ter, a par do valor diagnóstico, uma grande importância do ponto de vista epidemiológico. Num trabalho de grande interesse, WRÓBLEWSKY et al. (383) estudaram os níveis de TGOS em indivíduos internados numa instituição para débeis mentais durante um surto de hepatite epidémica. Os indivíduos em contacto com companheiros hospitalizados por hepatite foram semelhantemente submetidos a determinações de TGOS, bilirrubina e timol, e divididos em 5 categorias, de acordo com a sintomatologia clínica, níveis de transaminase e alterações das suas restantes provas.

Os Autores apresentam como exemplo o que se passou num dos edifícios: tendo sido hospitalizados 3 indivíduos com hepatite, os restantes 153 foram seguidos durante 3 meses. Apenas 16 mostraram valores elevados de TGOS na primeira semana, e os restantes tiveram níveis de transaminase persistentemente normais durante 6 meses. Desses, 9 constituíram um grupo com elevações compreendidos entre 40 a 100 u/ml e as

restantes provas normais; outros 4 tinham níveis de transaminase entre 100 e 350 u/ml, com bilirrubinemia normal e timol de 5 a 10 u. Os 3 restantes — dos quais 2 foram posteriormente hospitalizados — tinham actividades transaminásicas entre 390 e 1.800 u/ml, bilirrubina entre 2,3 mg por 100 ml e timol de 18 a 26,5 u.

Deste estudo parece poder-se inferir que os indivíduos em contacto com os doentes de hepatite podem ter uma virose assintomática, que muitas vezes não se reflecte nas provas hepáticas correntes, mas que altera os níveis de transaminase, permitindo isolar precocemente os indivíduos com infecção anictérica ou prodrómica. A antecedência máxima com que a TGOS detectou uma infecção, foi de 65 dias (373).

Estudos semelhantes foram efectuados por MADSEN, BANG e IVERSEN (229) numa instituição infantil, tendo sido alcançados resultados sobreponíveis.

Um trabalho de DESKELKAMP et al. (87), incidindo sobre 136 crianças internadas de várias idades, cobriu ambas as actividades transaminásicas. Foram seguidos 129 (7 já tinham sido

hospitalizados) tendo havido aumento de transaminases em 3 deles, que nessa altura mostravam quaisquer sinais ou sintomas anormais, mas que tiveram de ser hospitalizados posteriormente. Em outros 8 casos as elevações das transaminases foram menores, e apenas num deles declarou uma hepatite clinicamente caracterizada, tendendo as transaminases a baixar nos restantes.

Nos casos de hepatite icterica a TGOS foi persistentemente mais alta que a TGOS, embora nos casos anictéricos nem sempre assim tenha sucedido.

Por outro lado, NORRIS et al. (256) efectuaram determinações de TGOS em dadores de sangue, com vista à selecção de uma prova com valor na detecção de portadores de vírus B. Observaram que os níveis de TGOS são 3 ou 4 vezes maiores nos dadores subjectivamente saudáveis mas com timol positivo, do que naqueles em que a flocculação do timol é normal. O significado dos valores de transaminases nos dadores individuais, independentemente da turvação do timol, não ficou bem estabelecido. As observações de WALTHER (358) levaram a conclusões idênticas.

Influência da terapêutica

A influência de terapêutica sobre as actividades transaminásicas foi estudada recentemente por PICCHIO e BENDA (278), que seguiram 6 casos de hepatite aguda comprovados histologicamente, todos submetidos a tratamento pela prednisona. Esta provocou uma rápida queda dos níveis de bilirrubina e uma melhoria clínica que se traduziu por uma pronta baixa dos níveis de TGOS, ao passo que a TGPS diminuiu mais tarde e com maior lentidão. Parece estar provado que os corticosteroides influenciam favoravelmente os quadros inflamatório e necrótico, como se depreende dos dados colhidos por meio de biópsias seriadas (DOMINICI, DUCCI), e assim se compreende que a queda das transaminases nestes doentes seja mais rápida do que nos tratados por outros esquemas terapêuticos. Um dos doentes de PICCHIO não mostrou influência de terapêutica sobre os níveis da bilirrubina embora as transaminases diminuissem como nos restantes.

Já em 1959, também de RITIS et al. (101) dedicaram um trabalho ao mesmo tema. Num estudo que incidiu sobre 14 doentes com hepatite aguda, metade dos quais com icterícia datando de poucos dias, os restantes com icterícia de duração mais longa, fizeram determinações das actividades transaminásicas, a par de outros níveis enzimáticos (fumarase, fosfoglicomutase), e da bilirrubinemia e provas de labilidade coloidal.

Verificaram que a queda dos níveis de bilirrubina se deu em quase todos os doentes, ainda que nem sempre com a mesma rapidez. Os níveis de transaminase, em todos os casos excepto 2, mostraram um decréscimo paralelo à bilirrubina. As respostas dos outros enzimas pareceram reflectir com maior prontidão a acção da terapêutica, pois a sua queda foi mais dramática, por vezes com normalização às 24 horas.

Os resultados obtidos parecem ter-se devido à administração do corticosteroide, embora o seu mecanismo de acção não seja bem compreendido.

Interesse prognóstico

Parece haver um notável paralelismo entre a evolução clínica da doença na fase icterica e os dados enzimáticos, correlação melhor, em todo o caso, do que a existente entre o curso clínico e os testes hepáticos comumente usados (121, 284, 370, 382).

Se bem que alguns Autores tenham encontrado uma relação sugestiva entre a gravidade da doença e os níveis máximos de TGOS (228, 313, 383), outros não observaram correlação entre estes parâmetros e a gravidade da doença ou o seu desfecho (36), embora uma complicação ou uma recaída se reflectam na transaminasemia, produzindo picos secundários (377, 379). Na realidade, lembremo-nos que os mais altos níveis de transaminase até agora registados (382), dizem respeito a casos de doentes que se curaram rapidamente.

No entanto, se do nível máximo das actividades transaminásicas parece não poder tirar-se qualquer ilacção prognóstica, tem grande importância a persistência de valores elevados para além do tempo em que seria já de esperar um retorno aos valores normais (284). Tal facto sugere o desenvolvimento de

hepatite crónica ou cirrose pós-infecciosa (370), numa altura em que a persistência de um valor alto de cefalina-colesterol ou de flocculação do timol não tem ainda valor prognóstico. (319).

Mononucleose infecciosa

Os níveis de actividade da TGOS aumentam na mononucleose infecciosa, quando esta afecção se acompanha de compromisso hepático, aliás nem sempre clinicamente patente.

As elevações não são tão pronunciadas como nos casos de hepatite aguda; assim WRÓBLEWSKI et al. (283) viram valores compreendidos entre 80 e 300 u/ml/m em 6 doentes com lesão hepática causada pela mononucleose infecciosa, embora outros 10 indivíduos com a mesma doença, mas em sinais de compromisso hepático, tivessem valores normais. Outra série de 8 doentes foi estudada por WRÓBLEWSKI e LADUE (382) com determinações simultâneas de TGOS e TGPS; desses, apenas 3, nos quais se comprovou lesão hepática, mostraram alterações. Os níveis de transaminase detectaram a lesão hepática mais precocemente que a prova da bromosulfaleína ou a flocculação da cefalina-colesterol.

CHINSKY e outros (67, 68) estudaram um total de 14 casos de mononucleose, dois dos quais, pelo menos, sem icterícia, e encontraram sempre valores moderadamente elevados de TGOS, compreendidos entre 50 e 150 u/ml/m; dos 4 casos seguidos por PRYSE-DAVIES e colab. (284), apenas teve valores normais um doente com febre glandular não associada a hepatite. Os valores mais altos foram encontrados num doente com icterícia, e foram da ordem das 428 u/ml/m de TGOS e 358 u/ml/m de TGPS. Os dois doentes restantes apresentaram inversão da relação TGOS/TGPS.

Os dois casos de BURLINA (50) não mostraram alterações da transaminasemia. Dos 5 casos incluídos no estudo de DONATO (111), apenas um teve um ligeiro aumento da TGOS (67 u/ml); em todos os 5 doentes as «provas hepáticas» eram normais.

RENNIE e WRÓBLEWSKI (288) fizeram um estudo sistemático que abrangeu 32 indivíduos com mononucleose infecciosa, nos quais os níveis de TGOS e TGPS foram correlacionados com os dados clínicos e laboratoriais. Todos estes doentes tinham sinais laboratoriais de compromisso hepático, mas as provas correntes pareceram reflectir de um modo menos dinâmico e menos específico, mostrando positividade noutros doentes com afecções febris em que o compromisso hepático era duvidoso e em que as transaminases se mantiveram persistentemente normais.

Os valores máximos registados foram de 810 u/ml de TGOS e 915 u/ml de TGPS, tendo esta atingido valores mais elevados que a primeira em todos os doentes menos 4.

Os níveis de TGOS pareceram mostrar um certo paralelismo com os sintomas inespecíficos da doença e reflectiram bem as flutuações subjectivas.

A terapêutica pela cortisona ou antibióticos não produziu efeitos sensíveis sobre a marcha da doença ou sobre a actividade enzimática.

Em resumo, as actividades séricas de ambas as transaminases parecem ter um considerável interesse no diagnóstico de certos tipos de lesão hepática.

A investigação experimental de certas situações agudas, tóxicas ou inflamatórias, veio provar que os níveis de TGOS se elevam constantemente e que as suas alterações guardam por um lado uma proporcionalidade inversa com as alterações simultâneas das correspondentes actividades teciduais, e, por outro lado, com os aspectos anátomo-patológicos de necrose. Verificou-se também a existência de uma correlação grosseira entre os níveis de TGOS e a dose de tóxico empregado, a virémia e o título de vírus no parenquima. As alterações da TGPS, parecem ser um índice ainda mais sensível que a TGOS na detecção de lesão hepática aguda, alcançando aquela valores máximos quase sempre superiores aos desta.

Os estudos clínicos que incidiram sobre a lesão tóxica da célula hepática mostraram níveis aumentados de TGOS, sendo as elevações extremas nos casos de intoxicação pelo CCl₄; estes valores voltam rapidamente ao normal.

Na hepatite aguda infecciosa, os valores de ambas as transaminases estão aumentadas em 100 % dos casos, já durante a fase prodrómica (o que tem enorme interesse epidemiológico),



Indispensáveis
durante
a estação calmosa

Anti-sépticos intestinais
com vasto campo de aplicação
e que não influenciam a flora
bacteriana normal

Entero-Viofórmio

Iodocloroxiquinoleína + Sapamina

Tubos de 10 e 20 comprimidos

Nimarol

Combinação ideal de um antiparasitário
(Entero-Viofórmio) e de substância antibacte-
riana (Formo-Cibazol)

Frasco com 50 cc. de suspensão

Tubo de 20 comprimidos

Formo-Cibazol

Produto de condensação do Cibazol e de
formaldeído + Sapamina

Tubos de 10 e 20 comprimidos

Frasco de 10 g. de pó

Carbantren

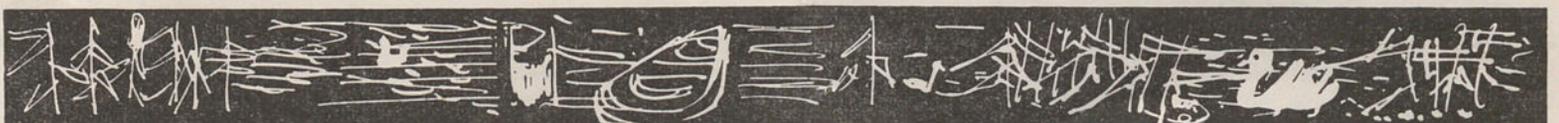
70 % de carvão medicinal activado

20 % de pectina

10 % de iodocloroxiquinoleína bismutada

Tubo de 20 comprimidos

CIBA



SURDEZ

AMEAÇA DA DI-HIDROESTREPTOMICINA

SECTION OF OTOTOLOGY OF THE ROYAL SOCIETY OF MEDICINE
LONDRES, 4 de Dezembro de 1959

“... a di-hidroestreptomicina é responsável por tantos casos de surdez que provavelmente deverá ser desde já eliminada completamente da Farmacopeia”.

The Lancet, 1959, 2, 7112, 1126

VII ANNUAL SYMPOSIUM ON ANTIBIOTICS
WASHINGTON, 3-6 de Novembro de 1959

Baseado em audiogramas apresentados por Harrison demonstrando lesões auditivas motivadas pela administração de doses mesmo pequenas de di-hidroestreptomicina, Welch, chefe da Secção de Antibióticos da Food and Drug Administration, comunica que rapidamente o uso da di-hidroestreptomicina será banido nas associações com penicilina.

The Lancet, 1959, 2, 7108, 907

FEDERAL REGISTER
WASHINGTON, 13 de Janeiro de 1960, páginas 242-243

O jornal oficial dos Estados Unidos publica o decreto que proíbe definitivamente o emprego de di-hidroestreptomicina nas associações com penicilina em clínica humana, limitando o seu uso exclusivamente à clínica veterinária.

DICONCILINA LEPETIT

SEM DI-HIDROESTREPTOMICINA

Diconcilina adultos: embalagens com 1 dose de 200.000 U de penicilina sódica, 300.000 U de penicilina procaínica, 0,5 g de estreptomicina e 0,250 g de cloridrato de paraminometilbenzenosulfonamida. **Diconcilina infanti:** embalagens com 1 dose metade da de adultos.

METABOLINE



INTENSA ACCÃO ANTIÁSTÉNICA E ANTITÓXICA

**CORTEX SUPRARRENAL + VITAMINA C + EXTRACTO DE FÍGADO + COM-
PLEXO B + FÓSFORO ORGÂNICO + ALCALOIDES TOTAIS DA NOZ VÓMICA**

e geralmente as elevações são ainda mais patentes no início da fase icterícia. Durante os primeiros dias da icterícia os níveis transaminásicos parecem ser sempre superiores a 400 u/ml; frequentemente são muito mais altos.

Quase sempre os níveis de TGPS excedem os correspondentes de TGOS, com inversão subsequente da razão TGOS/TGPS, excepto nos casos de hiperglobulinémia. Desconhe-se a razão de tais factos.

Os valores de ambas as transaminases parecem correlacionar-se bem com a evolução clínica da doença; a curva dos valores seriados mostra uma queda lenta para o normal nos casos não complicados. Uma complicação ou a ambulância precoce podem provocar o aparecimento de um pico secundário de hipertransaminasémia. A persistência de níveis moderadamente elevados, numa altura em que o estado clínico do doente sugere melhoria franca, deve fazer pensar em hepatite crónica ou cirrose pós-infecciosa. É frequente a persistência da inversão do quociente TGOS/TGPS mesmo após a normalização dos valores.

A evolução dos valores enzimáticos parece constituir um bom método de avaliação da terapêutica empregada, já que acompanham grosseira mas não quantitativamente a queda da bilirrubina e voltam mais precocemente ao normal que provas de floculação.

Os níveis séricos das transaminases não guardam qualquer relação estrita com as provas de função hepática consideradas individualmente, embora mantenham uma certa relação com o hepatograma. Os estudos anátomo-patológicos parecem demonstrar um paralelismo nítido entre o grau de necrose hepática e os níveis de transaminase.

Não existe qualquer diferença no comportamento das transaminases entre casos de hepatite epidémica e de hepatite de soro homólogo.

Os poucos estudos até agora conduzidos sobre a eventual possibilidade de os níveis de transaminases auxiliarem o despiste da vírus B nos doadores, não permitem ainda qualquer conclusão.

A lesão hepática produzida pela mononucleose infecciosa leva a uma elevação modesta de ambas as transaminases, com predomínio quase constante da TGPS, mesmo na ausência de sinais de compromisso hepático.

2 Comportamento das transaminases nas icterícias obstrutivas

a) Estudos experimentais.

Observações clínicas preliminares, devidas a WRÓBLEWSKI et al. (379), sugeriram que há aumento moderado das actividades transaminásicas do soro nos casos de icterícia por obstrução extra-hepática.

Com o fim de comprovar experimentalmente tal observação e dilucidar o mecanismo deste facto, CHINSKY e colab. (67, 69) fizeram experiências em coelhos, laqueando o canal colédoco e fazendo determinações seriadas das actividades transaminásicas, em confronto com as exibidas pelos animais sujeitos a intervenções-testemunha.

Aqueles Autores verificaram que os níveis enzimáticos se elevam imediatamente após a laqueação, alcançando um nível máximo às 6 horas (67), com um valor de TGOS superior ao de TGPS (69). Alcançado o máximo, os níveis de transaminase começam logo a decrescer a despeito da persistência da obstrução, alcançando a TGPS valores normais pelo 6.º dia, quando a TGOS é ainda anormal. Os animais, todos com icterícia profunda, mostraram na autópsia, ao 6.º dia, dilatação e distensão do colédoco, mas nenhum sinal de necrose hepática no exame microscópico; tendo obtido actividades transaminásicas na biliar humana da ordem das 2.000 u/ml (106), os Autores admitem ser a hipertransaminasémia resultante da retenção biliar.

Investigações semelhantes foram efectuadas por CENCIOTTI et al. (64), cujos resultados são mais ou menos sobreponíveis aos dos Autores americanos, ainda que o valor máximo de TGPS só tenha sido detectado no 4.º dia após a laqueação.

b) Estudos clínicos

Examinaremos separadamente os resultados obtidos nas obstruções extra-hepáticas e nas situações de icterícia por colestase intra-hepática.

a) Obstrução extra-hepática

Os estudos levados a cabo sobre o comportamento das transaminases séricas no decurso de icterícias por obstrução das vias biliares extra-hepáticas parecem sugerir que a determinação daqueles enzimas pode ter um certo interesse como dado auxiliar para o diagnóstico diferencial com as icterícias parenquimatosas.

Este facto teria especialmente importância se as determinações das transaminases revelassem possibilidades de distinguir precocemente, ante um quadro obstrutivo, se este é devido a uma obstrução mecânica extra-hepática ou a uma lesão parenquimatosa com produção de colestase intra-hepática.

O primeiro grupo de 5 doentes analisado por WRÓBLEWSKI e LADUE (379) era constituído por 4 casos de carcinoma da cabeça do pâncreas, 3 dos quais apresentavam níveis moderadamente elevados de TGOS (entre 60 e 120 u/ml/m), tendo o 4.º valores compreendidos entre os limites do normal. Um doente com litíase do colédoco mostrou uma actividade máxima de 70 u/ml. Três destes doentes foram operados e os seus níveis de actividade transaminásica voltaram ao normal entre 2 e 14 dias após a intervenção, numa altura em que a fosfatase alcalina ainda se mantinha elevada.

CHINSKI et al. (67, 68) encontraram, em situações de obstrução biliar, níveis aumentados a par de valores normais ou duvidosos. As elevações, em geral, não excederam as 220 u/ml. Nos casos de obstrução arrastada os níveis de TGOS mantinham-se altos, sem mostrar relações com os valores da bilirrubinémia, mas após a remoção do obstáculo voltavam prontamente ao normal, desta vez já paralelamente à curva

da bilirrubina sérica. MASON e WRÓBLEWSKI (239) consideram corretos os valores de TGOS até 300 u/ml/m nestas situações.

MADSEN e colab. (229) seguiram 42 doentes com obstrução biliar de etiologia diversa, e observaram que os valores de TGOS, normais ou pouco aumentados nos casos de obstrução sem sinais inflamatórios, estavam constantemente elevados quando de associava colecistite isolada ou acompanhada de colangite. Nestes últimos, pareceu existir uma certa correlação entre a intensidade da icterícia, a temperatura e situação clínica, e os níveis de transaminase, o que sugere compromisso hepático. Os mesmos Autores assinalam também que nos casos de obstrução maligna os valores de TGOS tendem a ser mais elevados que na litíase do colédoco (228).

Os resultados obtidos por outros Autores (11, 164, 245, 249) conformam-se de um modo geral com os referidos até agora. Na opinião de WRÓBLEWSKI (371), ainda que a experiência com casos de obstrução incompleta e transitória das vias biliares seja limitada, parece que nestes casos, na ausência de aumento da bilirrubina, não há elevações significativas dos enzimas séricos.

Com vista às peculiaridades do comportamento conjunto de ambas as transaminases e consequente alteração do quociente TGOS/TGPS na hepatite aguda, a que atrás fizemos referência, parece-nos frutífera e oportuna numa tentativa de revisão dos dados obtidos pelos Autores que estudaram simultaneamente ambas as actividades transaminásicas.

Em trabalhos sucessivos, de RITIS e os seus colaboradores habituais (97, 98, 105) não viram nunca valores de TGPS superiores aos de TGOS nas situações em causa, mas, pelo contrário, WRÓBLEWSKI et al. (282), numa série de 6 doentes, afirmam ter encontrado inversão do quociente em todos os casos.

No mesmo ponto de vista se colocam CHINSKY et al. (68), que observaram igualmente uma tendência para a inversão da razão TGOS/TGPS; e, se dos 23 casos de HENRY (163) apenas em 1 o valor de TGOS sobrepujou o de TGPS, a experiência de PRYSE-DAVIES (284) forneceu dados diametralmente opostos, pois nos seus 13 casos apenas uma vez a TGPS excedeu o nível de TGOS. A razão das médias apontadas por BORVIN et al. (36) é sensivelmente igual a 1; em todos os 5 casos de BURLINA (50) a TGPS foi consistentemente menor que a TGOS. HORN e AMELUNG (169) descreveram alguns casos com inversão.

O exame destes resultados choca pela sua diversidade, e não se compreende muito bem, a não ser talvez pelo facto de as séries serem de um modo geral pequenas, tão grandes diferenças. A única conclusão que se pode tirar é que a ausência constante de inversão observada pelos Autores italianos (de RITIS, BURLINA) não pode ser aceite sem fortes reservas em face dos restantes dados da literatura.

Mecanismo da elevação das transaminases nas icterícias por obstrução — A elevação das transaminases séricas nas hepatites agudas «a vírus» ou nas hepatites tóxicas, como já vimos, parece dever-se a uma libertação para a corrente sanguínea dos enzimas intra-celulares hepáticos (103, 379), e praticamente pode dizer-se que todos estão de acordo sobre este ponto.

Por outro lado, o aumento da TGOS e da TGPS nas icterícias mecânicas deixa já mais larga margem a dúvidas.

Para CHINSKY et al. (67, 68, 69), a elevação das transaminases deve-se à retenção biliar. Estes Autores encontraram actividades extremamente altas na biliar, da ordem das 2.000 u/ml/m; no entanto, MERRILL et al. (245) observaram, na biliar drenada pelo tubo em T, após colecistectomia, actividades de apenas 25 a 60 u/ml. Este Autor aduz contra a teoria biliar o facto de, na sua experiência, as alterações do enzima não mostrarem qualquer paralelismo com a bilirrubinémia, o que certamente não deixaria de suceder se aquele fosse o caso.

LINDE (222) estudou também o mesmo problema, chegando a conclusões semelhantes às de MERRILL; embora obtivesse valores mais altos, mas inconstantes, na biliar vesicular (cerca de 100 u/ml/m), não observou actividades superiores a 42 u/ml na biliar do colédoco, nem correlação entre esses níveis e os níveis séricos.

No entanto, os estudos de CHINSKY et al. (68) já citados, dão um certo peso à sua interpretação dos factos, assim como as observações de alguns Autores que verificaram que as transaminases evoluem com um certo paralelismo em relação

à bilirrubinémia (56, 135) e que, aliás, não foi verificado por CHINSKY.

Pode também ver-se na rápida queda das transaminases após a remoção do obstáculo, um indício de que a hipertransaminasémia é causada directamente pela obstrução, com passagem ao sangue dos produtos biliares, entre os quais aqueles enzimas, se realmente os seus níveis fossem muito elevados na biliar.

As observações de MADSEN et al. (229), que encontraram valores mais elevados nos casos de inflamação associada, sugerem que o aumento das transaminases possa ser devido a lesão da célula hepática, a qual HIMSWORTH já provou histologicamente ser muito precoce em tais casos, mas prontamente reversível.

β) Colestase intra-hepática

Os estudos sobre o comportamento das transaminases neste tipo de icterícia, com características de obstrução mas na qual nenhum obstáculo mecânico pode ser revelado, têm incidido principalmente sobre a icterícia da clorpromazina.

Na esperança de conseguir mais uma achega para o diagnóstico diferencial entre este tipo de icterícia e as situações extra-hepáticas, KESSLER e colab. (188), publicaram um estudo que incidiu sobre 3 doentes com icterícia no decurso da terapêutica pela clorpromazina. Os níveis máximos de TGOS nestes doentes foram respectivamente 175, 125 e 120 u/ml. Nos dois primeiros casos a TGOS voltou dentro de 5-10 dias ao normal — antes da bilirrubina e fosfatase alcalina — mas no último, aliás de etiologia mais duvidosa, a curva de TGOS mostrou um aspecto em planalto, acompanhando mais de perto as alterações da bilirrubinémia e da fosfatase. Os Autores acentuam que há uma certa semelhança entre a queda rápida das actividades transaminásicas nestes casos com as descritas nas intoxicações pelo CCl₄, embora os níveis séricos sejam incomparavelmente menores.

Num outro trabalho, SHAY e SIPLER (317) ocuparam-se das alterações da TGOS em 25 doentes, durante a terapêutica pela droga. Entre esses, 4 doentes, dos quais um teve icterícia e 3 mostraram elevações da fosfatase alcalina, não acompanhadas de aumento da bilirrubinémia, mostraram elevações da TGOS paralelas às alterações da fosfatase. Outros 3 doentes tiveram valores altos de TGOS durante 3 semanas no início da terapêutica, sem qualquer alteração concomitante da fosfatase.

Três casos de DONATO (111) tiveram níveis máximos de 95, 87 e 120 u/ml/m, sem alterações paralelas das provas de labilidade coloidal nem do colesterol e ésteres, mas sempre acompanhados de aumento moderado da fosfatase alcalina.

CHINSKY e associados (67, 68) estudaram a TGOS num total de 19 doentes com icterícia pela clorpromazina, que apresentaram juntamente com os seus casos de icterícia por obstáculo extra-hepático, com cujo tipo de curva os resultados parecem conformar-se, até porque mostram tendência para acompanhar as flutuações da bilirrubinémia, pelo menos na fase de regressão. Quatro casos descritos posteriormente (69), também com determinações simultâneas de TGPS, mostraram uma evolução mais do tipo da da hepatite, tendo 3 deles aumentos consideráveis de TGPS, em contraste com valores de TGOS apenas moderadamente elevados em 3 e normais em 1.

Dos 2 casos de PRYSE-DAVIES (284), um mostrou valores mais elevados de TGOS, enquanto outro tinha inversão do quociente TGOS/TGPS.

De um modo geral, o exame dos dados da literatura leva a crer que parece não se discernir diferenças essenciais entre o comportamento das transaminases nas icterícias mecânicas e na icterícia da clorpromazina, pelo menos no que respeita ao quantitativo da elevação. A curva seriada parece ter algum interesse, pois volta rapidamente ao normal nestes casos com a suspensão da terapêutica. Existem ainda poucos dados sobre o comportamento da TGPS, e como o tipo das suas alterações nas icterícias mecânicas é já altamente controverso, poucas ou nenhuma ilacções poderíamos daí tirar com vista ao diagnóstico diferencial. De qualquer modo, parece-nos que as alterações enzimáticas permitirão, pelo menos, fazer a distinção com a hepatite «a vírus».

(Continua)

NO TRATAMENTO DE: DISENTERIAS • ENTERITES E OUTRAS DOENÇAS INTESTINAIS



LACTANO

(Vitaminas B₁, B₂ e PP + *Lactobacillus bulgaricus* e *acidophilus* + *Streptococcus lactis*)*Promove a normalização da flora intestinal e fornece Vitaminas do complexo B.*ADJUVANTE DO
TRATAMENTO
POR ANTIBIÓTICOSFRASCO DE 150 c. c. DE CALDO
TUBO DE 20 COMPRIDOS
CAIXA DE 3 TUBOSLABORATÓRIO *Fidelis*

Um novo processo de contenção das fracturas do malar

P. BUREAU e J. DANGSY

As lesões traumáticas do malar levantam problemas de redução e de contenção mais ou menos complexas conforme as variedades encontradas.

Não falaremos nas fracturas isoladas do malar que são muito raras, mas das fracturas associadas com as dos ossos vizinhos que alguns classificam sob o nome de disjunções e luxações do malar. Na realidade, a luxação verdadeira, pura, é impossível (MALGAIGNE) porque as suturas que unem os malares aos outros ossos são demasiado engrenadas e dentadas para permitir uma luxação. Os traços de fractura estão, por vezes, a curta distância do malar. Estão perto ou não ao nível das suturas: fronto-malar, ao nível da parede orbitária externa, maxilo-malar ao nível da parede orbitária inferior, tornando-se depois o traço nitidamente piramidal na união das faces do malar com as faces anterior e posterior da pirâmide maxilar (GULLET).

Se bem que inexacto, o termo de luxação e de disjunção continua usual e clássico.

O mecanismo destas disjunções é interessante referir. É sempre devida a choque directo, violento (pontapé, acidente de viação). A força é dirigida de fora para dentro na maioria dos casos. Muito raramente o malar é lançado para fora por um traumatismo endo-bucal.

Conforme o ponto de aplicação da força, as lesões serão diferentes e pode, esquematicamente, descrever-se duas categorias (LAMBERT):

1.º — Um traumatismo muito violento dirigido para trás, para dentro e para baixo sobre o ângulo inferior do malar dirige o choque para a parte mais espessa do osso que se esmaga ou penetra na parede externa, frágil, do seio. A báculo faz-se a maioria das vezes segundo o eixo horizontal.

2.º — Um traumatismo lateral mais posterior na parte não sustentada do malar, nos seus dois terços posteriores imprime a este último um movimento de báculo segundo um eixo vertical. Há disjunção da sutura zigomático-malar ou fractura zigomática mas o seio está, a maioria das vezes, intacto.

Clinicamente, há uma diferença sensível entre as duas formas.

Tivemos ocasião de encontrar, nestes últimos meses, 3 disjunções do malar com afundamento do seio (báculo segundo o eixo horizontal).

Lembraremos, brevemente, os sinais clínicos desta variedade.

O ferido apresenta-se com uma assimetria facial devida ao achatamento do lado atingido. Esta deformação é melhor

apreciada colocando-se atrás do ferido e examinando os relevos de alto a baixo. Esta deformação será rapidamente escondida por um edema equimótico palpebral inferior e geniano. O dedo palpando o rebordo orbitário inferior encontrará uma solução de continuidade e um ponto doloroso na união do terço interno e dos dois terços externos. Um trismo pode impedir o exame endo-bucal. O vestibulo superior está cheio pelo abaixamento da cornicha do malar. Uma dor é despertada pelo dedo que palpa e pode ser percebida uma crepitação óssea.

Procurar-se-á a anestesia do nervo infra-orbitário e poderá haver diplopia.

O interrogatório revelará que o ferido apresentou uma epistaxis imediata e abundante.

A radiografia permitirá ver a localização dos traços e fracturas, importância do deslocamento e existência dum hemoiseio.

Na variedade de disjunção do malar, pensamos que o único tratamento racional consiste na redução sangrenta.

Após anestesia do maxilar superior completada com a anestesia local, praticamos uma incisão longa indo do ápex do canino à tuberosidade do maxilar e passando o mais alto possível no vestibulo. Descola-se a mucosa, ruginando o osso, tendo o cuidado de começar o descolamento longe do foco de fractura numa parte sã do osso. Numerosas e finas esquirolas provenientes da parede externa do seio são retiradas. Retiram-se os coágulos que enchem o seio. Com a ajuda dum sindesmo, torno de dentes, introduzido por uma brecha inferior do seio, desengrena-se o malar.

A palpação permitirá dar conta da correcção e da redução.

Dois eventualidades podem dar-se:

1) Ou o deslocamento não tem qualquer tendência a reproduzir-se. Neste caso a intervenção será terminada pela sutura.

2) Ou os fragmentos ósseos não têm tendência a manter-se em posição correcta. É neste caso que fazemos a contenção por um processo que cremos original. Introduzimos pela fenda da parede sinusal, na cavidade sinusal, um balão ligado ao exterior por um tubo de borracha de pequeno calibre que permite encher o balão quando se queira, de modo a manter exactamente a redução do malar.

O balão pode ser retirado no dia seguinte à intervenção. Os antibióticos permitem-nos ter bons post-operatórios. Os resultados radiológicos e cosméticos são bons.

(Dos «Entretiens de Bichat»)

Seara alheia

(dos livros e das revistas)

Comparação da clorotiazida com a meralurida**Um novo método rápido para avaliação quantitativa de diuréticos em doentes de coma com insuficiência cardíaca congestiva**

HARRY GOLD, T. KWIT, CHARLES R. MESSELOFF, MILTON L. KRAMER, ARGYRIOS J. GOLFINIS, THEODORE H. GREINER, ELIZABETH A. GOESSEL, JOHN H. HUGHES, A. B. and LEON WARSHAW

Para verificar a eficácia diurética levada a efeito em doentes, de cama, com insuficiência cardíaca congestiva, submetidos a um regime terapêutico altamente eficaz (que inclui repouso, digitalização e restrição de sal) aplicou-se um novo método para comparação das doses máximas eficazes de clorotiazida e meralurida, uma dose oral de 2 g do primeiro e 2 cc por via intramuscular do último. Cada doente recebeu as duas drogas não simultaneamente; pelo contrário, houve alternância na sequência, quer quanto ao doente em si, quer quanto ao grupo. A comparação foi feita em relação à perda de peso nas 24 horas. Somente as primeiras 4 doses forneceram respostas semelhantes analisadas como sintomas ou indícios-testes e também em relação com os limites de segurança. SUMÁRIO E CONCLUSÕES: Ao contrário da opinião clínica, que assegura, duma maneira geral, que

uma dose oral de 2 g de clorotiazida é tão eficaz como a dose intramuscular de 2 cc de meralurida em doentes com insuficiência congestiva, o estudo presente mostra que ele tem somente 40 % da eficácia da meralurida e que demora 2 ½ vezes mais a fazer desaparecer o edema. Estes resultados, verificados por testes estatísticos padrão, foram obtidos por um novo método de comparação de diuréticos em doentes com insuficiência cardíaca congestiva e há razão para acreditar que é directamente aplicável ao objectivo prático de eliminação de edema na prática terapêutica, dentro do esquema dum regime convencional de tratamento que é altamente eficaz e confirmado pela experiência geral.

(J. A. M. A. — Condensação)

A propósito do transporte de feridos da estrada

G. THOMERET

Concordamos ser muito melhor que um ferido seja transportado confortavelmente numa ambulância especializada, pois evitar-se-á assim o agravamento de lesões por mecanismos intempestivos. Quanto à rapidez do transporte, levantou-se a dúvida da sua conveniência dada a circunstância de muitas operações virem depois a ser adiadas. Mas uma operação adiada não significa urgência adiada.

Os mecanismos compensadores protegem a vida durante certo tempo, e é preferível utilizar este lapso para o transporte a um hospital próximo, que perder essa e outras oportunidades com a tentativa da reanimação artificial, que raro se fará, no local, de forma eficaz.

Nos casos graves — hemorragias e alterações respiratórias — a rapidez de evacuação está acima de tudo. Para os outros casos, não há inconveniente aguardar a chegada da ambulância, quando se não dispõe dum outro carro.

Deve-se ir directamente a um centro cirúrgico e nunca hesitar quanto a outros destinos, que se não justificam.

Mas poderá ser nocivo para o doente o transportador benévolo, que dispõe dum carro? É verdade que estes salvadores improvisados e mal instruídos podem, com as suas manobras, acentuar o deslocamento duma fractura, agravar a redução feita no local ou precipitar um choque latente ou declarado. Em todo o caso o desconforto do transporte, que se não faz numa ambulância, é já secundário para quem tenha uma concepção correcta de choque traumático, em que o factor nervoso desempenha papel insignificante.

Quais os factores de agravamento imediato? São essencialmente três:

A *hemorragia*, sob qualquer dos seus aspectos, sem esquecer as intersticiais; as *perturbações respiratórias*, do tipo da respiração paradoxal, dos derrames intratorácicos, depressão dos centros, etc. observados nas fracturas raquidianas com quadriplegia, fracturas do maciço facial e certos traumatismos cranianos.

Lesões graves crânio-encefálicas, em que os cuidados imediatos têm um interesse restrito. Só os outros factores, hemorragia e alterações respiratórias implicam um tratamento tão rápido quanto possível.

Os tratamentos feitos no local do acidente não são racionais nem eficazes.

A reanimação circulatória feita nessas circunstâncias, poderia tolerar-se em feridos de guerra, a quem a administração de plasma ou substitutos, antes de chegado ao centro cirúrgico, poderia ser valiosa. Mas os feridos por acidentes de estrada não se comparam a estes, e têm, além disso, a possibilidade imediata de transporte até um centro onde a reanimação se faz correctamente.

A acção destes socorros improvisados arrisca-se a ser perigosa, pois na falta dum diagnóstico preciso pode deixar-se evoluir uma compressão torácica ou uma respiração paradoxal e agravar-se o engorgitamento da pequena circulação num insuficiente respiratório. Receamos, além disso, que a reanimação se faça à base de farmacodinâmicos, por-

na terapêutica das diarreias

**ZIMAIAGEL**

Suspensão

que se os analépticos cardiovasculares não são mais que um simulacro de tratamento, sem grande perigo em si mesmos, o mesmo não sucede com os ganglioplégicos e os depressores centrais ou os vasopressores.

É ilógica, nociva e perigosa a manipulação de drogas vasopressoras activas, tipo da noradrenalina, nos casos que vimos considerando. Ilógica porque o organismo tem já uma vasoconstrição suficiente para salvaguardar a irrigação cere-

bral. Inútil, porque pode ter passado já o momento da receptividade vascular da droga. Nociva porque pode acarretar a diminuição da irrigação hepato-renal, já comprometida. E além disso torna-se incontrolável nas condições de evacuação comuns.

(Condensado por Taborda de Vasconcelos, de «Le Concours Medical», n.º 29, Julho de 1960).

Higiene Mental

«O menino difícil»

Cada vez é maior o número de inadaptados, a miséria progride, assim como a delinquência. A luta pela existência é dura e apenas os que durante a infância foram cientificamente orientados, de acordo com as suas aptidões e vocação, se encontram em condições numa sociedade organizada.

Procura-se combater a morte e prolongar a vida, embora ao homem, como pessoa, pouca importância se lhe atribua. Embora viva fisicamente bem, muitas vezes o meio lhe é hostil, ou ele próprio ataca a sociedade. Ora tudo isto poderia evitar-se se tivesse sido compreendido e educado como ser humano, descoberto precocemente nas suas virtudes e defeitos, estudado nas suas reacções para com o próximo e o ambiente que o cerca. Poucos se preocupam de forma sistemática e organizada, deste problema, esquecendo-se que para formar um homem é indispensável começar antes da concepção e acompanhá-lo até depois da puberdade. Faz-se o que se quer do homem, logo a partir da infância, desde que se respeite a sua personalidade.

Muitos santos, sábios e outros seres de eleição, como Aristóteles, Diógenes, Copérnico, Galileu, Santa Teresa de Jesus, Cervantes, etc., teriam sido tomados por indivíduos «difíceis», se tal conceito existisse nas suas épocas, por se

não adaptarem à rotina do tempo em que viveram. Poderia a este respeito, repetir-se com Séneca, «reveste-te de ânimo viril e afasta-te da opinião vulgar. Olha bem e sempre a face da virtude, que não deves cultivar com incenso, mas atingir com suor e lágrimas».

Não é fácil definir o «menino difícil», ou que se considera com inteligência superior à normal. O oligofrénico, esquizóide, imbecil e outras tantas psicopatias, apresentam características determinadas.

O «menino difícil» é um inadaptado por ter sido incompreendido. Conforme o meio, pode vir a ser um génio ou um salteador, em manifesto e permanente desacordo com a sociedade. É com frequência, resultado de pais difíceis.

Um grande número de crianças encontra-se em equilíbrio entre o normal e o patológico, bastando a menor influência do meio ou da educação para intervir desfavoravelmente no seu foro psíquico. As disposições hereditárias não são bastante sólidas para prevalecerem do ambiente nem tão precárias para assimilar um meio benéfico.

Nem toda a responsabilidade cabe, porém, ao ambiente, porque o educador pode exercer grande influência no educando. Por isso é vantajosa e necessária a colaboração íntima

VITAGLUTAM

Comprimidos de ácido glutâmico, fosfato dicálcico, dimetil-amino-metilfenilfosfinato de sódio e vitaminas B₁, C e D₂

Tónico e recalcificante, especialmente indicado nas crianças e adolescentes nos períodos de mais intensa actividade escolar.

BÊVITEX

Complexo B + Vitamina C em cápsulas gelatinosas

Doses eficientes, administração cómoda, estabilidade perfeitamente assegurada.

LABORATÓRIOS ESTÁCIO
PORTO

NA SULFAMIDOTERAPIA INTESTINAL

FTALIL-TIAZOL

E

FTALIL-KAPA

Dois produtos de comprovada superioridade
e desprovidos de acções secundárias

LABORATÓRIOS "CELSUS"
LISBOA

do médico e do pedagogo para a formação dos futuros cidadãos.

Uma criança difícil não é a mal educada, mas uma nestas condições encontrará dificuldades no seu desenvolvimento mental. A escola pode destruir uma vida.

É indispensável conceder à infância os direitos indispensáveis como a saúde física e mental; a cultura, sempre de acordo com a sua capacidade, posição social e económica;

e na mesma escola, igual para todos, dotada dos elementos pedagógicos sancionados pela ciência.

Faltam ainda médicos para atender à higiene mental do estudante.

(Condensado por Tabora de Vasconcelos, de
«Galicia Clínica», n.º 7, Julho de 1960).

Que deseja saber?

Publicamos a seguir traduções de algumas das «perguntas e respostas» sobre problemas da prática médica que, semanalmente, aparecem sob a rubrica «Any Questions?» no periódico «British Medical Journal»; são aqui reproduzidas com autorização do Editor daquela prestigiosa revista.

VITAMINAS EM GERIARTRIA

P. — SÃO NECESSÁRIAS A VITAMINA D E A PIRIDOXINA NUMA PREPARAÇÃO POLIVITAMÍNICA PARA GERIARTRIA? A VITAMINA D ADMINISTRADA EM DOSES DE 500 UNIDADES POR DIA NUM POLIVITAMÍNICO PODE TER ALGUM EFEITO PREJUDICIAL, QUANDO DADA A DOENTES ACIMA DOS 60 ANOS, POR UM PERÍODO INDEFINIDO?

R. — Não há provas de que os adultos necessitem de qualquer suplemento dietético de vitamina D ou piridoxina. A vitamina D forma-se em quantidades suficientes na pele.

É possível que pessoas idosas que vivam a maior parte do tempo dentro de casa se possam tornar deficientes nesta vitamina, mas não há prova de que isto suceda.

Tentativas para produzir, experimentalmente, deficiência de piridoxina em adultos não provocaram quaisquer sintomas e as afirmações de que a piridoxina é benéfica em certas perturbações cardiovasculares e nervosas não tem

fundamento firme. A piridoxina é abundante em muitos alimentos, existindo nas fontes cruas de complexo B.

A administração de 500 unidades por dia de calciferol a doentes idosos por um período indefinido é, provavelmente, inteiramente inócua.

TOXICIDADE DA SACARINA

P. — HÁ ALGUM FACTO QUE INDIQUE QUE A SACARINA É CARDIOTÓXICA?

R. — A sacarina é uma substância branca e cristalina — o ácido O-sulfamidobenzóico anidro. É cerca de 400 vezes mais doce que o açúcar, mas sem valor alimentar. Nos testes farmacológicos verificou-se que não era tóxica, mesmo em doses muito maiores do que as que normalmente se usam para adoçar alimentos e bebidas. Além disso, toda a dose administrada é eliminada nas fezes e urina dentro de 24 horas.

(COLIGIDAS POR G. G.)

Sumários da Imprensa Médica Nacional

(Artigos originais)

Dos periódicos ultimamente aparecidos:

«SEMANA MÉDICA»

(7-8-1960): A importância das bronco-aspirações de urgência nas broncopatias pós-operatórias (AFONSO DE PAIVA); Investigação sobre tripanossomias (PROF. CRUZ FERREIRA); A vida do médico e do seu futuro (JORGE FERREIRA E SILVA).

«IMPrensa MÉDICA»

(Julho de 1960): Médicos de Guaratinguetá no século XIX (LYCURGO DE CASTRO SANTOS FILHO); Paracelso, o louco maior da Medicina (AUGUSTO D'ESAGUY); A Suberose «Doença de Carvalho Cancela» (LUIS GUERREIRO); A Readaptação social dos tuberculosos (ÁLVARO DE CARVALHO ANDREA).

«JORNAL DO MÉDICO»

(6-8-1960): Epilepsia reflexa (MILLER GUERRA, POMPEU OLIVEIRA E SILVA e FERNANDO TOMÉ); Despersonalização e relação de objecto (ALBANO MOREIRA DA SILVA).

«PORTUGAL MÉDICO»

(Julho de 1960): Patologia da consciência (MILLER GUERRA); Ensaio terapêutico do Didrotenat e Bepanthone num surto epidémico rural de difteria (ACACIO DE ABREU FARIA).

«HOSPITAIS PORTUGUESES»

(Maio de 1960): O Serviço de relações públicas nos hospitais (ÁLVARO DE PAIVA BRANDÃO); Dispensários de higiene e consultas externas hospitalares (CRISTIANO NINA).

LIVROS E OUTRAS PUBLICAÇÕES

Nesta secção registamos os títulos, autores e editores dos livros que nos são enviados, pouco depois de os recebermos; mais tarde, publicamos críticas bibliográficas. Também nesta secção se indicam referências bibliográficas que os nossos assinantes nos solicitarem sobre qualquer assunto médico (no caso dessas referências terem interesse restrito, as respostas serão dadas, também sem encargos para os consultantes, directamente, pelo correio).

BIBLIOGRAFIA

Anunciamos em «O MÉDICO» (semanário de assuntos médicos e paramédicos) o aparecimento de todos os livros e outras publicações que sejam enviadas para este jornal ou para a «ACTA GYNAECOLOGICA ET OBSTETRICA HISPANO-LUSITANA» (revista bimestral) (Secção bibliográfica — Avenida dos Aliados, 41-4.º-Porto — Portugal). A seguir, se nos forem enviados 2 exemplares ou se a obra tiver valor especial, publica-se uma resenha bibliográfica: quando se tratar de assuntos de ginecologia ou obstetrícia, na «ACTA GYNAECOLOGICA ET OBSTETRICA HISPANO-LUSITANA» e, com referência a outros assuntos em «O MÉDICO».

BIBLIOGRAFIA

Haremos referencia en «O MEDICO» (semanário de asuntos generales) a la aparición de cuantos libros y otras publicaciones nos fueren enviadas para este periódico o para la «ACTA GYNAECOLOGICA ET OBSTETRICA HISPANO-LUSITANA» (revista bimestral) (Sección bibliográfica — Avenida dos Aliados, 41-4.º-Porto — Portugal). Además, cuando nos sean enviados 2 ejemplares, o si la obra tuviere especial valor, publicaremos una reseña bibliográfica; cuando se trate de asuntos de ginecologia o de obstetrícia en el «ACTA GYNAECOLOGICA ET OBSTETRICA HISPANO-LUSITANA» y sobre otros asuntos en «O MEDICO».

BIBLIOGRAPHIE

Nous annonçons dans «O MEDICO» revue (hebdomadaire générale) à leur parution, tous les livres et autres publications qui soient envoyés à ce journal ou à «ACTA GYNAECOLOGICA ET OBSTETRICA HISPANO-LUSITANA» (revue bimensuelle) (Section bibliographique — Avenida dos Aliados, 41-4.º-Porto — Portugal). Ensuite, si nous avons reçu deux exemplaires, ou si l'oeuvre a une valeur spéciale, il en sera publié un compte-rendu bibliographique: lorsqu'il s'agit de sujets de gynécologie ou d'obstétrique, dans les «ACTA GYNAECOLOGICA ET OBSTETRICA HISPANO-LUSITANA»; dans «O MEDICO» quand il est question d'autres sujets.

BIBLIOGRAPHY

We announce in «O MÉDICO» (weekly journal of general matters) the publication of all books and other publications which are sent to this journal or to «ACTA GYNAECOLOGICA ET OBSTETRICA HISPANO-LUSITANA» (bi-monthly journal) (Bibliographic Department — Avenida dos Aliados, 41-4.º-Porto — Portugal). Later if two copies are sent us or if the work is of special value, a bibliographical summary will be published in the «ACTA GYNAECOLOGICA ET OBSTETRICA HISPANO-LUSITANA» when the subject matter treats of gynaecology and obstetrics; while those works referring to any other subject will be referred to in «O MÉDICO».

BIBLIOGRAPHIE

Wir annuncieren in «O MÉDICO» (allgemeine wochentliche Zeitschrift) das Erscheinen aller Bücher und anderer Veröffentlichungen, die an diese Zeitung eingeschickt werden oder an die Zeitschrift «ACTA GYNAECOLOGICA ET OBSTETRICA HISPANO-LUSITANA» (Zeitschrift die von zwei blonath in zwei blonath erscheint) (Abteilung Bücherwesen, Avenida dos Aliados, 41-4.º-Porto — Portugal). Wenn uns ausserdem 2 Exemplare eingeschickt werden, oder wenn das Werk besonderen Wert hat, veröffentlichen wir einen eingehenden Bericht, und zwar, wenn, es sich um Fälle handelt, die etreffen der Gynäkologie oder Obstetricie, in der «ACTA GYNAECOLOGICA ET OBSTETRICA HISPANO-LUSITANA», irdendwelche andere Fälle, im «O MÉDICO».

BIBLIOGRAFIA

JOSÉ DE FREITAS FERRAZ — *Test da árvore* (subsídios para o seu estudo). Lisboa, 1956.

O Dr. Karl Kock acreditava que era possível fazer um diagnóstico bastante aproximado da chamada «personalidade» dum indivíduo e, em certos casos, ter uma opinião razoável da sua inteligência, pedindo-lhe muito simplesmente que *desenhasse uma árvore*. A sua fé parece ter sido primitivamente baseada na crença de Emilio Juckett, orientador profissional, que se apoiava em «ponderadas conclusões e longo estudo da história da cultura e sobretudo da mitologia e psiquiatria».

O autor deste opúsculo procurou fazer uma validação deste *test da árvore* comparando-o com outras provas caracterológicas já validadas e efectuando no mesmo indivíduo provas em épocas diferentes e correlacionando os vários diagnósticos feitos.

O A. ocupa os dois primeiros capítulos com uma revisão histórica dos testes de personalidade e das várias tentativas e modos de estudo da mesma. Apresenta depois os fundamentos teóricos do teste, que seriam a) uma concepção metafísica, «que se baseia na aparente semelhança estrutural entre o homem e a árvore», b) a grafologia de Max Pulver e c) as técnicas projectivas em geral.

Descrito o test — pede-se ao paciente que faça três desenhos: uma árvore frondosa, uma outra que o indivíduo conheça bem (excepto o pinheiro) e uma árvore frutífera — o autor faz depois a sua validação.

Nas conclusões afirma-se, «convictamente», que o teste terá no futuro uma larga aplicação na psiquiatria, porque «entre um indivíduo calmo, normal e um que esteja num estado depressivo, há uma diferença notória nas árvores». Ora, entre dois indivíduos assim há muitas diferenças notórias, que tornam algo infantil aquela asserção.

Que este teste permita avaliar, grosso modo, o desenvolvimento mental (como conclui F. F.) não duvido, pelo menos em casos extremos que, na prática, quase não vale a pena submeter à prova. Mas neste campo um outro teste — o de Goodenough — permite uma discriminação muito maior e está francamente bem sistematizado, além de ser de aplicação tão fácil como o *da árvore*; em crianças entre os 5 e os 8-9 anos é a prova sumária mais recomendada.

Passemos em claro o uso pouco preciso da terminologia psiquiátrica neste opúsculo, que foi apresentado como dissertação para licenciatura em Ciências Históricas e Filológicas.

Quanto ao método de validação, faz pensar no que escreveu Dewey sobre os testes de inteligência, que lhe lembravam o modo como na sua terra pesavam os porcos: suspendiam uma tábua pelo meio e punham numa das extremidades o porco, na outra uma pedra que o equilibrasse e depois calculavam o peso da pedra. No caso dos métodos projectivos há muito boa gente que duvida seriamente que a pedra tenha algum peso.

GUEDES GUIMARÃES

★

LEON BINET et MADELEINE BOCHET — *Oxygenotherapie* — Vol. de 262 pág. — 2. Ed. — Masson et Cie — Paris, 1960.

Nesta monografia de conjunto, em 2.ª edição inteiramente refundida, os autores apresentam *au point* uma exposição, ao mesmo tempo teórica e prática, dos problemas mais actuais da oxigenoterapia, processo cujas indicações são cada vez mais nume-

NO TRATAMENTO DE: FERIDAS • FURÚNCULOS • QUEIMADURAS E ERITEMAS DO SOL



NEOPANTOL

(Etilmercuritosalicilato de sódio + Álcool pantenílico + Vitamina A
em excipiente não gorduroso absorvível pela pele).

ANTI-SÉPTICO.
ANTIFÚNGICO.
REGENERADOR
TISSULAR

BISNAGAS DE 20 GRAMAS DE POMADA

LABORATÓRIO *Fidelis*

rosas: tratamentos de urgência (hemorragia, choque, asfixia), contra as intoxicações pelo óxido de carbono, os barbitúricos, gases anestésicos, álcool, etc.; em patologia cardiopulmonar, em cirurgia, na medicina do trabalho, etc. Os autores procuraram pôr em evidência o papel dominante e bem fundado da oxigenoterapia racionalmente empregada.

A. WACKENHEIM — *Neuroradiologie — Radio-Anatomie Normal et Pathologique du Crâne* — Vol. de 392 pág. et 122 fig. — Ed. G. Doin & Cie — Paris, 1960.

Este livro de neuro-radiologia, ou, melhor, de radiologia oto-neuro-oftalmológica apresenta, primeiro, esquematicamente, os dados da anatomia normal dos diferentes ossos do crânio. É um estudo feito com preocupações didáticas, de maneira que os vários capítulos podem ser utilizados para a preparação de exames ou de concursos. A segunda parte da obra é consagrada à radio-anatomia patológica do crânio. Ali se encontram estudos analíticos e sintéticos das lesões cranianas elementares, como as calcificações intra-cranianas, as lâminas cranianas, as hiperostoses, as malformações, etc.

GEORGES PORTMANN — *Oto-rino-Laryngologie — Tome 1: Appareil auriculaire, cavités nasales* — Vol. de 996 pág. — Ed. G. Doin, Paris, 1960.

Com a colaboração de Despons, Berger e Michel Portmann, o célebre especialista, professor da Faculdade de Medicina de Bordeaux, Dr. Georges Portmann, redigiu um grosso volume, que apresenta 343 gravuras em negro e cores. Esta obra, que compreende dois tomos, representa um *mise au point* desta especialidade; é um livro prático e brilhantemente escrito. O 1.º tom, que acaba de aparecer, trata dos ouvidos e nariz — cavidades acessórias; o 2.º volume tratará das cavidades bucal e faríngea, laringe-traquea-brônquios, esôfago e pescoço-corpo tiróide.

Para cada órgão ou grupos de órgãos, há capítulos de anatomia, fisiologia, semeologia e de patologia (onde as diferentes doenças ou síndromas são analisados separadamente, como, para cada afecção, os dados etiológicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos).

Pela sua clareza e pelas suas qualidades didáticas, este livro de ensino é útil, não só ao estudante e ao futuro especialista, como também ao clínico já com grande experiência.

Traitement des cancers — Directives Médico-Chirurgicales — Vol. de 384 pág. — Ed. G. Doin, Paris, 1960.

Trata-se dum trabalho do Instituto Gustave Roussy (o mais importante Instituto de Oncologia da França) e das Cadeiras de Cancerologia Médica e Social e de Cancerologia Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Paris. Depois da Introdução sobre a História natural do cancro e sobre as possibilidades do diagnóstico precoce, aborda, sucessivamente, as possibilidades da acção terapêutica, o papel e as indicações da cirurgia. O problema das radiações é evocado desde o seu aspecto teórico e didático até ao papel das radiações sobre os tecidos em geral e às técnicas de emprego; termina pelas indicações práticas. Outro capítulo importante é consagrado ao aspecto médico do tratamento. O leitor desta importante obra é guiado por importantes quadros e índices em relação com os diferentes problemas.

JEAN OLMER — *Traitement des maladies de la rate* — Vol. de 196 pág. — Ed. G. Doin, Paris, 1960.

O autor, que é professor de Clínica Médica Terapêutica na Faculdade de Medicina de Marselha, estuda, neste livro, o tratamento das doenças do baço; passa em revista os casos em que a doença do baço é a única que atinge o doente e também quando

a afecção esplénica faz parte dum quadro clínico mais ou menos rico. A obra é concebida especialmente num sentido prático, fixando a orientação do médico em presença das várias afecções esplénicas; não trata das noções ainda discutíveis, nem apresenta numerosas referências bibliográficas.

HENRI FRUCHAUD et col. — *Chirurgie de l'étage supérieur de l'abdomen* — Vol. de 200 pág. — Ed. G. Doin, Paris, 1960.

Esta obra compreende duas partes: na 1.ª trata-se da «anatomia evolutiva»; na 2.ª, das «táticas e técnicas operatórias regionais» para o conjunto do andar superior do abdómen.

JEAN FOUQUET — *La meningite tuberculeuse et son traitement* — Vol. de 236 pág. — Ed. G. Doin & Cie, Paris, 1960.

Se a descoberta da estreptomicina permitiu que a meningite tuberculosa se curasse, a ioniazida, a partir de 1952, devia trazer mudança radical quanto ao tratamento e ao prognóstico desta doença, que agora é curável em cerca de 90 % de casos. Mas semelhante resultado exige uma intervenção pronta e eficaz. É o que se descreve, magistralmente, neste livro de Jean Fouquet, médico do Centro de Tisiologia Infantil da Salpêtrière. O autor consagra a primeira parte do livro a uma descrição clínica minuciosa, sobretudo quanto aos sinais da doença no início. Os princípios gerais do tratamento são em seguida expostos. As estatísticas são fáceis de estabelecer e indiscutíveis, quanto aos métodos das diferentes terapêuticas. Trata-se dum livro prático, embora completo. Numerosas observações o ilustram.

PAUL GLEES — *Morphologie et Physiologie du Système Nerveux* — (trad. française par Chatagnon et Gastagnol) — Vol. de 583 pág et 149 fig. — Ed. G. Doin & Cie, Paris, 1960.

Esta obra ordena os dados provenientes da literatura mundial dos últimos dez anos sobre os trabalhos que tratam do estudo dos fenómenos eléctricos, químicos, histológicos e fisiológicos em correlação na produção dos fenómenos nervosos. São expostos os resultados mais importantes da neurologia experimental. As matérias são apresentadas em 18 capítulos. Os 6 primeiros tratam dos métodos de trabalho da neurologia experimental e dos seus aspectos bioquímicos e clínicos. Outros capítulos abordam os problemas das funções sensitivas e motoras do tálamo e do córtex. Os últimos tratam do sistema reticular do tronco cerebral, da actividade eléctrica espontânea e induzida e de outros assuntos relativos ao desenvolvimento dos hemisférios cerebrais.

Formulaire pratique de Thérapeutique et de Pharmacologie — sous la direction de Loeper e Lesure — 38.ª ed. — Vol. de 1.423 pág. — G. Doin & Cie, Paris, 1960.

O grande sucesso deste formulário mede-se pelas suas numerosas edições. O plano, traçado no início por Dujardin-Baumetz e Yvon, pouco foi modificado, depois, quanto à forma; mas o texto tem sido sucessivamente refundido. O leitor encontrará neste excelente guia, não só o que deseja sobre a arte de formular, como também as necessárias noções jurídicas e deontológicas. Entre vários elementos que interessam aos clínicos, apresenta este «Formulário» as indicações mais necessárias sobre exames de laboratório.

Calendrier des vaccinations — Vol. de 344 pág. — Ed. Masson et Cie, Paris, 1960.

Trata-se dum relato sobre o «Seminário» organizado pelo Centro Internacional da Infância, que se realizou no Castelo de Longchamp em Outubro de 1959, sob a presidência do Prof. Robert Debré. O livro apresenta cinco grandes divisões: Bases imunoló-

gicas; Associações vacinais; Vacinações contra as doenças de vírus; Duração da imunidade conferida pela vacinação; Calendário das vacinações.

Numerosos participantes (pediatras, imunologistas e bacteriologistas) vindos de 19 países estudaram, nesse «Seminário», os vários problemas relacionados com as vacinações, como a evolução da imunidade no recém-nascido e as vacinações contra a poliomielite. As discussões que se seguiram às comunicações foram animadas. Por isto esta obra representa um instrumento indispensável de trabalho para todos aqueles que se interessam pelas vacinações.

JEAN QUÉNU et coll. — *Nouvelle Pratique Chirurgicale Illustrée* — Fasc. XV — Vol. de 286 pág. et 244 fig.—Ed. G. Doin & Cie, Paris, 1960.

Entre outros assuntos, trata este fascículo da notável obra dirigida pelo Prof. Quénu: Tratamento operatório da incontinência anal por mioplastia com ajuda do músculo recto interno; Kistojejunostomia em T para falso quisto do pâncreas; Miomectomia abdominal; Aponevrectomia palmar para doença de Dupuytren.

MARCEL FÉVRE — *Le Nouveau-Né-Directives Thérapeutiques médico-chirurgicales* — Vol. de 200 pág. — Ed. G. Doin & Cie, Paris, 1960.

Este livro, essencialmente destinado aos policlínicos, mas que interessa também aos parteiros e cirurgiões, não é uma técnica cirúrgica, mas antes um tratado que se destina a precisar as indicações das terapêuticas médicas no recém-nascido e nas crianças de tenra idade. As terapêuticas médico-cirúrgicas são encaradas segundo condições diferentes, que são agrupadas em seis capítulos: estados de colapso do recém-nascido; lesões consecutivas aos traumatismos obstétricos; tratamento das malformações visíveis; síndromas e afecções que aparecem durante as semanas que seguem o nascimento; reequilíbrio biológico e reanimação.

Livros recebidos

Ed. G. Doin (Paris):

PAUL GLEES — *Morphologie e Physiologie du Système Nerveux* — Vol. de 584 pág., 1960.

A. WACKENHEIN — *Neuroradiologie — Radio — Anatomie Normal e Pathologie du crane* — Vol. de 392 pág., 1960.

M. LOEPER, J. LESURE — *Formulaire de Thérapeutique et de Pharmacologie* — Vol. de 1424 pág., 1960.

Traitement des Cancers — Directives médico-chirurgicales (Travail de L'Institut Gustave-Roussy — Vol. de 384 pág., 1960.

JEAN FOUQUET — *La Méningite Tuberculeuse et son traitement* — Vol. de 236 pág., 1960.

GEORGES PORTMANN — *Otorrhino-Laryngologie* — Tomo I — Vol. de 974 pág., 1960.

JEAN QUÉNU — *Nouvelle Pratique Chirurgicale Illustrée* — Fasc. XV — Vol. de 286 pág., 1960.

Ed. Masson (Paris):

Calendrier des Vaccinations Seminaire Organisé par le Centre International de L'enfance — Vol. de 344 pág., 1960.

L. BINET, M. BOCHET—*Oxygénothérapie*—Vol. de 362 pág., 1960.

Ed. Médicales Flamarion (Paris):

H. G. ROBERT — *Techniques d'exploration et de traitement en Gynécologie* — Vol. de 448 pág., 1960.

Ed. Ministério da Saúde e Assistência (Lisboa):

Condição Jurídica do Cadáver — Aspectos jurídicos da utilização de material cadavérico em cirurgia — Op. de 34 pág., 1960.

Ed. Associação Portuguesa (Coimbra):

XXIII Congresso Luso-Espanhol — Tomo IX — 8.ª Secção — Ciências Médicas e Biológicas — Coimbra.

Ed. Instituto de Anatomia Henrique de Vilhena (Lisboa):

Arquivo de Anatomia e Antropologia — Vol. XXX — 448 pág., 1957-1959.

Ed. dos autores:

TOMÉ DE LACERDA e ANTÓNIO DE LACERDA — *Actualidades e Utilidades Médicas* — XXVII ano — 1.º quadrimestre — Vol. de 190 pág., 1960.

RUTIODOL

AMPOLAS — GOTAS — COMPRIMIDOS

RUTINA + METIONINA
IODO ORGÂNICO + NICOTINAMIDA

Tratamento Racional da Arteriosclerose e Afecções Degenerativas dos Vasos sanguíneos

Fluidificante. Regulador da permeabilidade. Lipotrópico

LABORATÓRIO ÚNITAS

C. CORREIO VELHO, 8-LISBOA

Dr. Gonçalves Ferreira

Temos a grande satisfação de iniciar este inquérito — que julgamos vir a constituir um grande sucesso — com a resposta do nosso muito prezado amigo Dr. Gonçalves Ferreira, membro do Conselho Científico de «O Médico» e um dos nossos mais dedicados colaboradores.

NOTA BIOGRÁFICA

Licenciado pela Faculdade de Medicina de Coimbra, em 1936, com 19 valores, tirou os cursos de Medicina Sanitária, Medicina Tropical, Climatologia e Hidrologia com as mais altas classificações. Nomeado assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra, após concurso de provas públicas, em 1938, e professor do Curso de Medicina Sanitária, em 1941, doutorou-se em 1944. Desde o início da sua carreira dedicou-se



Dr. Gonçalves Ferreira

ao estudo dos problemas de Saúde Pública e especialmente da nutrição. Foi bolseiro do Instituto para Alta Cultura, em França, para assuntos de nutrição. Em 1952 deixou a Universidade e foi continuar os seus trabalhos no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge. Em 1954 foi encarregado de organizar e instalar a Delegação no Porto do Instituto Superior de Higiene, tendo conseguido em curto período de tempo que o novo Instituto, com as secções de laboratório, ensino e investigação atingisse rendimento e nível de trabalho raro entre nós; O Dr. Gonçalves Ferreira, consagrando-se inteiramente aos trabalhos do Instituto, levou-o a uma posição de excepcional destaque no Ministério da Saúde, dando especial prestígio ao seu departamento de investigações científicas. Colaborou na organização do 1.º curso de dietistas, de que foi director, do laboratório de análises clínicas do Hospital de Santa Maria e doutros serviços. Publicou mais de 60 trabalhos técnicos, incluindo 5 volumes sobre assuntos científicos e sociais da nutrição, além de trabalhos de cultura e divulgação. Colaborou em diversos cursos de aperfeiçoamento e tomou parte em vários congressos científicos e em reuniões internacionais como delegado do País. É membro de várias sociedades científicas nacionais e estrangeiras.

OS NOSSOS INQUÉRITOS

Perspectivas e tendências em Saúde Pública

Desejando proceder a vários inquéritos a respeito de problemas relacionados com as actividades médicas, «O Médico» publica hoje o primeiro depoimento sobre o seguinte questionário:

1. Qual é o conceito de Saúde Pública que lhe parece mais claro e actualizado?
2. Este conceito será válido e exequível ao mesmo tempo sob os pontos de vista médico, administrativo e político?
3. De acordo com as ideias anteriores, como se separam os campos de actividade da Saúde Pública e da Assistência Social?
4. Que relações deverão ser estabelecidas entre Saúde Pública, Assistência Social e Previdência?
5. Como encara a solução do problema no nosso País?
6. Pareça-lhe que os Serviços de Saúde Pública devem constituir um Serviço Nacional ou será possível o seu bom funcionamento numa orgânica de tipo regional ou local, ou mesmo integrados em serviços particulares?
7. De acordo com esse critério, quais deverão ser os Serviços fundamentais de Saúde Pública e qual a orgânica do seu funcionamento:
 - a) Serviços gerais e locais
 - b) Centros de Saúde e Dispensários
 - c) Laboratórios de Saúde Pública
 - d) Hospitais e serviços médico-sociais domiciliários
 - e) Centros de recuperação e de readaptação.
8. Como deve ser preparado o pessoal dos Serviços de Saúde Pública?
9. Parece-lhe necessária a criação duma Escola de Saúde Pública? Em que bases?
10. Pareça-lhe que o actual ensino médico ministrado pelas Faculdades de Medicina se adapta bem às necessidades presentes dos Serviços de Saúde Pública?
11. Que considerações desejaria fazer mais sobre o ensino médico e o ensino da Saúde Pública entre nós?

Resposta do Dr. Gonçalves Ferreira

1.º — Qual é o conceito de Saúde Pública que lhe parece mais claro e actualizado?

R. — Começou a existir Saúde Pública quando o Homem reconheceu que a doença pode perturbar seriamente a vida da comunidade ou do grupo e se encontrou em condições de fazer alguma coisa para o evitar. A história da Saúde Pública não é mais do que «a história do comportamento do homem para se proteger a si próprio e aos seus companheiros contra os perigos para a saúde originados pela vida em grupo». No decorrer do tempo, a cada novo tipo de sociedade têm correspondido conceitos e dispositivos novos na prática da saúde pública, cuja razão se encontra no domínio crescente do homem sobre os factores hostis do meio e nas mudanças sociais que afectam a saúde dos indivíduos e da comunidade e requerem novas adaptações e aperfeiçoamentos para a preservar.

A noção do que constitui Saúde Pública, em conexão ou oposição ao que se entende por saúde individual, levou centenas de anos a evoluir até atingir o conjunto de ideias do conceito moderno, que está intimamente ligado ao conceito geral de Saúde, tal como o definiu em nossos dias a O. M. S. Compreende-se melhor tendo em conta a evolução dos acontecimentos médico-sani-

tários, subordinada, por sua vez, ao nível dos conhecimentos da época.

Sabe-se que na idade média, por exemplo, a noção de saúde individual e da comunidade esteve limitada pelo conceito teológico do pecado.

Nos séculos seguintes, o objectivo predominante foi o de evitar as pestilências e especialmente a peste.

No século XIX o conceito alargou-se e concretizou-se com o desenvolvimento intensivo dos estudos e realizações no domínio da higiene do ambiente, compreendendo a engenharia sanitária, com os abastecimentos de água e saneamento, limpeza das cidades, recolha e destruição de lixo e detritos, melhoria nas condições de habitação e trabalho, luta contra certas doenças, como a cólera, e começo do emprego de soros e vacinas na luta contra as doenças infecto-contagiosas correntes, que levou ao começo da estruturação da Medicina Preventiva.

Nas duas primeiras décadas do presente século assistiu-se à intensificação das realizações anteriores e foi aperfeiçoada a luta contra as doenças venéreas e a tuberculose, ao mesmo tempo que se iniciaram os estudos no domínio da nutrição e da bioquímica. Nos anos entre as duas grandes guerras o rápido progresso na investigação médica e o alargamento e aumento da eficiência dos serviços de saúde e dos dispositivos de protecção



Postafen

24 HORAS DE ACÇÃO CONSTANTE NAS DIVERSAS ALERGIAS

UNION CHIMIQUE BELGE, S.A.
Divisão Farmacéutica
BRUXELAS BÉLGICA



Representantes:
NEO-FARMACÉUTICA, LDA.
Avenida 5 de Outubro, 21 — LISBOA - 1
Rua Sá da Bandeira, 605-2.º — PORTO

social permitiram grandes êxitos na luta contra a mortalidade infantil, o cancro e várias doenças infecto-contagiosas e na elevação do nível geral de saúde das populações e da duração média da vida.

Actualmente, procura-se realizar a unidade; saúde deficiente-doença, nas suas relações com o ambiente e as interferências de ordem social, para as quais o tratamento médico individual não é remédio, ou não é remédio suficiente só por si, uma vez que é preciso realizar acções concertadas pela comunidade para remover os factores mais agressivos do meio e solucionar os aspectos dominantes dos problemas sociais envolvidos na doença.

Escrevemos há pouco que «Por Saúde Pública entende-se geralmente a aplicação prática da Higiene individual e do meio, ou seja o conjunto de medidas não clínicas capazes de criar as condições propícias para a saúde, e do exercício da Medicina Preventiva e Social, segundo normas legislativas e administrativas mais ou menos adequadas. Além da actividade dos serviços médicos e sociais que dependem directamente das autoridades sanitárias ou de organismos especiais competem-lhes funções relacionadas com a engenharia sanitária, a higiene industrial, a urbanização, o controlo dos géneros alimentícios, etc., que não são ou são só em parte do domínio da medicina. Na verdade, Saúde Pública é um conceito, a que corresponde uma organização de serviços, cujas actividades não são todas do domínio exclusivamente médico e que variam de país para país. O seu campo de actividade vai-se alargando dia a dia e tem tendência a compreender toda a Medicina organizada incluindo a hospitalar».

A Saúde Pública tem, assim, tendência a tornar-se sinónimo de Saúde Nacional ou simplesmente de Saúde e a compreender na sua aplicação prática, com uma técnica própria que é diferente da da medicina individual, por um lado, as «velhas» medidas de Higiene e da Medicina Preventiva e, por outro, as «novas» medidas de combate e recuperação nas doenças que são problemas da comunidade, isto é, que não dizem respeito só ao indivíduo ou aos próprios membros da família e envolvem para a sua profilaxia ou cura a contribuição conjunta do médico, enfermagem, administração hospitalar, trabalho social, segurança ou assistência social, etc.

Este contínuo alargamento do campo e métodos de actuação da Saúde Pública implica a necessidade de crescente organização, o que requer a expansão e aperfeiçoamento de diversos serviços, incluindo os da medicina curativa organizada. O desequilíbrio que tende a estabelecer-se entre as realizações e possibilidades da medicina individual, a parte da qual já chamam, por vezes, medicina comercial, e os da medicina organizada, para satisfazer as necessidades duma política coordenada da Saúde da população, acentuar-se-á rapidamente, com predomínio desta, em vários sectores da doença, o que não significa que se esteja

a caminho duma medicina inteiramente funcionalizada.

Nesta sequência de ideias, entendemos que o conceito mais claro e actualizado de Saúde Pública é o que se baseia na definição de saúde da O. M. S. e tem a sua expressão prática nas formas de actividade, médicas e não médicas, que são dirigidas no sentido da salubridade do meio ambiental e da preservação da saúde por todos os meios conhecidos que requerem da comunidade um sistema organizado de vigilância, prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação que o indivíduo, por si, é incapaz de conseguir ou manter em funcionamento eficiente no sentido desejado — o de diminuir e controlar a doença.

Este conceito prevê a integração progressiva dos serviços de saúde preventivos e curativos, nos sectores em que os últimos não podem ser da responsabilidade privada.

2.º — *Este conceito será válido e executável ao mesmo tempo sob os pontos de vista médico, administrativo e político?*

R. — O conceito expresso está estreitamente ligado à mentalidade e possibilidades económicas e técnicas da comunidade e, daqui, as dificuldades ou contingências da sua aplicação.

Que ele não é utópico, mostram-no as realizações de vários países, como o Canadá, que é provavelmente, o que melhor poderá servir de exemplo na aplicação prática dum plano de Saúde Pública altamente eficiente. Os seus serviços organizados por províncias constituem o departamento de Saúde Pública. Temos sob os olhos o esquema, reorganizado recentemente, do departamento de Saúde Pública da província de Saskatchewan, com uma população de cerca de 900.000 habitantes, a evoluir da fase rural e agrícola para a fase urbana e industrial, que compreende:

- 1 — A Comissão que elabora o plano de trabalho dos serviços de saúde pública.
- 2 — A Comissão de luta contra o cancro.
- 3 — A Comissão de investigação e de estatística.
- 4 — Os serviços locais de saúde com as secções de:
 - a) Maternidade e infância.
 - b) Doenças contagiosas.
 - c) Doenças venéreas.
 - d) Enfermagem de saúde pública.
 - f) Nutrição.
 - g) Salubridade.
- 5 — Laboratórios de saúde pública.
- 6 — Hospitais e serviços de ambulâncias.
- 7 — Saúde mental e serviços psiquiátricos.
- 8 — Higiene industrial.
- 9 — Educação sanitária.

A tuberculose não está incluída porque a sua profilaxia e tratamento são de há muito dirigidas por uma Liga que

se tem desempenhado da sua tarefa com grande êxito. A tuberculose deixou de ser um problema de saúde na província e a taxa de mortalidade específica em 1958 foi de 2,8 por 100.000 (51,12 em Portugal).

Os serviços de Saúde Pública estão separados dos da Assistência, que são dirigidos por uma comissão especial e têm a missão de assegurar a assistência às crianças, velhos e incapacitados.

No orçamento provincial para 1958-59, de cerca de 130 milhões de dólares, ou sejam 4 contos por habitante, os serviços de saúde pública tiveram 44 milhões, cerca de 1,4 contos por habitante. Desta importância couberam aos hospitais 26 milhões, isto é, 0,8 contos por habitante. O orçamento da Assistência, de 16 milhões de dólares, corresponde a 0,5 contos por habitante. Saúde Pública e Assistência dispõem de cerca de 46% do orçamento provincial, correspondendo a 1,9 contos por habitante.

Para o nosso País, cremos que o conceito é igualmente realizável e sob todos os pontos de vista.

No plano médico, todos sabemos que a classe médica portuguesa está hoje mais esclarecida da importância dos problemas da saúde pública e compreende-os melhor do que em qualquer outra época, e, se como dizia o prof. TANDLER no seu relatório de há 25 anos à Comissão de Higiene da Sociedade das Nações, o médico prático está pouco interessado na luta contra a doença, porque é das doenças que ele vive e não de saúde dos indivíduos, nos nossos dias já são poucos os colegas que ainda dizem francamente, por exemplo, que a diminuição do número de casos de febre tifóide e o encurtamento da duração da doença em consequência da terapêutica antibiótica prejudicam a profissão.

Mesmo o sector ou sectores com pontos de vista menos progressivos já raras vezes advogam os benefícios ou vantagens totais da medicina livre ou comercial. Preferem fazer a crítica da medicina organizada, o que, além de ser útil no sentido do aperfeiçoamento, toma aspecto de maior isenção, e admitem para a Saúde Pública pelo menos o conceito do fim do século passado.

No plano administrativo, a actual orgânica dos serviços de saúde, a que se junta o dispositivo correspondente aos médicos municipais, constitui um núcleo que facilmente poderá ser alargado e convenientemente reorganizado para lhe assegurar a eficiência que não tem. As relações com os actuais serviços assistenciais na doença seriam completamente revistas, e actualizadas as que é forçoso manter com os organismos administrativos, ou outros, encarregados das tarefas de base, sobretudo de engenharia sanitária e de assistência médica curativa, como câmaras municipais e misericórdias.

Só as dificuldades financeiras serão, portanto, de considerar na montagem escalonada dum plano elaborado para satisfazer as principais necessidades, uma vez que até o problema dos técnicos

é apenas parte do problema da planificação que estamos em condições de resolver com método e ordem em curto período de tempo.

No ponto de vista político, não pode haver problemas de fundo, como se tem visto em países com as mais diversas formas de governo, desde que a Saúde é considerada questão fundamental e a política do seu desenvolvimento tem prioridade ou igualdade com a da solução de qualquer outro dos problemas básicos que aos Governos incumbe resolver.

3.º — De acordo com as ideias anteriores, como se separam os campos de actividade da Saúde Pública e da Assistência Social?

R. — A ideia de que os serviços de saúde se relacionam com as actividades dirigidas ao homem são e os de assistência com as dirigidas ao homem doente, modificou-se de forma completa nas últimas dezenas de anos.

A velha assistência médica tem-se desdobrado pouco a pouco, de acordo com métodos específicos de trabalho, em serviços que entraram na esfera da Saúde.

No presente, a tendência é para considerar o campo da Assistência Social extensivo a duas actividades fundamentais:

- a) recolha e amparo em serviços próprios das pessoas economicamente inactivas que não estejam abrangidas pelos esquemas de segurança social: crianças, velhos e incapacitados, incluindo enfermos crónicos, associativos, etc.;
- b) cobertura por meio de financiamento em dinheiro daquelas pessoas que são inaptas para angariar os meios suficientes de manutenção e que ficam fora da esfera doutros serviços de Segurança Social ou que recebem benefícios insuficientes destes serviços.

Embora a separação e estruturação apropriada dos serviços de saúde e assistenciais se faça a nível central e regional, o reconhecimento de que há um crescente conteúdo de aspectos de saúde pública nos serviços de assistência torna desejável o amalgamento dos mesmos a nível local, com orientação conjunta.

4.º — Que relações devem ser estabelecidas entre Saúde Pública, Assistência Social e Previdência?

R. — O problema das relações entre estes três sectores é dos mais difíceis de equacionar e resolver. Por mais bem organizado que seja o jogo económico e social, haverá sempre pessoas em inferioridade e as condições criadas por novas doenças, novos tratamentos e novos meios de observação, a que se junta o envelhecimento da população e uma consciência mais nítida, levam a concluir que os cuidados com a saúde, incluindo os de ordem médica, serão cada vez mais extensos e mais dispendiosos. O ideal seria que não houvesse mais assistência

pública para os cuidados médicos, mas direitos somente. Para isso, os sistemas de segurança social, incluindo o seguro-doença, tomariam pouco a pouco o lugar da velha assistência médica e a gratuidade dos cuidados médicos, sob a forma de direito, tornar-se-ia possível com um sistema genérico de segurança social apoiado num sentido cívico suficiente da população.

Nos países mais evoluídos, a segurança social é realizada por um conjunto de medidas que permitem, a quem quer que seja, ter assegurado um padrão mínimo de nível de vida, sem que, conseqüentemente, esteja ameaçado de sofrer necessidades abaixo deste padrão mínimo.

Na Inglaterra, por exemplo, a segu-

rança social é realizada por um sistema de quatro dispositivos diferentes e complementares: National Insurance, Industrial Injuries Insurance, Family Allowances e National Assistance. Os três primeiros são administrados pelo Ministério das Pensões e Seguro Nacional. A National Assistance é administrada por um «Board». Os cuidados médicos são garantidos pelo Serviço Nacional de Saúde, dirigido pelo Ministério da Saúde. As contribuições para o seguro nacional e serviços de saúde, extensivos a toda a população activa, habilitam aos benefícios de doença, desemprego, maternidade, viuvez, reforma e subsídios por morte. O seguro de riscos industriais assegura os benefícios para acidentes de trabalho e doenças profissionais. A assis-

Especial para crianças,
o primeiro
antibiótico de espectro largo
sob a forma
de xarope seco



PARAXINE
CLORANFENICOL <BOEHRINGER>
XAROPE SECO

30 g de xarope seco com vitaminas
= 60 cm³ de xarope contendo 1,5 g
de Cloranfenicol

OUTRAS FORMAS DE APRESENTAÇÃO:

- * Drageias de 0,25 g
- * Comprimidos e drageias de 0,05 g
- * Supositórios de 0,25 g
- * com complexo B.
- Supositórios de 0,1 g
- Pomada a 2%
- Pomada oftálmica a 1%

FERRAZ, LYNCE, LDA. — LISBOA

tência cobre as situações correspondentes à alínea b) da resposta anterior.

Entre nós o caminho a seguir será provavelmente o mesmo ou parecido. Mas se as relações entre Saúde e Assistência podem ser melhoradas com facilidade, as relações com a Previdência, que tem estado a desenvolver-se sem ligações com os sectores anteriores, precisam de ser estudadas.

5.º — *Como encara a solução do problema no País?*

R. — Não dispomos ainda dum esquema satisfatório que englobe e tire todo o proveito possível dum sistema estruturado de serviços de saúde, de assistência e de previdência. O actual e primeiro titular do jovem ministério da Saúde e Assistência não se tem poupado a esforços para estabelecer as bases legislativas de algumas peças essenciais do sistema, mesmo sem contar com a Previdência que é orientada por outro ministério. Aguardemos a evolução do processo, tendo presente que a actual orgânica dos serviços de saúde corresponde a um sector restrito da Saúde Pública, é antiquado e em vários aspectos não ultrapassou as possibilidades de realização que correspondiam aos serviços de saúde doutros países no fim do século passado.

Não se pode pensar em grande melhoria da eficiência destes serviços sem a sua reorganização e esta exigirá o alargamento das suas actividades aos sectores fundamentais de vigilância da saúde da população e trará aumento substancial das despesas.

Por outro lado, qualquer reorganização dos serviços de saúde, com o fim de satisfazer as necessidades da população e a nível nacional, precisará de ser estruturada em conexão com a Previdência ou de se basear num esquema geral de segurança social que o País está longe de possuir.

Nestas condições, a melhor solução parece-nos a que tenha por base:

- a) Uma política coordenada da Saúde, Assistência e Segurança Social que aproveite todos os benefícios que esta possa trazer à medicina preventiva e à medicina curativa organizada.
- b) A reorganização dos Serviços de Saúde e da Assistência num plano amplo que tenha em conta as crescentes necessidades do País e os pontos de vista claros e progressivos expressos recentemente nos relatórios sobre as carreiras médicas das 3 secções regionais da Ordem dos Médicos.
- c) A unificação num só sector administrativo, o Ministério da Saúde, de toda a orgânica geral dos serviços de saúde e da assistência considerados necessários para cobrir os riscos da saúde da população desde o nascimento até à morte, com excepção dos poucos agrupamentos, como os mili-

tares, que, pela natureza especial das suas tarefas, exigem serviços especializados à parte.

O Estado não poderá deixar de contribuir na primeira fase desta nova política com menos de 10 % do total do orçamento e, progressivamente, as verbas indispensáveis para o desenvolvimento e aperfeiçoamento serão obtidas das contribuições dos sistemas a estabelecer.

A observação do que acontece em vários países mostra que as despesas nacionais com a Saúde são determinadas principalmente pelo rendimento nacional. Os países com mais necessidades, calculadas pelas taxas de mortalidade infantil e esperança de vida, são os que gastam menos, porque têm baixo rendimento «per capita». Pelo contrário, as nações com menos necessidades elementares têm alto dispêndio.

6.º — *Parece-lhe que os Serviços de Saúde Pública devem constituir um Serviço Nacional ou será possível o seu bom funcionamento numa orgânica de tipo regional ou local, ou mesmo integrados em serviços particulares?*

R. — Embora o espírito de saúde pública deva ser uma das bases de actuação de toda a medicina, incluindo a privada, a experiência mostra que entre nós só será possível tirar o rendimento desejado e indispensável dos serviços de saúde se estiverem organizados em esquema nacional e continuarem independentes da administração local, embora a sua descentralização seja conveniente para assegurar bom funcionamento e controle efectivo.

Dada a extensão do País e o número de habitantes, a descentralização deveria ter por base a zona, tal como acontece já para outros serviços. Cada uma das três zonas, com 2 a 4 milhões de habitantes, em que o País está dividido, disporia de todos os serviços necessários, escalonados por distritos, concelhos e freguesias ou grupos de freguesia.

A existência de serviços com o espírito e finalidade de saúde pública, integrados em organismos particulares, só excepcionalmente poderá resolver, mesmo a nível local, os problemas próprios, quando esses serviços actuam isolados, mas é de encorajar a sua organização em ligação com os serviços oficiais correspondentes, a cujas normas de funcionamento devem ficar subordinados.

7.º — *De acordo com este critério, quais deverão ser os serviços fundamentais de Saúde Pública e qual a orgânica do seu funcionamento?*

- a) Serviços gerais e locais
- b) Centros de Saúde e dispensários
- c) Laboratórios de Saúde Pública
- d) Hospitais e Serviços médico-sociais domiciliários
- e) Centros de recuperação e re-aptidão

R. — Só será possível enumerar os serviços fundamentais de saúde pública

depois de se assentar no critério de separação dos serviços de saúde e de assistência. Se este critério for o indicado na resposta n.º 3, aproximamo-nos do esquema referido para o Canadá na resposta n.º 2 e a comparação deste esquema com o dos nossos actuais serviços de saúde mostra, naturalmente, que estamos em fases muito diferentes de planeamento.

a) A orgânica geral deve compreender serviços centrais, regionais e locais, articulados para efectuarem pelos seus próprios meios ou assegurarem o controle das várias tarefas de base:

- 1) Higiene — águas de abastecimento, esgotos, habitação e outros abrigos de trabalho ou recreio, alimentação e nutrição, atmosfera, etc.
- 2) Medicina preventiva e social — protecção materno-infantil, luta contra as doenças contagiosas, incluindo a tuberculose e doenças venéreas, contra as doenças mentais, cancro, doenças cardio-vasculares, alcoolismo e ainda outras doenças que tenham ou adquiram carácter social, incluindo as profissionais.
- 3) Educação sanitária da população
- 4) Ligação com os serviços encarregados dos cuidados da medicina curativa organizada.

Para executar estas tarefas e os estudos que lhe andam ligados consideram-se fundamentais: os organismos centrais de planeamento e controle e os organismos executivos, correspondentes, em parte, às actuais delegações e subdelegações de saúde, que ao nível zonal, distrital, sub-regional e concelhio devem ser constituídos por instituições que compreendam secções mais ou menos individualizadas de:

- 1) Salubridade
- 2) Maternidade e infância
- 3) Saúde escolar
- 4) Profilaxia das doenças contagiosas
- 5) Tuberculose
- 6) Nutrição e doenças degenerativas
- 7) Administração e cuidados domiciliários (parteiras, enfermagem, visitação)
- 8) Educação Sanitária

apoiadas em serviços convenientemente organizados e distribuídos de laboratório e investigação. A cooperação com os serviços médicos curativos será feita, sobretudo no sector concelhio ou abaixo deste, por intermédio de organismos mistos, do tipo dispensário ou centro de saúde, planeados com a finalidade de servirem a defesa da saúde da população conforme as necessidades mais instantes. Nos restantes sectores acima do concelho a ligação com os serviços médicos curativos diferenciar-se-á de forma a permitir a separação judiciosa das tarefas em organismos especializados, trabalhando em estreita colaboração e conjugação de es-

forços. A nomenclatura dos serviços de saúde nos diversos escalões é pormenor secundário e poderá continuar a ser a actual, mas ao nível do concelho será o centro de saúde a instituição de base e abaixo, para grupos da população de cerca de 5.000 habitantes, haverá, em conexão, os postos de consulta ou postos sanitários.

b) Pode-se dizer que os centros de saúde e os dispensários são as instituições de base da medicina preventiva com características mais apropriadas de adaptação às diversas condições locais.

A antiga designação de dispensário polivalente, isto é, com várias secções, corresponde à do actual centro de saúde, embora este seja melhor definido, para as nossas necessidades, como uma unidade que tem funções de dispensário com várias secções, nunca menos de três incluída a materno-infantil, de demonstração sanitária e de assistência social.

Haverá, assim, tendência para considerar num futuro esquema de saúde o centro de saúde como a instituição polivalente e genérica e o dispensário como organismo com uma só secção ou valência, especializado na luta intensiva contra uma doença, onde isso se justifique.

Os centros de saúde poderão servir populações de 10.000 a 30.000 habitantes, apoiados na ramificação dos pontos de consulta permanentes ou temporários, nas zonas rurais, e número maior nas grandes cidades. As suas ligações, nos diversos escalões, com as consultas clínicas ou os hospitais são para estudar em pormenor, de acordo com a posição que estes ocupem no esquema geral. O assunto «Centros de Saúde» merece um estudo à parte, tanto mais que já em 1934 se publicou no País legislação sobre eles, embora as primeiras tentativas de organização fossem posteriormente deixadas ao abandono.

c) O assunto dos laboratórios de saúde pública foi estudado recentemente entre nós e ficou perfeitamente esquematizado com base no Instituto Superior de Higiene, de forma a satisfazer qualquer esquema de saúde, pelo que não há necessidade de o desenvolver. Acrescentarei, apenas, que não se pode pensar em cobertura sanitária da população sem serviços laboratoriais de diagnóstico e vigilância e que não se pode pensar em esclarecimento dos problemas e em investigação sem meios laboratoriais de bom nível.

d) Considerar os hospitais como serviços integrados num esquema de saúde é, por certo, pensamento herético para muita gente. Seja como for, vai sendo tempo de rever todo o problema

à luz das novas tendências, fruto da experiência.

Os hospitais são instituições indispensáveis como complemento dos serviços de saúde e, neste aspecto, ficam em plano secundário, relativamente aos serviços de base da luta contra a «doença». Nada nos indica, no entanto, que os progressos na prevenção e controlo de muitas doenças actuais, ou dominantes no passado recente, tenham como resultado a diminuição ou o controlo da «doença», em geral, porque o padrão das doenças na comunidade muda continuamente e a «doença» não apresenta tendência, pelo menos por enquanto, para diminuir ou desaparecer.

Os cuidados médicos e os estudos que exige, sempre em aumento, estendem-se por todo o campo da saúde e vão até aos hospitais e centros de recuperação e a experiência tem mostrado por toda a parte que seria errado, por insuficiente, e perigoso, pelos prejuízos que ocasionaria, manter o critério artificial da separação da medicina curativa, deixada como responsabilidade privada, da medicina preventiva, tornada da responsabilidade pública.

Medicina preventiva e medicina curativa de responsabilidade pública tornam-se inseparáveis e alargam todos os dias o seu campo de actividade.

Mas o conhecimento de que o funcionamento dos hospitais modernos é de custo muito elevado e que a preparação do seu pessoal médico e de enfermagem é difícil de conseguir e também muito dispendiosa, leva a concluir que é preciso encontrar limites para a expansão dos serviços hospitalares. Torna-se indispensável estabelecer um equilíbrio entre as necessidades e o dispêndio justo ou proporcionado. Para isso, há que fazer dos hospitais organismos altamente eficientes, de forma a servirem grande número de doentes, retendo-os pouco tempo, e trabalhando apoiados nos serviços próprios de tratamento e vigilância domiciliária e nos serviços correspondentes da comunidade, ou seja, da saúde.

O cálculo do número de camas hospitalares indispensáveis para satisfazer as necessidades da população baixou muito e de 7 a 5 por mil habitantes, que era até há pouco o indicado nos países mais evoluídos, está-se já em 3 e talvez possa ser inferior com uma boa coordenação de serviços.

No estudo sobre a carreira médica da Comissão da Secção regional do Porto da Ordem dos Médicos, que é conhecido de todos, foi dado um excelente esquema do que deverá ser a rede hospitalar do País em ligação com os outros serviços de saúde.

Três aspectos não estão devidamente estudados quanto à orgânica dos Serviços hospitalares:

1) A designação de hospital deve implicar um certo número de condições, dentre as quais o número mínimo de camas, os meios técnicos e a localização. A política de fazer hospitais em todos os concelhos não podia ter êxito. Aceite-se a intenção, que não era má e procurava ir ao encontro das necessidades, mas reconheça-se que a solução não pode ser esta. Quando há mais de 10 anos o subdelegado de saúde do meu concelho, que é dos mais pobres da Beira, com cerca de 10.000 habitantes, 12 freguesias e apenas 2 médicos, um dos quais residente fora da sede, resolveu organizar um cortejo de oferendas para completar e pôr em funcionamento o hospital do concelho, escrevi-lhe a lembrar que seria mais útil para a população criar um dispensário ou pequeno centro de saúde com consultas apropriadas e visitadora. Foi-me dito, porém, que era um hospital com serviço de cirurgia o que tinham em vista, para lá ir operar um célebre cirurgião e professor. Suponho que isto nunca aconteceu, mas o hospital, que nunca poderia vir a sê-lo a não ser no nome, continua a impedir que o concelho tenha um esboço sequer de serviço de saúde, com começo pelo princípio, absorvendo todas as disponibilidades em dinheiro e sem desempenhar funções com utilidade correspondente às despesas que faz e às necessidades primárias da população.

Em todos os países e de há vários anos para cá tem sido desencorajada a construção dos pequenos hospitais, mesmo particulares, nos meios rurais, em benefício dos centros de saúde ou instituições de saúde correspondentes.

2) O número e amplitude das secções que hão-de constituir o hospital e as ligações deste com os outros serviços de saúde da área que serve, devem enquadrar-se no esquema estabelecido para a região ou subregião dentro do plano da zona. Neste plano serão consideradas todas as necessidades da população, visto que o princípio será o de cada zona dispor de todos os meios que precise, devidamente localizados e ligados.

3) Desde que não é de admitir uma política especial dos hospitais independente, mas se torna necessário estabelecer uma política de aproveitamento por melhor enquadramento de todos os serviços médicos curativos e preventivos que precisam de trabalhar em interligação, as duas questões de base: plano hospitalar e administração hospitalar, precisarão de ser consideradas de maneira diferente da actual. A primeira não poderá deixar de entrar na esfera de atribuições dos ser-

PENICILINA-A
antialérgica ZIMAIA

200.000 U. I. • 400.000 U. I. • 600.000 U. I. • 800.000 U. I.



viços de saúde centrais e de zona, o que não oferece grandes dificuldades, e a segunda precisará de se tornar mais técnica e colectiva e menos burocrática e individual.

A ideia dos ingleses de que é salutar traduzir na administração hospitalar o propósito de que o fim dos hospitais é servir a comunidade, pelo que essa administração deverá compreender médicos, membros das autoridades locais e representantes das actividades locais, não é estranha à nossa tradição em sectores assistenciais e sociais. Mas a direcção técnica não pode deixar de ser de técnicos e efectiva, como a experiência aconselha, para influenciar e tirar o melhor rendimento da boa administração.

A crescente extensão e atribuições das consultas externas e serviços extra-hospitalares domiciliários criam à orgânica hospitalar tarefas de grande responsabilidade e novas modalidades de trabalho que há necessidade de enquadrar no esquema clássico.

e) O tratamento hospitalar procura hoje não ficar limitado à cura ou melhora das condições patológicas específicas, mas tem também por objectivo restaurar a capacidade funcional do indivíduo, quando diminuída, dentro do menor tempo possível.

A eficiente reabilitação médica reduz a permanência no hospital, a incidência da incapacidade permanente e o período de incapacidade para o trabalho completo.

A reabilitação é conseguida em serviços de fisioterapia e de terapêutica ocupacional pertencentes aos próprios hospitais ou em centros especiais de recuperação e readaptação.

8.º — *Como deve ser preparado o pessoal dos Serviços de Saúde Pública?*

R. — O pessoal destes serviços pode ser classificado em dois tipos, conforme precisa ou não de ser preparado em condições próprias, isto é, de adquirir o que se chama a especialização de Saúde Pública.

O primeiro é constituído, esquematicamente, por:

- a) médicos e outros técnicos com cursos universitários de base e funções especializadas.
- b) pessoal auxiliar compreendendo: parteiras e puericultoras, visitadoras sanitárias, com diversas especializações, e enfermeiras de saúde pública. A este grupo pode juntar-se o das enfermeiras domiciliárias que trabalham em ligação com os hospitais e outros estabelecimentos de tratamento de doentes.

- c) pessoal auxiliar para serviços não médicos — agentes ou inspectores sanitários.

A preparação especializada deste pessoal só pode ser feita em boas condições em cursos próprios, ministrados em estabelecimentos do tipo da Escola de Saúde Pública ou da Faculdade de Higiene, acompanhados de estágios e treino de campo em serviços convenientes de bom nível de funcionamento.

O restante pessoal dispensa esta especialização, embora exija os cuidados da preparação que lhe é própria nas suas várias categorias. Deverá ser preparado pelos diversos serviços em condições de uniformidade, de acordo com planos actualizados e estabelecidos periodicamente, como é o caso dos cursos para pós-graduados, médicos especialistas, enfermeiras, pessoal de laboratórios, etc.

9.º — *Parece-lhe necessária a criação duma Escola de Saúde Pública? Em que bases?*

R. — A criação duma Escola deste tipo no País seria justificada mesmo tendo só em conta o princípio de que é conveniente em todos os países desenvolvidos, com população a partir de cerca de 10 milhões de habitantes, um estabelecimento de ensino sanitário centralizado, mas as razões de necessidade, em consequência de não ter sido desenvolvido durante as últimas dezenas de anos um esquema satisfatório deste ensino entre nós, são decisivas.

Três bases me parecem fundamentais para o estruturamento sólido da Escola:

- a) A Escola é criada para ministrar ensino conveniente e na extensão exigida pelas necessidades do País.
- b) A Escola é um organismo de trabalho e acção em que cada departamento assenta em serviços específicos que estudam e ajudam a resolver os problemas próprios e criam o ambiente próprio ao ensino sério.
- c) Os professores da Escola, recrutados por métodos eficientes, dedicam a sua actividade exclusivamente ao ensino e à investigação dentro da Escola.

Organizada nestas bases, a Escola começará desde o início a funcionar no nível que lhe compete e dela não haverá razão para dizer o que escreveu há pouco das Universidades um dos seus professores, notável investigador e organizador: «Se as Universidades continuarem a ser consideradas apenas como sítios onde professores e assistentes, nas chamadas

aulas teóricas e práticas, mais nada precisam ou devem fazer do que X discursos por semana...»

10.º — *Parece-lhe que o actual ensino ministrado pelas Faculdades de Medicina se adapta bem às necessidades presentes dos serviços de Saúde Pública?*

R. — O actual ensino médico não tem em vista preparar técnicos com a mentalidade de saúde pública. É dominado pelo espírito da medicina clínica, duma medicina que começasse a encaminhar-se para esquemas técnicos e científicos, ainda desarticulados do meio social, e as condições em que se encontram as Faculdades quanto a meios pedagógicos e auxiliares, levam a admitir que não se podem esperar mudanças bruscas e radicais.

As inúmeras críticas feitas ao ensino médico actual são concordantes em acentuar as várias deficiências de base nos aspectos pedagógicos e de rendimento, e permitem que se tire uma conclusão: conhecem-se bem não só as deficiências como a terapêutica, mas é difícil aplicar os remédios.

Por todas estas razões não é de estranhar que os jovens médicos, ao saírem das Faculdades, se sintam pouco à vontade e até pouco satisfeitos com a preparação que trazem e nos deixem a certeza, aos que temos a responsabilidade de completar essa preparação no sentido do exercício de funções no campo da saúde pública com ensinamentos mais desenvolvidos dos capítulos básicos desta, de que não se trata bem de completar, mas quase de iniciar.

A sua adaptação ao «clima» de saúde pública é difícil e só se consegue com a aprendizagem duma nova maneira de ver e considerar os problemas.

11.º — *Que considerações desejaria fazer mais sobre o ensino Médico e o ensino de Saúde Pública entre nós?*

R. — Pertencço ao grupo dos que pensam que é sempre possível, e têm experiência de que é quase sempre relativamente fácil, com boa vontade e alguns meios, aperfeiçoar o funcionamento de serviços e melhorar as relações dos que têm vantagem em fazê-lo.

O futuro do ensino médico e do ensino de saúde pública depende da orientação que seja dada às escolas e estabelecimentos associados em que os mesmos são ministrados. E como a orientação, cedo ou tarde, será a que as necessidades exijam, concluiremos que é de toda a oportunidade procurar a solução destes problemas tendo desde já em conta as necessidades do País.

Nos estados
diarreicos



Tanalmicina

FRASCOS DE 90 GRAMAS

Tanal + Estreptomina em emulsão de sabor agradável

ECOS E COMENTÁRIOS

HOSPITAIS

II

QUANDO se presta atenção à frequência com que hoje se insiste em tomar o Hospital como centro fundamental de cuidados médicos, é se logicamente levado a perguntar qual a percentagem de doenças, ou de doentes, que podem ainda ser tratados sem recurso ao respectivo equipamento. Ou, o que vem a ser o mesmo, quais são as doenças, as suas fases e os doentes que carecem indispensavelmente de tratamento hospitalar. Ou ainda, de maneira mais genérica, quais são as grandes razões e os motivos fundamentais do internamento hospitalar.

Porque, a prestar atenção aos que programam integrativamente a assistência através do hospital, haveríamos de ser levados a supor que já poucos ou nenhuns cuidados eficientes podem ser prestados, em caso de doença, fora do hospital ou do seu directo raio de acção.

★

Já um dia nos fizemos eco de opinião alheia, que esclarecia ser ainda hoje possível tratar fora dos hospitais mais de 80 % dos casos de doença, pelo simples concurso do clínico geral ou deste e de um especialista.

E, se a razão maior do internamento é de ordem técnica, pelas facilidades de que no hospital se dispõe quer quanto a instrumental quer quanto a pessoal especializado, vem a talho de foice transcrever aqui o que resultou de um inquérito levado a cabo em consultas externas de hospitais finlandeses e o Prof. Klaus Jarvinen, da Universidade de Helsinquia, citava há precisamente um ano: «a verificação dos diagnósticos dos indivíduos dirigidos para as consultas externas de Helsinquia deu os resultados seguintes: os diagnósticos dos especialistas no quadro das suas próprias disciplinas eram exactos em 89 % dos casos; o dos clínicos gerais, em 74 % dos casos e o dos especialistas em disciplinas diferentes da sua, não eram exactos senão em 69 % dos casos. De resto, quanto mais o quadro da especialidade em questão era limitado mais pequeno era o número de diagnósticos exactos».

★

Ora, se o hospital é essencialmente concentração de técnicas, materializadas e personificadas (aparelhagem e especialistas) havemos de concluir pelo risco que envolve centrar nele toda a assistência, dada a potencialidade intrínseca de despersonificação de cuidados, de automatização dos serviços, de incapacidade de síntese dos dados parcelarmente obtidos em profundidade em cada sector altamente especializado, de ausência de verdadeira integração da totalidade do ser de cada doente.

Haveremos de concluir pela necessidade fundamental do Hospital no conjunto

dos cuidados médicos, como apoio indispensável em dadas circunstâncias patológicas em que só a sua unidade funcional e concentração de técnicas (no sentido que acima lhes demos), permite resolver os problemas técnicos que o momento patológico suscita.

Havemos de concluir pela integração do Hospital no lugar que lhe cabe num esquema assistencial, tendo em conta que a sua intervenção, por essência tecnicizadora, deve limitar-se apenas ao momento necessário e interferir o menos possível no conjunto essencialmente humano das relações médico/doente, que continuam a ser o fundamento de uma medicina humana.

★

De onde a vantagem, humana, social, económica, de centrar os cuidados médicos na pessoa do médico de família, do clínico geral rehabilitado e devidamente preparado, levando a cabo tarefa tão meritória como o especialista, tão qualificada como a do técnico hospitalar da disciplina mais especializada. Levando a cabo, essencialmente, aquela obra de síntese que todo o conhecimento parcelar reclama, para que possa falar-se de medicina humana e de assistência humanamente digna, para que possa falar-se, em resumo, de Medicina.

Capaz de integrar os dados parcelares num todo, de aconselhar o doente no dédalo das especialidades, de reunir os fragmentos da patologia e da terapêutica que resultam da diversidade dos exames que a evolução da medicina condiciona... de recorrer ao Hospital, como ao Raios X ou ao Laboratório, no momento oportuno, pelo tempo necessário, enquanto se impuser.

★

De onde talvez a vantagem de não limitar à clínica hospitalar o ensino prático dos estudantes e dos médicos, de não fechar no âmbito hospitalar a actividade total dos clínicos.

Sob pena de se desconhecer os pródromos de cada mal, de se ignorar a doença que caracteriza socialmente o pequeno risco; pior ainda, de se desinserir a doença do próprio doente e este do seu meio, de se esquecer o componente humano do sofrimento e se reduzir a patologia humana, a clínica da pessoa, a medicina social, a uma patologia de órgãos, de funções ou de células que nada, ou nada do que é essencial, distinguiria da veterinária.

★

Numa era de glorificação daquela técnica que constantemente alarga e aprofunda os nossos conhecimentos a ponto de nos fazer esquecer que o conhecimento não é cultura, naquele sentido de Albert Schweitzer, parece estranho antepor o Homem à Instituição, relações humanas à técnica, o Médico ao Hospital. Antepor, nunca opor.

★

Outros trazem contudo, no mesmo sentido, o testemunho da sua experiência.

★

Marquis, professor e antigo presidente da World Medical Association, diz: «O mérito e a formação do prático não são tudo, resta o seu papel. Ora este papel é inverosimilmente desconhecido, porque solitário e silencioso o clínico geral o não escreve nem o proclama.

Contudo, não somente ele atende todos os casos benignos, mas esquece-se demasiado (e os poderes públicos não estão excluídos) que nos casos em que a vida está ameaçada são eles que combatem a morte, mesmo



COMPLEXO B

Série fraca	Tubo de 25 comprimidos	12\$50
	Caixa de 12 ampolas.	21\$00
Série Forte	Boião de 50 comp.	28\$00
	Caixa de 6 amp. de 2cc.	25\$00
Xarope—Frasco de 170 cc.		24\$00
Reforçado	Boião de 20 cápsulas	35\$00



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

NO TRATAMENTO DE:

ENXAQUECAS • ENJÔO EM VIAGEM • DISTONIAS NEUROVEGETATIVAS



HEMICRAL

(Betifen + Tartarato de ergotamina + Acido 5-*alil*-5-(1-metilbutil) barbitúrico +
+ Acido 5-*etil*-1-metil-5-fenil barbitúrico + Cafeína)

TUBO DE 12 DRAGEIAS

SEDATIVO DO SISTEMA
NEUROVEGETATIVO

LABORATÓRIO

Fidelis

na cidade em mais de 80 % dos casos e nos campos em 95 % dos casos graves.

Que seja possível nos múltiplos projectos em preparação, a recordação da importância preponderante do seu papel».

★

Depois de acentuar assim o papel fundamental do clínico geral e de logicamente o antepor a tudo o que como o Hospital, só deve seguir-se quando indispensável, o Prof. Marquis, na qualidade de Presidente da Confederação dos Sindicatos Médicos e de membro do Conselho Nacional da Ordem, conclue a sua alocução, proferida há apenas meio ano perante o Ministro da Saúde da França, pelas seguintes palavras:

«Ao terminar permita-me Sr. Ministro, que expresse respeitosamente o meu pesar porque, vindo da nossa Bretanha onde na sua ponta extrema se pratica desde há vários anos o regime hospitalar em tempo integral, não tenha pessoalmente recolhido in loco o testemunho de numerosos práticos que assistiram ao seu funcionamento. Talvez V. Ex.^a tivesse recolhido esta impressão de que o regime de tempo integral se harmoniza às vezes pouco com o carácter liberal da nossa profissão a que estamos tão presos.

Senhor Ministro, há menos de um mês, no Conselho Nacional da Ordem, tinha V. Ex.^a concluído o seu discurso por esta eloquente tirada: «queremos defender e organizar uma actividade liberal no interesse supremo do doente». No momento em que, mais do que nunca angustiados pelo futuro do carácter liberal e tradicional da sua profissão, os clínicos bretões depositam a sua confiança na vossa solicitude e respondem à vossa peroração dizendo-vos de todo o coração a sua esperança «de que seja assim».

★

Pondo em causa a apregoada vantagem do tempo integral no regime hospitalar, com a mesma autoridade de experiência vivida com que acentuara o papel dominante do clínico geral nas realidades da

assistência, o Prof. Marquis teve para nós o mérito de revelar as certezas que estruturam neste campo o pensar dos responsáveis médicos em França:

— Primado do Médico e não da Instituição;

— Unidade de conhecimento do Homem na base dos cuidados médicos, contrária ao primado da especialização, ao predomínio das técnicas e à segregação hospitalar dos clínicos;

— Defesa do carácter livre da Profissão;

— Convicção de que a liberdade profissional dos médicos se impõe no interesse supremo do doente, agora tanto por parte dos médicos como dos governantes.

★

Pudésemos, nós, em Portugal, afirmar iguais certezas...

M. M.

A SOCIEDADE DAS CIÊNCIAS
MÉDICAS DE LISBOA
COMEMORA O I CENTENÁRIO
DO NASCIMENTO
DO PROF. MAXIMIANO
LEMO

TENDO passado o I Centenário do nascimento do Prof. Maximiano Lemos no dia 8 do corrente, essa data não podia ficar em claro para a Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, de que o Prof. Maximiano Lemos foi sócio honorário.

Por proposta do Prof. Costa Sacadura, será realizada no início do próximo Ano Académico uma homenagem em que será compreendida uma Exposição Bibliográfica respeitante a Maximiano Lemos sob a direcção do Ilustre Director Bibliotecário Dr. Alberto Gomes.

Colaborarão na organização da homenagem, por proposta apresentada na Assembleia Geral, os sócios Prof. Costa Sacadura, Prof. Barbosa Soeiro, Dr. Fernando da Silva Correia e Dr. Lopes Graça.

Será mais uma manifestação ligada à

História da Medicina, sempre cultivada na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, que desde 1926 mantém uma Secção de História da Medicina, na verdade única Sociedade Portuguesa de História da Medicina existente.

J. A. L.

RECUPERAÇÃO

DO Dr. Arnaldo Sampaio, ilustre Inspector Superior da Direcção-Geral de Saúde, recebemos o ofício que adiante publicamos:

Lisboa, 1 de Agosto de 1960.

Ex.mo Senhor
Director do Jornal «O Médico»
LISBOA

Lemos com muito interesse os «Ecos e Comentários» sobre recuperação, no número de 2 de Junho último do Jornal que V. Ex.^a dignamente dirige.

2. Desde o início deste Ministério, o assunto tem preocupado os seus dirigentes pelo que várias medidas já têm sido tomadas nesta matéria. Entre elas, avulta o início da construção de um centro de medicina física e recuperação em Alcoitão, com a capacidade de internamento para 250 indivíduos diminuídos, e de uma escola anexa para preparação dos técnicos dessa especialidade.

3. Por outro lado, estão em estudo providências legislativas e regulamentares sobre o assunto. Assim, já há muito se pediu ao Ministério competente uma adequada regulamentação da profissão de vendedor de lotarias, no sentido do comentário feito nos referidos «Ecos».

Agradecendo a V. Ex.^a a colaboração que nos deu, chamando a atenção para o assunto, aproveito a ocasião para apresentar a V. Ex.^a os meus melhores cumprimentos.

A Bem da Nação

O Inspector Superior de Saúde

ARNALDO SAMPAIO

LISBOA

VI Congresso Internacional de Medicina Interna

Vai realizar-se em Basileia, de 24 a 27 do corrente mês, o VI Congresso Internacional de Medicina Interna, em cujo «comité» internacional Portugal está representado pelo Prof. Augusto Vaz Serra, de Coimbra.

São dois os temas a discutir: «Patogenia e Terapêutica dos Edemas» e «Regulações enzimáticas em clínica». Serão, além disso, apresentadas e discutidas numerosas comunicações livres, sobre variados assuntos.

O «comité» organizador do Congresso convidou o Dr. Alfredo Franco, assistente dos H. C. L., a tomar parte na discussão sobre a «Patogenia e Terapêutica dos Edemas».

Dr. Bastos Gonçalves

Em reunião do Conselho de Ministros, foi promovido a brigadeiro o coronel-médico Dr. Guilherme Frederico Bastos Gonçalves.

O novo brigadeiro fora promovido a alferes-médico em 1923 e a coronel em 1954. Desempenhou diversos cargos, entre os quais os de vogal da Cruz Vermelha Portuguesa, de professor efectivo de cirurgia de guerra da Escola do Serviço de Saúde Militar, de director, interino, do Hospital Militar de S. Miguel, durante a ocupação militar dos Açores, de 1941 a 1943, de subdirector e director do Hospital Militar Principal de Lisboa e, ultimamente, o de inspector do Serviço de Saúde Militar.

O Dr. Bastos Gonçalves tem vários louvores, pela forma eficiente como desempenhou as diversas funções, e possui várias condecorações nacionais e estrangeiras.

Hospitais Civis

Tomou posse, no dia 2 do corrente, do lugar de interno do 1.º ano dos Hospitais Civis de Lisboa, o Dr. Alberto Rodrigues de Matos Ferreira, filho do urologista dos mesmos Hospitais, Dr. Matos Ferreira, e que foi o primeiro classificado do respectivo concurso.

Dr. Joaquim Nunes de Almeida

Por despacho do sr. Ministro da Saúde e Assistência, foi nomeado para o cargo de director do Sanatório D. Carlos I o Dr. Joaquim Nunes de Almeida Júnior, cirurgião do Centro de Cirurgia Torácica da Zona Sul.



Dr. Joaquim Nunes de Almeida

Tisiologista pela Ordem dos Médicos, o Dr. Joaquim Nunes de Almeida, que tem 54 anos de idade, exerceu, entre outras as seguintes funções: assistente de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina de Lisboa; assistente do Instituto Português de Oncologia; assistente, durante um ano, do Brompton Hospital, de Londres (Prof. Tudor Edwards); cirurgia da antiga Assistência Nacional aos Tuberculosos; assistente dos Serviços da Assistência aos Funcionários Civis Tuberculosos; assistente do Sanatório D. Carlos I e do Dispensário Dr. Lopo de Carvalho (Pai) e chefe de Clínica Cirúrgica daquele Sanatório.

Em 1947, foi louvado pelos relevantes serviços prestados no Dispensário Dr. Lopo de Carvalho (Pai).

Homenagem

Ao Dr. José Esteves Pires

Promovida por uma comissão do hospital da Santa Casa da Misericórdia de Idanha-a-Nova, foi prestada homenagem, há dias, ao Dr. José Esteves Pires, que, durante muitos anos, exerceu o cargo de subdelegado de Saúde daquele concelho e de director clínico daquele hospital.

No jantar que lhe ofereceram, presidido pelo sr. marquês da Graciosa, provedor do hospital, participaram mais de cem convivas. Aos brindes foram enaltecidas as qualidades do homenageado, tendo usado da palavra os Drs. José de Carvalho, governador civil do Distrito, José Lopes Dias, José Seabra, Domingos Romão e João Perdigoto e João Pires, a todos agradecendo o Dr. José Esteves Pires.

Dr.ª Maria Isabel Félix Vieira

Defendeu a tese de licenciatura na Faculdade de Medicina de Lisboa, obtendo a classificação de 18 valores, a Dr.ª Maria Isabel Félix Vieira.

PORTO

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

Realizou-se nos passados dias 22 e 23 de Junho, no Hospital de Santo António, uma reunião da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, a primeira realizada fora de Lisboa, e que reuniu grande número de trabalhos apresentados.

Foram conferentes na 1.ª sessão os Drs. Lopes Soares (presidente da S.P.A.) e M. Ruella Torres. O primeiro versou o assunto da *Reanimação Respiratória*.

«O autor considerou em três grupos os métodos actuais de reanimação respiratória: 1. medidas de desobstrução das vias respiratórias (posturais, extracção de corpos estranhos, intubação traqueal, etc.); 2. medidas tendentes a aumentar a concentração de O₂ no ar respirado (sobretudo a oxigenoterapia) e 3. técnicas «substitutivas» nos casos em que há alteração

COMBISTREP*

(SULFATOS DE ESTREPTOMICINA E DIHIDROSTREPTOMICINA)

REDUZ A OTOTOXICIDADE

À VENDA EM TODAS AS FARMÁCIAS, EM FRASCOS DE 1 GRAMA

* Marca registada de Chas. Pfizer & C.º, Inc.

da função respiratória, por lesões centrais ou dos músculos respiratórios, etc.

Referiu-se depois demoradamente aos vários aparelhos de insuflação de ar usados na prática anestésica e falou por fim da traqueotomia».

O Dr. Ruella Torres abordou os problemas da *Anestesia em Urologia*, desenvolvendo-os aproximadamente segundo estas linhas:

a) situação especial fisiológica e patológica dos doentes de idade avançada, grupo em que com mais frequência se praticam operações do foro urológico; b) valor do exame clínico pré-anestésico: aparelho cardiovascular (incluindo os vários factores da coagulação, de grande importância no carcinoma metastático da próstata), respiratório, rim, etc.; c) medicação pré-anestésica e variabilidade dos factores a ter em conta na anestesia (duração desta, relaxamento muscular a conseguir, etc.) em função de cada intervenção.

Concluiu descrevendo em pormenor o emprego da raquianestesia nas prostatectomias, técnica de que o autor tem uma experiência valiosa.

Na 2.ª sessão foram conferentes os Drs. Silva Araújo e Vítor Blanc, Dr. Fortes Espinheira e Dr. Ramon de La Féria, sendo os temas abordados os seguintes, respectivamente:

Anestesia em Neuro-cirurgia. Na primeira parte da comunicação os AA. compararam as curvas do pulso e da tensão arterial nos casos de anestesia pelo fluotano, procaína e xilocaína e pela neuroplegia e concluíram que as condições cirúrgicas e anestésicas das técnicas de neuroplegia ou pelo fluotano, associados ao emprego de ureia (que diminui as probabilidades de formação de edema cerebral), são as mais satisfatórias.

Na segunda parte deste trabalho os AA. referiram o uso da anestesia, em regra local, em alguns métodos de exame neuroradiológico (pneumo-encefalografia, etc.), e, quando de anestesia geral, o valor do fluotano e da ataraxia-analgésia, as suas indicações e complicações. Indicaram finalmente o interesse das relações entre a topografia do processo patológico intracraniano e a reacção, às vezes inesperada e paradoxal, aos fármacos utilizados.

Hipotermia em cirurgia cardíaca e ventilação respiratória pelo aparelho de Engström são os títulos dos dois outros trabalhos, que nos foi impossível resumir.

Na 3.ª sessão, destinada à apresentação de casos clínicos, colaboraram os Drs. Júlio Costa, Vítor Blanc, Nascimento da Fonseca e Adelino Lobão.

A reunião, durante a qual funcionou uma exposição de material de anestesia e reanimação, terminou com um jantar de confraternização em Santa Luzia, onde se reuniram muitos anestesistas de Lisboa, Coimbra e Porto.

DIÁRIO DO GOVERNO

(De 5 a 11/VIII/1960)

CONCURSOS

Estão abertos concursos:

Para habilitação ao provimento do lugar de médico director do Dispensário Antituberculoso de Castelo Branco.

11-VIII-60

NOMEAÇÕES

Faculdades de Medicina

Dr. José Manuel de Sousa Galvão Lucas — nomeado auxiliar de clinica de

pneumotisiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

5-VIII-60

Dr. Albertino da Costa Barros — nomeado professor catedrático da cadeira de Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

9-VIII-60

Dr. Francisco Manuel Santos de Ibérico Nogueira — nomeado professor catedrático da cadeira de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

9-VIII-60

Dr. João José Lobato Guimarães — nomeado professor catedrático da cadeira

de Farmacologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

9-VIII-60

Dr. Renato de Azevedo Correia Trincão — nomeado professor catedrático da cadeira de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

9-VIII-60

Dr. Albano dos Santos Pereira Ramos — concedido o título de professor agregado de Semiótica Radiológica pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

10-VIII-60

Dr. João Costa — concedido o título de professor agregado de Urologia pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

11-VIII-60

Outros organismos

Dr. Gonçalo Pires Bandeira da Gama Pessanha de Faria Coutinho — nomeado subdelegado de Saúde privativo, interino, do concelho de Tavira.

6-VIII-60

Drs. João Ferro Vilela, Rui Mascarenhas Proença, João Pascoal Coelho Duarte, Carlos Duarte César do Carmo Fontes de Almeida Salvador Fernandes, João Carlos Frota Ferreira de Matos Moreira, Jorge Alberto da Silva Moura e Francisco Manuel Pais Conde — nomeados internos do internato geral dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

6-VIII-60

Drs. João Jorge Simões Raposo da Fonseca e Gil de Cantos, internos graduados de radiologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa — nomeados assistentes de radiologia dos referidos Hospitais.

6-VIII-60

Dr. Silvino da Costa Martins — nomeado médico auxiliar de 2.ª classe do Dispensário de Higiene Social de Viseu.

6-VIII-60

Dr. Francisco Norton Brandão — nomeado chefe de serviços do pessoal do quadro de direcção e chefia do Dispensário Central de Higiene Social de Lisboa.

8-VIII-60

Dr. Alfredo Gama Freire, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do Ultramar — nomeado para exercer, em comissão, o cargo de médico estatista do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da Província de Moçambique.

9-VIII-60

Dr. António Alberto Santos Martins Roque — nomeado interno do internato geral dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

9-VIII-60

Dr.ª Maria Guilhermina Santos Paiva Faria Almeida Lopes Gomes — nomeada, além do quadro, para prestar serviço no serviço de sangue dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

9-VIII-60

Dr. José Carlos do Rosário Alberto — nomeado médico estomatólogo do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da Província de Timor.

11-VIII-60

PANTOG
FENI-
COL

O ANTIBIÓTICO
DE LARGO ESPECTRO
DE MENOR TOXICIDADE

CAPSULAS — 250 mg.
SUPPOSITÓRIOS — 250 e 500 mg.

LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

Crítica Literária

Nesta secção anuncia-se o aparecimento dos livros (fora de assuntos médicos) de que nos é enviado, pelo menos, um exemplar; quando recebermos dois exemplares, publicamos artigos críticos, da autoria de médicos, estudantes de medicina ou filhos de médicos.

JOSÉ MARMELO E SILVA — *Sedução*. Novela. Estúdios Cor. 2.^a edição, Março de 1960.

Não poderá dizer-se, decerto, que José Marmelo e Silva é um escritor fértil. Mas se os três ou quatro livros que até hoje escreveu e reeditou, não indicam uma força criadora dinâmica e exuberante, assinalam, em contrapartida, a presença duma vocação que soube realizar-se no encontro com a sua verídica e original substância humana, no que ela tem de mais pessoal e artístico. Não deve, por isso, estranhar-se que um dos seus livros, o segundo na ordem cronológica, precisamente se intitule «Depoimento» — porque, na sua maior ou menor extensão, é dum depoimento que se trata na obra do autor de «Sedução», uma das mais perturbadoras novelas da nossa literatura.

Mas perturbadora em quê ou porquê? Creio que, antes de mais, na forma como responde a uma natureza indagadora dos recessos mais secretos da alma. Depois, na coragem com que desvenda os caracteres e o comportamento de uma personalidade de mulher, moral ou sexualmente doentia, presa dum psiquismo que inverte a ordem natural do comportamento humano em algumas das suas íntimas e definidoras necessidades. Em terceiro lugar, na compreensão ampla e esplêndida de que sabe cercar as personagens patologicamente denunciadas neste livro usado, cuja novidade insólita o tempo não apagou, antes, talvez, se tinha encarregado de acentuar e actualizar até. Por último, e não será esta a sua menor virtude, na originalidade com que o instinto lésbico da protagonista se nos comunica através das várias situações em que a garra do escritor se anuncia com a mesma intensidade que percorre a natureza vibrante da acção.

Analista percuciente e audacioso das raízes mais fundas dum erotismo que, à data do aparecimento de «Sedução», o seu livro de estreia, percorria as correntes literárias a que o «presencismo» não foi estranho, José Marmelo e Silva faz vibrar

aqui também a corda que já vimos percucida em obras tão importantes e por autores tão indiscutíveis como «Jogo da Cabra Cega», de José Régio, «Adolescentes», de Adolfo Casais Monteiro, «Ilha Doida», de Joaquim Ferrer, enfim «Manhã Submersa», de Vergílio Ferreira — com o último dos quais ele tem, de resto, afinidades mais fundas, não obstante mais longínquas, que eu suponho ter sido o primeiro a suspeitar. Já uma vez, a propósito de «Adolescente Agrilhado», onde o novelista de agora levanta, com subtilidade rara, o véu transparente duma experiência demasiado viva para deixar de ser autobiográfica, ao menos em parte, chamei a atenção para certas reacções duma adolescência frustrada nas suas mais secretas reservas de vocação e de sonho, que me parecem bastante afins das do protagonista de Vergílio Ferreira, precocemente tolhido e desviado para invios destinos que a sua propensão não pedia, pelos métodos compulsivos e o menos pedagógicos possível, da clausura em internatos religiosos. Essa nota, desferida em «Adolescente Agrilhado» com o êxito da verdade que se apoia na análise do sentimento confundido com o instinto, é a mesma que Vergílio Ferreira explora, ainda que com outra complexidade, surpresa e emoção, na história inesperada de «Manhã Submersa».

Ora, há um clima humano juvenil quase idêntico, em «Sedução», de Marmelo e Silva. Um clima que, talvez pelo fatalismo de certas circunstâncias biológicas de espécie, se afigura mais escandaloso e menos denso que o de «Adolescente Agrilhado», mas nem por isso menos subtil ou invulgar. E aqui aparece, de novo, a tendência interiorista, bem acentuada, do autor, que nunca se ausenta ou distrai. E por fim a qualidade duma linguagem quase austera na sua pureza, harmonia e simplicidade, firme e condensada, como peça única duma síntese em que acção e estilo se aglutinam num todo indissociável.

Como se o tempo e as circunstâncias que, entretanto, lhe assistem, de mais não

fossem capazes que reconhecer-lhe os fundamentos dum tema sempre actual, à força de repetir-se, assim esta novela de José Marmelo e Silva é daquele género de obras que transcendem a sua natureza literária por se ampliarem até aos domínios dos conflitos humanos, que invadem e de que se apoderam, por mais crues ou dolorosos que sejam.

TABORDA DE VASCONCELOS

★

KENNETH WALKER e PETER FLETCHER — *O Sexo e a Sociedade*. — Estudos e Documentos — Publicações Europa-América, Lisboa, 1959.

Este livro, escrevem os autores no prefácio, não se destina a especialistas; «escrevêmo-lo especialmente para os leitores mais jovens interessados nos problemas sexuais e nos dilemas e conflitos do nosso tempo».

É com certeza por esta razão que os AA. assumem uma atitude «fácil», simplificando a exposição de problemas e de pseudo-problemas, seleccionando um número razoável de citações que não entrem em conflito com a torrente principal do livro, e fornecendo generosamente exemplos e explicações em termos de jargão psicanalítico corrente que muita gente tem a impressão de saber perfeitamente o que quer dizer.

Se algum perigo há neste tipo de livro é que os leitores tomem este ou aquele capítulo demasiado a sério e não guardem em relação às suas matérias aquela espécie de distância e de cepticismo que, suponho, só nascem com maior conhecimento e experiência no assunto (o que não é de esperar dos leitores mais jovens).

Mas, em média, esta obra é infinitamente melhor do que a literatura habitual que se propõe «iluminar» esses aspectos fundamentais do comportamento e especulação humanos.

GUEDES GUIMARÃES

DIBIOTICO-A
antialérgico ZIMAIA

INFANTIL • NORMAL • FORTE • FORTÍSSIMO



O MÉDICO

CONSELHO CIENTIFICO

Júlio Dantas (Presidente honorário da Academia de Ciências de Lisboa)

Augusto Vaz Serra (Director da Fac. de Med.), A. de Novais e Sousa, A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Tavares de Sousa, Albertino de Barros, Bártolo do Vale Pereira, Elísio de Moura, Henrique de Oliveira, Herménio Cardoso, Ibérico Nogueira, J. Correia de Oliveira, J. Gouveia Monteiro, J. Lobato Guimarães, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Renato Trincão (Profs. da Fac. de Med.), Fernando Serra de Oliveira, Luís José Raposo e M. Ramos Lopes (Enc. de Regências na Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (Chefe do Lab. de Radiol. da Fac.), Carlos Gonçalves (Dir. do San. de Celas), Domingos Vaz Pais (Delegado do Instituto de Assistência Psiquiátrica), José dos Santos Bessa (Del. do Inst. Mat.), Fernando Oliveira de Sá, José Maria Raposo, Luciano dos Reis e Manuel Martins Ruas (Assistentes da Fac. de Med.), Manuel Montezuma de Carvalho (Cir.) e Mário Tavares de Sousa (Ped.) — COIMBRA

Jorge Horta (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aires de Sousa, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroudié, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, J. Oliveira Machado, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Moraes, Juvenal Esteves, Leonar do Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos, Costa Sacadura, Toscano Rico e Xavier Morato (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical) Almerindo Lessa (Dir. do Serv. de Sangue dos H. C. L.), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro, Alexandre Sarmento (Dir. do Lab. 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), Eurico Paes (Endocrinologista), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal, Fernando Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), 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), Manuel Marques da Mata (Insp. de Águas Minerais da Dir. Geral de Saúde), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

Ernesto Moraes (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), A. Rocha Pereira, António de Almeida Garrett, J. Afonso Guimarães, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Emídio Ribeiro, 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 Antitracomatosa do Dispen. de Higiene Social), António da Silva Paül (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Daniel Serrão e M. J. Bragança Tender (1.ª Assistentes da Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira (Dir. da Deleg. do Instituto Superior de Higiene), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hospital de Santo António), Gregório Pereira (Director do Centro de Assistência Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Dir. do Hosp. Semide) José Aroso (Director de Serv. do Hosp. de St.º António), J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de St.º António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe de Serv. de Anestes. do Hospital de Santo António) — PORTO

Pacheco de Figueiredo (Director da Esc. Médica de Nova Goa)

Lopes Dias (L.leg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Lisboa), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matosinhos), J. Pimenta Presado (Portalegre), Joaquim Pacheco Neves (Vila do Conde), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Setúbal)

DELEGADOS

Madeira: Celestino Maia (Funchal); Espanha: A. Castillo de Lucas, Enrique Nogueira e Fernán Pérez (Madrid); França: Jean Huet (Paris); Alemanha: Gerhard Kock (Münster)

ROMEU DE MELO — «AK — a tese e o axioma» — 170 págs. Porto, 1959.

A teoria faz-se sempre por interpretação e progressivo ajustamento de coerência e inteligibilidade; e tudo quanto se possa problematizar ou dogmatizar sobre géneros literários está, queira ou não o doutrinador, enquadrado nesse esquema de relativismo. As famosas divisões em géneros literários têm por vezes sido interpretadas como algo não só incriado mas até imutável, revelando isso ignorância já não apenas da história da respectiva formulação mas até do seu âmbito de aplicação e referência. E o mais dramático do equívoco é a evasiva de etiquetar antiliterário o que colida com os esquemas sistemáticos previamente inventados. Procedimento singular e espantoso na aparência mas frequentíssimo na efectiva prática da apreciação literária, tal método é aliás extensivo a tipos de investigação que, por socialmente mais influentes do que a literatura, fazem devolver em tragédia o que muito simplesmente podia ficar no cómico. Quando, por exemplo, se afirma que *a*, *b* ou *c* não podem existir em sociedade porque, pela definição que a lei deles dá, são incompatíveis com tal ou qual congeminação *apriorista* de doutrinadores — está-se transferindo para plano que pode ser mais socialmente prejudicial o que, além de erro de lógica, era simples injustiça de avaliação. Claro que só há tal abstrusidade mental quando se lide com juízos de existência e não com juízos de valor.

Simetricamente diria que as divisões em géneros literários são úteis não só como preliminar teórico mas até como método experimentado e reconhecido fértil. E eis por que, recusando-me embora a considerar falhado o «AK» de Romeu de Melo pelo facto de ser difícil de enquadrar neste ou naquele compartimento sistemático, me não deixo de convencer que o autor poderia realizar melhor certas das suas potencialidades literárias sob a forma de teatro: não lhe falta dramatismo de diálogo, movimentação espacial, certa imponência de tema e teatralidade de elocução e acção. Como romance de ideias e realidades exemplificativas de situações importantes para a criação de ideias, «AK» representa contudo e pelo menos o que um homem de pendor reflexivo e ensaístico conseguiu no campo da ficção e talvez sem grande preocupação efabuladora, segundo se depreende do predomínio do intelectual sobre o propriamente literário.

Aparentável ao Huxley do romance de previsão e ao estilo popularizado de exposição de ideias, esta utopia crítica de Romeu de Melo fica, ao que suponho, como documento isolado na moderna literatura portuguesa e promessa de posteriores empreendimentos igualmente pedagógicos, tanto mais importantes e de necessária consciencialização nas massas quanto referentes a problemas cívicos e questões de progresso cultural e moral das sociedades. No aspecto imediato a leitura de «AK» pode iniciar não poucas pessoas na reflexão sobre as possibilidades de

progresso cívico resultantes do interesse e participação dos intelectuais no poder e na orientação das sociedades.

MÁRIO SOTTOMAYOR CARDIA

★

CONTOS DE JOÃO DE ARAÚJO CORREIA

Na Colecção Antologia da Arcádia apareceu: «Os Melhores Contos de João de Araújo Correia», volume organizado e prefaciado por Guedes de Amorim. Ainda recentemente Aquilino Ribeiro, referindo-se ao autor de «Contos Durienses» afirmava que Araújo Correia é «o mestre de nós todos, que andamos há cinquenta anos a lavar nesta ingrata e improba seara branca do papel almaço, e somos velhos gloriosos ou ingloriosos, pouco importa; mestre dos que vieram no intermezzo da arte literária com três dimensões para a arte literária sem gramática, sem síntese, sem bom senso, sem pés nem cabeça; e mestre para aqueles que terão de libertar-se da acrobacia insustentável e queiram construir obra séria e duradoira». Guedes de Amorim, no lúcido prefácio deste volume, lembra palavras de Araújo Correia: «a objectiva do contista não escolhe incidências que sejam favoráveis à sua terra». Verdadeiras portanto as figuras, verdadeira a paisagem, bem como exacta, em termos literários, aquela atmosfera de drama, fatalidade e escárnio dos múltiplos quadros inconfrontavelmente contados. João de Araújo Correia tem-se mantido fiel ao género literário que preferiu entre outros: o conto, no qual se afirma como robusto criador de caracteres entre os ficcionistas vivos.

★

«OS GRANDES PORTUGUESES»

Vai ser distribuído o sexto fascículo desta edição da Arcádia, terminando a parte relativa à Idade Média. O fascículo tem a colaboração de António José Saraiva, Reynaldo dos Santos, Mário Martins e Sousa Costa.

★

LIVROS RECEBIDOS:

Ed. Arcádia (Lisboa):

JOYCE CARY — *Pela luz dos meus olhos* — Tradução de José Maria de Almeida — vol. de 340 págs.

GARIBALDINO DE ANDRADE — *O homem e o savão* — vol. de 160 págs., 1960.

Ed. Inquérito Limitada (Lisboa):

BÓRIS PASTERNAK — *Uma aventura em ferrara* — vol. de 222 págs., 1960.

FERNANDO PESSOA — *Cartas a Armando Cortes Rodrigues* — Prefácio de Joel Serrão — vol. de 130 págs.

Ed. do autor:

RODOLFO A. ABREU — *Em defesa do desenho expressivo da criança — Aos pais e aos professores* — vol. de 104 págs., 1960.

Ed. Instituto de Antropologia (Porto):

Trabalhos de Antropologia e Etnologia — vol. XVI — fasc. 1-4 — 190 págs., 1958; vol. XVII — fasc. 1-4, 543 págs., 1959.

Ed. Gomes & Rodrigues (Lisboa):

DIOGO FURTADO — *Trombozes Cerebrais (Patologia Clínica Terapêutica)* — vol. de 96 págs., da «Enciclopédia Luso-Brasileira» (Director: Dr. Luís Hernâni Dias Amado) — 1960.

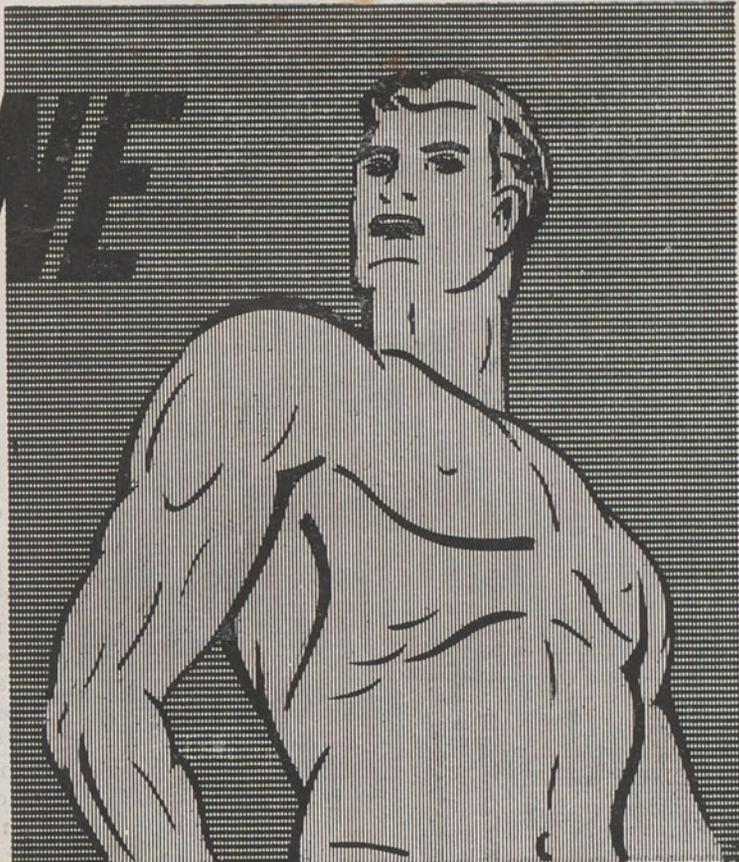
Ed. The C. V. Mosby Company (St. Louis):

W. A. D. ANDERSON — *Synopsis of Pathology* — vol. de 876 págs., 1960.

OPO-SAGINA

INDICAÇÕES

- Todos os estados carenciais do grupo B
 - Subdesenvolvimento nas crianças
 - Perda de apetite
 - Convalescenças
 - Astenia
 - Etc.



66-5M17273

UM PRODUTO DOS
Laboratórios J. NOBRE
REPRESENTANTE PARA PORTUGAL:
PESTANA & FERNANDES, LDA.

Ácido Fosfórico
+
Extracto de Fígado
+
Complexo B

Secção de Propaganda: Rua dos Correeiros, 92-3.º-Esq.—LISBOA

EUFURUN

O EMPLASTRO-ADESIVO PARA FURÚNCULOS
ACTUANDO À BASE DE MERCÚRIO
E ÁCIDO FÉNICO

- Aplicação simples e cómoda
- Resultados seguros

PRODUTO
Beiersdorf
ORIGINAL

P. BEIERSDORF & CO. A.-G.
HAMBURGO (ALEMANHA)

Representantes para Portugal
PESTANA & FERNANDES, LDA.

Secção de Propaganda: Rua dos Correeiros, 92-3.º-Esq. LISBOA

ACOMPANHANDO A EVOLUÇÃO DA TERAPÊUTICA MODERNA

DIABETORAL

FENFORMINA

COMPRIMIDOS

UM NOVO ANTIDIABÉTICO ORAL, ACTIVO NA:

- DIABETES LÁBIL
- DIABETES JUVENIL
- DIABETES DO ADULTO
- DIABETES ALOXÂNICA
(EXPERIMENTAL)



INFAR — Indústria Farmacêutica, Lda. • Venda Nova • Amadora