

XII ANO — N.º 532
9 de Novembro de 1961

DIRECTOR E EDITOR
MÁRIO CARDIA

VOL. XXI (Nova série)
Publica-se às Quintas-feiras

Red. Adm. AV. DOS ALIADOS, 41—PORTO—TEL. 24907 / LISBOA: R. Quirino da Fonseca, 2-C-1.º—Tel. 52074 / Prop. da SOPIME—Sociedade de Publicações e Iniciativas Médicas, Lda
Ver condições de assinaturas e outras indicações na 2.ª pág. | PREÇO AVULSO: 5\$00 | Composto e impresso na Tipografia Sequeira Lda — PORTO — R. José Falcão, 122 — Telef. 24664

João Azevedo

Calcitène

A ZEVEDOS

C Á L C I O
V I T A M I N A C
C L O R O P R O F E N E P I R I D A M I N A

A N T I T Ó X I C O
A N T I A L É R G I C O
E
A N T I P R U R Í T I C O
P O L I V A L E N T E

Injectável — caixas de 10 × 5 cm³
caixas de 5 × 10 cm³
caixas de 10 × 10 cm³
Rectal — Infantil — caixas de 6 sup.
Adultos — caixas de 6 sup.
Oral — Frs. com 80 g. de pó eferv.



LABORATÓRIOS AZEVEDOS
MEDICAMENTOS DESDE 1776
L I S B O A P O R T U G A L

SUMÁRIO

SEMANA A SEMANA	279
CIÊNCIAS MÉDICAS — CLÍNICA	
ARTIGOS ORÍGINAIS	
ALBANO RAMOS — Anatomia e radiologia	282
JOÃO CORRÊA GUIMARÃES — Mecanismos da reacção alérgica e algumas das suas expressões clínicas	292
LUÍS GUERREIRO — A prevenção dos acidentes do trabalho	296
ANDRÉ BUSSON, JEAN-FRANÇOIS DAVEZAC — Diagnóstico e tratamento das diarreias sub-agudas e crónicas após antibioterapia	299
ECOS DO PASSADO	
Aplicação do Chloroformo durante o acto do parto	301
MOVIMENTO MÉDICO	
Diagnóstico e tratamento das hemorragias altas do tubo digestivo — pág. 303; Efeitos laterais da urografia — pág. 304; Problemas	

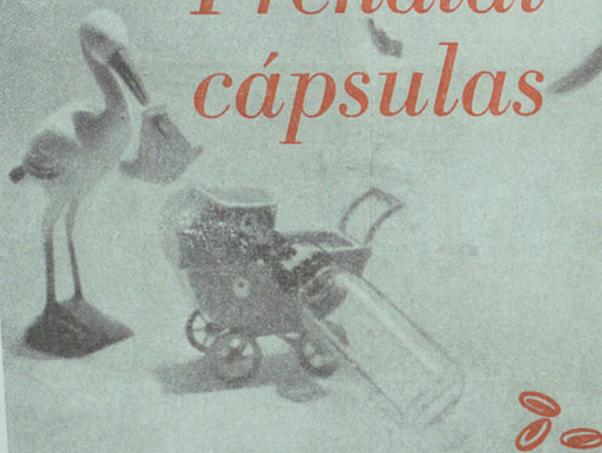
práticos relativos à surdez na criança — pág. 305; Toxicidade do «Librium» — pág. 306; Tratamento hormonal das amenorreias — pág. 306. QUE DESEJA SABER? — Profilaxia da gangrena gasosa — pág. 309; Deficiência em progesterona e aborto — pág. 309; Eosinofilia tropical e infecções parasiticas — pág. 309.	
Sumários da Imprensa Médica Nacional	309
ASSUNTOS GERAIS E PROFISSIONAIS	
O débito à Caixa — JOAQUIM PACHECO NEVES	310
ECOS E COMENTÁRIOS — MENDONÇA E MOURA	312
Ministério da Saúde e Assistência	316
NOTICIÁRIO NACIONAL — XIII Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário (Secção Regional do Porto da Ordem dos Médicos) — pág. 320; Hospital Militar Principal — pág. 322; Diversos.	
A vida médica estrangeira	326

*Bons sucessos
seguem-se a um regime
alimentar saudável*

com o

Prenatal cápsulas

Lederle



Um suplemento dietético vitamínico e mineral para satisfação das maiores necessidades resultantes do acréscimo de metabolismo da mulher grávida e das necessidades do feto em desenvolvimento.

Por constituir um meio de proporcionar à mãe uma provisão diária mensurável dos factores dietéticos essenciais, o PRENATAL cápsulas da Lederle está ainda indicado durante o aleitamento.

EMBALAGENS:

Frascos de 30 cápsulas.

LEDERLE LABORATORIES

Cyanamid International
A Division of American Cyanamid
Company New York, N.Y.



Representantes exclusivos para Portugal e Ultramar:

ABECASSIS (IRMÃOS) & CIA.

Rua Conde Redondo, 64 — LISBOA

Rua de Santo António, 15-3.º — PORTO

EIDOPHORE

A firma CIBA apresentou, em Portugal, o dispositivo Eidophore, que tem causado grande sucesso em vários países da Europa e da América do Norte. Como largamente noticiamos no n.º de «O Médico» de 5 de Outubro último, trata-se dum sistema de televisão a cores, com projecção em *écran*, que se presta magnificamente para qualquer pessoa observar, nas melhores condições, os tempos duma operação cirúrgica realizada em lugar arastado. A primeira apresentação foi no Porto, no Cinema Vale Formoso, no dia 21 de Outubro, com um programa que consistiu, além de algumas palavras do Director da Faculdade de Medicina, Prof. Gonçalves de Azevedo, e duma «introdução técnica» do Prof. António Manuel Baptista, de demonstrações sobre vários assuntos referentes à Clínica Oftalmológica e à Clínica Médica, do Hospital de S. João; por último, fez-se a transmissão duma intervenção tóraco-abdominal para tumor de esófago, pelo Prof. Alvaro Rodrigues; sobre esta operação cirúrgica, fez excelente exposição o Dr. António Barbosa Braga, que se encontrava na sala do Cinema Vale Formoso.

EM LISBOA

A apresentação de Lisboa constituiu também grande sucesso; a sala do Cinema Roma esteve a abarrotar de pessoas, com grande domínio de médicos jovens. O sistema Eidophore mostrou então as suas grandes possibilidades. Estava anunciada uma operação cirúrgica pelo Prof. Cid dos Santos, na Clínica Cirúrgica Universitária do Hospital de Santa Maria: «Enxerto da bifurcação aórtica». Esta operação não pôde efectuar-se, sendo substituída por outra, destinada a corrigir uma fístula artério-venosa-traumática coxo-femural. A exposição a este respeito foi feita, durante a intervenção, pelo próprio operador, Prof. Cid dos Santos, que, por vezes, estabelecia diálogo com um colega que estava na sala do cinema — cujo nome não sabemos — dando assim a noção da realidade na presença, em contraste com o cinema habitual, que traduz um acto já realizado. Também neste sentido foram muito interessantes as demonstrações de Bacteriologia, no Instituto Câmara Pestana; o seu director, Prof. Cândido de Oliveira, que assistia à exibição na sala do cinema, dava indicações aos seus colaboradores que trabalhavam na-

quele Instituto. Também foram curiosas as apresentações de casos clínicos de Dermatologia, pelo Prof. Espírito Santo, de Coimbra. Nesta sessão o Prof. António Manuel Baptista repetiu a «Introdução técnica» que fez no Porto.

AS POSSIBILIDADES DO EIDOPHORE

Estão de parabéns a classe médica de Lisboa e Porto e a prestigiosa firma CIBA, que proporcionou a apresentação, pela primeira vez em Portugal, dum sistema de transmissões que interessa muito especialmente aos problemas médicos. Ambas as exposições — a do Porto e a de Lisboa — foram muito interessantes e instrutivas; mas pareceu a alguns que assistiram a ambas que a demonstração de Lisboa pôs mais em relevo as grandes e inéditas possibilidades que o Eidophore pode oferecer à medicina.

MÉDICOS CATÓLICOS

O X Congresso Internacional dos Médicos Católicos vai realizar-se em Londres, de 9 a 13 de Julho de 1962. O tema geral do Congresso será: «o médico católico nas sociedades modernas», tratando-se, entre outros assuntos, dos seguintes: o médico católico e os problemas do adolescente, o médico católico e os velhos, o médico católico e as novas descobertas de saúde mental, «os casos infelizes». Para informações — Secretariado-82, Eaton Square, London S. W. 1.

ALCOOL E ACIDENTES DE VIAÇÃO

Houve dois congressos internacionais sobre o álcool e acidentes nas estradas — o 1.º realizou-se em Estocolmo (1950) e o 2.º em Toronto (1953). O terceiro, a realizar em Londres de 3 a 7 de Setembro de 1962, tratará, entre outros, dos assuntos seguintes (com a colaboração de médicos e de juristas): a lei e a execução da lei; aspectos farmacológicos, fisiológicos e psicológicos, compreendendo os métodos analíticos; os aspectos sociais, incluindo as estatísticas de acidentes e os seguros. Para informações: J. D. J. Havard, British Medical Association House, Tavistock Square, London, W. S. 1.

PLANO QUINQUENAL JUGOESLAVO

A Assembleia Nacional da Jugoeslavia acaba de aprovar um Plano Quinquenal, no qual a valorização humana pela saúde e pela instrução ocupa lugar preponderante. Assim, por exemplo, durante 5 anos, as despesas com os serviços sanitários (incluindo a construção de hospitais) aumentarão em 50% em relação às despesas correspondentes durante os 4 últimos anos.

PUBERDADE FEMININA

Segundo um relatório da O.M.S., a puberdade feminina, nos países que beneficiam do mais elevado nível de vida, é mais precoce do que há 50 anos. Julga-se que a puberdade surge 6 meses mais cedo em cada período de 10 anos.

AGENDA

LISBOA

Amanhã, dia 10, pelas 22 horas, na sala de sessões da Sociedade Médica dos H.C.L. (Hospital dos Capuchos), realiza-se a primeira sessão do presente ano académico da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, no decorrer da qual os Drs. Aníbal Caeiro e José Ferrinho Félix apresentam uma comunicação sobre «Hiperplasia e ectopia do timo no adulto — a propósito de um caso clínico», e o Dr. Monteiro Baptista fala de «Hemocromatose idiopática».

PORTO

Amanhã, dia 10, pelas 11 horas e 30, no anfiteatro norte do Hospital de S. João, o Prof. J. François fala sobre «Récidives tardives de la toxoplasmose oculaire» e, às 21,30, no salão nobre do Hospital Geral de Santo António, os Profs. G. Greiner e F. Lhermitte falam de «Physio-pathologie du nerf facial» e de «Les thromboses bilaterales de la carotide interne», respectivamente.

Todas as conferências supra citadas fazem parte do programa da reunião anual da Sociedade Portuguesa de Oto-neuroftalmologia.

COIMBRA

Hoje, dia 9, pelas 17 horas, num dos anfiteatros da Faculdade de Medicina, o Prof. J. François fala sobre «Récidives tardives de la toxoplasmose oculaire» e, às 21,30 horas, no mesmo local, os Profs. G. Greiner e F. Lhermitte falam, respectivamente, acerca de «Physio-pathologie du nerf facial» e de «Les thromboses bilaterales de la carotide interne».

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

SECRETÁRIO DA DIRECÇÃO: Guedes Guimarães
— Médico do Inst. da Ass. Psiquiátrica.

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.

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: Rua Quirino da Fonseca, 2-C-1.º
Telefone 52074

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

Já algumas vezes nos temos aqui referido à necessidade de incluir a patologia exótica nos cursos médicos gerais das nossas Faculdades de modo a permitir que os licenciados, sem mais, possam exercer a profissão no Ultramar. Demais não nos parece ter hoje a anterior importância a necessária especialização em patologia tropical que se tem vindo a fazer.

Já o dissemos porquê, até porque certas doenças, mercê dos progressos da medicina e da penetração sanitária, têm vindo a decair na gravidade de que outrora se revestiam.

Que um quadro especial do funcionalismo sanitário do Ultramar seja obrigado a possuir uma qualificação post-graduada de patologia tropical, é bem de aceitar; mas que todos tenham de o possuir isso parece ultrapassado quando a legislação já o dispensa; vejamos o decreto n.º 43 743, publicado em 21 de Junho do corrente ano. Com o que aí se decreta procura-se facilitar o ingresso de médicos ao quadro médico comum. Muito embora se continuem a exigir os cursos de Medicina Tropical e de Medicina Sanitária, verifica-se que há circunstâncias em que estes podem dispensar-se, sem qualquer limitação do exercício da clínica, pois no artigo 9.º se diz que «quando nos concursos para os lugares do quadro complementar de cirurgiões e especialistas, para qualquer província e especialidade, se verificarem as hipóteses consideradas, no artigo 2.º deste decreto — concurso deserto ou vagas por preencher — poderá o Ministro do Ultramar determinar a abertura do concurso documental para a formação de médicos da referida especialidade».

E no 16.º diz: «Os médicos apro-

vaços no concurso que não possuem os cursos referidos no artigo anterior (Med. Trop. e Med. Sanit.) são considerados como especialistas pertencendo ao quadro complementar de cirurgiões e especialistas, com direito à remuneração correspondente à letra H do parágrafo 1.º do artigo 91 do Estatuto do Funcionalismo Ultramarino».

Não sou contra a especialização em patologia tropical; defendo o princípio da universalidade do diploma da licenciatura médica no mundo português, porque entendo possível dar-se um mínimo de conhecimentos de patologia exótica no decurso da formação médica geral sem sobrecarga dos estudos.

Aceito que o pessoal do quadro sanitário — sanitaristas do Ultramar — além do curso de Medicina Sanitária que já se lhe exige como para a Metrópole, deve possuir um curso post-graduado de patologia tropical.

Aceito que certas funções de maior relevo, como, por exemplo, as docentes, devam obrigar ao conhecimento da patologia exótica, não sendo de aceitar a nomeação para a Escola Médica de Goa de médicos sem esse curso.

Aceito que os médicos do quadro permanente das forças armadas sejam obrigados a possuí-lo.

Mas aplaudo o Ministro do Ultramar ao dispensar os cirurgiões e especialistas do quadro da obrigação de prolongarem a sua aprendizagem escolar por mais um ano.

Era demais, apesar de os conhecimentos serem menos em patologia exótica.

Fica-nos para a próxima semana a inauguração do novo edifício da Escola de Enfermagem de Braga.

A. B.

Anunciam neste número:

Abecassis	2.ª capa	La Roche	285
Av. Miguel Bombarda, 42-44—Lisboa		Rua do Loreto, 10 — Lisboa	
Andrade	293	Lepetite	294
Rua Henrique Paiva Couceiro — — Venda Nova — Amadora		Praça D. João I, 28-4.º — Porto	
Azevedos	1.ª capa	Luso-Fármaco	281
Travessa da Espera, 3 — Lisboa		Rua do Quelhas, 14-2.º — Lisboa	
Bial	4.ª capa	Made	310
Rua João Oliveira Ramos — Porto		Rua Escola Medicina Veterinária, 17 — Lisboa-1	
Carlos Cardoso	290	Neo-Farmacêutica	323
Rua do Bonjardim, 551 — Porto		Avenida 5 de Outubro, 21 — Lisboa	
Celsus	318	Parke Davis	298
Rua dos Anjos, 67-1.º — Lisboa		Travessa da Espera, 3 — Lisboa	
Ciba	321	Pestana & Fernandes	286, 297 e
Rua Gonçalves Crespo, 10 — Lisboa		Rua dos Correiros, 92-3.º-Esq.º — Lisboa	307
Delta	315	Pfizer	308, 313 e
Av. Elias Garcia-Massamá-Queluz		Rua Rodrigo da Fonseca, 139 — Lisboa-1	319
Ferraz Lynce	311	Química Hoechst	289
Rua Rosa Araújo, 27-1.º-Lisboa		Avenida Duque d'Avila, 169-1.º — Lisboa	
Fidelis	305	Vitória	317
Terras de Santana, 1 — Lisboa		Rua Elias Garcia, 26 — Venda Nova — Amadora	
Instituto Pasteur de Lisboa 312, 324 e			
Rua Nova do Almada, 67 — Lisboa	3.ª capa		
L. Lepori	302		
Rua da Imprensa Nacional, 86-88 — Lisboa-2			



aminopirina
maleato de cloroprofenopiridamina
vitamina A
vitamina D₃
gluconato de cálcio

ANALPIRINA

SUPOSITÓRIOS ADULTOS E INFANTIS

GRIPE — FEBRE — REUMATISMO — NEVRALGIAS

INSTITUTO LUSO-FÁRMACO

LISBOA-MILÃO

ANATOMIA E RADIOLOGIA (1)

ALBANO RAMOS

Sr. Presidente,
Digníssimas Autoridades,
Senhoras e Senhores:

Encontrámo-nos reunidos para proceder ao encerramento do V Congresso dos Médicos Electro-radiologistas de Cultura Latina, congresso que constituiria a XII.^a Reunião dos Médicos Radiologistas de Língua Francesa — isto é, de todos aqueles para quem esta língua é a «língua científica», como dissera MOREL KAHN, no relato que fizera da I Reunião, aqui mesmo celebrada no ano de 1933 — se acaso não vingasse a ideia, desde a primeira hora expressa, de alargar o âmbito da reunião aos países de cultura greco-latina. Assim, permiti-me, pois, que utilize as minhas primeiras palavras para evocar emocionadamente, neste local de origem — a cidade de Paris — a memória de BELOT, esse homem de excepção, espírito brilhante e profissional distintíssimo, que presidiu à primeira reunião e a quem devemos, na maior parte, o nosso convívio de hoje, e ainda, que saúde a prestigiosa figura da radiologia mundial — o Prof. LAMARQUE — que, na presidência do VII Congresso dos Médicos Electro-Radiologistas de Língua Francesa, realizado em 1949, também nesta cidade da Luz, permitiu que se concretizasse, ainda sob proposta de BELOT, o sonho que este acalentara desde a primeira reunião.

Deste apontamento histórico — a que desejaria juntar a lembrança que o presente congresso é o primeiro realizado em Paris, e mesmo em França, depois da sua efectivação alargada; e ainda a de que foi nesta mesma cidade que, no ano de 1900, sob a presidência do Prof. WEISS, se levou a cabo o I Congresso Internacional de Radiologia Médica, congresso que contou com a presença do imortal ROENTGEN — eu pretendo tirar a minha primeira ilação: e essa vem a ser a de acentuar a altura da manifestação científica que nos reuniu, de todo digna da cultura que nos congrega e em perfeito equilíbrio com o que a tradição exigia. Na verdade, se fora a cidade de Paris aquela em que nasceu a ideia do nosso convívio; se foi nela que se efectuou a 1.^a reunião; se foi aqui que o pensamento de nos juntarmos se concretizou; se foi nesta cidade que, pela primeira vez, teve lugar um Congresso Internacional de Radiologia decorridos que iam apenas cinco anos sobre a descoberta de ROENTGEN, nós podemos entender que os nossos colegas franceses — a quem por mim e pelos meus compatriotas (mas evocando um pensamento indiscutivelmente comum a todos os presentes) agradeço o extraordinário esforço dispendido — nós podemos entender, dizia, que os nossos colegas franceses se tenham empenhado, e com pleno êxito, em conseguir um congresso que amortecia a lembrança das já memoráveis reuniões de Bruxelas, Madrid, Roma e Lisboa. Felicitemo-los, pois, pelo êxito!

★

Vai-se tornando em tradição — tradição que desta vez honra o meu País e, por via dos meus colegas, imerecidamente, a mim próprio — de que um de nós se desempenhe da missão de proferir, na sessão de encerramento, como na de abertura, uma palestra presa a algum aspecto da ciência que professamos. E o nosso primeiro gesto, quando nos cabe a tarefa, tem de ser o de escolher o tema, o que nos leva, imediatamente, à busca dos que já foram tratados. Foi o que fiz e aí concretizei o meu primeiro desengano: — sem aprofundar na história e percorrendo os congressos de Roma e de Lisboa, fui encontrar no lugar

que hoje ocupo as figuras mestras da Radiologia Latina — o nosso ilustre presidente — o Dr. COLIEZ, o sábio professor PALMIERI e o meu querido amigo Prof. ALEU SALDANHA, o que só por si significa ter de confessar-me abertamente em desproporção com os trabalhos que aqueles ilustres colegas prepararam para fim semelhante e, de igual passo, em desequilíbrio com tudo quanto foi feito no Congresso até agora, e mesmo do que será depois, o que me leva a pedir seja «aquilo» a verdadeira recordação desta reunião de Paris. Mas se tudo isto eu reconheço, devo também confessar que me mina o propósito de ser verdadeiramente expressivo no meu amor pela electro-radiologia.

★

No vasto campo que constitui tema das nossas reuniões há uma infinidade de aspectos perfeitamente dignos desta tribuna. E, ao repassá-los, só a incompetência evita que detenhamos o ímpeto de render homenagem a alguns deles. Porque não confessar que foi esse o motivo que me levou a não tratar da própria Electrologia (?) de que nós, latinos, nos podemos ufanar e de que constituímos — eu ia a dizer no mundo — um exemplo de apego à tradição, reunindo-nos em conjunto e buscando — com razão o fizestes, colegas franceses! — para a presidência de honra da primeira reunião o sábio professor D'ARSONVAL — o pai da fisioterapia moderna — como lhe chamou o nosso chorado BELOT. É minha esperança de que ao abster-me de tratar da Electrologia, favorecerei o ensejo próximo de ver neste lugar e por palavra autorizada, devidamente destacados alguns dos seus aspectos, como bem merece esse ramo mais de duas vezes centenário dos nossos congressos e nossa origem comum. Voltado, assim, para a Radiologia e mais especialmente para o radiodiagnóstico — a terapêutica nas suas perspectivas futuras mereceu a bela oração que substituiu a conferência inaugural do Prof. DESAIVE — e analisadas as suas facetas multiformes — da técnica à interpretação (bases da prática clínica), e da investigação ao ensino e à filosofia deste ramo do saber —, decidi-me por focar um aspecto do ensino —, até porque nesta rubrica estão implícitas todas as outras —, tratando das relações da Anatomia e da Radiologia, nas suas feições docentes. O tema enquadra-se na corrente de pensamento dos ilustres colegas Profs. ALEU SALDANHA e PALMIERI, sem que, contudo, colida com o seu conteúdo, seguindo mais na esteira objectiva do professor bolonhês, (que focou em Lisboa, de um modo magistral e à luz de um conceito verdadeiramente ecuménico, mas tendo como base de raciocínio o caso particular da Itália, o que de mais importante se deve fazer para a preparação do especialista em radiações e do aluno de medicina igualmente no que respeita à radiologia), do que com o tema do Prof. ALEU SALDANHA, que na sua feição filosófica, deixou esgotado o que pode pensar-se sobre a «Importância da Radiologia na formação do Médico Moderno».

Devo porém recordar que vários pormenores influíram na escolha deste tema. Serão de mencionar: a integração nos relatórios do congresso em que, na verdade, foram tratados assuntos de rádio-anatomia, como seja o que sucedeu nos relativos à «Angiografia nas malformações congénitas do rim» e às «Malformações ósseas da charneira occipito-cervical», etc.; o facto de o assunto

(1) Conferência de encerramento do V Congresso dos Médicos Radiologistas e Electrologistas de Cultura Latina. Paris, 28 de Julho de 1951.

ser devidamente sentido na Escola onde ensino, como o provam publicações múltiplas e desde há longos anos; e, finalmente, a extraordinária importância de que a matéria se reveste e a que mais longe aludirei.

Por outro lado, este tema facultou-me o ensejo de contribuir para a definição do que julgo ser o melhor sentido na preparação radiológica do clínico geral, isto é, do que deve fazer-se nesta matéria no ensino universitário, já que o aspecto pós-universitário foi posto, repito, pelo Prof. PALMIERI, de modo insuperável em extensão e em profundidade.

Justificada a escolha do tema pela apresentação sumária das razões que a ela me conduziram, eu desejaria, antes de entrar no seu aspecto específico, expor alguns pontos de vista que estão na base de raciocínios ulteriores. E o primeiro aspecto é, precisamente, o que se prende com o conceito de especialidade, visto desse conceito pretender derivar para o ensino universitário de algumas delas, ensino que aí tem de ser feito, mas sem que o seja com o objectivo de verdadeira especialização e que assenta, exclusivamente, na estrutura da formação do clínico geral.

*

Sabe-se, — isto é, todos sabemos e peço perdão por ter de o repetir — que são vários os caminhos porque se chegou à especialização médica, mas todos redutíveis à situação comum da incapacidade humana para abranger todo o saber ou para dominar com proficiência todas as técnicas, tal como sucede na própria divisão das ciências.

O médico, obedecendo ao sentir da sua consciência, alicerçado na noção de responsabilidade, e até — por que não dizê-lo — por defesa económica, preferiu apurar-se num certo número dos seus actos a executar a generalidade, mas sem maestria, e desse modo surgiram especialidades agrupando o saber de diagnóstico e tratamento relativo a determinados sistemas ou aparelhos, ou pelo contrário centradas sobre vários aspectos puramente de diagnóstico ou essencialmente de terapêutica, ou enfim, ordenadas segundo determinada patologia. Este é o sentido da especialidade no domínio do seu exercício e cujo conteúdo só pode ser verdadeiramente aprendido no ensino pós-universitário.

Mas há ramos do saber, como sejam o radiodiagnóstico, as análises clínicas, a própria histopatologia, aqui isolada das anteriores como especialidade que é, que nenhum médico, seja no exercício da clínica geral, seja no da especial, pode ignorar, no respeitante a um certo número de noções, que de nenhum modo abrangem o saber da especialidade, noções que tem de fazer parte do curso geral de medicina. E se atrás aponte, paralelamente, as três situações, a verdade é que elas não são verdadeiramente equivalentes. Sem qualquer espécie de confronto, tem de dar-se à radiologia situação de privilégio, visto que ela, para além da sua missão de diagnóstico equivalente à das análises clínicas e à da própria histopatologia — esta com posição de cidadania dos cursos gerais de medicina —, representa, ou deve representar, um ponto de apoio permanente na formação do estudante, desde a anatomia à fisiologia, da fisiopatologia à anatomia patológica na viviseccção, desde o diagnóstico à terapêutica. Não há ramo do conhecimento médico que se lhe equivaleta, justamente porque absorve forma e função em normalidade e patologia, é guia no diagnóstico e é agente de terapêutica, tomando uma verdadeira acção de fundo, de base, na preparação do clínico geral, que, este mesmo, diariamente, terá de utilizar, ao contrário do que sucede com as outras «especialidades», a que terá de recorrer só por excepção. É dentro deste critério — recurso sistemático a ela pelo clínico geral, necessidade do conhecimento da parte deste de uma fracção do seu conteúdo, que envolve sobretudo a noção exacta do seu valor, e, na medida do possível, o meio da sua representação, — é dentro deste critério, dizíamos, que o radio-diagnóstico não é uma especialidade, mas tão somente um ramo do conhecimento adaptável à formação basilar do estudante

de medicina, isto é, do clínico geral. Foi com inultrapassável razão que Mayo afirmou que «as noções que a radiologia fornece constituem hoje — dizia-o em 1937 — um vasto sector da cultura médica geral».

Outro ponto que desejaria desde já abordar, em rápida alusão, é o que se refere ao ensino da Radiologia, seja no curso geral de medicina — que particularmente me interessa — seja no que se refere à especialidade. É de todos sabido que até hoje, seja nos diversos países do mundo extra-latino e extra-europeu, seja entre nós, o problema não encontrou solução uniforme. Levar-nos-ia muito longe tal apreciação e seria mesmo difícil deduzir as razões que a tal tem conduzido, mas não importa, para o nosso raciocínio, a pormenorização. Convém acentuar, todavia, que nos países de cultura latina nos encontramos igualmente com discrepâncias notáveis, seja no que respeita ao ensino universitário, seja no que se refere ao pós-universitário, e isto a despeito do nosso pensamento praticamente uniforme, seja expresso em votos de reuniões anteriores, seja do Congresso Internacional. São situações que ultrapassam o poder das nossas recomendações e que só com persistência havemos de melhorar. É dessa persistência que quero, uma vez mais, dar aqui as minhas provas.

No meu país encontrámo-nos numa situação que se pode dizer média, isto é, nem tão favorável como a da Itália, que tão minuciosamente expôs o Prof. PALMIERI, nem tão desfavorável como a que se verifica noutras nações aqui brilhantemente representadas.

Dispomos actualmente no Curso Geral de Medicina do ensino da Semiótica Radiológica em curso semestral ⁽¹⁾, com exame final obrigatório, curso que apenas em Lisboa é regido por um professor catedrático de Semiótica Radiológica, portanto com representação directa no Conselho da Faculdade respectiva. Nas nossas duas restantes Faculdades de Medicina temos respectivamente um professor catedrático de outra especialidade acumulando a regência da Semiótica Radiológica e um professor extraordinário de Radiologia, já com um assistente, para se encarregar do ensino prático. E se a posição de professor catedrático, com acesso ao Conselho, dá a vantagem de poder pugnar pela sua disciplina, não é na impossibilidade de presença no Conselho das Faculdades que está o mal da nossa situação. Esse mal está no minguado número de aulas de que se pode dispôr para ensinar matéria tão vasta — no máximo 20 aulas teóricas de 60 minutos e 10 práticas de 90 minutos, por aluno, isto é, metade do que dispõem os professores de propedêutica médica e de propedêutica cirúrgica, em separado ⁽²⁾.

(1) Nem sempre assim tem sido desde que, em 1926, se criou o ensino da Radiologia em Portugal. Vid. Bulletin d'Information. Centre Antoine Béclère 5 (55-56): 1-8, 1956.

(2) No que respeita à preparação do especialista é, no meu país, necessário, após a obtenção do grau de licenciado em Medicina, um estágio de um ano em cirurgia, outro em medicina, e 3 de especialidade, em Serviço considerado idóneo pela Ordem dos Médicos, organismo que superintende, por agora, na atribuição dos títulos de especialista. É de acentuar que os anos de Medicina e Cirurgia podem acumular-se em alguns casos com os da especialidade; e, quando o estágio de 3 anos estiver acabado, com aproveitamento, os candidatos ao título serão sujeitos a um exame final em que, mediante aprovação, o título lhes será atribuído.

Sublinhemos que no futuro serão as Faculdades de Medicina que organizarão cursos para pós-graduados donde resultarão os especialistas, mantendo-se durante algum tempo, por certo, este regimen cumulativamente com o anterior; sublinhemos também que a nenhum médico é proibido exercer qualquer especialidade, mesmo que não tenha o referido título, não podendo, no entanto, anunciá-la, nem podendo usufruir as regalias que o título confere, nomeadamente ocupar lugares em que o título de especialista é exigido; sublinhemos, finalmente, que o estágio em Serviço idóneo exigido pela Ordem não implica ensino teórico obrigatório da parte do director do respectivo Serviço.

Este aspecto da especialização deixo-o aqui apenas com o fim de que os interessados fiquem com o conhecimento, mas são factos que não me interessam para a linha de pensamento que pretendo desenvolver. Outro tanto não sucede com o ensino no Curso de Medicina.

Pretendo assim salientar que dispomos de um reduzido número de aulas, exclusivamente destinadas à Semiótica Radiológica, ensino ministrado a par das semióticas médica e cirúrgica, consequentemente antes das patologias e das clínicas. E desejaria ainda chamar a atenção para o facto de alguns de nós, como outros pelo mundo, nem de tão pouco disporem.

Estas situações forcem, inevitavelmente, a que procuremos um plano de formação radiológica do clínico geral, adaptando-nos às circunstâncias vigentes, plano que, é bem de ver, tem ainda razão de existir mesmo em situações de maior desafogo. Não é possível, com efeito, sem esse artifício, dar ao estudante — isto é, ao futuro médico — a preparação radiológica conveniente. Torna-se necessário, fora da própria disciplina da radiologia, conseguir, em todas as oportunidades, o subsídio útil neste sentido. Assim se tenderá para aquilo a que poderemos chamar a situação ideal de preparação do clínico geral e que mais adiante esquematizaremos.

De entre os vários departamentos do curso geral de medicina em que o estudante poderá, com proveito, alicerçar e alargar a sua formação radiológica está, em lugar de destaque, a anatomia. E este é um dos pontos que mais facilmente poderemos invadir, visto representar um benefício bilateral, isto é, favorecer-se concomitantemente o ensino da anatomia e o da radiologia. É evidente que hoje quem diz anatomia diz fisiologia, visto tratar-se de conhecimentos verdadeiramente inseparáveis, inseparabilidade sobretudo alimentada e particularmente valorizada pela intervenção radiológica; e é também claro que quem fala de Anatomia fala de aspectos macro e microscópicos, isto é, engloba a histologia.

Eu, deliberadamente, ponho de lado, por falta de tempo, os aspectos específicos da função e da historradiografia, modalidade esta última com tão destacados cultores entre os latinos e de que me proponho lembrar os nomes de LAMARQUE, COLLETTE e, de entre os portugueses, AYRES DE SOUSA, que com um grupo de colaboradores tem produzido, como aqueles outros ilustres colegas, trabalho digno de apreço.

Ao aludirmos, anteriormente, ao aspecto de benefício bilateral da intervenção das radiações, seja melhorando o ensino da anatomia, seja preparando por intermédio de um conhecimento mais perfeito da anatomia de projecção a formação radiológica, tínhamos, praticamente, definido os dois aspectos essenciais da questão e que são, respectivamente, numa divisão um pouco artificiosa, a *rádio-anatomia* — capítulo que se ocupa do esclarecimento de pormenores de anatomia, que não são facilmente alcançáveis pelas técnicas correntes, de que esta se serve, e a *anatomia radiográfica*, ramo que visa o estudo da anatomia pelos raios X, para aproveitamento da radiologia e com base nos conhecimentos anatómicos.

Que a Radiologia presta à Anatomia um serviço inestimável é um facto indiscutível, um facto que não necessita de demonstração. Salientemos apenas que esse serviço abrange não só aspectos de investigação como de ensino, o que não admira, dada a sua constante correlação. Por isso mesmo aqui os mencionaremos quase indiferentemente.

★

Não vamos, neste ensejo, encarecer a necessidade duma formação anatómica cuidada do futuro médico. Está fora de toda a precisão fazê-lo, visto ser noção exacta de todos que a anatomia humana normal é, como disse GUZMÁN, o cimento indispensável sobre o qual se vão assentar, uma a uma, as outras matérias. Recordemos, todavia, um passo do que disse HENRIQUE DE VILHENA, ao despedir-se dos seus alunos, na lição jubilar proferida em 1949 e a que deu o título «Pedagogia e ética do anatómico»: «o primeiro complexo mental do estudante de Medicina e do Médico, o primeiro por sua qualidade de fundamento, e a ficar sempre, é o anatómico, é o físico. E, principiando sobretudo por visual ou visional e plástico, assim, apesar das subtracções vindas com o tempo e os

demais conhecimentos, se lhes vai mantendo e se lhes confirma e estabelece na essência». Ora, esta anatomia, que LERICHE disse ser «indubitavelmente o instrumento mais antigo do conhecimento» e que «foi sempre a base de toda a cirurgia», — como nós podemos desde já dizer ser de toda a radiologia —, tem vivido em evolução constante, em face de conquistas sucessivas ⁽¹⁾. E os métodos de que se tem servido, no decurso dessa evolução — evolução que nós mesmo exporemos e que se processa dia a dia sob a exigência constante da cirurgia e da própria radiologia — são múltiplos. Esses métodos, como a própria anatomia no seu desenvolvimento, desdobram-se e multiplicam-se desde a mais remota antiguidade até aos nossos dias.

Antes de todos os outros métodos, pela sua importância e até porque lhe deu o nome, é de referir a dissecação. E se se não sabe quem primeiro a empregou, tal como sucedeu na «descoberta do fogo ou no invento da roda» sabe-se, todavia, que a sua história se perde nos ilimitados tempos da antiguidade e que à repugnância que de início frenou a sua utilização «em face das tradições e crenças religiosas, sentimentos estéticos ou simplesmente por ignorância» se sucederam, mesmo no passado, idades de ouro, das quais a primeira decorreu em Alexandria, sob influência do Helenismo Aristotélico, até ao ponto de HERÓFILO, que vivera nesta época, merecer o cognome de «pai da Anatomia». E se, depois, até ao século XII, esmoreceu a sua aplicação, de novo a partir da Renascença, com da VINCI, VESÁLIO e tantos outros, caminhou para o apogeu dos nossos dias, apontando-se ROKITANSKY — o prossector de Viena — como o dominador da dissecação nos tempos modernos.

E a par da dissecação, que foi método basilar na formação e ensino da Anatomia, outras técnicas, como o método dos cortes seriados de cadáveres congelados, os resultantes da aplicação de substâncias plásticas ⁽²⁾ e consecutiva corrosão, os de migração de corantes, os de avaliação de capacidades a marcar já a transição para esta terceira fase da anatomia moderna — a fase matemática —, métodos esses e muitos outros que somam já volumes de tratados ⁽³⁾ — contribuíram para alargar o saber anatómico. Todavia, as investigações não podiam confinar-se ao saber cadavérico, dadas as discrepâncias que desde cedo se verificou existir entre o que oferece a mesa de MORGAGNI e o que se reconhece no homem vivo. Daí o lançar-se mão do exame directo do vivo, na anatomia de superfície; das pesquisas no decurso de intervenções, seja pela dissecação, seja mesmo pelo estudo da migração de corantes; e, finalmente, o emprego das radiações. E, neste aspecto, fixarei a minha atenção somente sobre o valor da radiação X, conquanto aos rádio-isótopos se devam, em vários sentidos, algumas informações de valor, como o atestam, por exemplo, os trabalhos de HULTBORN e colab.

À radiologia, porém, fica a anatomia devendo preciosos ensinamentos, não só de anatomia do vivo — de que ela é a verdadeira autópsia, no dizer do grande BÉCLÈRE, a viviseção incruenta, como lhe chamou PALMIERI — como de estudos cadavéricos onde permitiu a conquista de factos que por outro meio não seria fácil, e quantas vezes mesmo seria impossível, de conseguir.

Quanto à dissecação cadavérica, tão útil, seja na construção da anatomia, seja na sua transmissão, todos são unânimes em reconhecer o seu valor e em atribuir-lhe um prestígio que, mesmo nos nossos dias, ainda não perdeu

⁽¹⁾ Já se disse múltiplas vezes ser a anatomia uma ciência feita, o que é redondamente falso, «porque não há, nem jamais houve, em qualquer tempo, ciências definitivamente feitas», como judiciosamente acentuou, na lição inaugural da cátedra de Anatomia Topográfica da Faculdade de Medicina de Lisboa, o professor Barbosa Soeiro.

⁽²⁾ Existem substâncias plásticas roentgenopacas que permitem a radiografia e a corrosão.

⁽³⁾ Fora do campo do nosso interesse, embora, deixemos uma palavra de sincero preito aos exímios modeladores de cera italianos que tanto contribuíram para o ensino da anatomia.

Sòmente vós, Sr. Doutor...

(sabereis extrair a quinta-essência terapêutica das excepcionais propriedades ansiolíticas do

(Librium)* ROCHE

*marca de fábrica



Rp.
Librium (ROCHE)
XX

(Librium) 10 (grajeias doseadas a 10 mg): 25 e 100
(Librium) 5 (grajeias doseadas a 5 mg): 30 e 100

F. Hoffmann-La Roche & Cie, S.A., Basileia, Suíça

Representante comercial: Henri Reynaud Lda.,
Secção científica Roche, Rua do Loreto, 10, Lisboa, Tel. 30 177

um produto **NOVO**

para o tratamento

da

esclerose cerebral

COMPOSIÇÃO

1-hexil-3,7-dimetilxantina (Sk7) 0,20 g.
Ácido β -piridina carbónico. . 0,05 g.

APRESENTAÇÃO

Tubo de 20 comprimidos
Caixa de 100 comprimidos

COSALDON



CHEMISCHE WERKE

ALBERT

WIESBADEN · BIEBRICH

ALEMANHA

Representantes:

PESTANA & FERNANDES, L.^{DA}

SECÇÃO DE PROPAGANDA:

R. dos Correios, 92-3.º-Esq. — Telef. 324262 — LISBOA

e jamais perderá! Mas é também um facto indiscutível que igualmente todos reconhecem as suas limitações, mesmo os seus erros e o sentido especializado — eminentemente cirúrgico — da educação que fornece. Quanto às limitações vem a propósito lembrar o que disse o Prof. DONALD MAINLAND, (e que o Prof. HERNANI MONTEIRO recordou) referindo-se ao corpo sobre que frequentemente se pratica: é que «o cadáver não só é um corpo morto, como também, em geral, velho, com uma longa doença, e produto da mais baixa camada social, enfraquecido, desnutrido e decrépito, apresentando alteradas pelos líquidos conservadores a cor, consistência, forma, dimensões e textura de muitos órgãos». E, porque assim é, e num mixto de homenagem e de limitação de valores, um professor português de Anatomia sempre apunha nos seus trabalhos de dissecação o informe: ... «estudo efectuado nos portugueses de condição humilde».

Como muito bem acentuou o Prof. HERNANI MONTEIRO, torna-se necessário ampliar e, por vezes, corrigir pela observação no vivo, a indispensável informação dada pelas velhas técnicas. E este é o privilégio da radiologia. Ela não substituirá o estudo cadavérico, mas constituirá uma apreciação suplementar valiosíssima. Antes, porém, de aprofundarmos este ponto, vejamos que mesmo no cadáver presta a radiologia valioso subsídio à anatomia. E é curioso acentuar que desde cedo se aperceberam disso os investigadores, de início mais os clínicos que os próprios anatómicos e, estou certo, que primeiro menos movidos pela própria investigação anatómica que, verdadeiramente, pelo desejo de avaliação das possibilidades de descoberta de Roentgen. Aliás, para HASSELWANDER, isso teria acontecido pelo facto de os anatómicos preferirem métodos mais rigorosos do que aqueles que a radiologia lhes fornecia, e, além disso, por não ser fácil a sua utilização.

Sem querer alongar-me em citações, recordarei, pelo que respeita à França, as investigações anatómicas de REMY e CONTREMOULINS, de que resultou uma comunicação levada por MAREY à Academia das Ciências de Paris, em 1896 (2-XI), na qual, através de radiografias obtidas do cadáver se podiam ver, até às últimas ramificações, as artérias do ante-braço e mão, as quais haviam sido previamente injectadas com um soluto que tinha em suspensão pós metálicos. E no mesmo ano de 1896 DESTOT, pioneiro da radiologia leonesa, — ainda o ano passado recordado —, com LÉON BÉRARD, então prosector, apresentaram na Sociedade de Biologia, clichés demonstrativos de circulação visceral e, nomeadamente, da circulação renal, cerebral, tiroideia, etc..

Em Espanha, merece referência especial D. ANTONIO RIERA VILLARET, de Barcelona, que elaborou uma tese em 1901 visando justamente «Os raios Roentgen applicados à técnica anatómica», em que estudou o sistema arterial cadavérico. E, pela mesma época, informa GIL e GIL, EUGÉNIO e RAMON AJACINO, publicaram em Cadiz «Los rayos X y sus aplicaciones», trabalho em que, de entre outra documentação, aparecia uma reprodução das artérias coronárias do cadáver injectadas com meio de contraste, pondo-se assim em evidência a circulação arterial do coração.

Poderia, de igual modo, alicerçar o meu pensamento com citações de idênticos trabalhos escolhidos de entre pioneiros do mundo latino de outros países, e ser-me possível, nomeadamente, utilizar elementos do meu, visto que, também entre nós, desde muito cedo, foi reconhecido o interesse da descoberta de Roentgen neste campo, como estaria ao alcance valer-me de exemplos de fora do nosso agregado étnico, mas prefiro deter-me por aqui e reflectir uns segundos — e com viva admiração — sobre o facto deste empenho precoce de aplicar as radiações aos estudos anatómicos e, em especial, ao do sistema arterial e bem assim, já à roda de 1900, ao da irrigação cardíaca, estudos agora mesmo renovados e hoje de tanto interesse e profundamente valorizados pelos trabalhos das escolas italiana, com D. GUGLIELMO, ROVATI e colab., etc., francesa, com ARNUL e colab. etc., etc., estudos que, com os

de outros autores permitirão, — e já vem permitindo —, um dos maiores sucessos da cirurgia vascular, visto presumir-se que sendo 10 a 40 % das mortes por oclusão coronária motivadas por lesão localizada, o padecimento possa vir a ser sistematicamente dominado nestes casos por meios operatórios.

Não vá julgar-se, através dos exemplos citados, que se limitou a este capítulo dos vasos a contribuição radiológica para o esclarecimento da anatomia no cadáver. Não. Foi-se muito mais longe e, assim, em canais de toda a espécie, deu a radiologia boa contribuição: sucedeu deste modo com os canais extra e sobreudo intra-hepáticos, com os canais pancreáticos e com as vias excretoras de outras glândulas; sucedeu assim com o sistema ósseo, estudando anomalias, pontos de ossificação, etc.; sucedeu assim com muitos outros sectores, de que merece destaque o estudo de sistemas estanques ou comunicantes, o que seria muito menos expedito, se possível, concluir por outros meios.

A somar a esta contribuição notável temos agora de juntar as descobertas feitas no vivo, em que, verdadeiramente, a radiologia não tem paralelo. Graças à sua aplicação foi possível uma noção muito mais rigorosa dos elementos de estatística, dado o grande número de estudos efectuados, número que não tem confronto com o conseguido por outros meios; de igual modo permitiu uma noção muito mais perfeita da anatomia topográfica; facultou o estudo da mobilidade visceral e pôs em evidência que alguns dos órgãos tidos como fixos através dos estudos cadavéricos, não o eram na realidade; demonstrou que o sabido através da anatomia cadavérica no respeitante à irrigação de certas vísceras e nomeadamente do jejuno, não era exacto; permitiu, numa palavra, esclarecer a forma, a estrutura e quantas vezes a função, sem alterar em nada as condições vitais, ponto fundamental para se fazer ideia do órgão tal como é, de facto, e do mesmo passo foi valiosa contribuição para sustentar que a anatomia não é aquela ciência positiva que a análise superficial faz supôr.

Mas a radiologia se prestou e presta serviços relevantes à anatomia no domínio da investigação não os presta menores no do ensino. E se isto se adivinha, mesmo sem experiência, sente-se de modo profundo no domínio da aplicação prática. Há um conjunto de factos cuja dificuldade de demonstração no cadáver contraste de modo flagrante com o poder impressionista duma imagem radiográfica. É o caso, por exemplo, do estudo de certas redes arteriais, venosas e linfáticas, sobretudo à medida que os vasos reduzem o calibre ou mergulham na profundidade tecidual; é o caso da apreciação das anastomoses; é o caso da evidenciação da estrutura de certos ossos, de descoberta de certos núcleos mergulhados na espessura de cápsulas e ligamentos, etc., etc... É o caso, finalmente e em conjunto, de todas aquelas conquistas fáceis da radiologia e que, apesar de tudo, a dissecação não revela ou só o faz com penosa dificuldade. E acentuemos que para além do seu poder demonstrativo torna a anatomia uma disciplina «mais prática, mais amena, dinâmica e agil».

★

Até aqui dispusemos das radiações para benefício da anatomia, na investigação e no ensino. Voltamos agora a costas a este aspecto do problema e encaremos o da feição da anatomia ao serviço da radiologia. Dissemos já que a radiologia assenta sobre um conhecimento profundo da anatomia e que esta, quando apreciada à luz das radiações, se converte numa anatomia de projecção, isto é numa anatomia radiográfica, evidentemente distinta da primeira, mas alicerçada por completo nos informes da anatomia descritiva. Ora, a anatomia radiográfica constitui a base da formação do radiologista e, porque constitui, como anatomia do vivo, base de formação do clínico, visto que lhe empresta, em variadas circunstâncias, uma informação mais precisa do que a própria anatomia de dissecação,

importaria ministrá-la ao estudante, mesmo independentemente da ideia da sua formação radiológica, se tal, por absurdo, fosse possível.

Para abonar o ponto de vista do interesse do conhecimento da anatomia radiográfica eu limitar-me-ei a reproduzir as palavras de ANTOINE BÉCLÈRE, no prefácio da obra famosa de KÖHLER «Les limites de l'image normale et les débuts de l'image pathologique en roentgenologie», quando, em 1930 foi publicada a sua primeira edição em língua francesa. Diz BÉCLÈRE: S'il est une vérité évidente et incontestable, c'est que pour attribuer à une image radiographique un caractère anormal ou pathologique, il faut connaître parfaitement l'image normale. Déjà cette connaissance nécessite l'étude approfondie d'une science très spéciale, l'anatomie radiographique, différente à la fois de l'anatomie descriptive et de l'anatomie topographique, bien qu'elle dépende étroitement de l'une et de l'autre». E, como BÉCLÈRE, todos os autores insistem na necessidade de um conhecimento profundo da anatomia radiográfica, conhecimento tanto mais profundo quanto maior é o sentido da especialização, até ao ponto de se justificar a necessidade do conhecimento dos mais exíguos pormenores, ponto sobre o qual temos insistido em vários dos trabalhos que dedicamos à radioanatomia. Não há opinião discrepante a este propósito. E se o professor de anatomia pode ter a sua hesitação em descer à minúcia, logo se verá que o pormenor que começa por ser tido como inútil aparece realçado pelo seu valioso interesse, posteriormente. Torna-se necessário, a par do pormenor, igualmente, obter uma exacta noção da larga e extensa variabilidade dos aspectos normais, sem o que nunca será possível a identificação correcta dos aspectos patológicos no início.

Ora, é imprescindível que se proceda ao ensino da anatomia radiográfica — ponto que aqui pretendíamos salientar de modo especial — e que este ensino abranja não só a anatomia radiográfica cadavérica como, e sobretudo, a do vivo. E este ensino pode e até deve de ser feito em concomitante relação com o da anatomia descritiva e topográfica, de que é um complemento lógico. Na verdade, como se diz no editorial de *Radiografia y Fotografia clínicas*, o momento oportuno para o estudante se familiarizar com a imagem radiográfica normal de qualquer região orgânica «é quando esta mesma região se está estudando no cadáver, quando a imagem radiográfica bi-dimensional, com a consequente sobreposição confusa de órgãos e tecidos, pode comparar-se com as estruturas tri-dimensionais que representa». Simplesmente, esse ensino pode ser integrado no das anatomias descritiva e topográfica, pela apetência dos professores dessas disciplinas em valorizar a sua cátedra, ou pode constituir matéria agrupada à parte no programa do ensino.

Se, na verdade, nos compete pugnar pela última modalidade, a verdade é que enquanto o não conseguirmos devemos procurar exercer a nossa influência no sentido de que o professor de anatomia, perfeitamente ciente do valor do ensino da anatomia radiográfica, não descure a sua ministração.

E terá o professor de anatomia, no âmbito normal do seu trabalho, recursos para se desempenhar da tarefa? Nem sempre.

Não podemos hoje queixar-nos, com igual exactidão com que o fazia LACHMAN, ao afirmar que os tratados de anatomia não referem muitos elementos do foro radiográfico, isto é, de anatomia do vivo, elementos que constituem correcções flagrantes da anatomia cadavérica. As coisas mudaram já um pouco. E se folhearmos, verdadeiramente ao acaso, alguns livros modernos desta matéria, como as últimas edições do tratado de Testut (*Anatomie Humaine*), a obra de BENNINGHOFF-GOERTTLER (*Lehrbuch der Anatomie des Menschen*), a «Segmental Anatomy of the lungs» de Boyden ou o «Atlas der systematischen Anatomie des Menschen» de WOLF-HEIDEGGER, escolhidos verdadeiramente ao acaso, como dissemos, nós encontraremos algumas imagens radiográficas denunciadoras da moderna orientação dos seus autores. Mas continua a chamar-nos

a atenção o facto de essas imagens ou esquemas apareçerem em número reduzido, nem sempre de boa qualidade, de bom poder demonstrativo, e fere-nos, sobretudo, que alguns temas cuja evidenciação é francamente mais fácil por meio da radiografia, apareçam documentados por processos muito menos ilustrativos. Isto diz-nos que, na verdade, continuam a imperar os métodos clássicos de instrução anatómica, e que se torna necessário recorrer a uma literatura à parte, que na verdade já existe e em relativa abundância, e que tem de ser através dela que se terá de procurar as vantagens da colaboração anátomo-radiológica. E eu queria acentuar — até porque me vai servir como argumento para considerações que farei adiante — que essa literatura de pura anatomia radiográfica é predominantemente da autoria, não de anatómicos, mas de radiologistas. É o que se verifica através do «Atlas of normal radiographic anatomy» de MESCHAN; da *Anatomie radiologique normale*, de TILLIER; da *Roentgen Anatomy*, de STEEL e de tantos e tantos outros trabalhos de ordem geral, como aliás acontece com algumas obras de carácter mais localizado, como sucede com as dedicadas ao crâneo de SHAPIRO e JANZEN, de BOUCHET e DULAC, etc. Mas, se na maior parte dos casos é assim, isso não significa, evidentemente, que outras vezes os volumes não resultem da colaboração de anatómicos e radiologistas, como acontece com o livro de APPLETON, HAMILTON e SIMON, ou só de anatómicos como sucede na «Roentgenanatomie» de NAGY e com a «Biorradiologia Humana» de TAURE que representa, digamos, ao mesmo tempo uma lembrança e uma homenagem à «florescente Escola de Radiologia Barcelonesa».

O reconhecimento geral do valor dos raios X para o estudo e ensino da anatomia, e a necessidade do conhecimento da anatomia radiográfica, levam a afirmar ser inadiável que os Institutos de Anatomia possam dispor de uma instalação radiológica que lhes permita os estudos de rotina. Se, no meu país, como aliás em tantos outros, este desideratum não se concretizou com a precocidade devida, como o lamentava um dos nossos professores, a verdade é que na Escola do Porto e graças à atenção que sempre dedicaram a este assunto os seus mestres — de que devo destacar o Prof. HERNÂNI MONTEIRO, director do Instituto de Anatomia e o Prof. ROBERTO CARVALHO, já falecido, e que foi professor de Radiologia — desde 1926 que há recursos bastantes para lhe dar satisfação, recursos esses actualmente melhorados, porquanto anexo ao Instituto de Anatomia existe não só uma instalação para radiografias, como um gabinete para radiosopia e uma sala de exposições com negatoscópicos em grande número. E, além disso, este Instituto trabalha em estreita colaboração com o de Radiologia, onde pode encontrar praticamente todos os recursos para complemento das suas investigações, sendo dentro deste critério que trabalhos de macrorradiografia, por exemplo, lá têm sido elaborados.

*

Vejamos agora, em breve resumo, como se ensina a anatomia radiográfica pelo mundo e vejamos também a quem compete ensiná-la.

Não há, sobre este aspecto, pensamento unânime, ou, se tal existe, não está, pelo menos, posto em prática. Aliás, o mesmo sucede sobre os outros aspectos da Radiologia, em que as situações são variáveis e oscilam desde a ausência de ensino, até à existência de vários cursos consoante o grupo das disciplinas médicas — anatomia radiográfica com as disciplinas anatómicas, semiótica radiológica com as propedêuticas, radiodiagnóstico com as clínicas e radioterapia com as terapêuticas. Mas fica bem que se diga aqui que, se frequentemente se ensina, num único curso, a radiologia — que deve tender para uma verdadeira Medicina de Radiações — a qual terá de abranger tudo a que a esta diz respeito, inclusivé a anatomia radiográfica, em algumas escolas pelo mundo ensina-se apenas

REVERIN[®]

para a medicação endovenosa
de largo espectro antibiótico

10

VEZES MAIORES CONCENTRAÇÕES SANGUÍNEAS

Após as injeções endovenosas do REVERIN comparado com as do tratamento peroral com Cloridrato de Tetraciclina, produzindo consequentemente:

EFEITO MUITO MAIS INTENSO, RÁPIDO
E SEGURO!

10

VEZES MENOR CONCENTRAÇÃO

nas fezes em comparação com o que se verifica nos tratamentos orais pelo Cloridrato de Tetraciclina:

TOLERÂNCIA INEXCEDÍVEL!

10

VEZES MAIS SOLÚVEL

do que o Cloridrato de Tetraciclina, o REVERIN é facilmente absorvido, em soluto concentrado, num pequeno volume de injeção. Aplicação rápida (1 minuto) sem qualquer irritação da parede venosa.

1 INJEÇÃO BASTA PARA 24 HORAS!

X

NOVA APRESENTAÇÃO

REVERIN

para injeção intramuscular

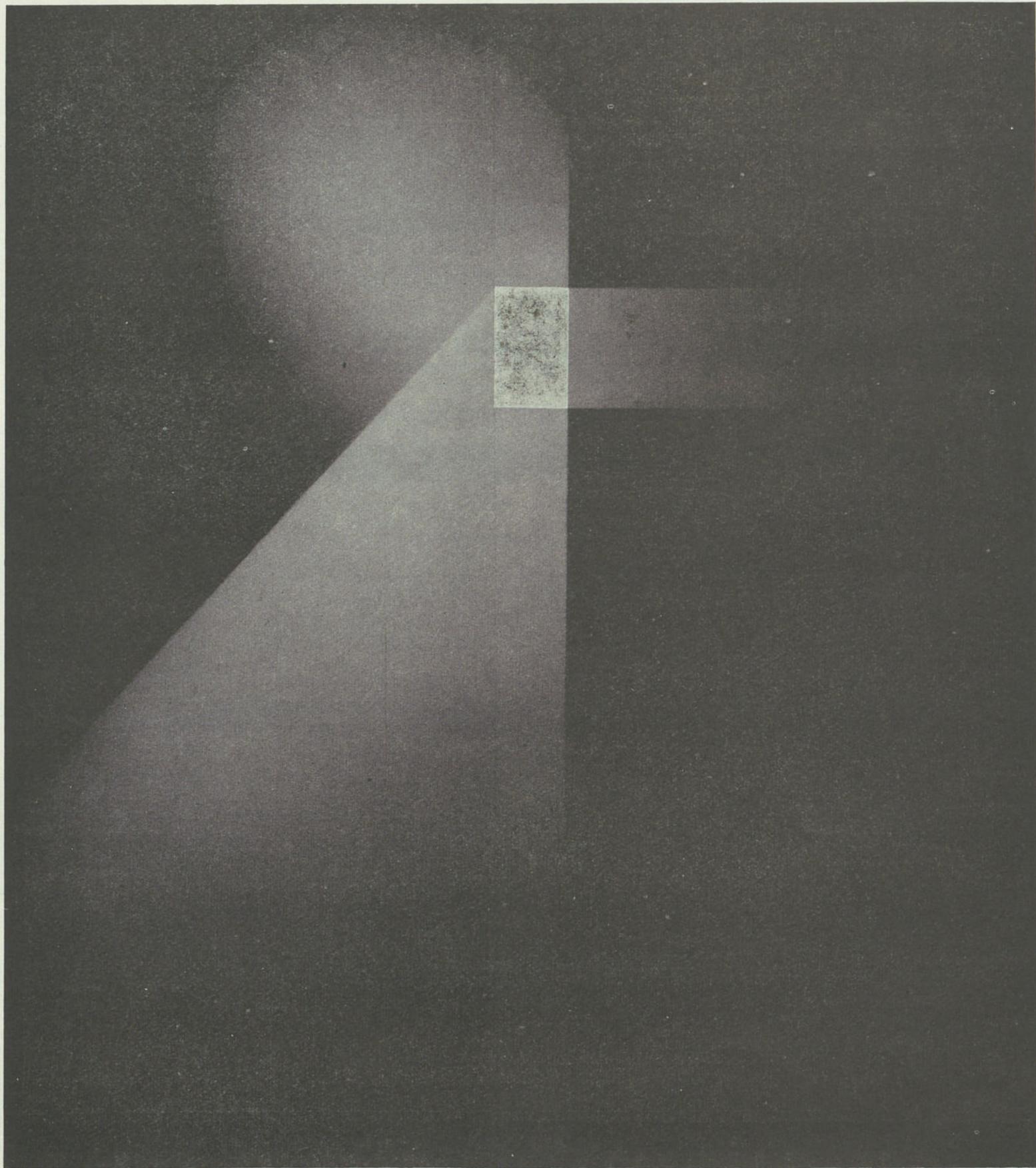
(Fracos - ampolas com 350 mg e 150 mg)



FARBWERKE **HOECHST AG**

vormals Meister Lucius & Brüning FRANKFURT (M) - HOECHST

Representantes QUIMICA HOECHST, Ld^a - Secção Farmacêutica
Av. Duque d'Ávila, 169-1^o - LISBOA



087 Port. 6

Tofranil® Geigy Timoléptico

**dissipa
a depressão**



Carlos Cardoso
Rua do Bonjardim, 551
Porto

anatomia radiográfica, não existindo qualquer outro curso de radiologia; noutras existe o ensino da anatomia radiográfica e o da radiologia em separado; noutras ainda o ensino da anatomia radiográfica com a anatomia, o da rádio-fisiologia com esta cadeira, etc.

Dado que me interessa apenas o ensino da anatomia radiográfica, direi que através de um inquérito a que procederam, em 1952, SIMRIL, STACY e THOMAS, em 76 das 84 escolas de medicina norte-americanas, a radiologia era usada no ensino da anatomia, isto é, 90,7 % das escolas dos Estados Unidos e Canadá utilizavam esse ensino. E, dessas escolas, em 48 a instrução fazia-se parcial ou completamente por radiologistas clínicos e o ensino era feito durante o curso de anatomia cadavérica e revisto nas aulas de radiologia clínica. Acrescentavam os autores citados que na maior parte das escolas os serviços de radiologia e anatomia cooperavam trocando instrutores, material de investigação e equipamento, fazendo-se o ensino, em alguns casos através do estudo de radiografias e radioscopias.

Nós próprios, num inquérito a que procedemos há alguns anos, verificámos que vários países do mundo seguem o critério dos Estados Unidos e apontarei, ao acaso, o México, a África do Sul, as Filipinas, etc.

Muitos países e muitas escolas compreenderam já que se torna imprescindível ensinar ao estudante, com profundidade, os aspectos radiográficos normais, visto esse ensino ser imprescindível para completo entendimento dos sinais de patologia e em consequência de ser ao lado do ensino da anatomia a melhor oportunidade — e a única, por depois não haver tempo —, para boa aquisição desses conhecimentos.

Em nosso entender o ensino da anatomia radiográfica deve ser feito dispondo o professor de um horário separado do do ensino da anatomia, mas em perfeita conexão com o ensino desta matéria, de modo a que o estudante possa verificar no cadáver, pela dissecação ou por outros meios, o evidenciado na radiografia. É evidente que se o ensino não é feito pelo próprio professor de anatomia, — o que geralmente se tem como o mais aconselhável — esse horário não poderá ser comum, mas o mesmo não acontece na hipótese contrária, quando o próprio professor de anatomia, como sucede nas escolas em que não existe orgânica adequada do ensino da anatomia radiográfica, se dedica a este ensino como complemento do da anatomia cadavérica.

De um modo geral pende-se para que esse ensino seja feito por um radiologista e isto trará a vantagem, além do mais, de permitir uma introdução em que se exponham algumas generalidades sobre produção de raios X, técnicas radiográficas, incidências e até algumas noções gerais de protecção. Mas não serei eu a condenar que nos casos em que não há curso de rádio-anatomia e o ensino é feito por iniciativa do professor desta cadeira, não seja um colaborador desse professor ou ele próprio a fazê-lo, já porque se o aproveitamento não for tão acentuado como se desejaria, sempre ficará muito de útil, e até porque se poderá aí encontrar o caminho para a especialização em radiologia de algum ou alguns anatómicos, os quais poderão vir a ser, pela base em que assenta a sua especialização, dos mais competentes radiologistas.

Quanto a material para ensino, de longa data se opta por alunos voluntários, tendo resultado, deste modo de trabalhar, alguns estudos de grande valor, como os de MOODY, e colab. relativos à posição das vísceras abdominais, os de KOPSTEIN, respeitantes à velocidade do trânsito intestinal, os de DAVIES, referentes à anatomia da vesícula biliar, em função do tipo constitucional, etc.

Tem-se dito e repetido que o médico «pensa cada vez mais radiologicamente». Isto é, que quando traz à sua mente a imagem de uma lesão, do estômago, do pul-

mão ou de qualquer outra víscera, procura imediatamente integrá-la na imagem radiográfica do órgão em questão e não no aspecto que um dia reconheceu no anfiteatro anatómico. Está aqui uma verdade incontestável, e que oxalá não mais seja desmentida, pois tal facto traduz que o médico pensa informado pela anatomia do vivo e não por aquela anatomia que, no dizer de ARCHER, «cheira a morte». Se, como dissemos atrás, «o primeiro complexo mental do estudante de medicina e do médico é o anatómico, é o físico» procuremos, na medida do possível, lutar para que esse complexo seja de anatomia viva, isto é, radiográfica, e, nessa luta, desempenha papel de valor o profundo conhecimento da anatomia radiográfica.

Eu creio, como VASQUEZ GUZMÁN, que a solução para tirar todo o rendimento das possibilidades comuns da Anatomia e Radiologia — e mesmo para resolver outros problemas no foro do ensino da Radiologia — se encontrará na criação dos Institutos de Radiologia nos Hospitais-Faculdades de Medicina, Institutos que possuindo as mais vastas obrigações no campo radiológico, englobando tudo que a este diga respeito em todas as secções — ensino, investigação, relações e clínica — com instalações adequadas, pessoal docente e auxiliar suficiente, dotação capaz, e sob uma chefia comum, ao abrigo de legislação bem orientada, poderão prestar a assistência requerida em todos os aspectos mencionados, inclusivé no do ensino e investigação da anatomia radiográfica.

A Radiologia, assim concebida, e agora sem esquecer o quanto ela favorece o estudo dinâmico, constituirá elo de ligação precioso entre as mais diversas matérias médicas e dará ao estudante a visão de conjunto sobre o homem, são ou doente, de que tanto necessita; constituirá então, e de facto, aquele ensino de base que reputamos essencial para permitir ao estudante a compreensão justa dos fenómenos vitais, sem o que jamais será o clínico digno desse nome; procurará gravar na mente do estudante noções basilares que não mais dispensará, seja qual for o rumo futuro que queira seguir no domínio da clínica geral ou da especialização. E se, como bem disse MÜLLER, a responsabilidade de uma escola de medicina é despertar e desenvolver no estudante o espírito analítico e científico para que ele compreenda os fenómenos mórbidos e, consequentemente, se o ensino tem de ser dirigido com a finalidade da compreensão dos factos e não apenas do seu conhecimento, nós avaliamos a alta importância que aqui desempenha a radiologia e, como sua base, o conhecimento perfeito da anatomia radiográfica. Não se trata, evidentemente, de preparar especialistas, o que seria descabido no curso geral, mas visa-se tão somente dotar o médico da formação que mais lhe convém para o exercício consciente da sua nobre profissão, dotação que implica um conhecimento exacto dos infundáveis recursos que a radiologia põe ao seu dispôr e que se a medicina moderna conhece, o médico moderno não pode ignorar.

É grato a um português, Sr. Presidente, isto é, a um filho daquela Nação que dizeis a primeira das vossas irmãs latinas, e aqui, na cidade de Paris, isto é, na capital da vossa querida França, país que sob muitos aspectos — e tenho em mente a radiologia — é dos mais representativos dentro e fora do nosso agregado étnico, e sob a lembrança do que dissera o vosso grande historiador TAINE quando afirmava que considerava a Latinidade como a maior força histórica, «a única capaz de impedir o retrocesso humano» — é-me grato, dizia, emitir o voto de que todos nós disponhamos daquelas condições de trabalho a que aludi, para engrandecimento da Radiologia e, por via dela, para alcançar o bem estar da humanidade, nossa única e veementemente repetida ambição.

MECANISMOS DA REACÇÃO ALÉRGICA E ALGUMAS DAS SUAS EXPRESSÕES CLÍNICAS

JOÃO CORREIA GUIMARÃES

A alergia é um estado que aparece depois de uma sensibilização prévia, baseada numa reacção antigéneo-anticorpo.

A sensibilização que ela implica não deve ser confundida com os estados hiperérgicos que são exageradas respostas fisiológicas a uma dose fraca ou normal de uma certa substância, sem prévia formação de anticorpos, reacção quantitativa que entra no domínio dos fenómenos tóxicos, enquanto que a alergia é uma reacção qualitativa condicionada pelo efeito do alergénio.

É vulgar ouvir-se a abusiva interpretação do termo alergia com o significado da *ideosincrasia* dos antigos autores, chamando alérgico ao indivíduo que reage a certa substância de forma diferente à dos outros, sem ter em vista a sensibilização do organismo por um antigéneo e a manifestação alérgica pelo novo ataque desse antigéneo no terreno preparado por prévia sensibilização.

Esta forma especial de patogenia provoca numerosas manifestações que são outras tantas doenças, cujo princípio ou mecanismo é sempre o mesmo ⁽¹⁾.

Para provocar-se uma manifestação alérgica basta, por vezes, uma quantidade infinitesimal de alergéneo, como é o caso de 1/1000000 mg de proteína de pólen desencadear uma asma polínica.

A uma reactividade hiperérgica correspondem certos estados alérgicos agudos que, em certos casos, podem ser mortais.

O corpo humano em todo o curso da sua existência está exposto à acção de múltiplos alergéneos que podem dar lugar a vários tipos de afecções que atingem diferentes órgãos; alergéneos cujas reacções se podem manifestar já na vida intra uterina pela sua passagem através da placenta.

(1) O exacto mecanismo das doenças alérgicas não está ainda devidamente esclarecido.

Têm sido apresentadas e discutidas várias teorias para o explicar, mas nenhuma satisfaz inteiramente às dúvidas que esse mecanismo sugere. Há autores que nele vêem apenas a expressão clínica de uma reacção biológica exagerada na resposta fisiológica, o que lhe dá carácter anormal.

Toda a gente é potencialmente alérgica. Há várias teorias que procuram explicar o fenómeno alérgico e entre elas citamos: a química de RICHET, a fisiológica, defendida por DOERR; a de WIDAL, que atribui a alteração do equilíbrio coloidal o choque anafilático; a de IUMIÈRE; baseada na floculação resultante do encontro do antigéneo com o anticorpo do soro e a teoria do choque histamínico, ao qual falta um elemento importante que existe sempre no anafilático, isto é, o tempo de coagulação sanguínea prolongada. Geralmente aceita-se a opinião de que o mecanismo dos fenómenos alérgicos tem a sua base numa reacção antigéneo-anticorpo que se opera nas células ou tecidos e que da sua união resulta a resposta clínica. A histamina, acetilcolina e substâncias análogas libertadas, constituem o resultado e não a causa dessas reacções.

A capacidade de alergização depende da combinação dos factores predisponentes necessários e da natureza do agente que actua como alergéneo.

Neste elemento admite-se que, como produto desta reacção antigéneo-anticorpo, se libertam substâncias de tipo histamínico responsáveis da principal sintomatologia dos quadros de sensibilização. Os mediadores químicos são libertados pelas células sensibilizadas através de uma acção enzimática.

A estas substâncias respondem os órgãos de choque produzindo manifestações clínicas de reacção alérgica.

Nem todas as proteínas são antigénicas, como nem todos os antigéneos sensibilizantes são substâncias proteicas. O poder antigénico está ligado à dimensão da molécula e à solubilidade do antigéneo. A dissociação da molécula faz-lhe perder as suas propriedades antigénicas ignorando-se ainda em que estado intermediário elas desaparecem.

Os anticorpos são específicos para o antigéneo correspondente e não são irritantes nem tóxicos.

Quando as defesas oferecidas pelos mecanismos normais de imunização são deficientes, surgem as manifestações de sensibilização alérgica por reacção antigéneo anticorpo cuja intensidade é determinada pelo número de anticorpos circulantes, de anticorpos celulares, pela quantidade de antigéneo presente e sua via de entrada.

As reacções entre anticorpos e antigéneos circulantes na corrente sanguínea não produzem perturbações sensíveis mas, quando os antigéneos reagem com os anticorpos ligados às células sensibilizadas, produzem-se sérias alterações fisiológicas que se traduzem em várias manifestações clínicas.

Estas estão directamente relacionadas com a acção dos mediadores químicos libertados pelas células sensibilizadas que vão actuar sobre órgãos de choque que se encontram em estado receptivo. Entre os mediadores cuja libertação parece depender de uma acção enzimática despertada na reacção antigéneo-anticorpo, incluem-se, actualmente, a histamina, heparina serotonina, e uma ou mais substâncias quimicamente não identificadas, de reacção lenta.

Se a fixação do anticorpo — por exemplo, se faz sobre a musculatura brônquica, uma nova invasão de antigéneos poderá determinar uma crise asmática como consequência do espasmo brônquico provocado pela libertação histamínica, ou substâncias afins.

A histamina, dotada de grande actividade, parece encontrar-se sobre a forma de complexo inactivo que, para exercer seus efeitos, carece de libertar-se sob a influência de determinados proteoses que a reacção antigéneo-anticorpo activaria e que pelo seu ataque ao complexo histamínico endocelular — libertaria a amina activa (ROCHA E SILVA).

As substâncias libertadoras de histamina poderiam também agir decompondo o complexo histamino-heparina endocelular pela sua afinidade com a heparina.

Se o mecanismo da libertação histamínica chegar a ser determinado em todo o seu rigor, e talvez o seja num futuro próximo, alcançar-se-á o passo mais decisivo para opôr-se barreira eficiente a essa libertação e, como consequência, às manifestações alérgicas de que ela é responsável.

Na libertação histamínica parece intervir mais de um mecanismo que o estudo actual dos nossos conhecimentos não permite ainda devidamente esclarecer.

A intensidade e localização da resposta alérgica, podem refrear a influência de vários factores não especí-

ANABORAL

COMPRIMIDOS

De 1 e 5 mg.

METANDROSTENOLONA

HORMONABOL

AMPOLAS

De 10 e 25 mg/CM.⁵

FENILPROPIONATO DE NOR-ANDROSTENOLONA

Dois formas de terapêutica

ANABOLIZANTE

respectivamente

PER OS e PARENTERAL

ANABORAL

E

HORMONABOL

Estimulam o metabolismo protéico e
aumentam o peso e as forças



Venda Nova • AMADORA

**em gotas e
nebulização**

a nova

rinicina lepetit

fluorprednisolona + efedrina + nafazolina

**é um
anti-inflamatório
potente nos
processos congestivos
da mucosa nasal**

ficos que actuam como causas que condicionem a fixação dos anticorpos circulantes.

Há ainda muitos pontos obscuros no campo da alergia, a despeito dos notáveis progressos que nele se têm feito nestes últimos vinte e cinco anos, mas encontramos ainda longe de obter a desejada resposta, precisa, concreta, devidamente confirmada, a muitas interrogações para o total esclarecimento dos problemas postos à consideração dos estudiosos e dos investigadores.

À medida que se adquire uma melhor compreensão dos mecanismos de alergia criam-se novos métodos de tratamento, desenvolve-se a terapêutica e resolvem-se problemas que não tinham logrado ainda solução.

Os alérgenos, na opinião de alguns autores, constituem fenómeno secundário na diátese alérgica, pois o fundamental está na capacidade de mobilização de aminas biógenas por processo ainda desconhecido. (C. AUÑON).

É indispensável descobrir as aminas que ainda ignoramos e as causas que as mobilizam e que desconhecemos para um mais profundo conhecimento da alergia.

Tornada impossível essa mobilização, por acção medicamentosa, ou obtido o seu bloqueio antes de actuarem nos órgãos de choque, ter-se-ia alcançado o essencial no problema terapêutico da alergia.

Vários tipos de lesões patológicas afectando vários órgãos do corpo humano podem ser desencadeados pelas reacções alérgicas.

Estas podem ser classificadas em imediatas e mediatas, segundo o tempo decorrido para o início das manifestações clínicas em resposta ao antigéneo.

As dermatites de contacto pertencem ao tipo mediato em que o antigéneo responsável é um princípio químico que se combina com elementos proteicos dos tecidos.

As dermatoses alérgicas são muito frequentes, encontrando-se entre elas fenómenos de alergia humoral e outros de alergia tecidual, em que a lesão cutânea é de localização e de origem diferentes das outras manifestações, pois a dermatose que se realiza é por contacto e não por via humoral. O conflito teve lugar na epiderme e nesta zona da pele não há vasos. Só por contactos frequentemente repetidos, se produz a dermatite.

São muitos os agentes sensibilizantes. O simples contacto de certas plantas pode provocar uma dermite por sensibilização de tipo eczematoso ou urticariano. As sedas ou lãs, o nylon, as peles, os mais variados artigos de vestuário, podem produzir o mesmo efeito.

As substâncias químicas usadas profissionalmente, medicamentos e certos produtos químicos largamente difundidos hoje, sobretudo entre as senhoras nos seus cuidados de «toilette» — o rímel, o verniz para as unhas, a tintura para os cabelos — podem ser alérgicos.

São frequentes os casos de manifestações alérgicas desta origem.

A sua percentagem está calculada em 1 por cento. As vulgares tinturas utilizadas para pintar o cabelo oferecem às vezes sério perigo a certas pessoas que os utilizam. Uma mulher em cem não os suporta, porque a sua pele e o seu couro cabeludo reagem violentamente ao contacto com este produto, podendo ir até à queda do cabelo ou provocar acidentes mais graves.

O emprego de uma tintura química pode dar lugar a um eczema com intensas dores de cabeça e passageira perda de memória e mesmo acidentes na vista que podem ir até à cegueira.

Estes casos, embora muito raros, têm sido já observados.

Um edema da glote, por reacção alérgica, pode matar.

O Dr. SIDI, notável dermatologista de Paris, com quem nos temos encontrado em alguns congressos internacionais, conta-nos o caso de uma gentil rapariga ter perdido o cabelo, em 24 horas, em resultado do emprego de certas substâncias para obter determinado efeito na sua cor.

Este resultado produziu-se sem dor nem assomo de irritação na pele.

O Dr. SIDI atribui o fenómeno à mistura de dois líquidos usados pelo cabeleireiro, um para tingir o cabelo que lhe deu um tom mais escuro do que a cliente pretendia e o outro para o descorar logo em seguida, o que deve ter produzido uma reacção que queimou o cabelo na sua raiz. Deve evitar-se sempre certas misturas de líquidos na cabeça e, por isso, recomenda-se às senhoras que evitem a «permanente» no dia em que tingirem o cabelo.

São variadas as manifestações cutâneas de origem medicamentosa, qualquer que seja a via de introdução do medicamento e os pruridos alérgicos de origem interna ou externa não são excepcionais. Menos frequentemente se observam os pruridos causados por um agente externo do que têm origem alérgica alimentar.

As manifestações alérgicas podem observar-se nos diferentes órgãos do corpo humano, revestindo as mais variadas formas desde a respiratória, digestiva, cutânea, nervosa, reno-vesical, cardio-vascular até às alergias de carácter especial como a alergia aos agentes físicos e outros.

BIBLIOGRAFIA

- Therapeutic Notes n.º 2, 1961 — Asma: ptogenia y tratamiento.
- Publicaciones Cientificas Alter Volume X n.º 4.
- ROCHA E SILVA — Ciba Symposium on Histamina, 124-38; 1956.
- PASTEUR VALLERY — Radot et col: Facteur qui influence sa fixation locale des anticorps dans les tissus — 111 Congrès Allergologie — France, 1956.
- J. CRUZ AUÑON — Nuestra situacion actual en la Patologia Funcional de la Alergia — Acta Clinica, tomo V, fas. 1, pag. 1011-1038 — 1956.
- H. A. C.; van DISKOECK — The origin and nature of Reagins and Cloning antibodies in suergy — 111 Congrès Allergologie — France, 1956.
- FREQUENCE — Aspects Cliniques — Consequences des sensibilizations par therapeutiques locales — E. SIDI — Acta allergologica, 1960 — supp. VII, 196-212.
- AD. ADO — The Physiological Mechanisms of allergic Reactions — Acta Allergologica — 1960 — sup. VII, 73-81.
- W. E. BROCKLEHERNST — Histamine and other mediators in hypersensitivity reactions — 111 Congrès International de Allergologie — Paris, 1958 — Edit. Med. — Flammanion.
- H. O. SCHILD — Mechanism of Anaphylaxis — 111 Congrès International de Allergologie — Paris, 1958 — Ed. Med. Flammanion.
- J. CORRÊA GUIMARÃES — Problemas Alérgicos — Jornal do Médico — XVIII — (461) — 1951.

A PREVENÇÃO DOS ACIDENTES DO TRABALHO

ASPECTOS MÉDICOS

DR. LUÍS GUERREIRO

A prevenção dos desastres do trabalho — acidentes ou doenças profissionais — é, na realidade, a prevenção dos riscos.

A palavra *risco* tem, neste particular, o significado de *causa* de dano na pessoa do trabalhador. Os valores dos riscos são apreciáveis por meio de estatísticas. A organização de uma estatística é, pois, fundamental na prevenção. Refiro-me naturalmente, a uma estatística útil.

Podem fazer-se estatísticas, as mais variadas, e seja com que elementos forem: estatísticas dos acidentes segundo as horas do dia, segundo os dias, segundo as idades das vítimas, segundo as lesões originadas, etc. Mas no caso da prevenção, a estatística tem de ser feita com os riscos, quer dizer com as causas que deram origem a danos.

Como não há desastres do trabalho sem dano corporal, e o médico é quem melhor conhece o homem na sua anatomia, na sua fisiologia e na sua patologia, o médico será o factor central da prevenção. Do conhecimento médico saem as regras do que convém fazer-se em prol da saúde (higiene), da melhor construção e disposição dos aparelhos e artefactos (segurança), e da escolha e aplicação dos trabalhadores (organização científica). Não pode haver, portanto, prevenção útil sem a colaboração activa do médico com o engenheiro e o economista.

Estes conhecimentos gerais são sobejamente conhecidos. Contudo, não tem surtido êxito apreciável das tentativas efectuadas no sentido de fazer diminuir o número de desastres.

A razão do fracasso começa a ser apresentada ainda a medo, mas já se apontou em reuniões internacionais: é precisamente a ignorância das causas dos danos.

Até agora, justo é dizer-se, as medidas mais úteis na prevenção foram ditadas por engenheiros, e aplicadas nas defesas das máquinas mais perigosas. O médico tem-se conservado à margem dos acontecimentos: diagnostica as lesões ou as doenças, trata-as, mas não se interessa pelas causas. De algum modo pode dizer-se que só os clínicos, médicos, cirurgiões, têm actuado. E esses julgam que o estudo das causas dos desastres não lhes pertence.

Algo de verdade há nesta afirmação. A medicina do trabalho, em que se enquadra a prevenção, é uma especialidade médica com ressaibos sociais. Só aos médicos especializados em medicina do trabalho pertence a prática da prevenção.

Os aspectos médicos da prevenção são os comuns a qualquer epidemia. Os desastres do trabalho constituem uma verdadeira epidemia que tem de ser estudada no tríptico ecológico: agentes materiais, agentes humanos, e agentes ambientais.

A noção de epidemia, dada por SNOW e BUDD no século XIX, evoluiu muito. Hoje, epidemiologia é a ciência dos males que affectam as populações, quer sejam, ou não, males infecciosos. A fome constitui uma epidemia. Consideram-se epidémicos os males cardíacos... Os desastres de trabalho estão no mesmo caso.

Os factores materiais de desastres são as deficiências e as faltas existentes nos objectos com que, ou sobre que, se tem de efectuar certa operação. É vulgar fazer depender estes factores da maquinaria imposta no progresso industrial. Não é fácil de aceitar essa dependência. A engenharia moderna acrescenta, em cada máquina ou engenho, a protecção devida. As causas dependentes dos materiais dizem respeito à falta de utilização, ou ao mau estado dessas defesas, à deficiência dos engenhos fabricados *ad hoc*, e dos materiais empregados.

São factores humanos os trabalhadores, vítimas ou seus companheiros. O desastre provocado pelo trabalhador é sempre consequência de acto mal cumprido. Posta de parte a má intenção do mau cumprido (que constituiria um crime) tem-se como causa única a inaptidão do seu causador. Não se pode esquecer que as aptidões laborativas são avaliadas em relação com os actos profissionais normais, no sentido de habituais. As aptidões, nestes casos normais, podem ser diminuídas ocasionalmente (doença, por exemplo), ou não existirem (falta de aprendizagem, falta de condições psicossomáticas para a profissão, etc...). O caso é causa excepcional. De resto, é hoje de consenso geral que este factor humano, em si mesmo, tem um valor muito limitado entre as causas a considerar.

Os factores ambientais são dos mais importantes. Conhecem-se sumariamente as condições higiénicas dos ambientes de trabalho no que concerne a iluminação, arejamento, humidade, etc. Uma condição existe, porém, que não tem sido considerada devidamente: a restrição no espaço útil para o trabalho do número de trabalhadores necessários ou empregados em certas funções. Isso é pertença da organização científica do trabalho.

Desta síntese, que rapidamente traço, é fácil concluir que convém que se faça imediatamente sobre a prevenção: o estudo das causas dos desastres; a constituição dos grupos (equipas) destinadas ao rastreio dessas causas; e a chamada das empresas à colaboração.

Não se compreende a relutância das empresas em aceitar a acção do médico especializado, quando se serve da acção dos engenheiros e dos economistas.

Os problemas da prevenção, disse-se unânimemente no último Congresso Mundial de Prevenção, não têm em vista os interesses da produção, mas sim a saúde e o bem-estar dos trabalhadores.

Para que as empresas colaborem, bastará suprimir nos artigos 27.º e 45.º da lei n.º 1 942, as referências a leis ou regulamentos. As faltas e as deficiências, causas de desastres, são tantas e têm tantas modalidades, que qualquer referência a leis ou regulamentos que são impossíveis, serão sempre utilizadas pelas empresas nas fugas às obrigações que lhes competem na prevenção.

(I Colóquio Nacional do Trabalho, da Organização Corporativa e da Previdência Social — Secretário-Geral, DR. A. SARAGA LEAL).

BÉPÉPÉ

GOTAS

Extracto concentrado de
complexo vitamínico B . . . 33 grs.
Vitamina PP (ác. nicotínico). 0,5 grs.
Excipiente q. s. p. 100 grs.

AMPOLAS

Vitamina B₁ 3 mgrs.
Vitamina B₂ 2 »
Vitamina B₆ 4 »
Vitamina B₁₂. 5 mcgrs.
Nicotinamida. 60 mgrs.
Soro apirogénico . . . q. s. p. 1. cc.

— Um complexo B de Confiança —

PREPARADO PELOS

Laboratórios J. NOBRE

REPRESENTADOS EM PORTUGAL POR:

PESTANA & FERNANDES, LDA.

Amostras e literaturas à disposição da Ex.ma Classe Médica na Secção de Propaganda:

Rua dos Correios, 92-3.º-Esq. — LISBOA

Telefone, 324262

NEDERFILINA

(Dihidroxipropilteofilina — N. D. F.)

A TEOFILINA SOB A FORMA SEGURA, SOLUVEL E ESTÁVEL PARA O TRATAMENTO DE

- Edemas: cardíaco ou renal
- Asma: cardíaca e brônquica
- Ascite
- Dispneia paroxística
- Angina de peito
- Cardialgia
- Etc.

DUAS APRESENTAÇÕES:

Comprimidos

Tubos de 30 comp. a 150 mg.
Frasco de 100 comp. a 150 mg.

Ampolas

por via endovenosa ou intramuscular
— não dolorosa —
Caixa com 6 amp. de 5 c.c. de soluto a 10 %

UM PRODUTO DE:

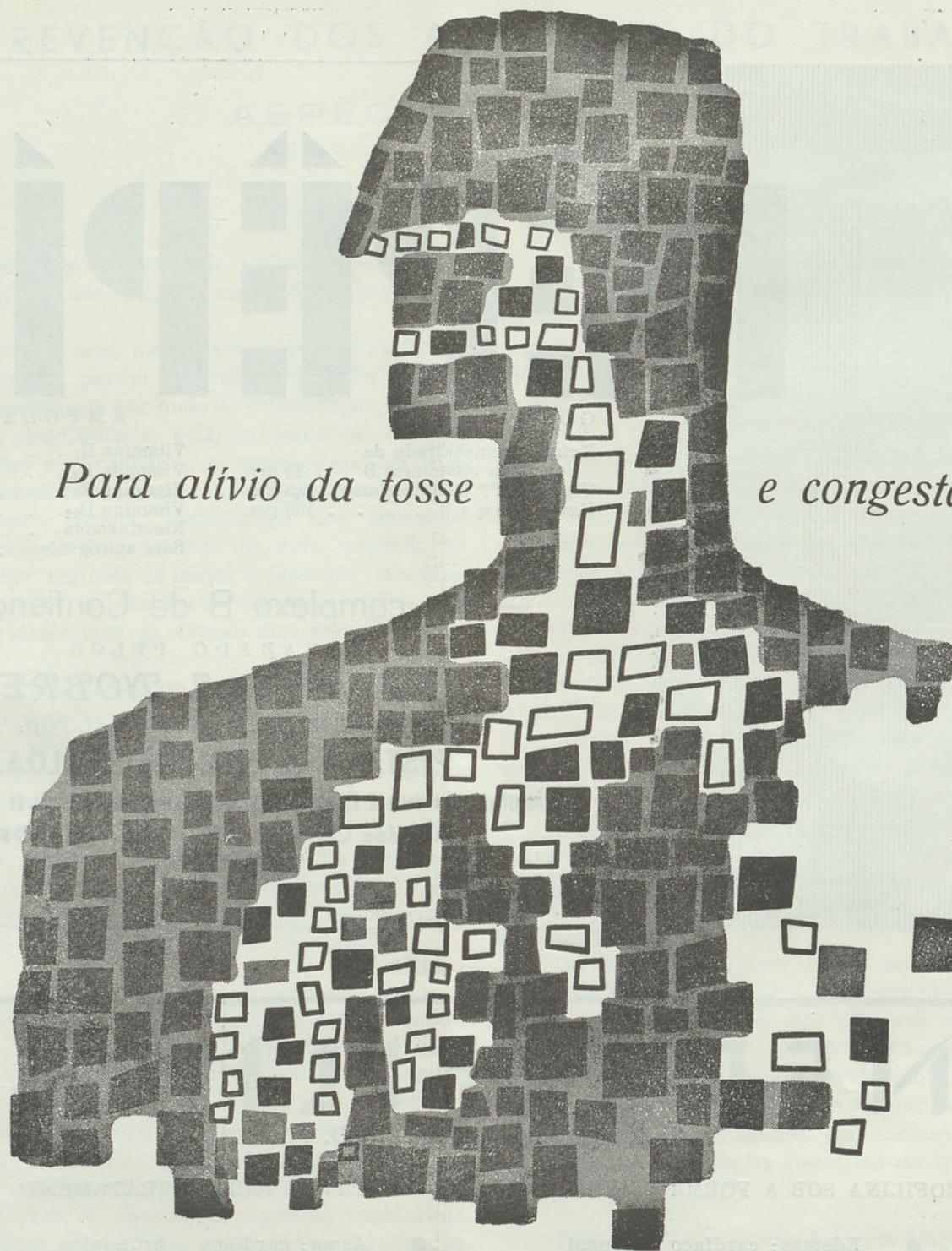
NEDERLANDSCHE DIEETZOUT-FABRIEK
AMSTERDÃO — HOLANDA

AMOSTRAS E LITERATURA À DISPOSIÇÃO DA EX.MA CLASSE MÉDICA, NA

Secção de Propaganda Médica de

PESTANA & FERNANDES, LDA.

Rua dos Correios, 92-3.º-Esq. — Telefone, 324262 — LISBOA



Para alívio da tosse e congestão

Benylin expectorante

Um xarope de sabor agradável a groselha, contendo Benadryl (cloridrato difenidramina BP), o BENYLIN EXPECTORANTE tem especial interesse não só para dominar a tosse mas também para aliviar a congestão devida a resfriamentos, bronquites e outras afecções do sistema respiratório.

alivia • descongestiona • acalma a irritação

À venda em frascos de 100 grs.



PARKE-DAVIS

PARKE, DAVIS & C.^o, Ltd. — HOUNSLOW — MIDDLESEX (INGLATERRA)
(Inc. U.S.A., Responsabilidade Limitada)

Representada em Portugal pela **SOCIEDADE INDUSTRIAL FARMACÊUTICA, S. A. R. L.** — Travessa da Espera, 3 — Lisboa, 2

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS DIARREIAS SUB-AGUDAS E CRÓNICAS APÓS ANTIBIOTERAPIA

ANDRÉ BUSSON,
JEAN-FRANÇOIS DAVEZAC

A era dos antibióticos provocou o aparecimento duma nova patologia digestiva, na qual ocupam lugar importante as diarreias.

Estas diarreias «post-antibióticos» são notáveis em muitos pontos, entre os quais devemos salientar o polimorfismo clínico por que se traduzem, as dificuldades de diagnóstico que provocam com grande frequência e a incerteza quanto à evolução.

Por outro lado, explica-se o interesse que têm suscitado e os numerosos e notáveis trabalhos que ultimamente lhe têm sido consagrados, pelo facto de pertencerem ao grupo, sempre crescente, das doenças terapêuticas.

Pondo de parte, de propósito, as considerações etio-patogénicas de que ainda muitos aspectos são discutíveis, vamos-nos colocar no terreno essencialmente prático do diagnóstico e do tratamento das diarreias sub-agudas e crónicas provocadas pelo uso de antibióticos de largo espectro.

Não trataremos, neste estudo, do síndrome coleriforme agudo, a forma mais intensa e grave das manifestações intestinais post-antibióticas.

A diarreia simples é a manifestação mais frequente.

Manifesta-se muito cedo, após a administração das primeiras doses do antibiótico, habitualmente entre a 24.^a e a 48.^a hora, às vezes mais cedo, desde a 12.^a hora; raramente depois do 4.^o dia.

O número de dejectões é de 4 a 5 por dia, em média.

O volume, em regra aumentado, nas formas correntes é de 250 a 300 g.

As fezes são habitualmente moles e não moldadas, umas vezes homogéneas outras grumosas; não é excepcional uma consistência mais firme e, inversamente, são correntes as evacuações líquidas.

Estas fezes não aderem às paredes do frasco de vidro; a superfície está revestida por muco ou semeada de grãos riziformes, mas geralmente não contém sangue.

Dois sinais essenciais, quase patognomónicos, permitem pelo simples exame suspeitar deste tipo de diarreia: o cheiro e a cor das fezes:

— Desapareceu o odor fecal, substituído por vezes por uma fetidez que deve fazer pensar em uma super-infecção por *Proteus*.

— A cor, muito especial, chama a atenção: as fezes são cor de laranja, irisadas com reflexos verdes «changeants» e que variam com a incidência.

Um facto essencial é que a diarreia é o único sinal e há completa apirexia.

Exceptuando algum queimor anal ou um meteorismo abdominal notável, nada inquieta o doente que habitualmente não pensa ser necessário referir ao médico as modificações das fezes. Ora, mesmo com ar inofensivo, esta diarreia tem o valor dum sinal de alarme perentório e imperativo que seria culposo negligenciar. Deve-se suprimir imediatamente o antibiótico. Por isso devemos avisar o doente da possibilidade de diarreia, para que nos alerte ao primeiro sinal.

Sabe-se, com efeito, que o temível síndrome coleriforme se inicia sempre por uma diarreia de aparência benigna onde se não encontram quaisquer sinais predecessores da catástrofe eminente. No entanto a maior parte destas diarreias evolue favoravelmente e as fezes retomam o aspecto e número normais nos dias que se seguem à suspensão do antibiótico e à instituição do tratamento, de que falaremos mais adiante.

Nem sempre é assim e, por vezes, as coisas tomam uma evolução inquietante: a *colite grave*. Tudo começou

com uma diarreia comum, mas dentro de algumas horas a situação agrava-se.

As dejectões multiplicam-se, muitas vezes apesar da supressão dos antibióticos e aparecem evacuações anormais. As fezes tem um odor fétido, contêm muco em grande quantidade, depois muco-pus e por fim pus franco ao qual se misturam estrias sanguinolentas. Aparece febre que se estabiliza entre 38° e 38,5° mas pode atingir ou ultrapassar 39°

A rectoscopia, de realização delicada e dolorosa, mostra um recto com a mucosa alterada: congestiva, dum vermelho vivo, por vezes semeada de ulcerações de dimensões e profundidade variáveis.

Esta colite grave, a complicação mais grave da antibioterapia sobre que um de nós insistiu várias vezes, exige medidas imediatas e coordenadas, de que a primeira é a supressão dos antibióticos. Com o menor intervalo possível devem-se fazer os exames complementares, num laboratório de confiança: coprocultura em meio especial para identificar o germen em cultura pura — frequentemente um *Proteus* — ou a associação microbiana responsável pela superinfecção e pela supuração recto-cólica.

É indispensável um antibiograma para escolher o antibiótico indicado. Deve-se chamar a atenção do biólogo para a necessidade de testar a sensibilidade do germen isolado em relação ao maior número possível de antibióticos e igualmente de sulfamidas de nula ou fraca reabsorção intestinal.

Não ignoramos que o potencial de resistência dos germes responsáveis se exerce a uma gama muito extensa de antibióticos. É por isso primordial para a condução do tratamento ser-se muito exactamente instruído sobre a resistência aos antibióticos do germe que nos propomos destruir. Esta investigação requer, infelizmente, vários dias. Por isso, sem esperar o resultado do laboratório está indicado administrar sulfaguanidina ou sulfasuccitiazol na dose de 6 a 8 g por dia. A esta sulfamidoterapia associar-se-ão doses importantes de germes da flora láctica.

Numa proporção não negligenciável de casos, assistir-se-á a uma evolução feliz da doença em alguns dias, sob a acção desta terapêutica, excepto quando se instala um síndrome coleriforme, sempre de temer, mas excepcional. Na eventualidade inversa os dados da coprocultura e do antibiograma guiarão a terapêutica indicando o antibiótico ou o micostático conveniente cuja intervenção impedirá a instalação duma diarreia crónica.

A *diarreia crónica*, complicação tardia da antibioterapia é de difícil diagnóstico. Com efeito instala-se de forma insidiosa, tardiamente, uns quinze dias depois da suspensão dum antibiótico prescrito geralmente sem precauções particulares para uma afecção sem gravidade.

A terapêutica foi bem tolerada, obteve-se o efeito procurado, e não surgiu diarreia no decurso do tratamento e já se deixou de pensar no caso. E então, depois dum intervalo livre de 10 dias a 3 semanas durante o qual o trânsito intestinal é normal, aparece uma diarreia de intensidade moderada. As dejectões são 3 a 4 por dia, por vezes mais, moles ou líquidas, de cor variável, mas nunca cor de laranja, e de cheiro fecal. Mas esta diarreia não pára, vai evoluir durante semanas ou meses, isolada, sem praticamente ser acompanhada por outras manifestações funcionais a não ser algumas cólicas abdominais, inconstantes. A curva térmica é normal, ou aparece um leve estado sub-febril.

Entretanto o estado geral declina lentamente, o doente emagrece e torna-se asténico; quando vai ao médico, depois de ter esgotado todas as terapêuticas sintomáticas da diarreia, o antecedente patológico que motivou os antibióticos já foi esquecido. O médico terá que fazer um interrogatório minucioso para determinar a data exacta do início da diarreia e, sobretudo, os acidentes patológicos, mesmo sem importância, que a precederam e que podem ter provocado a absorção, mesmo mínima, de antibióticos. Em doentes particularmente sensíveis o tratamento dum angina com tabletes para chupar que contenham antibióticos pode bastar, sobretudo se, nas semanas precedentes, se fez uso por várias vezes, desta terapêutica.

Toda esta investigação etiológica é de importância capital para que se faça o diagnóstico. O exame clínico, a rectoscopia, o exame radiológico aos diferentes segmentos do tracto digestivo não fornecerão esclarecimentos apreciáveis e perder-se-ão meses instituindo tratamentos sintomáticos sem eficácia, até que o exame coprológico esclareça o problema. A fórmula coprológica que leva a pôr a hipótese é a descrita por R. Goiffon e B. Goiffon em 1954 em que aparece a seguinte trilogia:

- grande abundância de celulose digerível;
- ausência completa da flora iodófila;
- aparição de leveduras, por vezes em grande quantidade.

Conjuntamente a taxa de ácidos orgânicos está muito baixa.

Muitas vezes encontramos nas fezes bilirrubina, em vez de estercobilina.

Os estigmas químicos habituais das colites (presença de albumina intacta, de sangue, de albumina degradada ou de leucócitos) estão geralmente ausentes, excepto nas formas supuradas. Não há parasitas.

Um tal conjunto de coprologia funcional devido à destruição pelos antibióticos de flora normal do cólon direito é suficiente para identificar uma diarreia post-antibiótica porque só se encontra nas diarreias secundárias a uma hemicolectomia direita. Pode existir nas diarreias crónicas e é habitual nas formas sub-agudas.

Mas muitas vezes encontrar-se-á dissociação da fórmula coprológica que ficará, portanto, menos explícita, fazendo com que se hesite no diagnóstico. Se encontramos flora iodófila e a celulose digerível parcialmente lisada, podemos ser levados a incriminar um desequilíbrio dietético por excesso de aporte de alimentos celulósicos. Este erro pode e deve ser evitado com uma coprocultura. Habitualmente o médico perante uma diarreia de longo curso só pede um exame parasitológico das fezes e, mais raramente, um estudo da digestão. É normal que se não peça sistematicamente a coprocultura com antibiograma, por ser mais cara e levar mais tempo. No entanto no caso actual é a coprocultura que permitirá fazer o diagnóstico. Daqui se conclue a grande importância dum investigação etiológica minuciosa, com que já insistimos mais acima, porque se se encontra alguma coisa impõe-se fazer a coprocultura, coprocultura essa que a presença na coprologia standard de quantidade notável de leveduras, que aparecem facilmente ao exame ao microscópio com contraste de fezes, deveria ter obrigado a praticar.

Que dados essenciais nos dá este exame das diarreias post-antibióticas?

Buttiaux, Tacquet e Gandres deram os resultados em 1955 num estudo magistral. Nas diarreias coleriformes agudas e sub-agudas podemos esquematizá-los assim:

1.º — Desaparição da flora microbiana normal, praticamente total para a *Escherichia coli* e quase total para os bacilos paracoli e os *Clostridium*.

2.º — Aparição dum flora não habitual constituída por gérmens em estado puro ou associados:

— *Staphylococcus aureus* patogénicos que viram a manita que se encontram quase constantemente nos síndromos coleriformes, muito mais raramente nas outras formas;

— podem-se encontrar outros gérmens, como o *Streptococcus fecalis*, *Klappsiella*, *Ps. aeorgenosa* bacterium anitratum e providencia;

— sobretudo as diferentes raças de proteus: proteus Hauseri, de longe o mais frequente, proteus morgani e proteus rettgeri, cuja aparição constitue para nós um sinal essencial das diarreias post-antibióticas sub-agudas ou crónicas.

Nas diarreias crónicas a descoberta de leveduras, como já dissemos, é um sinal importante e B. Goiffon tem razão para lhes dar grande importância. Será necessário pedir uma identificação em meios especiais e na grande maioria dos casos o laboratório dirá que se trata de *Candida albicans* cujo carácter patogénico é indiscutível e que imporá um tratamento particular.

Mas a infestação por *Candida albicans* cuja frequência é ainda muito grande, pareceu-nos menos constante nos últimos cinco anos que a dos Proteus, essencialmente o proteus Hauseri.

Nas formas com síndrome coprológica funcional menor, quando a flora microbiana normal, formada por *Escherichia coli* já reapareceu em quantidade maior ou menor, a descoberta dum Proteus existindo em estado puro com ou sem monilíase associada, autoriza a imputar aos antibióticos uma diarreia de longo curso. Muito menos vezes se encontrará um *Staphylococcus aureus* patogénico.

É muito raro, em tais casos, que uma boa investigação etiológica não revele a utilização de antibióticos, em doses muitas vezes mínimas, nos antecedentes mesmo afastados.

As consequências terapêuticas desta descoberta são muito importantes.

Nas formas sub-agudas ou crónicas que são objecto desta exposição, é indispensável um regime alimentar pobre em celulose, com supressão total da celulose densa dos legumes de caule fibroso e dos legumes crus e uma recarga intestinal em produtos ricos em bacilos lácticos, se a flora iodófila está ausente ou é rara. A presença de *Candida albicans* obriga a usar grandes doses diárias de antibióticos antifúngicos e a coprocultura, revelando pululação do proteus, exigirá uma antibioterapia adaptada, dependente do antibiograma. E assim, consegue-se que diarreias post-antibióticas, rebeldes às terapêuticas precedentes, cedam em algumas semanas e até em alguns dias.

Desde 1954 que insistimos sobre a importância da coprocultura nas diarreias sub-agudas post-antibióticas e da frequência, nestes casos, de existência de Proteus nas fezes.

Pensamos que o Proteus tem igual importância nas diarreias crónicas post-antibióticas, onde existe em 90 % dos casos, que só curam depois da sua desapareção.

O antibiograma mostrará, em regra, uma resistência do Proteus ao antibiótico que provocou a diarreia, o que é normal, mas também uma resistência notável à maior parte dos antibióticos.

Felizmente é muitas vezes sensível à Sulfaguani-dina e Sulfasuccitiazol, produtos de manejo fácil e não tóxicos.

Nos outros casos o antibiograma deve ser feito para muitos antibióticos, até se encontrar o susceptível de actuar.

(Dos «Entretiens de Bichat»)

ECOS DO PASSADO

Que se escrevia na imprensa médica de há 50 ou 100 anos? Que acontecimentos assinalaram a medicina de outros tempos? Nesta secção procuramos trazer para o presente alguns fragmentos desse passado.

EM NOVEMBRO, HÁ CENTO E QUATRO ANOS

APPLICAÇÃO DO CHLOROFORMO DURANTE O ACTO DO PARTO

No seu número de 1 de Novembro de 1857, publicou a Gazeta Médica de Lisboa um «registo clínico» de dez «observações colhidas na enfermaria da escola» em que se applicou o clorofórmio a parturientes. «Temos mais trinta e cinco», termina o artigo, «que deixamos de publicar (...), mas todas elas provam que a mulher durante o parto pôde ser chloroformisada sem perigo para ella nem para o filho». Transcrevemos abaixo a parte que antecede a apresentação dos casos, onde se faz um breve esboço nos primeiros tempos da anestesia e da sua introdução em Portugal.

Ha onze annos apenas que são conhecidos os agentes anesthesicos; isto é, a sua applicação com o fim de tornar insensíveis as pessoas que têm de ser operadas; porque as propriedades do ether como modificador da enervação, já desde muito eram sabidas. A erudição quiz mesmo achar em passagens de alguns escriptores antigos, a prova de que em epochas que vão longe de nós se usavam summos de plantas e outras cousas para conseguir o mesmo fim; porém o estudo despreocupado d'esta questão tem provado que ao seculo XIX pertence exclusivamente este descobrimento, que pela sua importância se pôde citar ao lado da invenção das machinas a vapor e do telegrapho electrico.

Dissemos que apenas havia onze annos eram conhecidas as applicações anesthesicas, e de propósito o notámos, para que se veja todo o valor do objecto. Será difficil mostrar que em tão curto espaço de tempo os homens tenham chegado a conseguir tão grande popularidade para as suas invenções. Só a cabal demonstração de utilidade podia alcançar tanto.

Desde que em 1846 se fizeram os primeiros ensaios n'este sentido com o ether, depois com o chloroformo, e com a amylena, até agora, a idéa da anesthisação tem ido sempre em progresso, apesar de alguns impugnadores a quem aterrou um ou outro caso fatal; porém com a regularisação que os methodos de applicar os anesthesicos tem ganhado, o rigor com que se têm estudado as pessoas que se destinam a estas applicações, tendo mostrado o pouco perigo d'ellas, tambem o numero dos que combateram este descobrimento tem escaceado. Hoje será raro o cirurgião que se recuse a fazer uso d'estes agentes, quando as condições dos enfermos são favoraveis.

Aquelles que têm seguido a pratica dos grandes hospitaes, e que têm observado que os doentes podem succumbir não só ao esgotamento do sangue, mas tambem ao esgotamento da sensibilidade causado pelas grandes dores, não podem deixar de ter os agentes anesthesicos como recurso de uma grande preciosidade.

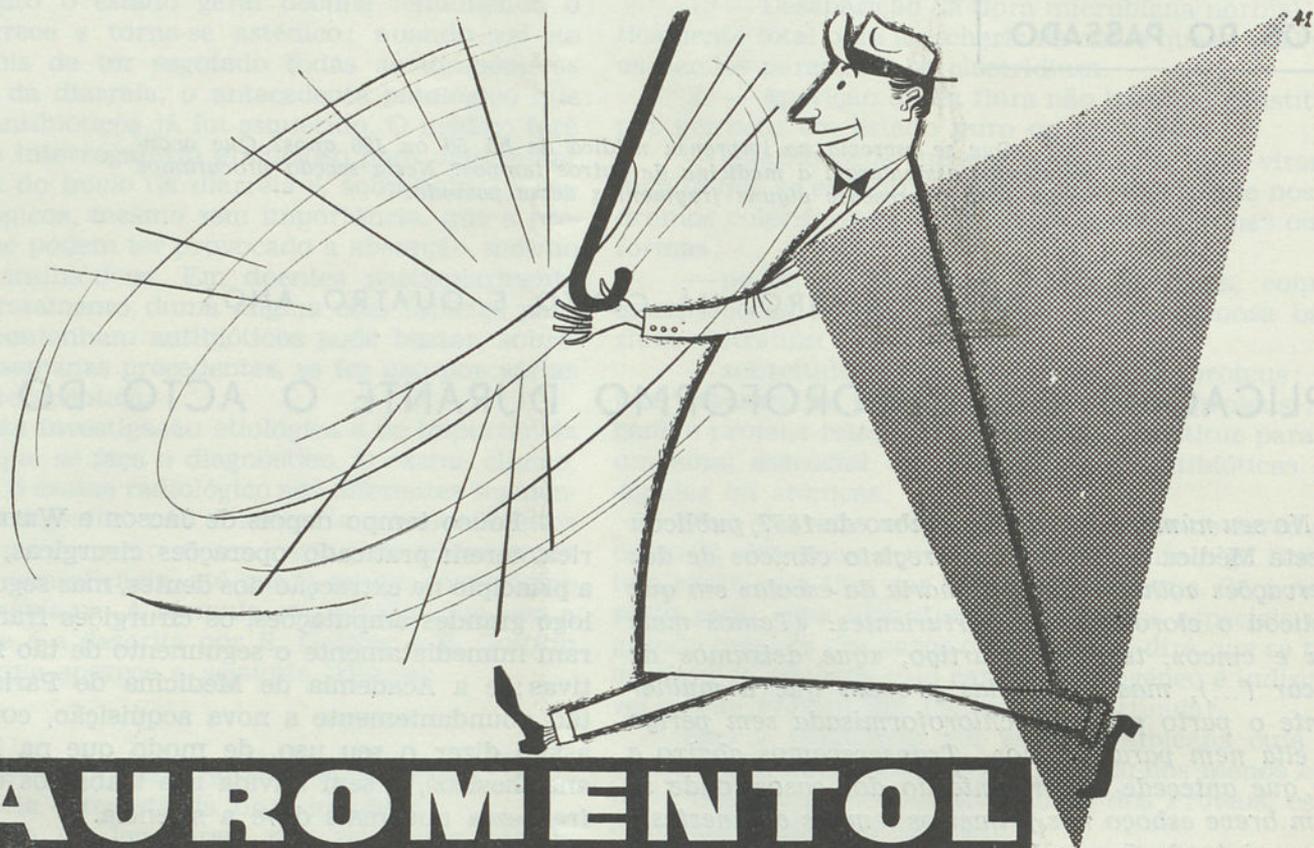
Pouco tempo depois de Jacson e Warren, na America, terem praticado operações cirurgicas, consistindo a principio na extracção dos dentes, mas seguindo-se-lhes logo grandes amputações, os cirurgiões francezes tomaram immediatamente o seguimento de tão felizes tentativas; e a Academia de Medicina de Paris discutindo tão abundantemente a nova acquisição, consagrou por assim dizer o seu uso, de modo que na historia dos anesthesicos, é sem duvida aos trabalhos dos medicos francezes que mais deve a sciencia.

Seria já hoje superfluo, e até impertinente reproduzir todos os accidentes de uma discussão tão larga, e na qual figuraram, defendendo ou combatendo, as mais altas capacidades medicas da Europa. Entretanto, a historia deve commemorar como primeiros ensaiadores da anesthisação: Jacson, Warren, Liston, Fergusson, Malgaigne, Roux, Velpeau e Gerdy.

Os resultados quase milagrosos que se obtiveram logo, foram bem depressa conhecidos de todo o mundo medico. Portugal, que já não anda tão atrasado como n'outro tempo, pôde inscrever-se no numero das primeiras nações, que julgaram a questão da anesthisia. Os cirurgiões do hospital de S. José poderam verificar por seus proprios olhos todas essas maravilhas que a imprensa franceza vulgarisava a respeito da applicação do ether como anesthesico. Nos nossos jornaes medicos d'essa epocha apparece já honroso documento para a nossa cirurgia. Tambem tivemos collegas que, à imitação de Gerdy, se deixaram anesthisar para julgar melhor dos efeitos do ether e do chloroformo: methodo importantissimo de estudar as propriedades dos agentes pharmacológicos, e de que nos dá tão uteis informações o sr. Trousseau na sua materia medica. Não é muito, na verdade, que os medicos se tenham algumas vezes arriscado a taes experiencias; o intimo desejo de descobrir a verdade os tem arrastado a mais terriveis provações. A historia das epidemias conta os nomes de alguns d'esses homens verdadeiramente corajosos (*).

Tinhamos porém visto a principio excluida toda a idéa de anesthisação no parto, ou antes, os medicos não pensaram em tal; porventura, porque vissem no acto da parturição um phenomeno natural, e a respeito do qual a escriptura diz, fallando à mulher depois da sua primeira desobediencia: que teria seus filhos com dor. Magendie na Academia das Sciencias accusava os cirurgiões de immoralidade, porque roubavam com as

(*) Na altura da publicação deste artigo grassava ainda em Lisboa uma epidemia de febre amarela.



LAUROMENTOL

ALIVIA E VENCE DORES REUMÁTICAS, EM ESPECIAL ARTICULARES

ÚNICO CONCESSIONÁRIO PARA PORTUGAL, ILHAS E ULTRAMAR:

L. LEPORI, LDA.

RUA IMPRENSA NACIONAL, 86 - LISBOA



HAVAS

aplicações do ether a consciência aos seus doentes, e porque às mulheres essas aplicações algumas vezes despertavam sonhos eroticos.

É assás curioso de observar como na epocha a que nos referimos, isto é, quando começou a discutir-se o valor da anesthesia, se pronunciavam as duas mais notáveis corporações scientificas da França. Ao passo que ia triumphando o voto pela anesthesia na Academia de Medicina, onde as provas praticas, as observações e as experiencias eram todos os dias allegadas, na Academia das Sciencias, a questão era levada para a methaphysica, e os sabios preocupados em suas transcendentés combinações, perdiam os factos de vista, e arriscavam um dos mais maravilhosos descobrimentos modernos.

Apesar das opiniões de Magendie e outros, Simpson, em Janeiro de 1847, applicava pela primeira vez o ether em uma primipara, com o fim de lhe praticar a versão. Este caso consideramo-lo ainda dentro das indicações geraes dos anesthesicos. Tratava-se de uma operação longa e dolorosa; havia portanto toda a racionalidade em produzir a suspensão dos phenomenos da sensibilidade, emquanto aquella manobra obstetrica era praticada. Os respeitadores da escriptura nada tinham aqui para condemnar, porque se póde suppor com fundamento, que as dôres pela versão devem ser mais intensas, do que aquellas que acompanham o parto espontaneo.

Porém o espirito, na sua tendencia fatal para a generalisação, não viu uma prohibição formal dos anesthesicos no texto da escriptura. Dubois, Simpson e muitos outros parteiros, começaram a fazer a applicação dos agentes anesthesicos, mesmo no trabalho natural do parto. Estas tentativas corresponderam a todas as previsões. Assim como os doentes acordavam do somno profundo da anesthesia, durante o qual tinham passado pelas grandes operações cirurgicas sem as sentir, do mesmo modo acordavam mães, sem ter passado pelas dôres, aquellas mulheres que foram submettidas à acção dos anesthesicos.

Em Portugal tambem foram imitadas estas experiencias muito cedo. Consta-nos que um professor do Porto chloroformisára com bom resultado durante o parto natural. Esta nova applicação dos agentes anesthesicos, diga-se com verdade, nem no nosso paiz, nem fóra d'elle ganhou tanta popularidade. Ainda hoje mesmo, alguns parteiros recommendaveis se oppõem á applicação dos anesthesicos n'estas circumstancias.

Temos hoje opiniões mais assentadas a este respeito. Cremos que a anesthesia em certas circumstancias, mesmo de parturição natural, póde prestar á mãe importantes serviços, evitando-lhe graves consequências, de que o trabalho aparentemente mais natural, nem sempre isenta.

Seara alheia

(dos livros e das revistas)

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS HEMORRAGIAS ALTAS DO TUBO DIGESTIVO

GEOFFREY WATKINSON

As hemorragias gastrointestinais continuam a ser uma das situações médicas mais graves que se acompanham sempre de certa mortalidade, sobretudo nos velhos. A preocupação actual consiste, por isso, em diagnosticá-las precocemente com o fim de pôr rapidamente em prática o tratamento mais adequado.

Em duas séries de doentes com hematemese e melenas observadas no Central Middlesex Hospital (1940-1957) e na Leeds Hospital Infirmary (1953-1958) a percentagem de hemorragias com origem numa úlcera péptica foi respectivamente de 88 % e 94 %. Neste grupo são incluídas a úlcera gástrica crónica, a úlcera duodenal, as lesões pós-operatórias, a úlcera aguda e a hérnia do hiato. O carcinoma gástrico e a hipertensão portal revelaram-se, em ambas as séries, causas pouco frequentes de hemorragias, contribuindo cada um apenas com 2 a 3 % dos casos.

A raridade da hemorragia devida a varizes esofágicas verificada em Inglaterra contrasta francamente com a sua frequência nos Estados Unidos. No Boston Hospital esta causa foi atribuída a cerca de $\frac{1}{3}$ dos casos internados com hemorragias gastrointestinais.

Jones e Gummer com base na sua vasta experiência forneceram uma lista de causas raras de hemorragias a qual inclui: traumatismos, doenças médicas sistematizadas como hipertensão, urémia e colagenoses, doenças neurológicas, discrasias sanguíneas, tumores raros do tubo gastrointestinal, divertículos digestivos, doenças vasculares locais e medicação com aspirina, fenilbutazona, esteróides e anticoagulantes.

Todos os esforços deverão ser feitos no sentido de diagnosticar precocemente a lesão causal das hemorragias, pois é em função disso que os resultados terapêuticos variam. A anamnese que é por vezes difícil de colher em tais casos, pode fornecer dados valiosos. A úlcera péptica crónica é sugerida pela sua história típica embora não seja excluída pela ausência desta. Dispepsia, anorexia e perda de peso fazem pensar numa neoplasia, enquanto que o doente cirrótico fornecerá uma história de alcoolismo, icterícia ou distensão abdominal. Antecedendo uma ulceração aguda pode ter existido um traumatismo, infecção, ou ingestão de aspirina ou corticosteróides. Os sintomas de hipertensão, urémia ou doença hemorrágica devem ser investigados. As hemorragias esofágicas devidas ao esforço dos vômitos (síndrome de Mallory-Weiss) são talvez mais frequentes do que normalmente se pensa.

No exame do doente há que avaliar o grau do choque e da perda de sangue (palidez, sudação, pulso e pressão arterial). Se persistir a taquicardia e a hipotensão há que pensar que a hemorragia se mantém. Depois há que procurar lesões purpúricas ou telangiectasias; sinais de arteriosclerose, hipertensão ou bronquite; icterícia, aranhas vasculares, eritema palmar ou feto hepático. O exame abdominal pode revelar apenas dor à palpação sobre uma úlcera, hepatoesplemomegalia com ou sem ascite ou um tumor abdominal relacionado com uma neoplasia gástrica.

Os dados fornecidos pelo laboratório são, por vezes, enganadores: a hemoglobina pode ser alta enquanto não se tiver dado a hemodiluição e a urémia pode estar elevada em virtude da desidratação e da perda de sangue. Os níveis urinários de pepsinogénio e a prova da bromosulfaleína são dados auxiliares quase sempre difíceis de obter.

O exame radiológico precoce em casos de hemorragia gastrointestinal, proposto por Hampton em 1937, foi recentemente apontado como um método útil sem riscos para o doente. Nos casos reunidos por Cantwell e Chandler o exame radiológico permitiu fazer o diagnóstico exacto numa alta percentagem de casos.

A aspiração gástrica feita de hora a hora pode fornecer dois dados importantes para o diagnóstico. Em primeiro lugar permite verificar se as amostras contêm ou não sangue e, portanto, se a hemorragia parou, continua ou se repetiu. Ao mesmo tempo permite localizar no duodeno a origem de melenas quando as amostras não contêm sangue. Em segundo lugar, pelo estudo da secreção gástrica, torna-se possível distinguir as úlceras agudas nas quais a acidez tem tendência a diminuir após a hemorragia, das úlceras crónicas nas quais a acidez se mantém. A utilidade deste método é limitada pelo incómodo que causa ao doente e por necessitar frequentemente de um período de 24 horas até que seja possível tirar conclusões.

A gastroscopia realizada por um endoscopista treinado, permite muitas vezes visualizar uma lesão, sendo ainda possível observar a parte inferior do esófago a fim de excluir varizes esofágicas.

Todos os doentes com hematemese e melenas abundantes, devem ser internados. Quando muito chocados devem manter-se com os membros inferiores elevados. Para acalmar o doente pode usar-se fenobarbital ou morfina. O pulso e a tensão arterial serão registados de hora a hora e será feita a determinação da hemoglobina. A necessidade de transfusões será decidida à base dos sinais clínicos, mas uma taxa de hemoglobina inferior a 60 % constitui por si só indicação para a transfusão. O doente deve beber água e iniciar uma dieta com alimentos semi-sólidos ingeridos de hora a hora. Serão administrados anti-ácidos, sedativos e ácido ascórbico. A mobilização precoce deve ser feita logo que pare a hemorragia. Em alguns doentes a hemorragia mantém-se ou repete-se apesar da terapêutica médica pelo que se torna necessário recorrer à cirurgia.

A intervenção cirúrgica para controle das hemorragias gastrointestinais está indicada nos seguintes casos: 1) quando se suspeita ou se tem a certeza de existir uma úlcera péptica crónica; 2) quando a hemorragia é incontrolável pelos meios médicos; 3) quando o doente é idoso; 4) quando existe outra doença associada; 5) sempre que tenha sido demonstrada, no passado, a presença de uma úlcera gástrica gigante. A mais importante das indicações diz respeito à idade do doente.

Se após a laparotomia se encontrar uma úlcera crónica deverá fazer-se uma gastrectomia parcial. No caso de nada se palpar, o cirurgião terá que decidir-se entre estas três condutas: 1) não intervir; 2) realizar uma gastrectomia alta na esperança de retirar a zona que sangra; 3) abrir o estômago ao longo da grande curvatura e procurar identificar a origem da hemorragia, o que parece ser mais aconselhável. Nos serviços em que o tratamento cirúrgico foi mais largamente utilizado, a mortalidade reduziu-se bastante, sobretudo nos doentes idosos.

As hemorragias com origem em varizes esofágicas, na cirrose hepática, são quase sempre graves precipitando com frequência a icterícia e o coma. Até há pouco tempo a mortalidade causada por esta situação era

muito alta, mas o uso de um balão de compressão esofágica veio diminuir bastante a taxa de mortalidade. O tratamento inclui 3 fases: reanimação, paragem temporária da hemorragia pelo uso do tubo de Sengstaken, tratamento e profilaxia do coma hepático e paragem definitiva da hemorragia pela extirpação cirúrgica das varizes ou pela redução da hipertensão portal conseguida com um «shunt» vascular. Como o grau de lesão do fígado depende da redução da circulação hepática, a administração de sangue é da máxima urgência. A oxigenoterapia pode também combater este período de anóxia cerebral e celular. O tubo de Sengstaken revelou-se capaz de interromper a hemorragia em muitos casos. É, porém, necessário conhecer perfeitamente a técnica da sua utilização. O compromisso da circulação hepática após a hemorragia, pode precipitar o coma. As medidas a tomar a fim de evitar este efeito são:

esvasiar o intestino por meio de um purgante salino e um clister; dar dieta sem proteínas que contenha 2 litros de um soluto de glucose a 20%; manter o equilíbrio electrolítico; e administrar neomicina (6 a 8 g diárias). Devem ser evitadas certas drogas como o cloreto de amónio e a acetazolamida.

A cura definitiva das hemorragias pode ser tentada pela extirpação das varizes por via transtorácica ou pela secção do estômago seguida de anastomose a fim de interromper os vasos que alimentam as varizes da parte inferior do esôfago. Como alternativa, após esplenografia que demonstre a permeabilidade da veia porta poderá fazer-se uma anastomose porto-cava numa tentativa para reduzir a hipertensão portal.

(«The Practitioner» — 186: 335; Março 1961).

EFEITOS LATERAIS DA UROGRAFIA

VUORINEN

Existem muitas investigações sobre os efeitos laterais causados pelos meios de contraste injectados intravenosamente para fins radiográficos. Tem havido um desenvolvimento constante nos meios de contraste, e durante os últimos anos, os chamados compostos triiodados entraram no uso generalizado. O fim deste trabalho é apresentar e analisar os efeitos indesejáveis causados por um dos compostos triiodados, a Urografina (conhecida nos U.S.A. por Renografina). Este meio de contraste é também fabricado na Finlândia. Dispõem-se de duas preparações, uma com 60 p. c. e outra com 16 p. c. e ambas são recomendáveis para urografia intravenosa.

Não existe acordo geral sobre o mecanismo dos efeitos laterais e a natureza de todos os efeitos laterais não está ainda bem conhecida. Inicialmente, supunha-se que o iodo libertando-se do meio era o responsável, mas esta não é, provavelmente, a causa. Os efeitos farmacodinâmicos do meio de contraste são evidentemente um factor importante, o que tem sido experimentalmente provado. Nesta ordem de ideias, não se torna necessário discutir estes problemas extensivamente. Os efeitos laterais tal como tem sido vistos na prática são apresentados de modo diverso por autores vários.

Baseando-nos na literatura, pode, rapidamente, dizer-se que existem três tipos principais de efeitos laterais:

- Efeitos vasomotor-respiratório.
- Efeito nervoso.
- Manifestações alérgicas.

Trata-se evidentemente duma classificação simples porque se verificam com frequência formas mistas.

A incidência das reacções tem uma ampla margem de variação de acordo com o meio usado e o modo e o local em que se usam. Os resultados obtidos por autores diversos, mesmo com o mesmo meio, mostram grandes desvios.

A severidade dos efeitos laterais varia também desde o ligeiro mal-estar até à morte. A incidência das

reacções mortais, de acordo com Pendergrass, que é o autor mais citado neste assunto, é de cerca de 6,5 por um milhão de urografias. Ele pensa que esta proporção não é alterada pela introdução de compostos triiodados embora não exista evidência concludente.

A prevenção e a terapêutica dos efeitos laterais está sujeita a grande discussão. Alguns autores apresentam os compostos antihistamínicos como o melhor meio para prevenir reacções, enquanto outros não dão qualquer valor aos antihistamínicos. O uso de adrenalina está igualmente sujeito a discussão.

Analisado o material constituído por 1 000 exames urográficos com urografina verificou-se que apareceram efeitos laterais com uma percentagem de 7,9 p. c. e a grande maioria puderam ser classificados como ligeiras. Não se deram casos fatais. Isto leva a concluir que a Urografina é o meio de contraste mais seguro.

A melhor prevenção contra acidentes e incidentes é uma detalhada anamnese sobre possíveis reacções alérgicas. O valor dos testes de sensibilidade — ocular, cutâneo, intravenoso e outros, é duvidoso, porque tem havido acidentes em doentes que apresentaram testes negativos.

Algumas directivas terapêuticas podem ser assim esquematizadas, para situações de emergência:

— Aproveitar a agulha que está a cateterizar a veia (ou introduzir uma agulha intravenosamente se a reacção é tardia) e introduzir por ela uma solução salina-glicosada, imediatamente.

— Dar oxigénio.

— Elevar as extremidades inferiores mantendo a cabeça do paciente a nível inferior.

— Administrar preparações de cortisona solúvel e antihistamínicos intravenosamente.

— Administrar nor-adrenalina i. v. se houver sinais de choque.

(Condens. por R. A. de «Ann. Int. Med. Fenn.»
— Helsínquia — 50: 1. 65-70; 1961).

Nas
tosses



Penibron

Frasco de 150 g.

Dipenicilina G
Antitússico
Anti-histamínico
Balsâmicos

ENXAQUECAS • ENJÔO EM VIAGEM • DISTONIAS NEUROVEGETATIVAS

HEMICRAL

DRAGEIAS

SEDATIVO DO SISTEMA NEUROVEGETATIVO

TUBO DE 12 DRAGEIAS

**Laboratório FIDELIS**

PROBLEMAS PRÁTICOS RELATIVOS À SURDEZ NA CRIANÇA

MARCEL OMBREDANE

Existem três grandes tipos de surdez na criança: a de nascença (ou surdomudez), as que surgem após o nascimento (ou surdez de percepção), devidas a meningite, intoxicação ou heredo-sífilis, e a surdez de transmissão, cujo tratamento curativo é essencialmente cirúrgico. Este tem progredido ultimamente, pelas variantes das técnicas e pelo aperfeiçoamento dos meios de exploração e de acção.

A segurança é conferida ao acto operatório pelos antibióticos, e o risco de infecção quase desaparecido.

Há dois grandes grupos de surdez a considerar:

- A consecutiva às supurações crónicas do ouvido;
- As que se ligam às malformações congénitas.

1 — POR SUPURAÇÃO CRÓNICA

É já hoje possível explorar um ouvido como se duma laparotomia exploradora se tratasse. A micro-cirurgia permite-o com a mesma facilidade, tanto na criança como no adulto. Mas isso só deverá ser tentado após a falência dos tratamentos médicos gerais ou puramente otológicos: insuflações tubares, massagens pneumáticas, irradiação do cavum ou das trompas, infiltrações transtimpânicas de cortisona, etc.

2 — POR PERFUSÃO TIMPÂNICA

As intervenções são as chamadas tímpanoplastias, e destinam-se, em esquema, a três tipos de lesões: perfurações timpânicas secas; otorreias tubares e otites supuradas crónicas.

Nas primeiras, a obliteração das perfurações não consente apenas esperar uma recuperação auditiva, substancial, mas também a possibilidade de escolha de uma carreira onde se não admita a existência de uma perfuração timpânica, como a aeronáutica, a naval, etc. Nas otorreias tubares, a gravidade é nula, mas a doença é bastante incómoda.

Nas otites supuradas crónicas, há que prevenir, em primeiro lugar, a limpeza do foco supurativo, pois que a sutura da perfuração noutras condições seria não só inútil mas perigosa.

Ao acto operatório apresentam-se duas eventualidades: ou a cadeia ossicular está intacta, e conservada a sua continuidade; ou se encontra quebrada e destruída,

e então a tímpanoplastia vai procurar obter um meio de transmissão directo dos sons ao ouvido interno.

No total, é hoje possível intervir nas supurações crónicas do ouvido ou nas suas sequelas cicatríciais, com resultados superiores aos que outrora era legítimo esperar.

3 — SURDEZ POR MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS

Umam são de diagnóstico fácil, as que acompanham as grandes aplasias do ouvido. Em regra, trata-se de crianças com malformações do ouvido externo: ausência ou atrofia do pavilhão, imperfuração do conduto, etc. — e a surdez que as acompanha, embora considerável, pode ser corrigida pela intervenção.

As outras, são de diagnóstico mais difícil: referem-se às que acompanham as aplasias menores do ouvido médio.

A surdez que caracteriza estas malformações pode ser uni ou bilateral, mas é também susceptível de corrigir-se mediante intervenção.

É difícil de enumerar actualmente a frequência desta surdez congénita; porque, ou são insuspeitadas, podendo complicar-se ainda com alterações ossiculares, ou dão elementos de probabilidade, e então é necessário um interrogatório (em que se aprecie do passado auricular do doente, dos antecedentes hereditários, do carácter bilateral e, sobretudo, unilateral da surdez), um exame geral (pois toda a malformação pode constituir elemento de probabilidade: assimetria facial, achatamento do masseter, paresia do facial inferior, fistula pré-auricular, etc.) e um exame otoscópico (que mostre o estado do tímpano: azul, cinzento, fixo; e outras anomalias possíveis: estreito anormal dos condutos, aspectos inesperados do ouvido, etc.).

TRATAMENTO

Quando na origem duma surdez congénita se suspeita a existência duma malformação ossicular, a exploração cirúrgica do ouvido médio impõe-se. Intervenção benigna e sem risco, faz-se por anestesia local ou geral,

podendo as malformações ser: anquiloses congénitas do estribo, malformações do martelo, outras alterações das janelas labirínticas.

Tudo isto pode acarretar:

- ruptura total da cadeia óssea, cuja continuidade é preciso restabelecer;
- fixação completa da cadeia ossicular, cuja mobilidade correcta urge restabelecer.

Regra geral, e desde que às aplasias menores se não acrescente alteração congénita importante da cóclea, as intervenções são seguidas de excelentes resultados auditivos.

(Condensado por Taborda de Vasconcelos, de «La Vie Médicale», n. 8, Agosto-Setembro, 1961).

TOXICIDADE DO «LIBRIUM»

G. LAI

O Librium é uma droga sintetizada que pertence a um novo grupo de substâncias psicótropas, de efeitos farmacológicos múltiplos.

Os trabalhos efectuados em animais demonstraram as seguintes acções: sedação e relaxamento muscular, estimulação do apetite, inibição dos reflexos medulares, ausência de efeitos tóxicos.

Do ponto de vista clínico o seu campo de acção leva a aplicá-lo aos estados de ansiedade e de tensão, às perturbações funcionais e psicossomáticas, aos conflitos emotivos, às depressões reaccionais, em suma: aos casos que necessitam acção sedativa, tranquilizante e antidepressiva.

As experiências efectuadas provam também que o Librium exerce acção mínima no sistema cardiovascular.

Efeito sedativo importante consegue-se já a partir duma dose de 6 mg/kg «per os», enquanto no homem as únicas reacções observadas com certa regularidade não passam de sonolência e ataxia, por diminuição do tónus muscular.

Como antagonista do Librium, a acção mais decisiva foi exercida pela «mégimide», à razão de 25 mg/kg, dose que no rato provoca um estado de hipnose após injeccção intraperitoneal de 250 mg de Librium. Ao contrário, a anfetamina e a cafeína podem aumentar-lhe a toxicidade. Por sua vez, o Librium potencializa a acção do fenobarbital.

Emprega-se correntemente no tratamento das fases

agudas do «delirium tremens», à razão de 300 a 400 mg/dia, em injeccção intramuscular.

O inconveniente natural ligado ao uso das drogas psicótropas, reside no facto de os doentes as empregarem, às vezes, com fins suicidas. O Librium não está ao abrigo deste perigo.

Em todo o caso, os indivíduos citados pela literatura médica, que o empregaram com esse fim, continuaram a mostrar respiração regular, reflexos atenuados, de facto, mas não patológicos. Num deles, notou-se que não podia dormir, mas nenhuma anomalia restava, além de não poder andar a direito e ter dificuldade em falar.

Outro, conservou-se na posse das suas faculdades, mantendo a função respiratória normal, ligeira fadiga e sonolência.

Em resumo, os sinais vulgarmente observados, não foram além de sonolência, sedação, ataxia e disartria. Nunca se observou paralisia.

Pôde ver-se atenuados os reflexos, um sinal de Babinski, mas nunca sintomas neurológicos ou cardio-respiratórios. E a dose máxima conhecida, de 2 250 mg, só provocou os sinais até aqui relatados.

(Condensado por Taborda de Vasconcelos, de «Médecine et Hygiène», n.º 516, Setembro de 1961).

TRATAMENTO HORMONAL DAS AMENORREIAS

Enrique Bagmati

A variedade de afecções endócrinas ou outras que dão origem a amenorreia não só exige o amplo conhecimento da fisiologia do ciclo menstrual, mas também o das inerferências recebidas, por vezes, de outros departamentos do organismo.

Deve ter-se em conta uma série de factores, quando se põe em execução o tratamento:

1 — O ciclo genital cumpre-se graças a um mecanismo neuroendócrino constituído por: hipotálamo, hipófise, ovário e utero;

2 — O êxito terapêutico depende do diagnóstico correcto;

3 — Na maior parte dos casos a perturbação reside no eixo hipofisoovário;

4 — Qualquer transtorno do ciclo tem tendência à cura espontânea;

5 — O sistema nervoso influe o eixo hipofisoovário.

6 — As amenorreias primárias e as orgânicas são as mais rebeldes ao tratamento;

7 — A terapêutica deverá ser cautelosa em muitos casos surgidos na adolescência, que se curam com medidas de ordem geral;

8 — A hormonoterapia consiste sempre num tratamento substitutivo;

9 — Convém manejar só alguns dos inúmeros produtos farmacêuticos conhecidos, e os de reconhecida actividade;

10 — Deve pôr-se sempre a dose terapêutica útil para cada doente;

11 — O tratamento hormonal acarreta elevada percentagem de fracassos.

FACTORES QUE ORIENTAM O TRATAMENTO

1 — Doenças de ordem geral: obesidade e tuberculose pulmonar deverão ser rastreadas antes e em todos os casos de amenorreia.

2 — A idade é também importante. Na adolescência, a amenorreia é, em regra, ocasionada por um ciclo monofásico breve, e o ciclo ovulatório não tarda a aparecer.

Só se persistir após um lapso prudente de espera ou o fracasso das medidas de ordem geral, estaremos autorizados a intervir de modo específico.

Começa-se pelos *esteroides progestacionais*.

Na idade adulta, a variedade de amenorreias é maior e o seu tratamento variará de acordo com a etiologia.

No climatério, antes de instalada a amenorreia definitiva, são frequentes os períodos de amenorreia transitória. Em certas mulheres, psiquicamente diminuídas pelo facto, pode provocar-se uma ou mais perdas cíclicas, com *progesterona* ou similares.

3 — *Variedades de Amenorreia* — Na amenorreia grave, o ovário deixa de segregar as suas hormonas e

NEO - VAGIPURINE - N. D. F.

= COMPRIMIDOS VAGINAIS =

o medicamento de escolha para o tratamento das vaginites por Tricomonas e de todas as afecções micósicas: «Monília Albicans», etc.

Acção rápida, não irritante, para o tratamento do prurido vaginal, das vaginites pós-climatéricas e das cervicites.

UM PRODUTO DE:

NEDERLANDSCHE DIEETZOUT-FABRIEK

Amesterdão — Holanda

Representante para Portugal Continental, Insular e Ultramarino

PESTANA & FERNANDES, LDA.

SECÇÃO DE PROPAGANDA MÉDICA

RUA DOS CORREIROS, 92-3.º ESQ. - TELEF. 324262 — LISBOA

**noites tranquilas/
SONO REPARADOR!**



heurinasa

UM PRODUTO CONSAGRADO

para o tratamento de:

Insónia
Histeria
Aerofagia
Enxaqueca
Neurastenia
Palpitações
Tiques Nervosos
Alcoolismo Agudo
Nervosismo por «Surménage»
Perturbações da Menopausa

Laboratório GÉNÉVRIER

PARIS

Representante:

PESTANA & FERNANDES, LDA.

Secção de Propaganda

Rua dos Correiros, 92-3.º Esq.

Telefone, 324262 — LISBOA

isso acarreta um prognóstico sério. Impõe-se, portanto, o tratamento substitutivo.

Na amenorreia leve, os folículos maturam incompletamente e podem produzir estrogéneos. Há maior probabilidade de cura e a terapêutica estimulante seguir-se-á de maiores êxitos.

AMENORREIAS ORGÂNICAS

As diencefálicas, por meningite, tumor ou traumatismo, têm tratamento neurocirúrgico.

As hipofisárias, devidas eventualmente a um tumor, têm tratamento idêntico, como se depreende.

O exemplo mais típico das ováricas é o síndrome dos ovários rudimentares, e o seu tratamento é puramente substitutivo, à base de estrogéneos, combinados ou não com a progesterona.

Por via oral, prefere-se o etinilestradiol, durante 15 a 20 dias. Ante a intolerância digestiva, dar-se-á o dietilstilbestrol, 2 mg diários, durante 15 dias. Caso fracasse, usam-se os estrogéneos de acção prolongada, o fenilpropionato de estradiol, em injeccção única ao mês ou de duas vezes no mesmo período de tempo.

As amenorreias uterinas, por malformação, destruição ou extirpação do órgão, implicam um tratamento que consiste numa plástia vaginal. As sinéquias uterinas podem constituir outra razão importante, e nesse caso convém praticar dilatações progressivas locais.

A endometrite tuberculosa caseosa requiere, por sua vez, o tratamento antibacilar.

AMENORREIAS FUNCIONAIS

São as mais frequentes e as de cura mais fácil também.

A hipotalâmica, hipoestrogénica, tem origem na falta de gonadotrofina luteinizante. Usa-se então a gonadotrofina coriônica urinária ou, por vezes, os estrogénios e a progesterona; outras ocasiões, basta a biópsia do endométrio para romper o ciclo vicioso estabelecido.

Dentre as hipofisárias, há as que se devem a lesões funcionais de todas as suas funções ou só da gonadotrófica.

Se as atinge a todas, estamos perante um enanismo hipofisário, que dificilmente cederá ao tratamento.

Se falta só a gonadotrófica, é necessário estimular a adenohipófise, e estão indicadas as gonadotrofinas. As hormonas habitualmente usadas são coriônicas, séricas e urinárias. Mas é comum que as gonadotrofinas se empreguem em associação.

Consideram-se três séries possíveis:

1.^a — 500 a 1 000 u. de gonadotrofina sérica, durante 5 a 6 dias, seguidas de gonadotrofina urinária, na mesma forma e dose.

2.^a — As doses variam de acordo com os resultados. Se se consegue a ovulação, o tratamento mantém-se o mesmo. Se a resposta é deficiente ou nula, dobram-se as quantidades. Ante o fracasso absoluto, abandona-se o tratamento.

3.^a — Os doses de 3 000 u. de gonadotrofina sérica e 1 500 da urinária poderão fazer-se durante o mesmo número de dias.

Deverá suspender-se o tratamento quando:

- 1 — Aparecem moléstias abdominais;
- 2 — Não houver resposta depois da 2.^a série;

- 3 — Após 3 meses de tratamento sem resultados;
- 4 — Se produz reacção anafilática. Em síntese, pode dizer-se que a administração de estrogéneos para melhorar o funcionalismo hipofiso-ovário assenta em três princípios;

1 — bloqueio hipofisário com libertação de gonadotrofinas;

2 — terapêutica estimulante da hipófise;

3 — ao deixar o ovário em repouso, o estrogéneo permite que ele melhore anatómica e funcionalmente.

Contudo, deve reconhecer-se que a progesterona, provocando uma desagregação menstrual, é uma substância de grande valor psicoterapêutico, ao promover uma metrorragia após doses de 50 a 100 mg, divididas em 2 ou 5 injeccções. Outra forma de estimular a hipófise e o ovário é a administração combinada de estrogéneos e progesterona, imitando o ciclo sexual.

Pode empregar-se o etinilestradiol por cerca de 20 dias, e prosseguir depois com 50 mg diários de progesterona, ou equivalentes, durante 5 dias.

Na maioria das amenorreias da adolescência, bastam medidas de ordem geral. Se estas falham, porém, começa-se o tratamento hormonal com substâncias progestacionais, por via oral, intramuscular ou endovenosa. A progesterona oleosa, intramuscular, administra-se à razão de 25 mg diários, durante 4 a 5 meses. Os noresteroides, activos pela boca, dão-se na dose de 5 mg diários, durante 4 a 5 dias. A etiniltesterona emprega-se nas doses de 300 a 400 mg.

Se se confirma o diagnóstico de síndrome de Turner, o tratamento não se fará esperar. Em caso de dúvida entre uma puberdade atrasada e um síndrome de ovários rudimentares, a pneumopelviografia pode ter valor diagnóstico.

Quanto às amenorreias ováricas, podem ser leves ou graves. As primeiras tratam-se com progesterona oleosa, em curas cíclicas, durante 3 a 4 meses. Se fracassa, administram-se estrogéneos e progesterona. Também a radioterapia sobre os ovários ou a sua ressecção cuneiforme estão indicadas na persistência da amenorreia.

As amenorreias de origem supra-renal devem-se a hiperplasia do cortex ou a tumor da mesma área.

A cortisona provoca, em certos casos, o aparecimento dos caracteres sexuais e da menarca, e por isso há amenorreias que desaparecem pela sua acção, como as do síndrome adrenogenital adquirido.

A dose média diária é de 10 mg de prednisona ou 0,5 mg de dexametasona; mas a dose útil terapêutica deverá ajustar-se com o doseamento dos 17-cestosteroides, realizado periódicamente.

As amenorreias de origem tiroideia podem originar-se numa hipo ou hiperfunção, sendo a primeira — no hipoptiroidismo — a mais frequente. Daí que o emprego do pó de glândula dissecada ou de preparados mais purificados, se justifique nestes casos, começando-se com doses pequenas para conhecer a tolerância da doente. A dose média diária é de 0,065 g de pó ou 0,1 mg de levotiroxina ou ainda 20 a 25 g de triiodotironina. Quanto ao hipertiroidismo será passível de tratamento cirúrgico, ou das drogas antitiroideias ou do iodo radioactivo.

(Condensado por Tabora de Vasconcelos, de «La Semana Médica», n.º 19, Agosto de 1961).

COMBIÓTICO*

COMBINAÇÃO DE PENICILINA - DIHIDROESTREPTOMICINA



Fórmula 1 Grama • Fórmula 1/2 Grama • Fórmula 1/4 Grama

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.

PROFILAXIA DA GANGRENA GASOSA

P. — É possível conseguir imunização activa contra a gangrena gasosa?

R. — Seria possível preparar vacinas para imunização activa contra os vários microorganismos da gangrena gasosa, não só vacinas individuais mas também polivalentes. Porém tais vacinas não são hoje necessárias pois a cirurgia e os antibióticos conseguem dominar efectivamente a gangrena gasosa. A excisão da ferida é a medida profilática mais importante e nunca, seja sob que pretexto for, se deve adiá-la sem necessidade. Pode associar-se ao tratamento cirúrgico a profilaxia por soros — usam-se a antitoxina da gangrena gasosa e, mais comumente, a antitoxina polivalente da gangrena gasosa.

DEFICIÊNCIA EM PROGESTERONA E ABORTO

P. — Qual o interesse em administrar progesterona a uma mulher, ainda nova, que teve duas gestações terminadas cerca de oito semanas e que deseja muito ter um filho?

R. — O aborto aos dois meses deve-se, a maioria das vezes, a alguma deficiência no desenvolvimento do ovo fertilizado, excluídas as doenças gerais graves (por exemplo, a diabetes) e as anomalias locais (por exemplo, malformações congénitas do útero). Nunca foi demonstrado que a deficiência de progesterona constituísse factor causal importante, por isso a administração dessa

hormona só se justifica se a continuidade da gravidez estiver ameaçada por tal deficiência. Infelizmente, porém, não há maneira de se descobrir na prática e sempre com confiança a deficiência em progesterona — temos assim de usar a determinação da taxa do pregnandiol da urina, que é um metabolito da progesterona.

Esta determinação deve fazer-se todas as semanas durante as primeiras 14 semanas da próxima gravidez da paciente referida na pergunta. Se a taxa for abaixo do normal prescreva-se um dos vários progestogéneos sintéticos orais.

EOSINOFILIA TROPICAL E INFECÇÕES PARASÍTICAS

P. — Existe alguma relação entre a eosinofilia tropical e a microfilaria? Qual o melhor e mais barato tratamento da eosinofilia?

R. — Possuímos agora bastantes elementos para podermos afirmar que a chamada eosinofilia tropical resulta muitas vezes do período de invasão das infecções por filarias humanas ou animais ou por helmínticos do intestino. Sempre que possível tais casos devem ser muito bem estudados e, se necessário, seguidos durante três a seis meses, pois pode acontecer não se encontrarem microfíliarias ou ovos do parasita implicado até que tenha passado aquele intervalo de tempo.

O tratamento depende da causa. Se a condição for provocada por filarias, o medicamento mais satisfatório é a dietilcarbamazina (2 miligramas por quilo de peso, três vezes ao dia, durante 2 a 4 semanas).

(COLIGIDAS POR G. G.)

SUMÁRIOS DA IMPRENSA MÉDICA NACIONAL

(ARTIGOS ORIGINAIS)

Dos periódicos ultimamente aparecidos:

«SEMANA MÉDICA»

(29-10-1961): O valor da microangiografia na investigação (AYRES DE SOUSA); Anatomia Patológica, evolução histórica e novos horizontes (VAMONA SINARI); Hematologia da esquistossomiase mansoni (HERMAN WUANI e TÚLIO VILLALOBOS CAPRILES).

«JORNAL DO MÉDICO»

(28-10-1961): O «aspergiloma» calcificado (T. CORTEZ PIMENTEL); Insuficiência renal aguda (JACINTO SIMÕES).

«PORTUGAL MÉDICO»

(Setembro-Outubro de 1961): A cancerose em Portugal (ALMEIDA GARRETT); Dificuldades no diagnóstico das ictericias (JORGE PEREIRA DE LIMA e LUÍS ALBERTO FAGUNDES).

«JOR. DA SOC. DAS CIEN. MÉD. DE LISBOA»

(Outubro de 1961): Aspectos epidemiológicos da poliomielite em Portugal (ARNALDO SAMPAIO e outros); Estirpes de vírus da poliomielite isoladas no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge (LAURA AYRES e outros); Proteinograma no L.C.R. (M. TRINÇÃO e outros); Ensaio sobre a patogenia da doença de Wilson (S. F. GOMES DA COSTA e outros); Variações do equilíbrio electrolítico no post-operatório da cirurgia pleuro pulmonar (JOAQUIM A. TEIXEIRA DA COSTA); Organoacidúria do Síndrome de Lowe (S. F. GOMES DA COSTA e J. A. FILIPE DA SILVA); Distrofia miotónica — patologia química (E. MIRANDA RODRIGUES e outros).

«JORNAL DE ESTOMATOLOGIA»

(Julho-Agosto 1960): Fisioterapia (ASCENSO DE MAGALHÃES); Microcancros da boca (LUÍS HORTA e COSTA); A Liga Portuguesa de Profilaxia Social na assistência estomatológica (ANTÓNIO EMÍLIO DE MAGALHÃES); A nova jornada (PACHECO NEVES); O desajoro (CABRAL ADAO); Um dente na arte e na história de Portugal (ASCENSO DE MAGALHÃES); Ao correr da pena (REINALDO DE ALMEIDA).

O DÉBITO À CAIXA

Na entrevista que o presidente da Caixa de Previdência dos Médicos Portugueses concedeu a este Jornal, fez referência à avultada importância que os médicos em 30 de Abril de 1959 deviam de quotizações à Caixa. Elevava-se ela a mais de mil e seiscentos contos, verba demasiado expressiva para não merecer um comentário pertinente, igual, pelo menos, ao que foi feito pelo Presidente da Caixa, na referida entrevista.

Como desconheço se essa importância se modificou para mais ou para menos depois dessa data, vou tomá-la como ponto de partida das minhas considerações que eu começo por uma pergunta concreta: Que significado tem este débito? O de um desacordo com os fundamentos que estruturam a Caixa ou o de uma falta de capacidade económica dos médicos para suportar o peso das contribuições que lhes são pedidas?

Sabe-se que há quem não concorde com a existência da Caixa e já tenha proposto a sua extinção. Entendem os proponentes que os benefícios por ela distribuídos não têm a amplitude desejada e representam um sacrifício que, mesmo aqueles que o podem suportar, aguentam de má cara. Representa, sobretudo, uma obrigatoriedade que repudia aos espíritos livres e é sempre um ponto de partida para desacordos maiores, especialmente entre aqueles que definem o liberalismo da profissão como uma cidadela inexpugnável, onde tremeluz apenas a sua capacidade de decidir.

Tudo, portanto, que seja violentar o seu livre arbítrio opera uma reacção que forçosamente conduz a um desacordo especulativo, assente em razões mais ou menos ponderosas, ou a uma atitude objectiva e clara, como seja, por exemplo, o não pagamento das contribuições. Ambos se têm observado, mas como o primeiro é inoperante, refugiam-se no segundo, e deixam de pagar não só como forma de manifestar a sua opinião, mas, sobretudo, para provocar um colapso que possa conduzir a Caixa à falência.

A outra razão é mais chã, mas nem por isso menos verdadeira. Quantos médicos terão uma autêntica capacidade económica para suportar, sem sacrifício, as contribuições que pagam à Caixa? Poucos, muito poucos. Tirante aqueles que disfrutam duma larga clínica, ou os que possuem uma tranquilizante fortuna pessoal, ou os que são amamentados por sete ou oito empregos chorudos, a maior parte vegeta numa mediocridade de funcionário aposentado, se tem a felicidade de possuir um emprego onde possa ir buscar o essencial para sustentar a sua economia doméstica. Porque se não tem e procura governar-se com uma clínica particular que corre para os grandes nomes como a água dos rios para os mares, está mal de sorte. Se quiser sobreviver tem de se oferecer para chaufer, para contínuo de qualquer repartição ou para trabalhos subalternos, como às vezes se vê em anúncios de jornais, deixando para a Medicina umas vagas horas

que, à falta de doentes, nunca chegam a preencher completamente.

Ora se estes proletários da Medicina não têm possibilidades económicas de manter um trem de vida decente, como se podem dar ao luxo de garantir o futuro na velhice com contribuições arrancadas ao pedaço de pão que é seu sustento, ou legar, por morte, um subsídio que lhes custa uma vida de misérias? Sabem lá eles se chegam a velhos ou mesmo se têm herdeiros a quem legar? Sabem apenas que não têm dinheiro para pagar, e que portanto não pagam. Que lhes importa a eles estarem a dever, se o débito representa apenas a ameaça da falta dum subsídio para uma hipotética velhice, ou de nada darem a uns herdeiros que talvez não apreciassem a dádiva pela sua insignificância, ou de verem o seu nome nos jornais com a notícia de que estão incursos no artigo tal, parágrafo tal do Regulamento da Ordem dos Médicos, e que portanto não podem exercer clínica? Que lhes importa a proibição de não fazer o que já não fazem?

Onde não o há, el-rei o perde, dizia-se antigamente. Mas os tempos mudaram e agora não é o rei quem o perde — é a Caixa. E perde-o porque ainda não conseguiu alcançar uma colaboração de entidades que beneficiassem os médicos, permitindo-lhes contribuições mais suaves. Toda a previdência é mantida por eles, quando nas outras Caixas há a entidade patronal a contribuir ou outros recursos a possibilitar a diminuição dos encar-

ANGIMADE

FORTÍSSIMO • ADULTOS • CRIANÇAS

gos. Lê-se, na referida entrevista, que a Caixa de Previdência dos Advogados recebeu em 1959 uma ajuda supletiva de Esc. 4.000.000\$00 referente a parte da importância arbitrada a título de procuradoria e das remunerações «a que se refere o art.º 70 do código das custas judiciais».

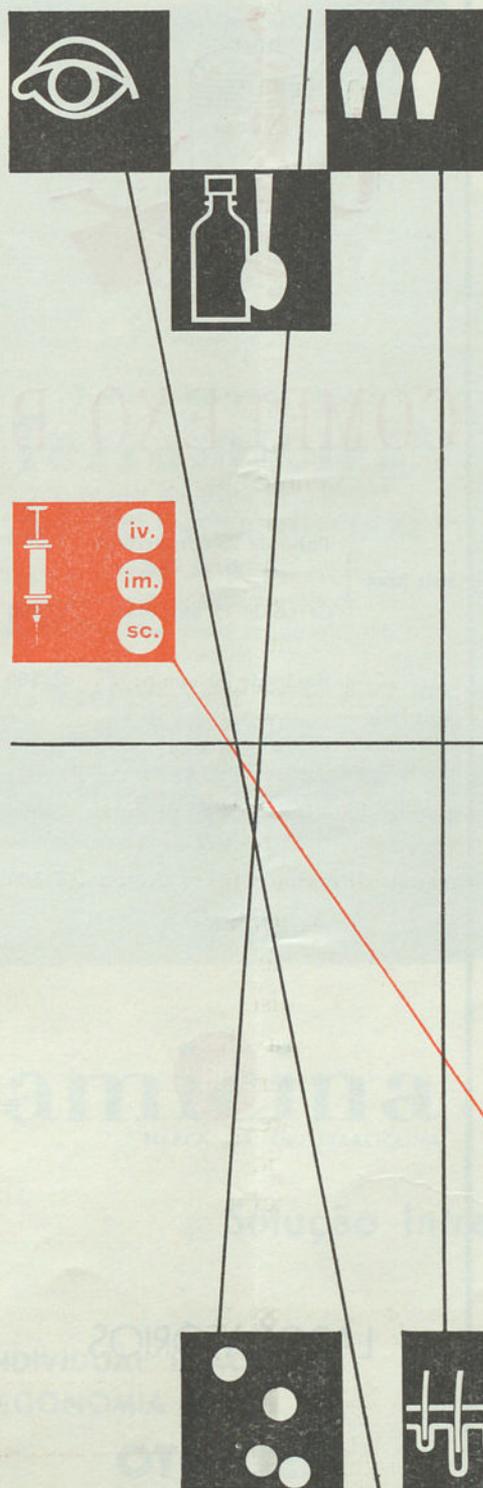
Ora se a Caixa de Previdência dos Advogados conseguiu uma solução para tornar mais suaves as contribuições dos seus beneficiários, (Seria altamente esclarecedor saber a quanto montam as dívidas dos advogados à sua Caixa) por que é que a nossa Caixa não consegue arranjar também uma receita suplementar que minore os encargos que sobre nós recaem? Será assim tão difícil? É natural, dadas as circunstâncias em que opera a profissão. Mas difícil, não quer dizer impossível, sobretudo quando há vontade de realizar. Se se deixar o problema entregue a si próprio, é que as perspectivas continuarão fechadas — os débitos aumentarão e o número dos descontentes há-de ser cada vez maior. Tudo se irá conjugando não apenas para tornar a vida da Caixa difícil, mas o seu futuro sombrio, quase votado ao insucesso. Porque a continuar a progressão dos débitos, os mil e seiscentos contos passarão a dois, três ou quatro mil, num montante cada vez mais irre recuperável — o devedor de pouco, se já tem dificuldades de pagá-lo, maiores terá quando for muito. Boa política, portanto, será evitá-lo. Mas como se, pelo que se lê na entrevista, o número de médicos em atraso, em 1959, já subia a mil duzentos e setenta e oito? Admitindo mesmo que esse número não tenha aumentado, o que é pouco provável, basta que continue a não pagar para que o débito cresça numa progressão que destroi quaisquer esperanças de o recuperar.

Onde não o há, a Caixa o perde, repito. Só não o perderá se conseguir passar a dar aos médicos mais do que o que deles recebe, por mais paradoxal que pareça a afirmação. Se o conseguir por intermédio duma receita semelhante à que beneficia os advo-

gados, os que dela desconfiam e se negam a dar-lhe qualquer contribuição, passarão a ser os primeiros a contribuir de bom grado para o seu bom êxito. Deixará de haver queixumes, faltas de pagamento e esses votos desesperados que se formulam para a extinguir. Haverá, pelo menos, uma melhor compreensão nas suas possibilidades e uma maior confiança nas

ajudas que ela pode dar quando surgir a necessidade de a ela recorrer. E, afinal, não é isso o que todos desejamos quando levantamos queixumes, deixamos de pagar as quotas ou propomos simplesmente a sua extinção? Se é, mãos à obra e continuemos para diante.

JOAQUIM PACHECO NEVES



**Para todas
as prescrições do
cloranfenicol**

Paraxine®

**Drageias
Comprimidos
Xarope seco
Supositórios
Pomada
Pomada oftálmica**

**Nova forma
de aplicação
<Solu-Paraxine>**

ECOS E COMENTÁRIOS

ANAMNESE E ROTINAS
LABORATORIAIS

NINGUÉM porá em dúvida que concedemos, como todos os médicos, cada vez maior importância ao conjunto de exames e de auxílios de toda a ordem que costumam designar-se como elementos auxiliares de diagnóstico.

Ninguém duvidará também de que queiramos pôr em causa a importância e a oportunidade das consultas de medicina preventiva; nem tão pouco a vantagem do revelar precoce de tantos morbos que, ainda hoje, só podem ser dominados eficientemente quando descobertos na fase inicial, diríamos pré-clínica, da sua evolução.

★

Por isso mesmo nos não pareceu pròpriamente arriscado conceder relevo a um trabalho recentemente publicado na «Rassegna Médica» (1-XXVIII-61) por autorização da conceituada «The Medical Clinics of North America».

★

Refere-se este a um «exame sistemático de indivíduos aparentemente sãos e reconhecimento de doença» efectuados por dois professores da escola médica da Universidade de Chicago.

Em resumo, levaram-se a cabo, em determinado número de indivíduos aparentemente saudáveis e durante cinco anos, número apreciável de exames.

«Os diagnósticos foram classificados do seguinte modo: 1) confirmação do diagnóstico anterior ou diagnóstico novo; 2) no caso de diagnóstico novo, o interrogatório, o exame físico ou os tests laboratoriais indicaram ou não o diagnóstico. Esta última divisão permitiu avaliar a utilidade dos tests no exame de rotina».

Os resultados vêm no artigo em causa agrupados em seis tabelas. Mas, o que importa assinalar, em relação ao conjunto como em relação a cada uma destas, é que a anamnese e o exame objectivo permitiram em regra evidenciar um número de condições patológicas pelo menos duplo daquele que fora revelado pela aplicação da rotina dos exames de laboratório.

De facto, em relação a processos gastro-intestinais, para um total de 117 diagnósticos, a rotina de laboratório só contribuiu com 48%. E se no caso das doenças cardiovasculares, a percentagem foi ainda de 30% ela caiu a 5,7% perante a patologia respiratória e não atingiu 25% no caso do aparelho génito-urinário.

Acresce ainda, como no artigo referido se diz, que «a despesa, a

maçada e o possível risco proveniente de uma série de radiografias do aparelho digestivo na altura de cada inspecção não as tornam facilmente justificáveis num plano de inspecção sanitária periódica» e apetece acrescentar que o mesmo se poderia afirmar em relação a tanto exagero de «tests» que uma pretensa profilaxia de massas exige; basta rememorar a ignorância com que se usa e abusa de métodos tidos como inócuos e de que ulteriores e mais ponderados conhecimentos

vêm demonstrar tardiamente as consequências. O torostrate é um paradigma, a repetição de micro-radiografias de simples rastreio está já a ser outro...

★

Tudo isto que, como a sua autoridade de professores universitários, nos vêm os AA. trazer, e que é pouco ainda sob o ponto de vista estatístico dado o número limitado de casos com que houveram de trabalhar, assume todavia significado especial que importa assinalar.

De facto, ressalta deste estudo, mesmo no campo da medicina preventiva e dos exames sanitários que ela implica, o altíssimo valor do interrogatório, da anamnese, do exame objectivo; em suma, do contacto directo, se não quisermos dizer do colóquio singular... Ressalta deste estudo a vantagem dos dados colhidos por este clássico tipo de exame em relação àqueles que nos fornecem apenas as rotinas laboratoriais. E ressalta ainda, com não menor evidência, que o exame objectivo e a anamnese correspondem melhor do que quaisquer outras rotinas, só por si, àquilo que os mesmos professores da Universidade de Chicago entendem por «consulta ideal»; esta se definindo como aquela que «faculta a descoberta do maior número possível de situações patológicas curáveis com o mínimo de esforço, tempo e despesa para o indivíduo examinado, para o médico e para o pessoal técnico».

Ora, se isto assim é no âmbito de certo modo impessoal da medicina preventiva, se isto se apresenta assim no sector da profilaxia em que a unidade de trabalho é o grupo, que dizer no campo tão diverso da medicina curativa, em que a unidade de trabalho é o doente?

Que dizer do valor dos elementos que só o contacto humano directo pode facultar, quando eles se revelam de tão alto valor na própria medicina preventiva? Que pensar do significado e do valor da colaboração confiante do enfermo com o seu médico, quando eles se revelam de tão singular interesse mesmo no âmbito de uma rotina de exames sanitários, perante indivíduos supostamente saudáveis?

★

De onde devermos talvez chamar a atenção de todos os responsáveis pela organização da Medicina para duas ou três verdades essenciais que os slogans de nada têm denegrido.

Primeiro, para o erro de minimizar o contacto humano no âmbito das actividades médicas; depois, para o irrealismo das soluções ba-



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 2 cc.	25\$00
Reforçado —		Boião de 20 cápsulas	35\$00
Xarope —		Frasco de 170 cc.	24\$00



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

AGORA

em frasco multidose de 10 c. c.
(rolha perfurável)

Injeção diária



Terramicina

MARCA DA OXITEHRACILINA

Solução Intramuscular

PERMITE

DOSE INDIVIDUAL EXACTA
MAIOR ECONOMIA

seadas exclusivamente no primado técnico; por fim, também, para o risco de basear os cuidados médicos em orgânicas de massa, em colectivações assistenciais que impõem fundamentar o diagnóstico e assentar a terapêutica em uma ou duas perguntas e em meteóricos exames de série, por mais apoiados que se suponham em arsenais de instrumentos ou em baterias de laboratórios...

★

Da América saturada de tecnicismo nos vem esta prevenção: possamos nós entendê-la, de modo que venhamos a estender ao maior número o tipo de cuidados médicos a que só poucos hoje terão acesso, em vez de alargar a todos a massificação assistencial a que hoje, infelizmente, ainda tantos estão adstritos.

M. M.

ECOS DA IMPRENSA LEIGA

CAMPANHA ELEITORAL

Desde o último número de «O Médico», vimos, na imprensa diária (noticiário referente à actual campanha eleitoral) o que a seguir reproduzimos, no que diz respeito a problemas sanitários. Por ordem de publicação nos jornais:

Comunicado da União Nacional (com referência ao que arquivamos no número anterior de «O Médico» sobre o teor dum comunicado da Oposição de Aveiro):

Sirva de exemplo a apreciação feita à previdência social no comunicado dos candidatos oposicionistas de Aveiro; dir-se-ia, neste caso, que concordaram com o Governo, pois este, como é sabido, decidiu-se já a abandonar o vigente sistema de capitalização; a ampliar o esquema das prestações imediatas das Caixas de Previdência, a aperfeiçoar os Serviços Médico-Sociais, a alargar os quadros clínicos e de enfermagem, a eliminar as restrições dos meios terapêuticos e de diagnóstico e a planificar, na medida das nossas possibilidades, uma solução do problema habitacional.

Parece que, se os candidatos oposicionistas de Aveiro fossem fiéis ao espírito de discordância apregoado no manifesto comum por eles subscrito, deveriam, ao contrário do que fazem, defender a manutenção do actual regime financeiro da previdência, a estagnação dos esquemas de benefícios e dos quadros e o retardamento dos planos de fomento da habitação. Só assim seriam lógicos, isto é, só assim, estariam na matéria, em desacordo com a política que vigorosamente vem sendo praticada.

4—Com efeito, dada até a divulgação que o assunto teve oportunamente, todos os interessados poderiam saber, além do mais, o seguinte:

a) — A proposta de lei relativa à reforma da previdência foi já apreciada pela Câmara Corporativa e vai, dentro em breve, ser discutida na Assembleia Nacional. Nesse documento, do maior alcance social, prevê-se a alteração do regime financeiro das Caixas no sentido de repartição, de modo a permitir, sem prejuízo dos direitos adquiridos pelos beneficiários à face dos regulamentos em vigor, a ampliação das prestações de protecção na doença e a criação do seguro de maternidade e do seguro de tuberculose.

b) — Por outro lado, ainda no ano findo e no começo do ano corrente, e sem se esperar pela aprovação daquela proposta de lei, foi determinado o importantíssimo alargamento dos esquemas da previdência, ao qual a Imprensa fez referência desenvolvida. Foram particularmente notados o alargamento da assistência médica e farmacêutica aos reformados por invalidez e velhice e aos familiares dos beneficiários, a extensão de direito do abono de família e das suas modalidades complementares, a eliminação das restrições iniciais ao recetário, a criação de Caixas Regionais de Previdência, entre as quais a de Aveiro, a fundação da Federação das Obras Sociais a que se assinalam novos e relevantes objectivos, e a expansão do seguro social a mais vastos sectores da população, como os da construção civil, etc..

c) — Segundo o que consta do boletim da Federação dos Serviços Médico-Sociais de Janeiro do corrente ano, o número dos seus enfermeiros aumentou em mais de 30 por cento, as despesas de acção médico-social em mais de 60 por cento e em cerca de 100 por cento o número de médicos ao serviço daquele organismo, sem contar com o expressivo desenvolvimento registado em consequência dos acordos por este celebrados com as Casas do Povo.

d) — A previdência aplicou ainda na construção de casas económicas, de renda económica ou no regime de empréstimos cerca de um milhão de contos e está a investir outro milhão de contos na execução de programas habitacionais estabelecidos ao abrigo de uma legislação moderna caracterizada pela sua feição prática e por um espírito eminentemente social.

Por exemplo, a Lei n.º 2092, de 9 de Abril de 1958, e o Decreto-Lei 43 186, de 23 de Setembro de 1961, marcam passos dos mais decisivos na luta contra a crise de alojamento das classes trabalhadoras.

5—Conhecendo ou não estes aspectos do grande surto renovador da política de protecção ao trabalho, não há dúvida de que a todas as realizações sociais levadas a cabo pelo regime, sob inspiração do espírito corporativo, «as oposições têm oposto» e, como prometem, continuarão a «opor» «ataque, contestação e discordância».

Mesmo quando há conformidade entre as aspirações que formulam e as intenções e iniciativas do Governo, as «oposições» reivindicam sempre como se nada tivesse sido feito e negam invariavelmente, recusando à obra erguida ou em curso a mínima palavra de justiça.

Contrista dizê-lo, mas a verdade não é outra.»

★

Do «Programa para a Democratização da República» — Saúde Pública:

1—O direito à saúde inscreve-se no quadro dos direitos dos cidadãos, a que se faz corresponder a obrigação social de assegurar a sua existência e salvaguarda. Em todo o sistema de ideias ordenador das regras relativas a este problema deverá ter-se como pensamento orientador, mais do que combater as doenças, o de defender a saúde, como direito individual e como bem social.

2—A defesa da saúde pública tem que ser considerada nas suas implicações com os problemas da alimentação habitacional, instrução e meios de transporte. Reconhece-se, pois que se trata de problemas de natureza política, para os quais só poderá encontrar-se solução justa, integrando-se no quadro da renovação geral da vida portuguesa.

3—A reforma a empreender no domínio da saúde pública deverá assentar num plano escalonado ao longo de períodos plurianuais a determinar. Na sua elaboração, cujas directrizes e regras de-

verão estabelecer-se de acordo com os objectivos que neste documento se determinam, serão ouvidos os organismos médicos através dos seus corpos especializados e tendo em atenção os estudos já empreendidos.

4—Entende-se que o primeiro problema que deverá ser considerado é o que se refere à carência de pessoal, actualmente desencorajado com as insuficiências do meio, falta de estímulo e de condições de trabalho. Neste sentido, deverá encarar-se, para um período imediato de dois anos medidas de emergência destinadas:

a) — a aliviar esses «déficits», especialmente pela revisão das condições de remuneração de trabalho e de preparação dos médicos, do pessoal de enfermagem e do pessoal técnico auxiliar;

b) a preparação de planos, convenientemente antecipada, para que findos os dois anos, se dê início à sua execução;

c) a preparação de condições básicas para que o plano possa efectivamente executar-se sem lapsos nem sobressaltos.

5—A análise dos problemas relativos à saúde pública e os estudos das suas soluções deverão encarar-se em simultaneidade com as reformas do ensino, tanto pelo que diz respeito às Faculdades de Medicina como às escolas de enfermagem de preparação do pessoal técnico auxiliar.

6—A organização social do sistema de instalações hospitalares deverá orientar-se tendo em conta a área a abranger e a sua população, pelo desenvolvimento da rede de comunicações, tendo presente a ideia de que, num país de superfície e de recursos limitados, será mais barata e mais eficiente a existência de meios rápidos de transporte para acesso aos grandes centros de saúde do que prolongar, manter ou mesmo tentar simplesmente melhorar a actual dispersão discriçionária de edifícios de propósitos hospitalares, mas que efectivamente não dispõem de pessoal, nem de dimensões, nem de equipamento para uma assistência rápida e eficaz.

7—Constituir-se-ão brigadas móveis de assistência clínica, tanto como a finalidade de socorros urgentes como com o objectivo de uma acção permanente de carácter preventivo. A mobilidade das brigadas de socorro urgente será assegurada através de recursos e meios modernos de transportes, incluindo os que utilizam a via aérea que, sendo caso disso, conduzirão rapidamente os doentes ou sinistrados aos grandes centros hospitalares dotados de ampla capacidade de acção. Pelo que diz respeito às brigadas de medicina preventiva, incumbe-lhes promover o combate metódico e persistente às endemias que continuam a onerar gravemente as taxas de mortalidade geral do País das mais altas da Europa.

8—Promover-se-á a unificação dos serviços de saúde, eliminando a dispersiva e dispendiosa duplicação actualmente existente, através dos dois sistemas dependentes dos Ministérios da Saúde e das Corporações.

9—Eliminar-se-á o carácter político da acção empreendida pela organização dependente da actual Federação das Caixas de Previdência, fonte de financiamento de obras cuja finalidade nada tem que ver com o carácter de assistência e previdência atribuído à quotização compulsiva do patronato e do trabalhador.

10—Serão completamente revistas as actuais condições da indústria e comércio de produtos farmacêuticos, actividade que não pode entender-se subordinada a simples propósitos de carácter lucrativo.

11—Serão facilitadas condições para a reunião de congresso nacional dos médicos no qual sejam debatidos os estudos

UMA REVELAÇÃO DA CIÊNCIA JAPONESA

O MAIS RECENTE DERIVADO DA MONOSEMICARBAZONA DO ADRENOCROMO, SEM NENHUM DOS SEUS INCONVENIENTES

DELTA DONA (AC-17)

Agente hemostático e reforçador capilar

VANTAGENS:

- **Maior rapidez de acção**
- **50 vezes mais solúvel**
- **Muito menos tóxico**
- **Pela primeira vez**, aplicação ENDOVENOSA, INTRAMUSCULAR e ORAL, em doses maciças, sem qualquer inconveniente.
- **Mais potente nos seus efeitos**
- **Campo de acção mais vasto** (hemostase, prevenção do choque por hemorragia grave, manutenção do plasma sanguíneo, profilaxia para o abaixamento da pressão sanguínea, hipotensão ortostática, tratamento da diátese hemorrágica, prevenção e restabelecimento da fadiga, asma alérgica, urticária, enregelamentos, etc.)
- **Não possui qualquer influência sobre a pressão sanguínea**, pulsação, respiração, contracção dos vasos sanguíneos e tempo de coagulação, ainda que possua a mais potente acção hemostática e evite a hemorragia.
- **Não tem qualquer influência sobre a constituição sanguínea**, o que permite utilizá-lo sem o menor inconveniente.

APRESENTAÇÃO:

PÓ ORAL a 1% — Embalagens de 10 e de 25 grs.

INTRAMUSCULAR — Embalagens de 3 e de 10 amp. de 2 c. c. (10 mg.)

INTRAVENOSO — Embalagens de 3 e de 10 amp. de 5 c. c. (25 mg.)

Preparado nos Laboratórios Químico-Biológicos DELTA

Massamá - Queluz

Sob licença exclusiva de TANABE SEIYAKU, CO. LTD.

Osaka — Japão

MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA SOBRE CASAS DE SAÚDE

Do Gabinete do Sr. Ministro da Saúde e Assistência recebemos o texto seguinte referente a uma portaria sobre Casas de Saúde:

De há muito se fazia sentir entre nós a falta de um regulamento fixando as condições mínimas de funcionamento das casas de saúde particulares.

Apesar do crescente desenvolvimento da rede hospitalar, às casas de saúde compete um papel muito importante na cobertura sanitária do país. Representam o contributo da iniciativa privada para essa cobertura e, se também entre elas se contam algumas unidades marginais e por isso mesmo condenadas, o certo é que muitas dispõem de serviços bem montados e até, em vários casos, excelentemente apetrechados para as finalidades a prosseguir.

O presente regulamento, que se desejou bastante maleável até por ser o primeiro nesta matéria, visa não só assegurar um nível mínimo de eficiência técnica às unidades a criar, como também melhorar as que já existem e não têm ainda condições adequadas a um funcionamento conveniente. Espera-se poder contar com a compreensão dos proprietários destas últimas, no sentido de que rapidamente lhes corrijam as deficiências, pois nelas se prosseguem finalidades tão directamente relacionadas com a vida e a integridade humana que não seria adequado deixar estas sujeitas a riscos desnecessários. — Mas trata-se de casos excepcionais, em que, honra lhes seja, os médicos e o mais pessoal têm procurado suprir as deficiências à força de dedicação.

Preparadas em estreito contacto com a Ordem dos Médicos, estas instruções decerto reforçarão a confiança, por parte do público, relativamente às casas de saúde particulares e servirão para lhes definir condições de funcionamento tão amplas quanto a iniciativa privada postula, dentro dos limites traçados pela defesa do bem-comum.

As presentes instruções vigorarão pelo prazo de um ano, findo o qual deverão ser revistas, se necessário, à luz da experiência obtida.

Nestes termos, e tendo em vista o art.º 15.º, n.ºs 4.º a 6.º, do Decreto-Lei n.º 35 108, de 7 de Novembro de 1945, manda o Governo da República Portuguesa, pelo Ministro da Saúde e Assistência, que a autorização de abertura

e o funcionamento das casas de saúde, pelo que respeita à competência da Direcção-Geral de Saúde, sejam reguladas pelas seguintes instruções:

I — DISPOSIÇÕES GERAIS

1.º — Para efeitos desta portaria, consideram-se casas de saúde todos os estabelecimentos não oficiais sob qualquer designação, em que sejam internados e tratados doentes, convalescentes, depauperados, grávidas ou puérperas.

2.º — A abertura de casas de saúde é livre, observadas as disposições do presente diploma e desde que não sejam lesados interesses locais dignos de protecção.

II — DAS INSTALAÇÕES

A) Disposições preliminares

3.º — A lotação mínima das casas de saúde é de trinta camas.

Em casos especiais, devidamente justificados, poderá ser permitido um número inferior de camas, mas nunca menos de dez.

3.º — O edifício onde a instalação se verificar deve ser totalmente ocupado pela casa de saúde, salvo não sendo superior a dez camas a respectiva lotação excepcionalmente autorizada nos termos da última parte do número anterior.

5.º — Havendo, além dos serviços de medicina e cirurgia geral, serviços de clínica obstétrica, os locais destinados a tais serviços não podem ser comuns.

6.º — O internamento de doentes infecto-contagiosos ou de doentes mentais apenas poderá fazer-se em dependências isoladas e apropriadas para o efeito.

B) Acomodações dos internados

7.º — Os internados consideram-se acomodados em quartos ou em dormitórios, consoante o forem ou não individualmente. Cada dormitório não poderá ter mais de seis camas.

8.º — A cubagem mínima dos quartos é de vinte e cinco metros cúbicos e a dos dormitórios de dezoito metros cúbicos por cama, sendo de um metro e vinte centímetros a distância mínima a manter entre estas.

9.º — Todos os quartos e dormitórios deverão ter assegurados arejamento, iluminação e exposição ao sol directa em

condições satisfatórias. Sendo adoptados meios mecânicos de arejamento, não deverão estes ser causadores de perturbação para os internados, em qualquer época do ano.

10.º — A construção das paredes, tetos, divisórias e portas e o revestimento dos pavimentos de acesso às várias dependências deverão assegurar a insonorização dos quartos e dormitórios.

11.º — Os internados devem dispor de lavabos em número suficiente, com água corrente, fria e quente, podendo os que correspondam aos dormitórios ser instalados em dependências contíguas ou muito próximas deles.

12.º — Por grupo de seis doentes ou fracção, deverá haver uma retrete e, em cada pavimento, pelo menos uma casa de banho com tina e cuba de chuveiro.

13.º — O mobiliário individual mínimo dos internados constará de cama, mesa de cabeceira e duas cadeiras, sendo uma adequada ao repouso. Cada internado deverá dispor de guarda-roupa, como móvel ou armário de parede.

14.º — O sistema de sinalização nos quartos e dormitórios deverá permitir a rápida chamada do pessoal de serviço.

15.º — Em cada quarto ou dormitório haverá uma lâmpada de vigia.

C) Serviços clínicos e auxiliares em geral

16.º — Salvo havendo ascensor adequado, é obrigatória a existência, em cada andar, de uma sala de consultas mobilada convenientemente. As salas de curativos poderão também ser utilizadas para esse efeito.

17.º — Os medicamentos de urgência deverão ser acondicionados em instalação apropriada, com a devida segurança para os tóxicos e estupefacientes.

18.º — Sem prejuízo da livre escolha do internado ou do médico assistente, as casas de saúde deverão dispor, sempre que possível, de um gabinete de raios X e um laboratório de análises clínicas, convenientemente instalados, com ou sem quadro clínico exclusivo.

D) Serviço de cirurgia

19.º — Desde que a cirurgia esteja incluída na actividade da casa de saúde, esta deverá dispor de bloco operatório.

Tratando-se de pequena cirurgia ou de pensos, bastará uma sala de curativos.

e projectos até agora elaborados pelas assembleias regionais da respectiva organização profissional, entendendo-se que os votos desse congresso contribuirão para a normalização democrática da actividade da Ordem dos Médicos e constituirão, assim como os estudos paralelos que vierem a fazer-se relativamente à preparação e ao exercício da profissão de enfermagem, elementos a considerar para a elaboração do Plano Nacional de Saúde.»

O PÉ DESCALÇO

Do «Diário do Norte»:

Dignosticado o mal, conhecidas as suas causas, evidenciados os malefícios do seus efeitos, parece que não deveriam subsistir quaisquer óbices a uma com-

pleta extinção do «pé descalço. A verdade, porém, e mau grado todas as regulamentações produzidas com o objectivo de obstar à sua prática vergonhosa e anti-sanitária, é que o «pé descalço» é ainda um «caso triste» da ambiência portuguesa mórmente aos meios rurais, pelo qual devem responsabilizar-se todos aqueles que, devendo exercer uma missão saneadora e repressiva, não o fazem, por desinteresse, apatia, sentimentalismo piegas ou cómodo conformismo com o «statu quo».

Muitas das boas vontades que a Liga Portuguesa de Profilaxia Social tem despertado, no decorrer dos anos, no seio de dirigentes que à campanha contra o «pé descalço» votaram uma atenção e um interesse dignos de todo o louvor, — frequentemente vêm o seu trabalho paralizado ou em franco retrocesso pela falta de continuidade com que os que

lhes sucedem nos cargos procuram reprimir os males. Dirigentes tais só desserem os interesses da Pátria, pois a sua presença tem o condão de tornar estéril o trabalho dos outros e de relegar, para a sua acuidade inicial problemas que, com um esforço mínimo, há muito poderiam estar solucionados de vez.

Mas tudo isto vem a propósito de uma nota que recentemente nos foi fornecida pelo Ex.mo Director do Hospital Joaquim Urbano, do Porto, que nos dá conta dos casos de tétano veiculado pelo «pé descalço» tratados naquele estabelecimento durante o 1.º semestre de 1961. Em 20 internamentos, registaram-se 10 mortes. Para igual período do ano transacto, os números foram, respectivamente, de 15 e 5. Uma conclusão ressaltava evidente: — Não se progride em benefícios; retrocede-se criminosamente.

Comentários, para quê?

um estéeroide dotado de intensa acção
anabolizante e activo por via oral

ORANABOL

4 - hidroxí - 17 - α - metiltestosterona

LICENÇA FARMITÁLIA

● Um produto de largo emprego em todas as situações de medicina geral e cirurgia em que é necessário estimular o metabolismo proteico e, portanto, obter um aumento da massa muscular e um efeito reconstituente.

APRESENTAÇÃO:

ORANABOL 5 - Frasco de 20 comprimidos doseados a 5 mg
ORANABOL 20 - Frasco de 12 comprimidos doseados a 20 mg
ORANABOL GOTAS - Frasco de 12,5 cm³ de solução estável - doseada a 12 mg/cm³



VENDA NOVA **laboratórios vitória** AMADORA

Arteriosclerose em todas as suas formas

L I O S O L

Resultados comprovados.

Sem efeitos secundários.

LABORATÓRIOS "CELSUS"
LISBOA

20.º — O bloco operatório será constituído por um mínimo de cinco compartimentos, destinados respectivamente a sala de operações, sala de anestesia e recuperação, sala de preparação para o material operatório, sala de esterilizações e sala (ou salas) de preparação para os médicos. Quando possível e conveniente, poderá ser exigida uma sala de operações para cirurgia séptica.

21.º — Em princípio, os blocos operatórios não devem ter janelas e serão dotados de ar condicionado. Quando assim não seja, porém, as janelas devem ter vãos adequados, as portas de comunicação com a sala de operações fecharão automaticamente e, dentro desta, a concordância entre as paredes, o tecto e o pavimento deverá ser em curva com um raio de, pelo menos, oito centímetros.

22.º — Além do sistema normal de fornecimento de energia eléctrica, o bloco operatório deve dispor de um sistema privativo de recurso, em termos de entrar a funcionar automaticamente e sem interrupção, nos casos de eventual suspensão do primeiro.

23.º — As salas de curativos devem dispor de uma dependência dotada de incinerador para pensos conspurcados. No bloco cirúrgico e nas salas de curativos, devem existir canos de descarga em comunicação com os incineradores e com os depósitos de roupa suja.

E) Serviços de alimentação

24.º — Os serviços de alimentação devem dispor, pelo menos, de cozinha, copa e despensa e, além destes, de refeitórios ou salas de jantar diferentes para internados e para o pessoal. Nos pavimentos onde não exista cozinha, haverá sempre uma copa de serviço e de dietas, instalada fora de qualquer sala de curativos ou semelhante e que permita preparar rapidamente pequenas refeições.

25.º — As cozinhas serão devidamente arejadas, iluminadas e ventiladas permanentemente. Deverão dispor de lava-louças, pia de despejo e lavatório, todos ligados por sifão à rede de esgotos, e de instalação para desinfecção das louças e utensílios por vapor de água. As canalizações deverão ser executadas nos termos dos respectivos regulamentos.

26.º — A área dos refeitórios ou salas de jantar não deve ser inferior a 1,20 metros quadrados por pessoa.

27.º — É obrigatória a existência de frigoríficos, de capacidade adequada à boa conservação dos alimentos necessários, e, além disso, o que mais se mostrar indispensável para protecção eficaz destes contra alterações, conspurcações e inquinações.

F) Serviços diversos

28.º — É obrigatória a existência de uma sala de visitas insonorizada de modo

a prevenir quaisquer incómodos para os internados.

29.º — A roupa e a lavanderia, havendo-as, serão instaladas em condições de higiene adequadas à natureza dos serviços que devem prestar em estabelecimentos desta natureza.

30.º — Deverá haver uma casa mortuária, com acesso directo do exterior.

G) Acomodações dos médicos do restante pessoal

31.º — O pessoal clínico disporá de um gabinete dotado de mobiliário adequado e de vestiários com capacidade suficiente. Terá instalações sanitárias privativas, dotadas de instalações de banho.

Se estiver previsto que este pessoal pernoite na casa de saúde, deverá dispor de quarto e casa de banho privativa, mobilados condignamente e de harmonia com a categoria do estabelecimento.

32.º — O pessoal de enfermagem terá para seu uso instalações correspondentes às previstas no número anterior.

33.º — Os vestiários e as instalações sanitárias do pessoal devem ser separados para cada sexo.

H) Disposições comuns

34.º — As diferentes dependências das casas de saúde devem ser dotadas do mobiliário adequado ao fim a que se destinam. De preferência, esse mobiliário deve ter superfícies lisas e facilmente laváveis.

Do mesmo modo, o apetrechamento médico-cirúrgico deve estar em relação com os serviços a realizar.

35.º — Os pavimentos, tectos e paredes devem ter revestimentos lisos, de cores claras e facilmente laváveis. Os pavimentos devem ser impermeáveis e, tanto quanto possível, a concordância entre as paredes, os tectos e os pavimentos deve ser arredondada.

36.º — As janelas, quando não dispõem de portas interiores, serão munidas de persianas exteriores com comando interior, de modo a impedir a entrada de luz natural, quando necessário. As que forem envidraçadas terão vidros foscos e caixilharia do tipo hospitalar, quando e onde for julgado conveniente.

37.º — As dependências onde funcionem serviços susceptíveis de causar ruídos, cheiros ou fumos deverão ser dotadas dos meios indispensáveis à eliminação de todos estes incómodos.

38.º — É obrigatória a existência de energia eléctrica para iluminação e força motriz.

39.º — O sistema de climatização e aquecimento deverá satisfazer às necessárias condições de higiene e, salvo os casos em que outras seja mais indicada, manter permanentemente a temperatura de 20 a 22 graus centígrados nos com-

partimentos utilizados e de 18 a 20 graus nos corredores.

40.º — O abastecimento diário de água potável será, no mínimo, de duzentos litros por cama de lotação. A sua distribuição interna será efectuada por forma a impedir a contaminação ou a alteração das suas qualidades.

A água será obrigatoriamente fornecida pela rede pública, havendo-a, ou, caso contrário, ficará sujeita a análises bacteriológicas pelo menos semestrais, devendo ser tomadas, em tal hipótese, todas as providências necessárias à manutenção das suas condições de potabilidade.

41.º — Independentemente das instalações sanitárias destinadas aos internados e ao pessoal, haverá em cada piso uma zona suja, na qual se deve instalar uma pia de despejos com descarga de água por dispositivo aprovado e com ligação à rede de esgotos ou sifão.

42.º — Os esgotos deverão obedecer às condições regulamentares adequadas aos edifícios desta natureza.

43.º — Em cada pavimento, haverá um ou mais extintores de incêndios, de harmonia com as circunstâncias peculiares de cada edifício e as exigências do serviço de bombeiros.

III — DO PESSOAL

44.º — Como responsável técnico pelo respectivo funcionamento, haverá em cada casa de saúde um director clínico, que pode ser ou não coadjuvado por outros médicos.

Sempre que necessário, e ouvida a Ordem dos Médicos, poderá ser exigido que o director clínico tenha habilitações especiais, de harmonia com a principal actividade do estabelecimento.

45.º — Sendo a lotação da casa de saúde de 30 internados ou superior, deverão estar assegurados serviços médicos permanentes.

46.º — Por cada grupo de seis doentes ou fracção, deverá haver um enfermeiro ou enfermeira, diplomados nos termos da respectiva legislação.

Os auxiliares de enfermagem, se os houver, não poderão substituir aquele pessoal.

47.º — Sem prejuízo da vigilância sanitária do respectivo director clínico, o pessoal das casas de saúde que não pertença ao corpo clínico fica sujeito à obrigatoriedade do boletim de sanidade regulado na Portaria n.º 17 512, de 29 de Dezembro de 1959.

48.º — Os proprietários das casas de saúde não poderão exercer nelas quaisquer profissões auxiliares da medicina.

IV — DO FUNCIONAMENTO

49.º — Nenhuma casa de saúde poderá funcionar fora das condições do respectivo processo e alvará de licenciamento.

50.º — É lícito às casas de saúde organizar livremente os seus serviços, observadas as regras legais, deontológicas e técnicas aplicáveis. Todavia, os regulamentos internos das casas de saúde deverão ser remetidos à Direcção-Geral de Saúde, à Direcção-Geral dos Hospitais e à Ordem dos Médicos no prazo de quinze dias a contar daquele em que forem estabelecidos.

51.º — Nas casas de saúde haverá permanentemente, para seu uso exclusivo, os necessários medicamentos de rotina e de urgência. Relativamente a esses medicamentos, deverão ser observadas as regras de fiscalização que estiverem estabelecidas para as farmácias.

52.º — Os preços das diárias e da utilização da sala de operações ou quaisquer outros encargos serão visados pela Direcção-Geral de Saúde e deverão estar afixados em todos os quartos e dormitórios.

53.º — É obrigatório o preenchimento pelo médico assistente da ficha clínica de cada internado. Dessa ficha devem constar, designadamente, a história clínica, os tratamentos efectuados, os dias de internamento e o respectivo resultado.

Além desta, e quando for caso disso, deverá haver também uma ficha operativa por doente, preenchida pelo respectivo cirurgião.

As fichas deverão ser conservadas em arquivo apropriado pelo tempo conveniente.

54.º — Até ao dia 31 de Janeiro de cada ano, as casas de saúde remeterão à Direcção-Geral de Saúde um relatório respeitante às suas actividades durante o ano anterior, do qual constem, além das mais considerações pertinentes, o número de internados e suas espécies, o tempo de internamento de cada um, o nome do médico ou do cirurgião que tenha intervindo e o estado do internado à saída.

55.º — A fim de verificar as condições de funcionamento das casas de saúde, a Direcção-Geral de Saúde promoverá a sua inspecção, pelo menos uma vez em cada ano, por uma comissão de peritos, composta por um representante da Direcção-Geral de Saúde, que presidirá, por outro da Direcção-Geral dos Hospitais e por um terceiro da Ordem dos Médicos. As gratificações dos peritos serão fixadas por despacho ministerial, competindo o seu pagamento ao proprietário da casa de saúde na primeira inspecção de cada ano.

56.º — Para salvaguarda do segredo profissional, só os médicos em missão de inspecção terão acesso às fichas clínicas e operatórias.

57.º — As participações feitas pela Ordem dos Médicos à Direcção-Geral de Saúde contra casas de saúde que estejam funcionando fora das condições legais e regulamentares têm o valor de autos de notícias.

58.º — Além de quaisquer outras sanções aplicáveis ao caso, a falta de cum-

primento das disposições da presente portaria, depois da competente advertência da Direcção-Geral de Saúde, poderá determinar o encerramento temporário ou a caducidade da licença, sem prejuízo das providências adequadas que se devam tomar quanto aos internados que não possam ser desalojados acto contínuo.

59.º — Na advertência da Direcção-Geral, será expressamente fixado o prazo para regularização das deficiências encontradas.

60.º — Das decisões que envolvem o encerramento temporário ou a caducidade da licença cabe recurso para o Ministro da Saúde e Assistência, que, antes de decidir, ouvirá a Ordem dos Médicos.

61.º — A Direcção-Geral de Saúde, em casos de especial gravidade, poderá propor que o recurso não tenha efeito suspensivo.

V — DO PROGRESSO DE LICENCIAMENTO

62.º — Os pedidos de autorização para instalar casas de saúde ou para nelas se introduzirem alterações devem ser dirigidos à Direcção-Geral de Saúde em requerimento em papel selado, com assinatura sobre selo de 500 reconhecida por notário. No requerimento especificar-se-ão:

a) o nome ou firma do requerente, sua residência ou sede social e, sendo em nome individual, o número, a data e o local de emissão do respectivo bilhete de identidade;

b) o nome escolhido para a casa de saúde, a lotação e as finalidades que se propõe;

c) o nome do director clínico.

63.º — Os requerimentos devem ser acompanhados da seguinte documentação:

a) bilhete de identidade do requerente, se for individual (a restituir depois de conferido); ou certidão de fotocópia notarial dos estatutos e da sua aprovação legal; ou certidão da matrícula comercial e do registo comercial da gerência, conforme os casos;

b) memória descritiva sobre as instalações e o funcionamento da casa de saúde, com a planta do edifício e os demais elementos necessários;

c) documento comprovativo das habilitações universitárias e outra do director clínico.

64.º — Examinados o requerimento e os documentos juntos, e depois de supridas quaisquer deficiências ou de obtidas informações complementares, a Direcção-Geral de Saúde procederá no prazo de 30 dias a vistoria para averiguar se a casa satisfaz desde já as condições exigidas; se são necessárias obras, e quais; e se há possibilidade de permitir o seu funcionamento provisório, antes da conclusão dessas obras.

Se forem necessárias obras, a vistoria repetir-se-á antes da abertura da casa de saúde e todas as vezes que o requerente a solicitar.

65.º — O requerente poderá modificar, por apostilhas à memória descritiva, os planos iniciais de instalação ou funcionamento da casa de saúde, no sentido da sua conveniente adaptação às disposições da presente portaria.

66.º — Concluídas as diligências reputadas indispensáveis, a Direcção-Geral de Saúde, se entender que a autorização pode ser concedida (quer a título provisório, quer definitivo), avisará o requerente para se colectar em contribuição industrial, salvo se por ela não for abrangido ou estiver isento por lei.

67.º — Apresentado que seja pelo requerente o conhecimento da contribuição industrial ou, no caso de a respectiva liquidação não estar feita dentro de 45 dias, o duplicado da declaração de início de indústria, a Direcção-Geral de Saúde expedirá o competente alvará.

68.º — Os alvarás devem ser fixados à entrada das casas de saúde, em local bem visível, e constituem condição de legalidade do respectivo funcionamento.

69.º — As vistorias serão efectuadas pela comissão de peritos a que se refere o n.º 54.º, a quem compete também emitir parecer em todas as questões de ordem técnica que interessem ao processo do licenciamento. As gratificações, a fixar por despacho ministerial, serão pagas pelos requerentes.

VI — DISPOSIÇÕES ESPECIAIS E TRANSITÓRIAS

70.º — Em casas de saúde instaladas em meios rurais, e precedendo autorização do Ministro da Saúde e Assistência concedida caso por caso, a Direcção-Geral de Saúde poderá excepcionalmente dispensar as condições de instalação ou funcionamento que não sejam essenciais e se mostrem de impossível realização naqueles meios.

71.º — As casas de saúde em funcionamento à data da publicação da presente portaria deverão adaptar-se às condições nela exigidas no prazo de três anos, salvo quanto ao disposto no n.º 4.º. Este prazo poderá ser prorrogado, por despacho ministerial, por dois períodos de um ano, ocorrendo poderoso motivo justificado e havendo vantagem, na segunda prorrogação, para a cobertura sanitária do país.

72.º — O presente regulamento vigorará durante um ano a título experimental. Findo esse prazo, considerar-se-á definitivo se não for substituído, total ou parcialmente.

O Ministro da Saúde e Assistência

COMBISTREP*

(ESTREPTODUOCINA)

REDUZ A OTOTOXICIDADE



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

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

P O R T O

XIII CURSO DE APERFEIÇOAMENTO MÉDICO-SANITÁRIO (SECÇÃO REGIONAL DO PORTO DA ORDEM DOS MÉDICCS)

Novembro 1961 — DIA	1.º Tempo 9 h. — 12 h.	2.º Tempo 15 h. — 16 h.	3.º Tempo 16 1/2 h. — 17 1/2 h.	4.º Tempo 18 h.
13 Seg.-feira	A Pneumotisiologia <i>Direcção: Dr. Mário Cardoso</i> (Sanatório D. Manuel II)	B Colagenoses <i>Prof. Ferraz Júnior</i> (Hospital de S. João)	B Repercussões regionais das pancreatites crónicas <i>Dr. Giesteira de Almeida</i> (Hospital de S. João)	C
14 Terça-feira	A Doenças infecciosas <i>Direcção: Dr. Afonso Pereira Guimarães</i> (Hospital Joaquim Urbano)	B Indicações da esplenectomia <i>Prof. Joaquim Bastos</i> (Hospital de S. João)	B Formas frustes de insuficiência suprarrenal <i>Dr. M. Hargreaves</i> (Hospital de S. João)	C
15 Quarta-feira	A Serviço de Patologia Médica <i>Direcção: Prof. Pereira Viana</i> (Hospital de S. João)	B Tratamento da insuficiência respiratória <i>Dr. Armando Pinheiro</i> (Hospital de S.to António)	B Oclusões intestinais <i>Dr. Albino Aroso</i> (Hospital de S.to António)	C
16 Quinta-feira	A Serviço de Patologia Cirúrgica <i>Direcção: Prof. F. Magano</i> (Hospital de S. João)	B Hipertensão arterial secundária <i>Prof. Emídio Ribeiro</i> (Hospital de S. João)	B Pielonefrites <i>Dr. Cerqueira Magro</i> (Hospital de S. João)	C
17 Sexta-feira	A Serviço de Obstetria <i>Direcção: Prof. Gonçalves Azevedo</i> (Hospital de S. João)	A Radiologia <i>Direcção: Prof. Albano Ramos</i> (Hospital de S. João)		C
18 Sábado	A Neurologia e Neuro-Cirurgia <i>Direcção: Dr. Corino Andrade</i> (Hospital de S.to António)			
20 Seg.-feira	A Serviço de Pediatria <i>Direcção: Prof. Fonseca e Castro</i> (Hospital de S. João)	A Endocrinologia <i>Direcção: Dr. Ignácio Salcedo</i> (Hospital de S.to António)		C
21 Terça-feira	A Serviço de Pediatria <i>Direcção: Prof. Fonseca e Castro</i> (Hospital de Maria Pia)	A Ginecologia <i>Direcção: Dr. Mário Cardia</i> (Dispensário de Higiene Social)		C
22 Quarta-feira	A Serviço de Propedêutica Médica <i>Direcção: Prof. Cerqueira Gomes</i> (Hospital de S. João)	B Cancro do pulmão <i>Prof. Esteves Pinto</i> (Hospital de S. João)	B Mio-pericardites por vírus <i>Dr. Gonçalves Moreira</i> (Hospital de S. João)	C
23 Quinta-feira	A Serviço de Ortopedia <i>Direcção: Dr. Luís Carvalhais</i> (Hospital de S.to António)	A Psiquiatria <i>Direcção: Dr. Pimentel Neves</i> (Delegação do Instituto de Assistência Psiquiátrica—Hospital Conde Ferreira)		C
24 Sexta-feira	A Dermatologia <i>Direcção: Dr. Aureliano Fons.^a</i> (Hospital de S. João) A Estomatologia <i>Direcção: Dr. Esteves Pereira</i> (Hospital de S. João)	A Oftalmologia <i>Direcção: Dr. Manuel de Lemos</i> (Hosp. de S.to Ant. ^o) A Otorrinolaring. <i>Direcção: Dr. Alvar. Andrade</i> (Hosp. de S.to Ant. ^o)	A Problemas de nutrição <i>Direcção: Dr. Gonçalves Ferreira</i> (Delegação, no Porto, do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge)	C
25 Sábado	A Dermatologia <i>Direcção: Dr. Aureliano Fons.^a</i> (Hospital de S. João) A Estomatologia <i>Direcção: Dr. Esteves Pereira</i> (Hospital de S. João)	A Oftalmologia <i>Direcção: Dr. Manuel de Lemos</i> (Hosp. de S.to Ant. ^o) A Otorrinolaring. <i>Direcção: Dr. Alvar. Andrade</i> (Hosp. de S.to Ant. ^o)	Almoço de confraternização	

A — Sessões de Trabalho, com a duração de 3 horas, realizadas em diversos Serviços Hospitalares, compreendendo exposições teóricas, discussões de temas de interesse geral, observação de doentes e demonstrações práticas; **B** — Lições sobre assuntos escolhidos. **C** — Frequência do Serviço de Urgência do Hospital de Santo António (facultativa).

LABOR

Dianabol®

**anabolizante de classe especial
activo por via oral**

- perturbações crónicas da nutrição**
- infecções graves e outras doenças con-**
- sumptivas**
- doenças ósseas**
- convalescença e pós-operatório**
- sinais de involução nos velhos**
- perturbação do crescimento nas crianças**
- catabolismo aumentado**
- secundário a medidas terapêuticas**
- metabolismo anormal**
- nas afecções hepáticas, renais e endócrinas**

Comprimidos a 1 mg

Comprimidos a 5 mg

Gotas (1 cc = 1 mg = 30 gotas)

Ampolas de 1 cc a 10 mg

C I B A

HOSPITAL MILITAR PRINCIPAL

Com uma sessão efectuada no passado dia 25, na Escola do Serviço de Saúde Militar, começaram as conferências promovidas pela direcção do Hospital Militar Principal e destinadas aos médicos das Forças Armadas.

Esta sessão, a que presidiu o comodoro-médico Dr. Custódio Fernandes, director do Serviço de Saúde Naval, ladeado pelos coroneis-médicos Prof. Diogo Furtado e Dr. Costa Félix, respectivamente director do H. M. P. e chefe do Serviço de Saúde da Aeronáutica Militar, teve numerosa assistência de médicos das Forças Armadas, que escutaram com o maior interesse as duas conferências proferidas pelos Drs. Mayer Garção e Fausto Morais.

O primeiro, que falou sobre «Guerra Psicológica», começou por assinalar que a guerra psicológica, ao contrário da guerra convencional (que é uma violenta forma de persuasão), procura ganhos militares sem força militar, empenhando-se em especular com a emotividade dos humanos, tornando-os psiquicamente mais vulneráveis.

A G. P. não é definida em termos de terreno ou ordem de batalha. É um processo contínuo. Para isso, serve-se da propaganda, com a qual se identifica.

A propósito da propaganda, disse que Tchakhotine, inspirado nas experiências de Pavlov (o fundador da psicologia objectiva), procurara dar uma base científica à actuação da propaganda, dirigindo-se aos instintos fundamentais da espécie humana. Enumerou, nesse sentido, as causas primordiais de opressão emotiva, que estão na génese de uma tensão psíquica capaz de pôr em perigo a vontade de combater do inimigo.

A propaganda, consoante o objectivo que persegue, admite a divisão em *propaganda táctica*, *propaganda estratégica* e *propaganda de consolidação*.

De acordo com a maneira mais ou menos leal como procede, fala-se em *propaganda branca*, *propaganda negra* e *propaganda cinzenta*.

Disse depois que, independentemente da índole ou da cor, os meios a que a propaganda recorre podem ser de várias ordens: *meios falados* (boatos, rádio, altos-falantes); *meios escritos* (jornais, panfletos, folhetos); *meios visuais* (cartazes, filmes, exposições e representações teatrais); *meios materiais* (lançamento em pára-quadras de produtos ou artigos que estejam sendo racionados em território inimigo); *meios químicos* (triciano-amino-propeno, droga recentemente isolada por um cientista sueco, com a qual é possível criar um aumento do poder de sugestão nos seres humanos).

Mas para que esses meios obtenham o máximo de eficiência precisam de ser coordenados pela *acção governamental*.

Prosseguindo, expôs o que já tinha sido realizado dentro da sua *Organização*, com exemplos tirados da última guerra mundial e do conflito da Coreia, referindo-se ao programa de instrução para os especialistas-combatentes, tal como se pratica no Forte Riley, onde funcionam três cursos por ano, preparando cada um 24 oficiais da G. P.

A terminar, fez ver que a conquista dos Espaços, com foguetões e satélites, abre um novo capítulo à G. P., onde a primazia é dada à ameaça potencial dos factos; mas exprimiu a esperança de que o aperfeiçoamento desses engenhos, multiplicando o seu poder destruidor, acabe

por criar uma atmosfera de compreensão num mundo reconciliado.

Seguiu-se o Dr. Fausto de Moraes, que falou acerca de «Problemas técnicos do Serviço de Saúde Militar em Angola», trabalho no qual foram focados, muito rapidamente, os principais aspectos da actuação do S. S. em Angola na sua 1.ª fase de apoio militar e início de acção psicossocial no sector médico, e na 2.ª fase de acção psicossocial intensa. Foram sucintamente abordados os aspectos ligados à profilaxia, a actuação médica nos seus diferentes sectores, os planos do S. S. ligados a operações, os problemas hospitalares.

Foram mais largamente abordados os temas das evacuações sanitárias, focando-se sobretudo a sua dificuldade de execução em Angola, a sua influência no desenrolar dos problemas militares e os aspectos ligados à atribuição de sangue.

Analizaram-se alguns dos aspectos ligados ao material sanitário utilizado e seu condicionalismo.

O problema dos casos do foro estomatológico, neuropsiquiátrico, foi também abordado bem como o da tuberculose.

Focaram-se ainda as complexas dificuldades situadas no âmbito do saneamento do campo de batalha.

A higiene (de águas, alimentar, geral) e a profilaxia (doenças venéreas, etc.) foi também ventilada, bem como os problemas ligados aos serviços farmacêuticos do Exército e suas dificuldades.

Para finalizar, foram amplamente desenvolvidas as dificuldades ligadas à actuação da Medicina castrense no sector médico e sua interrelação com os problemas gerais da Província.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA

Sob a presidência do Dr. António de Vasconcelos Marques, reuniu no pretérito dia 27 a Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria. Na mesa de honra, a ledearem o presidente, os Drs. Miguel Junquera, adido cultural da Embaixada de Espanha, Orlando Carvalho e Eduardo Cortesão.

Falou, em primeiro lugar, o Dr. Manuel Cabaleiro Goás, médico-director do Sanatório Psiquiátrico de Toén Orense), o qual fora, previamente, apresentado pelo Dr. Vasconcelos Marques, que pusera em relevo a destacada personalidade do conferencista e os seus importantes trabalhos, especialmente em relação com os problemas das psicoses esquizofrénicas, tema da conferência que ia fazer a seguir, intitulada «Acerca do conceito das psicoses esquizofrénicas».

Depois de ter posto em destaque o prestígio internacional de que goza a Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria e o grande labor realizado pelos neuropsiquiatras portugueses, assim como as estreitas relações, verdadeiramente fraternais, que existem entre eles e os seus colegas espanhóis, o Dr. Cabaleiro, entrando no assunto do seu trabalho, justificou a escolha do tema por ser um dos problemas mais importantes dos abordados pela Psiquiatria de hoje e pelo facto de ser este o assunto de uma monografia sua, que acaba de ser publicada recentemente, na qual o autor expõe os seus pontos de vista sobre esta obscura questão. Examinou, a seguir, a evolução histórica do conceito das psicoses esquizofrénicas, desde Kraepelin até ao presente, e pôs em relevo o facto de tanto as investigações somatobiológicas como as psicológicas não poderem oferecer bases para estabelecer um conceito etiopa-

togénico das referidas psicoses. Assinalou, depois, como só a sintomatologia primária e a atitude que, perante ela, mostram estes doentes psíquicos são a base fundamental do conceito das esquizofrenias no momento actual, assim como o curso evolutivo daquelas psicoses produziria estados permanentes de «déficit» da personalidade.

Seguidamente, pôs em relevo uma interpretação do homem-esquizofrénico à luz das ideias antropológicas de Ortega y Gasset, ensaio que está a ser realizado, em vários doentes psíquicos, por diversos psiquiatras espanhóis, entre os quais ele próprio, tratando de ver se por esta via se chega a conclusões análogas ou superiores às que alcançou a antropológica experimental de Binswanger, fundamentada nas concepções de Heidegger. Expôs, em seguida, como o estado final esquizofrénico tem a sua expressão na cristalização definitiva de uma nova concepção do mundo por parte do doente, pondo em relevo quais são, em sua opinião, as características desta.

Finalmente, o Dr. Cabaleiro Goás estabeleceu as bases conceituais das psicoses esquizofrénicas — tal como ele as vê —, sobre se possa prosseguir nas investigações, até alcançar um conceito mais sólido, firme e verdadeiro do que aquele actualmente se pode estabelecer.

No final da conferência do Dr. Cabaleiro Goás estabeleceu-se colóquio entre o conferencista e os Profs. Pedro Polónio e Almeida Lima e o Dr. Vasconcelos Marques.

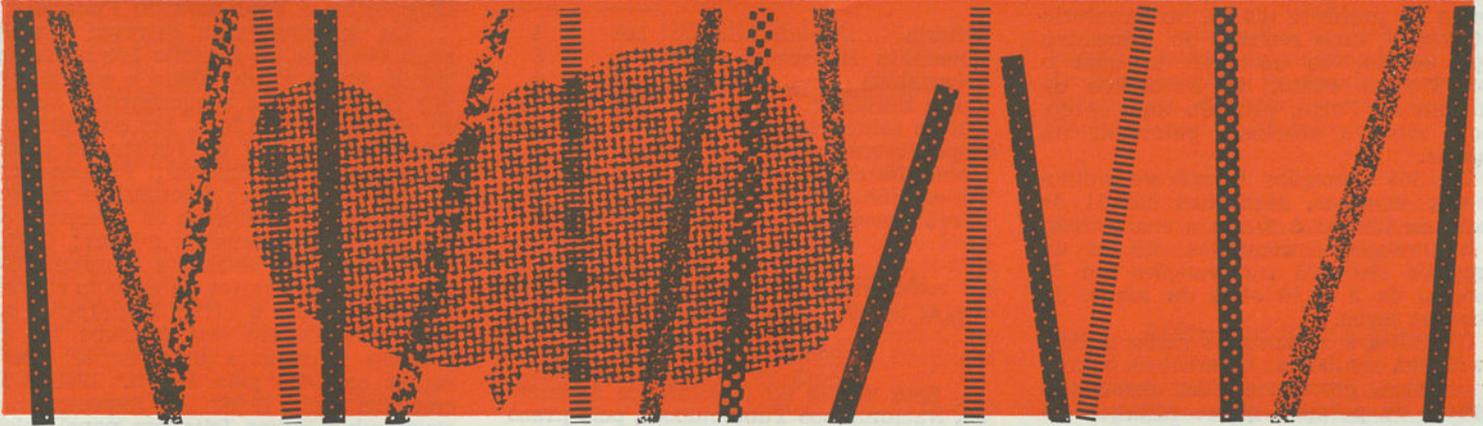
Falou, depois, o Prof. Barahona Fernandes, sobre «Delírio de auto-relação». O autor descreveu a observação de um delírio sensitivo de auto-relação analisando do ponto de vista fenomenológico descritivo e genético e interpretado como uma reacção situacional abnorme da personalidade. A pureza e circunstâncias singulares do caso permitem — disse — a discussão frutuosa da autonomia do quadro clínico, a sua diferenciação estrutural da esquizofrenia e a sua patogenia.

Evocou, a propósito, a tradição portuguesa do estudo dos delírios com Júlio de Matos e Sobral Cid, o qual deu já grande relevo aos factores biográficos pessoais ao lado dos constitucionais genéticos.

Na base da experiência do autor valorizaram-se os diversos pontos de vista na apreciação das mutações vivenciais no sentido delirante: a fenomenologia, a dinâmica psicanalítica, a análise multidimensional em relação à triade da personalidade, vivência e ambiente, a explicação sociológica, etc.. Esboçam-se, também, outras perspectivas mais recentes, com carácter dinâmico e gestáltico de superação das antinomias personalísticas e ambientais e naturalistas — empiristas e, ainda, a perspectiva antropológica — irrecusável no momento presente — nos seus diversos coloridos filosóficos.

Concluiu-se que as reacções delirantes situacionais do tipo estudado são a descompensação mental de uma dissonância no âmbito do Espírito pessoal. Não se chega à dissolução de funções, própria das psicoses esquizofrénicas, nem a consequente mutação categorial dos estratos constitutivos da Pessoa.

No delírio reactivo situacional de auto-relação dá-se, apenas, uma regressão da possibilidade normal de des-subjectivação do Próprio nas suas relações com o espírito objectivo. Daí a perda de flexibilidade crítica dos valores em causa e a nova significação e nexos pessoais conferidas às zonas do Real envolvidas na situação perturbadora.



Regulador do metabolismo da célula hepática



MECOSITOL

associação de
factores lipotrópicos com vitaminas

DRAGEIAS • XAROPE

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



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

SANATÓRIO D. CARLOS I

Sob a presidência do Dr. Lopo Cancellaria de Abreu, director do I.A.N.T., realizou-se no pretérito dia 25, no Sanatório D. Carlos I, uma reunião do respectivo corpo clínico, no decorrer da qual o Prof. Esteves Pinto, da Faculdade de Medicina do Porto, proferiu uma conferência sobre a «Exérese pulmonar na criança».

Das 105 operações de exérese pulmonar em crianças, realizadas até 31 de Agosto de 1961, o A limita a sua revisão às intervenções executadas até 30 de Março de 1960: 83 intervenções em 82 crianças, de 3 a 16 anos de idade, de ambos os sexos.

Classifica e comenta as várias indicações da sua casuística: tuberculose pulmonar crónica, bronquiectasias, formações quísticas do pulmão, quisto hidático do pulmão, tumor pulmonar, abscessos, aspergiloma pulmonar, sequestro pulmonar e fibrotórax total.

A propósito do fibrotórax total, mostra o interesse da pneumonectomia e seu efeito benéfico sobre as perturbações funcionais existentes naquela afecção.

Termina, afirmando que os resultados da cirurgia de exérese na criança podem ser considerados bons, as complicações são em menor número que nos adultos (excepto para a tuberculose grave) e a mortalidade é reduzida (1 morte operatória imediata no total das intervenções).

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE UROLOGIA

Sob a presidência do Dr. Pinto Monteiro, reuniu no pretérito dia 26 a Associação Portuguesa de Urologia, para apreciar uma comunicação do Prof. Carneiro de Moura, que falou acerca de «Ileo-cisto-plastia ou colo-cisto-plastia?»

Escutou com o maior interesse, o Prof. Carneiro de Moura, que documentou o seu trabalho com quatro dezenas de projecções, começou por afirmar que, aceites sem discussão as operações de plastia da bexiga à custa do intestino, resta ainda determinar qual o segmento do tubo digestivo mais facilmente utilizável e que melhor se adapte às suas novas funções. Prosseguindo, mostrou como, e embora o enxerto do intestino delgado seja susceptível de notável adaptação, o enxerto sigmoideu tem a grande vantagem de absorver poucos electrolitos e de segregar pouco muco, oferecendo, por isso, mais facilidade técnica ao operador e maior força expulsiva.

Por último e depois de ter demonstrado a simplicidade do post-operatório, com ausência de obstrução intestinal e melhor qualidade de micção obtida, pelo que se impõe o uso do intestino grosso, o conferencista citou todas as técnicas usadas e os resultados operatórios, controlados pela cistografia e cisto-manometria, tudo referente a mais de vinte operados.

No final, vários dos especialistas presentes discutiram elogiosamente o trabalho do Prof. Carneiro de Moura.

DIVERSAS

DIRECCÃO-GERAL DE SAÚDE

DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA

Números provisórios de casos e óbitos de algumas doenças de notificação obrigatória declaradas em Portugal Me-

tropolitano (continente e ilhas adjacentes) e respeitantes ao período de 15 a 22 de Setembro de 1961.

	CASOS	ÓBITOS
Difteria	105	4
Encefalite infecciosa aguda	1	0
Escarlatina	9	0
Febre tifóide	61	0
Outras salmoneloses	0	0
Hepatite epidémica	16	1
Meningite cérebro-espinal ...	1	1
Poliomielite aguda	8	0
Tosse convulsa	16	0

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA NACIONAL AOS TUBERCULOSOS CONCURSOS

Está aberto no Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, pelo prazo de 30 dias a contar da data da publica-

ção do respectivo aviso no «Diário do Governo», concurso de provas públicas para habilitação ao provimento do lugar de assistente vacinador do Centro de Diagnóstico e Profilaxia do Funchal.

Os documentos, a entregar nos Serviços Centrais do referido Instituto, dentro do prazo supra citado e acompanhados do respectivo requerimento dirigido ao director do I.A.N.T., são os seguintes: Certidão negativa do registo de tutela; Certidão de nascimento; Pública-forma da carta do curso; Documento comprovativo de ter cumprido os preceitos das leis sobre recrutamento militar; Certificado do registo policial e criminal; Certificado comprovativo de ter bom comportamento moral e civil; Declaração passada pela Ordem dos Médicos no que respeita à conduta profissional; Declarações exigidas pela Lei n.º 1901 e Decreto-Lei n.º 27 003 e Exposição do «curriculum vitae» feita em papel selado e devidamente comprovada com documentos também selados.

Os candidatos devem mostrar possuir uma das seguintes habilitações: Ter exercido o cargo de Assistente de qualquer das Faculdades de Medicina na especialidade de Pneumotisiologia ou Pediatria, durante, pelo menos, três anos; Ter internato completo da especialidade de Pneumotisiologia ou Pediatria dos Hospitais Cívicos de Lisboa, do Hospital Escolar ou dos Hospitais da Universidade de Coimbra, ou ainda do Hospital Joaquim Urbano e Hospital de Santo António da Misericórdia do Porto; Ter sido Assistente voluntário de qualquer das Faculdades de Medicina, nos termos do art.º 84.º do Decreto-Lei n.º 19 678 de 1 de Maio de 1931, se, em data anterior à publicação deste diploma, já exercer há mais de cinco anos a especialidade de Pneumotisiologia ou Pediatria; Ter o estágio completo do I.A.N.T. a que se refere o art.º 8.º do Regulamento Provisório para a admissão de pessoal clínico, desde que comprove ter mostrado zelo e aproveitamento no seu estágio; Ser especialista com mais de cinco anos de exercício na especialidade de Pneumotisiologia ou Pediatria.

Poderão, ainda, ser admitidos a concurso os candidatos que possuírem uma das seguintes habilitações: Possuir o internato de clínica médica dos Hospitais com, pelo menos, três anos de prática da especialidade de Pneumotisiologia ou Pediatria com boa informação; Possuir cinco anos de prática da especialidade de Pneumotisiologia ou Pediatria com boa informação; Possuir três anos de serviço devidamente comprovado, como voluntário em qualquer estabelecimento do I.A.N.T. com boa informação; Completar, à data do encerramento do respectivo concurso, dois anos de serviço efectivo como médico estagiário do I.A.N.T. com muito boa informação de serviço e desde que tenha sido admitido por concurso documental; Ter exercido durante três anos funções clínicas em serviços de Tisiologia de instituições particulares que funcionem em regime de acordo com o I.A.N.T., quando obtenham boa informação confirmada pelos Serviços de Inspeção do I.A.N.T.; Ter um estágio, pelo menos de dois anos, em Serviços de Pneumotisiologia ou Pediatria considerados idóneos pela Ordem dos Médicos.

Só poderão ser admitidos os candidatos com menos de 45 anos de idade.

No mesmo Instituto, e também pelo prazo de 30 dias a contar da data da publicação do respectivo aviso no «Diário do Governo», está aberto outro concurso, este documental e para habilitação ao provimento do lugar de médico do Dispensário Antituberculoso de Castelo Branco.

Os documentos, a entregar nos mesmos Serviços Centrais e dentro do prazo acima referido, acompanhados do respec-

PANTO FENI- COL



O ANTIBIÓTICO
DE LARGO ESPECTRO
DE MENOR TOXICIDADE

★

CÁPSULAS — 250 mg.
SUFOSITÓRIOS — 250 e 500 mg.

★

LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

DIÁRIO DO GOVERNO

(De 27/10 a 2/XI/1961)

DECRETOS-LEIS

Ministério da Educação Nacional:

Decreto-Lei n.º 44 003 que determina que as disciplinas de Anatomia Descritiva (1.ª parte), Anatomia descritiva (2.ª parte) e Anatomia Topográfica, Patologia Médica e Anatomia Patológica Especial e Patologia Cirúrgica e Anatomia Patológica Especial, do quadro das Faculdades de Medicina, passem a designar-se, respectivamente, Anatomia Descritiva, Anatomia Topográfica, Patologia Médica e Patologia Cirúrgica.

28-X-61

ACUMULAÇÕES

Foram autorizados a acumular os seguintes lugares:

Dr. João Bação Leal — de médico estomatologista do Instituto Maternal com o de médico escolar, interino da Direcção-Geral da Educação Física, Desportos e Saúde Escolar.

27-X-61

CONCURSOS

Estão abertos concursos:

Para provimento do 4.º partido médico municipal do concelho das Caldas da Rainha, com sede em Vidais, com residência permanente e obrigatória na sede do partido, do referido concelho.

27-X-61

Para provimento do lugar de médico do partido municipal de Pias (Serpa), com centro e residência obrigatória em Pias, do referido concelho.

27-X-61

De dois médicos analistas para o quadro complementar de cirurgias e especialistas da Província de Angola.

27-X-61

De um médico oftalmologista para o quadro complementar de cirurgias e especialistas da Província de Cabo Verde.

27-X-61

De um médico dermatovenereologista para o quadro complementar de cirurgias e especialistas da Província de Moçambique.

27-X-61

De um médico-cirurgião para o quadro complementar de cirurgias e especialistas da Província da Guiné.

27-X-61

De um médico internista para o quadro complementar de cirurgias e especialistas da Província de S. Tomé e Príncipe.

27-X-61

Para habilitação ao provimento do lugar de radiologista do Centro de Diagnóstico e Profilaxia da Zona Centro.

28-X-61

Para provimento do lugar de médico municipal do partido, com sede e residência obrigatória na freguesia de Sarrilhos Grandes (Montijo).

30-X-61

Para habilitação ao provimento do lugar de assistente vacinador do Centro de Diagnóstico e Profilaxia do Funchal, dependente do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

30-X-61

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

2-XI-61

MÉDICOS ESCOLARES

Declara-se que se encontram vagos os seguintes lugares de médico escolar, os quais deverão ser requeridos dentro do prazo de quinze dias:

Distrito de Lisboa:

Nos estabelecimentos de ensino — um lugar (sexo masculino).

Nos serviços do ensino primário e em serviços especiais — um lugar (ambos os sexos).

31-X-61

NOMEAÇÕES

Faculdades de Medicina

Dr. José Paim de Bruges da Silveira Estrela Rego — aprovado o termo do contrato para o exercício das funções de segundo-assistente, além do quadro, da cadeira de Química Fisiológica do 2.º grupo da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

27-X-61

Dr. António Augusto Lopes Vaz — aprovado o termo do contrato para o exercício das funções de segundo assistente da disciplina de Propedêutica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

28-X-61

Dr. Mário Simões Trincão, professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, e Dr. Júlio Machado de Sousa Vaz, professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto — nomeados para fazerem parte do júri das provas de doutoramento em Medicina a prestar pelo Dr. Francisco Norton Brandão na Universidade de Lisboa.

28-X-61

Dr. Carlos Manuel Sabido Beirão — aprovado o termo do contrato para o exercício das funções de auxiliar de clínica, além do quadro, de terapêutica médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

30-X-61

Dr. Rui Gomes da Fonseca — aprovado o termo do contrato para o exercício das funções de segundo-assistente da disciplina de Propedêutica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

31-X-61

Outros organismos

Dr. Abel da Silva — contratado como interno graduado de clínica cirúrgica dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

27-X-61

Dr. Vasco José Barata de Vitória Godinho de Faria Rio Bom — contratado como interno graduado de fisioterapia dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

27-X-61

tivo requerimento dirigido ao director do I.A.N.T., são os seguintes:

Certidão negativa do registo de tutela; Certidão de nascimento; Pública-forma da carta do curso; Documento comprovativo de ter cumprido os preceitos das leis sobre recrutamento militar; Certificado do registo criminal; Certificado comprovativo de ter bom comportamento moral e civil; Declaração passada pela Ordem dos Médicos no que respeita à conduta profissional; Declarações exigidas pela Lei n.º 1 901 e Decreto-Lei n.º 27 003; e Exposição do «curriculum vitae» feita em papel selado e devidamente comprovada com documentos também selados.

A este concurso podem candidatar-se os licenciados em Medicina com menos de 45 anos de idade.

A FAMÍLIA MÉDICA

CASAMENTOS

Na capela de Nossa Senhora do Castelo, em Vouzela, celebrou-se o casamento da sr.ª D. Maria Vera Moniz Pignateli de Melo e Castro Corte-Real, filha da sr.ª D. Ana Moniz Pignateli de Melo e Castro Corte-Real e do Dr. Artur de Castro Corte-Real, com o Dr. Carlos Manuel Nunes Alves Pereira, médico da Colónia Balnear Infantil do Século, filho da sr.ª D. Ester Cardoso Nunes Alves Pereira e do Dr. Mário Alves Pereira. Foram padrinhos, por parte da noiva sua tia materna, sr.ª D. Maria José de Tavares Osório Pignateli de Melo Cardoso Moniz e seu irmão, Dr. Artur de Melo Nunes de Castro Corte Real e, por parte do noivo, seus pais.

Pegaram às lavandas os tios da noiva, srs. barão de Palma e visconde de S. Pedro do Sul.

Terminada a cerimónia religiosa, o cortejo nupcial seguiu para o Solar de Palma, em S. Pedro do Sul, onde foi servido um lanche aos numerosos convidados, que permaneceram depois largo tempo nas luxuosas salas do Solar. Foram recebidos muitos telegramas de altas individualidades, entre eles dos srs. ministros da Justiça e das Comunicações e do nosso director.

Os noivos partiram em viagem de núpcias para o Algarve.

PROF. BARAHONA FERNANDES

Pelos serviços prestados à psiquiatria e à higiene mental, foi eleito membro da Royal Medico Psychological Association, de Londres, o Prof. Barahona Fernandes.

PARTIDAS E CHEGADAS

DR. MÁRIO CONDE

Regressou de Paris, aonde fora assistir ao Congresso Francês de Cirurgia, o Dr. Mário Conde, director de serviço dos H.C.L.

DR. JOSÉ DE PAIVA BOLÉO

Partiu para Paris, acompanhado por sua esposa, o Dr. José de Paiva Boléo, presidente da Sociedade Portuguesa de Estomatologia, a fim de participar no XVII Congresso Francês de Estomatologia.

DR. RIBEIRO DA SILVA

Regressou a Lisboa o Dr. João Manuel Ribeiro da Silva, que, em Genebra e Zurique, visitou clínicas oftalmológicas.

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

Augusto Vaz Serra (Director da Fac. de Med.), A. de Novais e Sousa, 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 (Del. do Inst. Mat.), José Maria Raposo, Luciano dos Reis e Manuel Martins Ruas (Assistente da Fac. de Med.), Manuel Montezuma de Carvalho (Cir.) e Mário Tavares de Sousa (Ped.) — COIMBRA

Adelino Padesca, Aires de Sousa, Aleu Saldanha, António Mendes Ferreira, A. Castro Caldas, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Santos, Carlos Larroudú, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, J. Oliveira Machado, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Moraes, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos, Costa Sacadura, Toscano Rico e Xavier Morato (Profes. 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 Sarmiento (Dir. do Lab. do Hosp. do Ultramar), 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

Albano Ramos, Amândio Tavares, A. Rocha Pereira, António de Almeida Garrett, J. Afonso Guimarães, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Emídio Ribeiro, Ernesto Moraes, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima, (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitratomatosa do Dispens. 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 Tander (1.º 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 (Psiquiatra) 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 Santo António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe de Serv. de Anestes. do Hospital Geral de Santo António) — PORTO

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

Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Lisboa), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matosinhos), J. Pimenta Pressado (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 Noguera e Fernan Peres (Madrid); França: Jean Huet (Paris); Alemanha: Gerhard Koch (Munster)

O SEGURO-DOENÇA NA ALEMANHA OCIDENTAL

Na República Federal Alemã é obrigatório para o trabalhador e seus familiares o seguro-doença legal, sendo voluntário para os outros. Todos os trabalhadores, qualquer que seja a sua remuneração e categoria, estão assim cobertos pelo seguro, que também abrange os que beneficiam de pensões de invalidez ou de velhice. Portanto, qualquer indivíduo que aceite um emprego sujeito a seguro, torna-se membro da caixa-doença a partir do dia em que as relações entre patrão-empregado se estabelecem.

Nos casos de seguro-doença legal, os organismos coordenadores são: caixas de seguro-doença locais, caixas de seguro das empresas, de artes e ofícios, agrícolas e subsidiárias, que têm autonomia financeira e administrativa absoluta. Certas categorias de segurados podem filiar-se nas caixas subsidiárias.

Quando uma dessas caixas particulares deixa de existir, os segurados passam automaticamente para a caixa local.

Antes de 1949 estas estendiam a sua competência a todos os segurados, de acordo com as disposições legais. Mais tarde, vieram a adquirir uma vida própria e tão diferenciada que chega a opor-se às tendências unificadoras, assim se estabelecendo entre elas, por consequência, uma certa concorrência.

Tendo, por vezes, interesses e funções análogas, até porque os co-Contratantes são todos médicos, constituem, de facto, um grupo único, de grande influência. As respectivas associações destas caixas, defendem, de acordo com a lei e os estatutos, os interesses das categorias de caixas que, em todo o caso, representam.

Mas o princípio da concorrência joga em favor do médico. E daí que cada caixa procure segurar o maior número de empregados possível, porque, nas primeiras seis semanas de incapacidade, se não têm direito a qualquer prestação, não podem deixar de receber o salário por inteiro.

★

O financiamento do seguro-doença legal é assegurado apenas pelas cotizações de que cada caixa fixa o montante, de tal modo que fiquem cobertos os valores das prestações e os das despesas de administração. Quanto aos segurados obrigatórios, as cotas são pagas a meias, entre o empregado e o patrão. Em caso de acidente de trabalho, as caixas deverão desembolsar as prestações previstas pelo seguro, tanto quanto parar as vítimas de guerra e outras de categoria análoga. O mesmo acontece com a protecção da mulher-mãe.

O total das cotizações é fixado para o seguro-doença, só depois de calculada pela caixa a percentagem deduzida do montante da remuneração do segurado submetido aos descontos.

As prestações compreendem:

1 — Cuidados médicos e fornecimento de produtos farmacêuticos sem limite de duração.

2 — Indemnização do doente e hospitalização gratuita, durante 26 semanas para cada caso. Durante as seis primeiras, a indemnização corresponde a 65 % do salário-base; nas restantes, é de 50 %.

3 — Quando a segurada se filiou na Caixa, há, pelo menos, dez meses, no decurso dos últimos dois anos, seis dos quais correspondam ao ano actual, beneficia ainda de:

a — Indemnização de parto, durante as 4 semanas precedentes e as seis imediatas.

b — Indemnização de aleitamento, durante 26 semanas.

c — Internamento em maternidade.
d — Cuidados médicos e de enfermagem gratuitos.

★

MÉDICOS AGREGADOS

a — Admissão de médicos

Comissões especiais nomeiam, em cada circunscrição, um médico para 300 segurados e um dentista para 900. O Tribunal Federal, porém, aboliu as restrições legais que regulavam essa admissão, sob pretexto de atingirem o livre exercício da profissão, protegido pela Constituição, supressão que fez desaparecer um dos principais alicerces do direito aplicável aos médicos agregados.

b — Cuidados dispensados pelos médicos

A comissão federal dos médicos e as comissões regionais, de colaboração com pessoas idóneas e imparciais, elaboraram critérios que garantem a suficiência, eficácia e economia dos cuidados por eles dispensados aos contribuintes.

Não há qualquer direito a prestações supérfluas ou pouco económicas que o médico agregado não possa dispensar ou prescrever e que a caixa não deva aprovar ulteriormente.

c) — Honorários médicos

A associação dos médicos, as caixas e as respectivas associações, concluíram acordos que definem a retribuição global devida pelas caixas às associações médicas. É calculada de acordo com as necessidades anuais médicas de cada segurado, em prestação de trabalho clínico e segundo o número de segurados, tomando em conta também o volume das prestações médicas e a situação económica da respectiva caixa.

A retribuição por acto só se impõe, nos últimos anos, para os trabalhos dentários.

d) — Quando qualquer desacordo total ou parcial impede a assinatura de um contrato entre os médicos agregados, qualquer dos contratantes poderá dirigir-se a um organismo de conciliação para obter a mediação no teor do contrato.

Se mesmo assim as partes não chegarem a acordo, o Ministro do Trabalho e Previdência Social, promulga a lei que concilie os processos a seguir, conforme a jurisdição.

CONTROLE MÉDICO

As caixas podem fazer controlar por um médico a incapacidade de trabalho do segurado e as respectivas prestações de seguro. E à caixa compete decidir em última instância, na medida em que recorra aos chamados «médicos de confiança».

CONTENCIOSO

Todas as decisões tomadas pelas caixas respeitantes aos segurados ou aos patrões, podem ser objecto de processo comum nos «tribunais sociais regionais» e num «tribunal social federal».

Salvo nos casos de processo intentado por malícia, ele é sempre gratuito tanto para o trabalhador como para a entidade patronal.

(Condensado por Taborda de Vasconcelos, de «La Semaine Médicale», n.º 21, Outubro de 1961).

O primeiro energético celular
não estimulante do S. N. C.

VITALIDON

Aspartatos de potássio e de magnésio



Energético celular, regenerador
do metabolismo intermediário

*indicado no tratamento da fadiga crónica
e da insuficiência hepática e cardíaca*

Apresentação: Frascos de 30 e de 100 grajeias
e caixas de 6 ampolas de 10 cc. para
perfusões intravenosas lentas



Preparado nos laboratórios do
INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA
com licença de
WYETH LABORATORIES, PHILADELPHIA

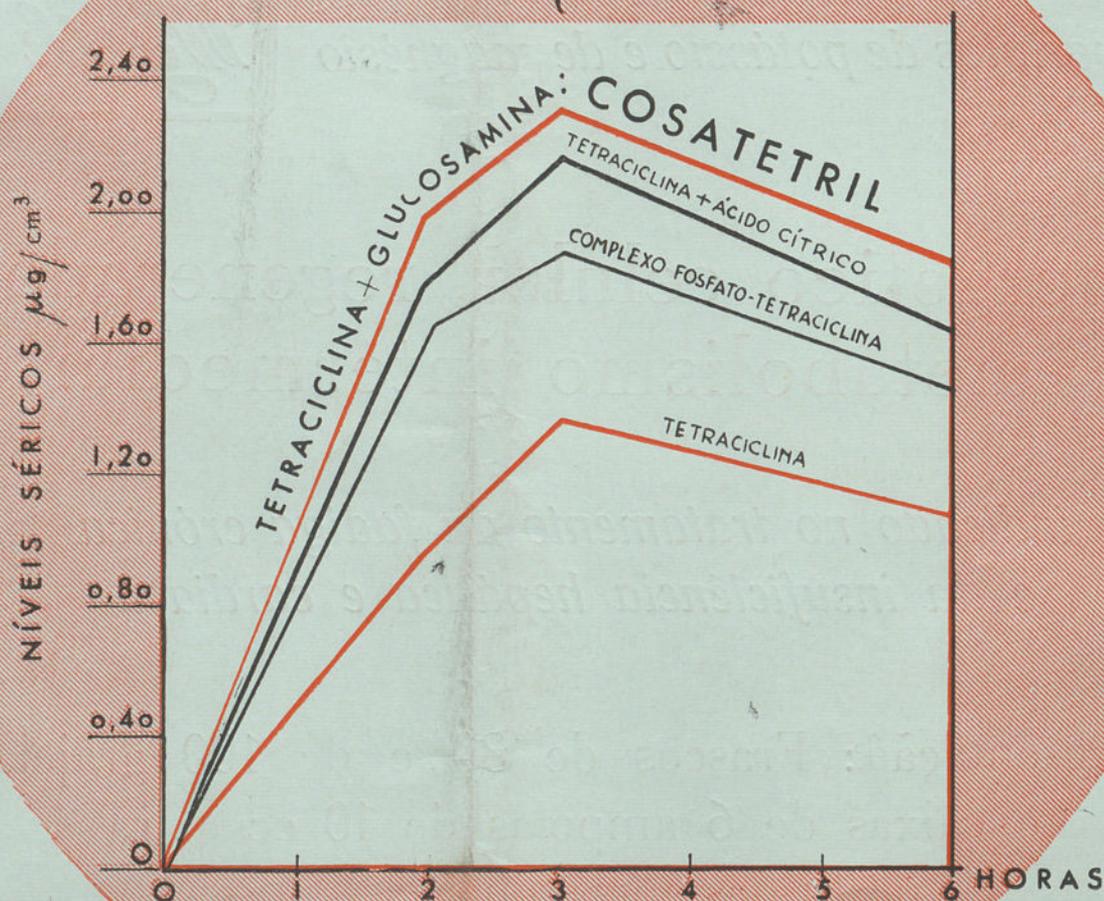
COSATETRIL[®]

Bial

DRAGEIAS

*A mais eficiente e moderna
associação potencializadora
da Tetraciclina*

Registro n.º 252 na Direcção Geral de Saúde
(Decreto n.º 41.448)



NÍVEIS HEMÁTICOS OBTIDOS COM CÁPSULAS DE 250 mg DE CLORIDRATO DE TETRACICLINA ISOLADA E EM ASSOCIAÇÃO COM SUBSTÂNCIAS POTENCIALIZADORAS.

"EM TODAS AS HORAS, A TETRACICLINA POTENCIALIZADA PELA GLUCOSAMINA ORIGINOU CONCENTRAÇÕES SÉRICAS QUASE DUPLAS DAS DA TETRACICLINA NÃO POTENCIALIZADA".

(W. C. GITTINGER AND HARRY WIENER — AM & CT — 7, 27, 1960)