

O MÉDICO

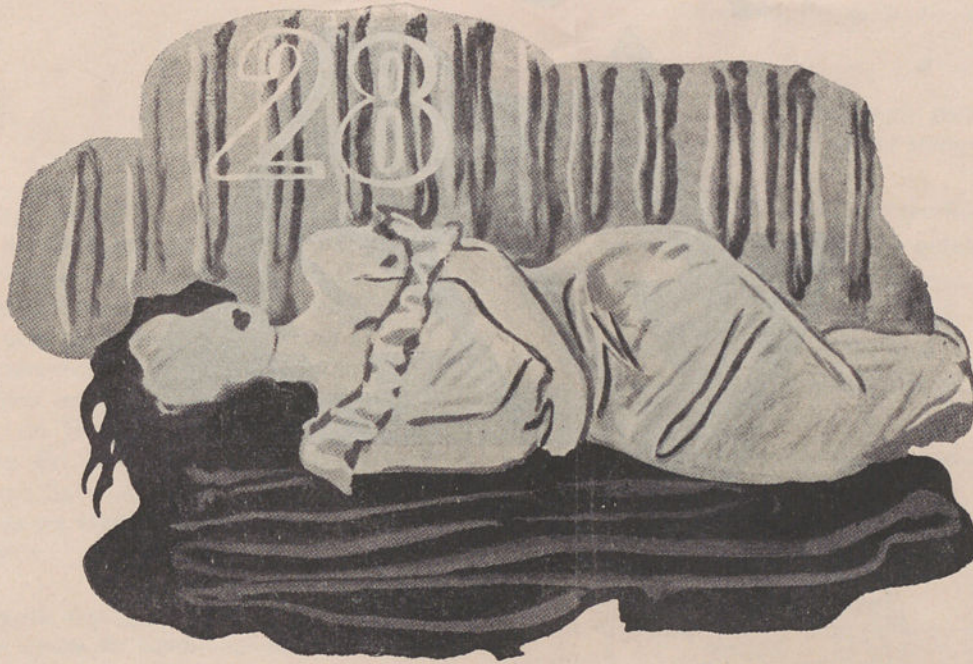
SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 114
5 de Novembro de 1953

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

NA ALTURA DA FASE MENSTRUAL



ADYSMENE

tomado profilaticamente, evita a dismenorrea. De acção rápida, sem qualquer influência prejudicial sobre as glândulas endocrínicas, isento de barbitúricos, o ADYSMENE combate eficazmente as dores menstruais.



CILAG, -S. A. -SCHAFFHOUSE -SUÍÇA

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

SUMÁRIO

	Pág.
ALMERINDO LESSA, FERNANDO DE ALBUQUERQUE E MORTÓ DESSAI — <i>Panorama da amebíase na Índia Portuguesa e em particular na cidade de Pangin</i>	901
ANTÓNIO JOSÉ DE LEMOS SALTA e MARIA MANUELA ANTUNES — <i>Frequência e agentes etiológicos das tinhas nas Ilhas de S. Miguel e S.ta Maria (Açores)</i>	925
MOVIMENTO MÉDICO — <i>RESUMOS DA IMPRENSA MÉDICA</i>	926

SUPLEMENTO

	Pág.
<i>Ação Social e Medicina Social</i> — CARLOS SANTOS	835
<i>Ecos e Comentários</i>	840
<i>Sessão clínica de cirurgia ortopédica no Hospital do Ultramar</i>	843
<i>Noticiário diverso.</i>	



TRIPENICILINATO G DE ALUMÍNIO + SULFADIAZINA
65.000 U. SULFAMERAZINA
SULFAMETAZINA

a a
0,11 g

ADMINISTRAÇÃO ORAL

Frasco de 20 comprimidos

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA

Panorama da amebíase na Índia Portuguesa e em particular na cidade de Pangim

Revisão de um problema cosmopolita, à luz de uma experiência tropical

ALMERINDO LESSA
(Director do Serviço de Sangue dos Hospitais)

FERNANDO DE ALBUQUERQUE
(Lente da Escola Médico-Cirúrgica de Goa)

MORTÓ DESSAI
(Assistente da Escola Médico-Cirúrgica de Goa)

Este trabalho, elaborado durante a missão de Hematologia ao Estado da Índia (1952), foi orientado pelo Sr. Prof. Cruz Ferreira, do Instituto de Medicina Tropical, a quem os Autores manifestam os seus agradecimentos. Igualmente se sentem reconhecidos ao Sr. Prof. Amorim Ferreira, director do Serviço Meteorológico Nacional e ao Sr. Eng.º Domingos Ramalheté, do mesmo Serviço, pela ajuda e orientação prestadas na elaboração da introdução climatológica.

*

- I — *Introdução. Geo-climatologia do Estado da Índia.*
- II — *Noções gerais de Epidemiologia*
 - A) Conhecimentos básicos sobre a doença e o agente infeccioso;
 - B) Factores do meio — relação com o clima, temperatura, pluviosidade, humidade e outras condições locais.
 - C) Factores individuais e sociais — índices de infestação e patologia associada; incidência por sexos, raças e idades; condições alimentares e económicas; higiene pública.
- III — *Noções gerais de Clínica*
Sintomas dominantes. Complicações. Esquemas terapêuticos empregados e sua crítica em relação às possibilidades actuais.
- IV — *Séries observadas*
- V — *Orientação profiláctica geral*
- VI — *Bibliografia local*

I. *Introdução. Geo-climatologia do Estado da Índia.*

«A Ásia é uma terra de eleição para a amebíase. Rochard mostrou a importância do foco do Indústão, onde a doença representava um terço da mortalidade global das tropas inglesas estacionadas nas províncias de Bengala, Madrasta e Bombaim.»

Deschiens & Lamy, 1952

O território de Goa, encontra-se situado na costa do Malabar, entre 14º,53—15º,48 de latitude N e 73º,45—74º de longitude O (Fig. 1). Com uma superfície de 3.800 Km.², e 192 Km. de costa, compreende os concelhos das Ilhas — Bardez, Mormugão e Salcete, ou Velhas Conquistas e os de Pernem, Sanquelin, Satari, Pondá, Sanguem, Quepem e Canácona — nas Novas Conquistas. O distrito de Damão encontra-se na costa do Golfo de Cambaia a 20º,25 latitude N

e 72º,53 longitude O; o território de Praganã-Nagar-Aveli, está situado a cerca de 20 quilómetros da cidade de Damão; o de Diu é na ilha do mesmo nome a 30º,43 latitude N e 71º,2 longitude O. A população do Estado anda por 600.000 habitantes. O litoral de Goa é formado por terrenos planos de aluvião, e o interior, que se estende até à cordilheira dos



Fig. 1

Gates, por terrenos vulcânicos. Diu, embora de origem vulcânica, apresenta numerosos terrenos calcáreos. No quadro I, organizado com os dados fornecidos pelo Serviço Meteorológico Nacional, indicam-se os valores médios de alguns elementos climáticos relativos a Nova-Goa e referentes a um período de 40 anos:

Quadro I

Meses e ano	Pressão atmosférica (mb)	Temperatura do ar (°C.)					Humidade relativa (%)		Precipitação (mm)		
		Média			Absoluta		Humidade relativa	Nebulosidade (0-10)	Total	Máxima em 24 h.	
		Mês	Máxima	Mínima	Máxima	Mínimo					
Janeiro . . .	1009,4	26,0	32,3	19,8	36,2	14,8	63,5	1,6	0,4	1,1	
Fevereiro . . .	1009,0	26,2	32,0	20,4	32,2	14,3	66,4	1,3	0,0	—	
Março . . .	1007,9	27,7	32,6	22,8	39,0	16,4	69,2	2,1	0,1	0,8	
Abril . . .	1006,3	29,3	33,4	25,2	36,9	20,8	70,1	3,5	12,7	23,5	
Mai . . .	1003,5	30,0	33,7	26,4	36,0	21,6	69,9	4,7	61,3	50,6	
Junho . . .	1002,7	27,4	30,5	24,4	35,6	20,0	83,4	8,1	761,1	191,4	
Julho . . .	1002,9	26,7	29,3	24,1	32,0	20,9	86,9	8,4	914,2	141,4	
Agosto . . .	1004,2	26,6	29,3	23,9	33,7	20,4	86,2	7,9	403,1	111,1	
Setembro . . .	1005,5	26,7	29,8	23,6	33,0	21,0	83,4	7,2	287,5	96,9	
Outubro . . .	1006,6	27,6	31,6	23,6	36,6	19,0	77,9	5,2	89,3	153,6	
Novembro . . .	1007,7	27,4	33,0	21,9	37,1	15,9	67,4	3,5	55,1	64,5	
Dezembro . . .	1009,4	26,4	32,8	20,1	36,3	14,1	61,3	2,4	2,5	6,0	
Ano . . .	1006,3	27,4	31,7	23,0	39,0	14,1	73,8	4,6	2587,3	191,4	

a) Pressão atmosférica

Os valores médios da pressão atmosférica diminuem de Janeiro a Junho, para de novo aumentarem, apresentando o valor máximo em Janeiro e Dezembro de 1009,4 mb.

A amplitude da variação anual (diferença dos dois valores médios mensais extremos), é de 6,7 mb. e a ondulação anual (cociente da amplitude pelo valor médio anual), é da ordem de 0,6 %.

b) Temperatura do ar

Os valores médios mensais da temperatura do ar, variam durante o ano com um máximo em Maio e um mínimo em Janeiro, respectivamente os meses mais quente e mais frio, com temperaturas médias de 30,0 °C. e 26,0 °C.

As temperaturas médias mensais do ar durante o ano são, portanto, sempre iguais ou superiores a 26,0 °C.

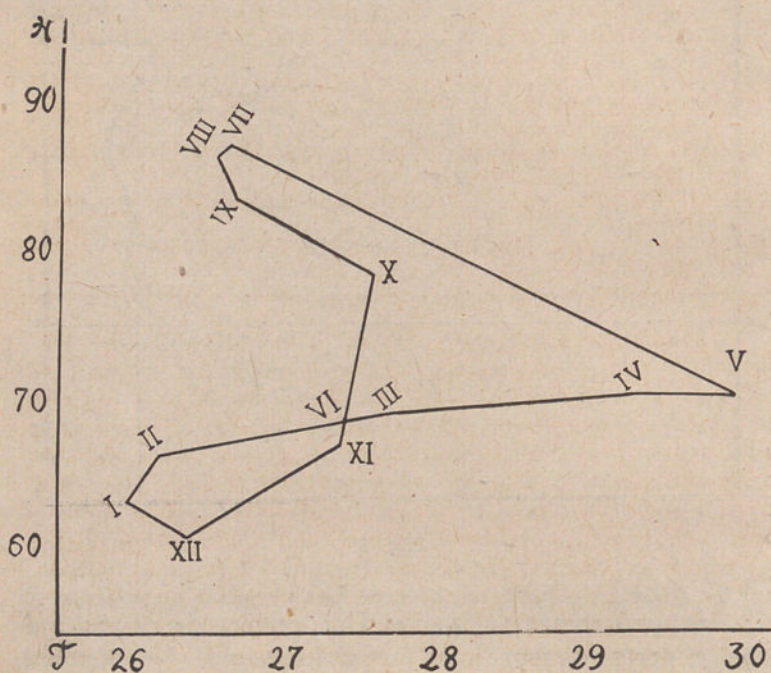


Fig. 2

Climograma de Goa relacionando as temperaturas e as humidades relativas médias nos diversos meses do ano

A amplitude média da variação diurna da temperatura do ar (diferença entre os valores médios mensais das temperaturas extremas do ar durante o dia), varia com regularidade, apresentando o mínimo em Julho (5,2 °C.) e o máximo em Dezembro (12,7 °C.).

A amplitude da variação anual da temperatura (diferença das temperaturas médias do mês mais quente e do mês mais frio do ano), é de 4,0 °C. (ver fig. 2).

c) Humidade do ar

Os valores médios mensais da humidade relativa do ar variam durante o ano com regularidade e têm o valor mínimo em Dezembro (61,3 %) e o máximo em Julho (86,9 %).

A amplitude da variação anual da humidade relativa do ar (diferença dos valores médios do mês mais húmido e do mês mais seco do ano), é de 25,6 % e a ondulação anual (cociente da amplitude pelo valor médio anual), é de 35,7 %.

d) Precipitação

Os valores médios da precipitação mostram que, para o período considerado, o valor médio da precipitação anual é de 2587,3 mm., distribuídos por 125 dias em média, dos quais 63 com precipitação igual ou superior a 10 mm.

O mês mais chuvoso é Julho: e seguem-se por ordem decrescente Junho, Agosto, Setembro, Outubro, Maio e Novembro. O trimestre mais chuvoso é o de Junho, Julho e Agosto, durante o qual sopra a monção de SW.

e) Ventos

O vento predominante é de sudoeste, conforme se conclui do quadro II no qual se regista o número médio de vezes em que, durante os oito anos a que diz respeito, se verificaram as diversas direcções nele inscritas nas observações directas feitas em Nova Goa, com 3 observações diárias (Fig. 3).

Quadro II

Meses	VENTO									Velocidade média (km/h)
	Número médio de observações									
	N	NE	E	SE	S	SW	W	NW	C	
Janeiro . . .	0,6	21,1	6,1	3,4	0,4	16,9	11,6	20,5	12,4	15,9
Fevereiro . . .	1,0	11,4	4,1	2,4	0,5	17,1	10,5	20,7	17,0	15,6
Março . . .	1,5	6,3	2,4	5,5	1,1	27,4	11,9	22,4	14,6	7,9
Abril . . .	2,1	3,9	8,7	3,1	1,4	27,0	17,9	23,0	10,7	19,5
Mai . . .	1,1	1,5	0,9	4,6	1,3	32,7	21,0	25,4	4,5	19,8
Junho . . .	0,4	2,1	0,9	10,0	6,5	39,9	13,7	10,6	6,3	22,3
Julho . . .	0,2	0,7	0,5	2,5	0,5	54,5	15,6	13,2	5,1	21,0
Agosto . . .	0,5	1,3	0,1	1,8	0,6	41,9	22,1	17,3	7,5	20,1
Setembro . . .	1,3	3,5	1,0	4,1	2,7	26,0	19,1	22,0	10,3	16,9
Outubro . . .	0,5	5,7	2,6	6,7	2,4	21,0	13,4	18,0	22,6	15,2
Novembro . . .	0,4	16,7	8,0	6,4	2,0	22,1	6,4	13,0	15,0	15,1
Dezembro . . .	0,4	27,3	6,0	4,4	0,5	19,6	8,1	12,3	14,3	16,3
Ano . . .	10,0	101,5	41,3	54,9	19,9	346,4	171,3	218,4	140,3	18,0

f) Estações

Distinguem-se perfeitamente três tipos estacionais:

1.º Estação quente. É o verão indiano, abrangendo os meses de Abril e Maio. Estação intermédia à monção do NE e à do SO, caracteriza-se pela secura do clima e pela elevada tensão eléctrica; temperatura média de 28,15 °C.

2.º Estação fresca e húmida. Estende-se pelos meses de Junho, Julho, Agosto, Setembro e Outubro. É a

quadra húmida, pluviosa e tempestuosa, correspondente à monção do SO; temperatura média de 26,96 C.

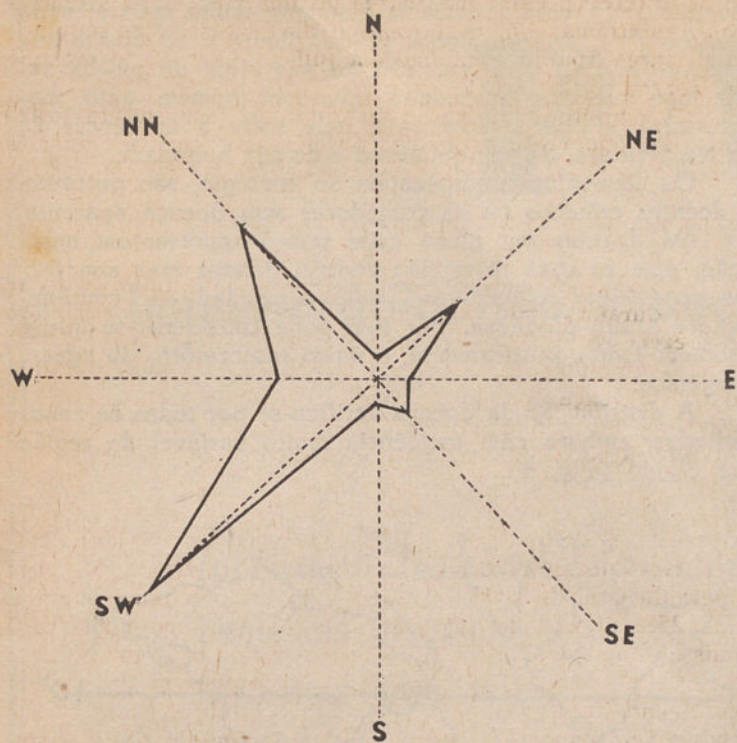


Fig. 3

Pangim. Rosa dos ventos dum ano (1952) Escala: 0,2 mm. Nota-se predomínio nítido dos ventos de W, sendo particularmente intensos os do SW. Cotejando com o climograma, constata-se maiores velocidades, ou sejam maiores acções, nos meses quentes e húmidos.

3.º) Estação fresca e seca. Abrange os meses de Novembro, Dezembro, Janeiro, Fevereiro e Março. É a quadra seca, dos ventos terrais, ou da monção do NE; é a «belle saison», ou a quadra do ceo descoberto. Temperatura média de 25,86 C.

A classificação dos climas mais perfeita no plano mundial, parece ser a de Köppen. É uma classificação quantitativa que se baseia nos valores médios da temperatura do ar e da quantidade de precipitação e na distribuição, correlacionada, destes dois elementos climáticos pelos meses do ano. Adapta-se bem ao factor da paisagem geográfica e aos aspectos do revestimento vegetal da superfície do globo, e dispõe de uma nomenclatura simbólica, que permite descrever a maior parte das formas do clima por grupos de três ou quatro letras.

O clima de Nova Goa, na classificação de Köppen, é do tipo Aw, significando:

A: *clima tropical chuvoso* — a temperatura média de todos os meses é superior a 18° C. e a precipitação anual superior a 750 mm.

w: *clima de savana* — a chuva é periódica e o inverno seco.

i: *isotermal* — a diferença entre as temperaturas médias mensais extremas é inferior a 5° C (1).

II. Noções gerais de Epidemiologia.

A) *Conhecimentos básicos sobre a doença e o agente infeccioso.*

A amebíase (Musgrave & Clëgg, 1904), é um estado patológico caracterizado por cólicas, tenesmo e diarreia com muco-pus, e provocado por um protozoário da classe dos rizópodos, da ordem dos amebídeos, do género *Entamoeba*: a *E. dysenteriae* (2) (Councilmann & Lafleur, 1891). O quadro III resume as datas fundamentais da sua história.

(1) As médias apresentadas nas várias rubricas deste capítulo, diferem um pouco das publicadas anteriormente por Silva Teles (1924), Germano Correia (1926) e F. Cambournac (1949).

(2) O *intencionalismo* do nome dado ao agente fez com que entrasse na literatura corrente, embora com desprezo das leis da nomenclatura zoológica, segundo as quais deveria prevalecer a primeira designação: *Amoeba coli* (Lösch, 1875), pois se é verdade não ser esse o agente, também a designação corrente de «disenteria amebiana» só faz ressaltar um dos componentes sintomáticos da doença.

Quadro III

Quadro histórico fundamental: efemérides

- 1859 — Lambl, de Praga, encontra amebas nas fezes duma criança morta de diarreia fulminante, mas não se apercebe do seu valor patogénico.
- 1875 — Lösch, de Petersburgo, descobre o agente nas fezes dum camponês de Arcangel, denomina-o *Amoeba coli*, responsabiliza-o pelo quadro clínico e consegue transmitir experimentalmente a doença ao cão.
- 1883 — Koch, no Cairo, encontra o agente em úlceras do cólon de indígenas mortos com diarreia.
- 1887 — Kartulis, confirma os trabalhos de Koch e encontra a ameba no pus de um abscesso hepático. Hlava, de Praga, descreve uma epidemia naquela cidade.
- 1893 — Councilman & Lafleur, publicam uma memória sobre a *Amoeba dysenteriae*. Quincke & Roos, continuam os trabalhos precedentes, descrevem uma forma não patogénica da ameba e conseguem infectar um gato por ingestão.
- 1894 — Hlava, Kruse & Pasquale, praticam inoculações experimentais em animais.
- 1899 — Marchoux, consegue, experimentalmente, realizar em gatos 65 % de abscessos hepáticos.
- 1901 — Strong, nas Filipinas, estabelece os princípios para o diagnóstico diferencial com a disenteria bacilar.
- 1902 — Jurgens, demonstra que o frio pode experimentalmente tornar as fezes não patogénicas.
- 1903 — Schaudinn, distingue a *E. coli* da *E. histolytica*, assim denominada pela sua tendência em invadir e destruir os tecidos. Huber, demonstra que os quistos infecciosos têm 4 núcleos e por vezes inclusões.
- 1904 — Musgrave & Clegg, propõem a designação *Amebíase* para o conjunto do quadro clínico.
- 1905 — Vireck, apresenta a primeira descrição completa da evolução dos quistos.
- 1909 — Vincent, demonstra a existência de portadores sãos, a que chama «semeadores de amebas» e que Noc encontra com elevada frequência na Cochinchina.
- 1912 — Roger, estabelece o quadro clínico da doença e introduz a emetina no seu tratamento. Mathis, demonstra a existência de períodos negativos nos portadores sãos.
- 1913 — Walked & Shellards, fazem, com quistos de portadores sãos a transmissão experimental a voluntários e estabelecem uma unidade entre a *E. dysenteriae* e as formas patogénicas anteriormente descritas. Swellengrebell & Kuenen, descrevem dois estados de desenvolvimento na *E. dysenteriae*, uma fase *histolytica* e uma fase *minuta*, que normalmente seria não patogénica.
- 1917 — Wenyon & O'Connor, conseguem a infecção experimental em gatos, com quistos de portadores sãos.
- 1920 — Mühlens & Menck, introduzem na terapêutica as oxiquinolinas.
- 1922 — Marchoux, depois dos ensaios com arsenicais trivalentes, inicia a aplicação dos arsenicais do grupo fenilarsínico.
- 1924 — Boeck & Drbohlav, estabelecem o método das culturas do agente.
- 1925 — Brumpt, admite a existência de uma terceira variedade assintomática da *E. histolytica*: a *E. dispar*.
- 1930 — Cleveland & Sanders demonstram a importância do «complexo bacteriano», como factor extrínseco da virulência da *E. histolytica*, (o que foi confirmado, em 1937, por Deschiens), e conseguem realizar o abscesso experimental do fígado por inoculação directa de culturas.
- 1933 — Meleney & Frye, conseguem aumentar o índice patogénico de certas estirpes de *E. histolytica* por passagens repetidas de animal a animal.
- 1939 — Swartzwelder, realiza a doença experimental com formas vegetativas introduzidas «per os».
- 1945 — Hargreaves, inicia a aplicação medicamentosa das sulfonamidas.
- 1951 — Watt & col., ampliam o arsenal terapêutico com o uso dos antibióticos.

Manifesta-se em duas formas muito variáveis: uma fase silenciosa, bem frequente nas regiões temperadas e uma fase ruidosa, ou sintomática, verdadeiramente tropical, e foi esta circunstância que levou alguns autores a admitir, para cada uma delas, duas formas diferentes do agente: uma de hospede inofensivo e outra de elemento mórbido ou histolítico. Esta questão da unidade ou pluralidade dos agentes, embora nos pareça hoje arrumada, apesar de ainda recentemente (1952) defendida por Swellengrebell no I Congresso Nacional de Medicina Tropical, merece um pequeno apontamento.

Schaudinn (1903) foi o primeiro a admitir a existência de duas espécies de amebas, uma inofensiva: a *E. Coli* e outra patogénica, com uma actividade particular sobre os tecidos: a *E. histolytica*, pluralidade que Brumpt (1952) ampliou com a sua hipótese de três amebas disentericas gerando quistos de 4 núcleos: a *E. dysenteriae*, patogénica para o homem, e as

E. tetragena (Vireck, 1907) e *E. dispar* (Brumpt, 1952), estas duas não patogêneas. Embora o conceito de unicidade seja agora de aceitação quase geral, alguns autores, como E. Brumpt (1949), Walker (1913), Swellengrebel & Kuenen (1952), Mathis & Legerl (1949) e Sohêi Shimura (1918) continuam a discutir, ou defenderam, a existência de um ciclo não patogêneo na evolução da ameba disenterica e a existência de quistos com 4 núcleos, não patogêneos.

Admite-se (Dubois & v. d. Berghe, 1947; Lavier, 1953), que a força patogênica das estirpes de *E. disenteriae* depende tanto da virulência própria como do ambiente que encontrem no intestino: pH, flora microbiana (1), fisiologia normal ou patológica das paredes, etc., ambiente esse que pode ser alterado por circunstâncias ou factores extrínsecos, e que além disso, mesmo na fase inofensiva, as amebas poderiam alterar os hábitos intestinais do portador (Walker & Sellards (1913) ou associar-se a outros agentes, por exemplo: um diplococo hemolítico (Vogel, 1929), abrindo o caminho à amebíase.

No ponto de vista microbiológico o agente pode apresentar-se sob três formas distintas:

- forma vegetativa e invasora, ou patogênea* com 20 a 30 μ , muito activa (hematófaga), com ectoplasma hialino e endoplasma granuloso, incluindo eritrócitos, apresentando por vezes uma cor amarelada (deshemoglobinação), com núcleo esférico de — 7 μ ;
- forma prequística ou preparatória* (e a forma minúta), com 7 — 15 μ , pouco móvel, sem vacúolos e sem eritrócitos (forma não-hematófaga), frequente nos portadores sãos ou convalescentes;
- forma quística*, transparente, oblonga, com 5-20 μ , espessura de parede à roda de 0,5 μ , com 4 núcleos e 2,3 bastonetes refringentes de 4-10 μ .

A «forma hematófaga» elabora uma substância poderosamente necrosante, admitindo alguns autores que as hemorragias resultantes facilitem, viciosamente, pela oferta de sangue, a transformação de novas formas tetragenas em histolíticas. Mas a «forma infecciosa», que transmite a doença de indivíduo para indivíduo, é a ameba quística, que é a sua forma de resistência no meio exterior: 2 a 10 dias nas dejeções e 15 a 20 dias nos meios mais vulgarmente contaminados — água, alimentos, etc. Os quistos «naturais» funcionam como agentes de dispersão e são, como dizemos, muito resistentes, embora menos que os das culturas, como se tem verificado

Quadro IV

Médias de resitências (vitalidade) dos quistos naturais

MEIO	VITALIDADE MÉDIA
Na água	15 a 20 dias
No ar e à luz	24 a 72 horas
Em fezes abandonadas	10 dias
Sobre vegetais frescos	8 a 13 dias
No tubo digestivo das moscas	49 horas
Ao calor	a 45°—30 ^m ; a 50°—5 ^m ; a 68°—30 ^m (Abaixo de 30° morre rapidamente)
Nos antissépticos	em formol a 5‰ — 5 ^m ; em cloreto de mercúrio a 1:2.500 — 30 ^m ; em cresila 1‰ — 3 ^m ; em cloro a 3,5 mg ‰ (doses que já despotabilizam a água), 30 horas.

(1) Admite-se que algumas bactérias do intestino, como o *Streptobacillus*, elaborem um factor de crescimento para a *E. histolytica* (Karlsson, 1952). Ao conceito clássico, de uma localização inicial no intestino seguida eventualmente de focos por emigração (Roger, 1908), foi posteriormente oposto um outro em que a doença principiaria por ser uma amebíase, com fixação ulterior do parasita em diversos órgãos — intestino, fígado, pulmão, etc. (Petzetakis, 1923). Mas esta teoria não pôde ser demonstrada.

pelos testes de vitalidade — colorabilidade pela eosina ou sementeiras em meios apropriados. Considerada no campo epidemiológico, essa resistência é sempre muito mais elevada (Quadro IV), embora Boeck (1940) limite a 10 dias a sua infecciosidade. O desenquistamento «natural» da ameba sucede logo que num hospedeiro favorável (homem, gato, macaco, cão) atinge o intestino e nele sofre a influência da sua temperatura, do seu quimismo e da sua humidade.

Os elementos fundamentais do contágio, são portanto, os doentes crónicos ou os portadores sem doença aparente.

Os doentes em plena crise pouco representam nesta acção, pois as suas fezes não contêm quistos mas sim formas vegetativas (trofozoitos), cuja capacidade de contaminação é muito duvidosa. Por isso pode considerar-se que é o homem «são», praticamente, o único reservatório do agente patogênico.

A distribuição da doença verifica-se por todas as zonas habitadas, embora com incidência muito variável de região para região (Fig. 4).



Fig. 4

Com raras excepções, a *E. disenteriae* só é autóctona nas regiões situadas entre 40° latitude N e 30° latitude S.

Apesar do volume de trabalhos já publicados não é possível estabelecer, exactamente, para cada região geo-climática e em relação às idades, aos sexos ou a quaisquer outros índices demográficos, as percentagens de doentes e de portadores. Já que, pela diversidade dos métodos de diagnóstico e dos critérios estatísticos, as amostras não são comparáveis. Fica-se, apenas, com a noção de conjunto que, embora sempre elevadas nas regiões tropicais e sub-tropicais, podem as percentagens de portadores nas regiões temperadas e frias oscilar entre 1% e 50%. O quadro V apresenta alguns números recolhidos na literatura mundial.

Quadro V

Aspectos geográficos

Percentagens recolhidas por Westphal & Gonnerts (1936) e Brumpt (1949)

PAÍS OU REGIÃO	% DE PORTADORES DE QUISTOS
Alemanha	17
Argentina	24-32
Brasil	36
Chile	55
China	20
Colombia	60
Egipto	13
Espanha	21
Estados Unidos	5-10
França	4
Inglaterra	3-5
Índia	22
México	40
Venezuela	30

O estudo das estatísticas demonstra que os quistos são tão frequentes nas fezes de antigos doentes como nas fezes de indivíduos sem passado de doença (Werryon & O'Connor, 1917).

P V R

Imunoterápia não específica associada à Penicilina

COMPOSIÇÃO

Dibenziletlenadamina Dipenicilina G	600.000 U. O.
Penicilina Procaínica	300.000 U. O.
Penicilina G Potássica	100.000 U. O.
Soro imunizante não específico de antigénicos lipo-proteicos e sais biliares associados a essências antissépticas	5 c. c.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Todos os estados infecciosos, susceptíveis à Penicilina, em que se pretenda activar as defesas naturais do organismo.

APRESENTAÇÃO

Um frasco contendo a associação antibiótica e uma ampola de 5 c. c. de soro imunizante não específico, para injeção extemporânea.



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

Avenida Elias Garcia — MASSAMÁ-QUELUZ-Telef. QUELUZ 27
EXPEDIENTE—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24875
PROPAGANDA—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24604
Delegação no Porto—Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º — Telef. 21383
Deleg. em Coimbra — Av. Fernão de Magalhães, 32-1.º — Telef. 4556

PENI-14 A PENICILINA

EM SUSPENSÃO ORAL, EM COMPRIMIDOS
OU INJECTÁVEL, FORMAS IGUALMENTE
EFICIENTES SOB O ASPECTO CLÍNICO.

DOS
14
DIAS

PENI 14

SUSPENSÃO

300.000 U. O. de N,N'-dibenziletildenadamina
dipenicilina G

Em regra uma colher de chá cada 6 horas

COMPRIMIDOS

300.000 U. O. de N,N'-dibenziletildenadamina
dipenicilina G

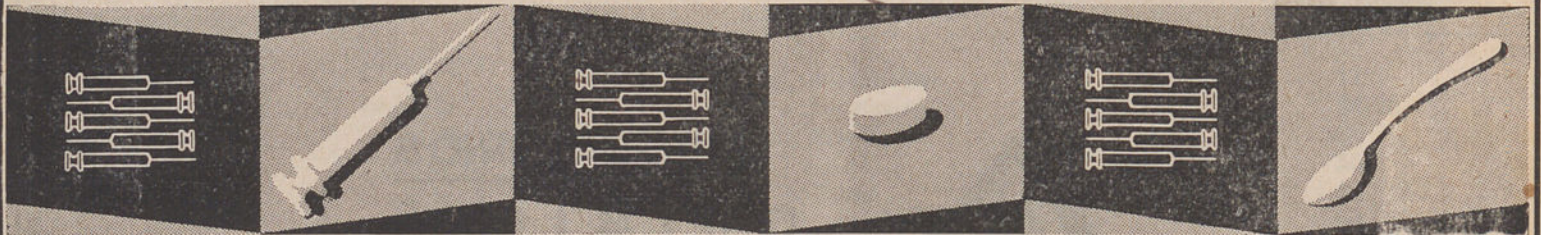
Em regra um comprimido cada 6 horas

900 INJECTÁVEL

N,N'-dibenziletildenadamina-dipenicilina G . . .	500.000 U. O.
Procaína Penicilina G	300.000 U. O.
Penicilina G cristalizada	100.000 U. O.

Em regra uma ampola por semana

MENOS INJECCÕES • UM COMPRIMIDO • UMA COLHER DE CHÁ



IGUAL EFICIÊNCIA • MAIOR COMODIDADE

LABORATÓRIO SANITAS

B) *Factores do meio. Relação com o clima, temperatura, pluviosidade, humidade e outras condições locais.*

A disenteria amebiana encontra-se disseminada, com maior ou menor intensidade, no anel inter-tropical e até nas regiões sub-tropicais; é endêmica no Distrito de Goa. Não parece produzir epidemias, como a disenteria bacilar, embora esteja sujeita a sofrer exacerbações periódicas, dando lugar a pequenos surtos epidémicos, relacionados, entre outros, com dois factores importantes: as chuvas e as épocas do ano em que abundam as moscas. Destas, são cinco as espécies que frequentam ordinariamente as habitações de Goa: a *Musca doméstica*, a mais frequente de todas; a *Homolomya canicularis*, mais pequena que a precedente e, por isso, chamada mosquinha doméstica; a *Calliphoria vomitoria* ou grossa mosca azul; a *Lucilia cesar*, ou moscão esverdeado; e, finalmente, a *Musca canaria*, ou varejeira raiada, variedade da espécie antecedente. Pululam em todas as quadras estacionais.

O transporte dos quistos faz-se pelas patas, asas e peças

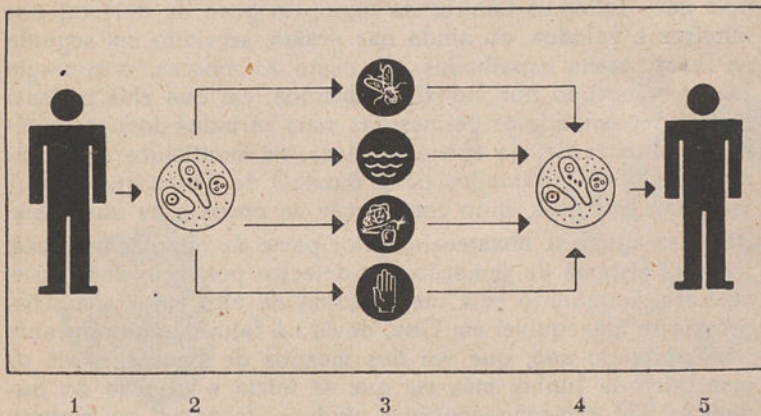


Fig. 5

Transmissão da *Entamoeba histolytica*. 1) homem infectado com ameba; 2) quistos nas fezes; 3) modos de transmissão; 4) quistos no intestino; 5) novo hospedeiro infectado.

bocais, pela excreção do conteúdo intestinal ou, ainda, pela regurgitação de substâncias gastro-intestinais, onde podem conservar-se durante quase três dias. Wenyon & O'Connor, (1936), verificaram a existência de quistos nas fezes das moscas e sua permanência por mais de 16 horas.

Na Índia, também se pode estabelecer estreita relação epidémica, de causa e efeito, entre o número de muscídios e o número de casos de disenteria, encontrando-se tal abundância intimamente relacionada com a temperatura, as chuvas e a humidade. Registe-se, porém, que a reprodução e vitalidade das moscas se verifica durante todo o ano, variando apenas de grau, conforme as estações. Assim se explica o aparecimento, na quadra estacional que decorre de Abril a Maio — que é o verão local, caracterizado por médias termométricas altas e permanentes, humidade atmosférica pouco pronunciada e chuva nula ou insignificante — de alguns pequenos focos de disenteria amebiana.

Também a fartura ou a escassez da pesca — pois que nos montes do peixe posto a secar nas praias depositam os insectos os seus ovos — oferece incontestáveis relações de interdependência com o número das moscas, e, consequentemente, com os andaços disentéricos.

No ponto de vista sanitário propriamente dito, as precipitações pluviosas representam duma maneira geral um importante factor de salubridade climática. Um clima de excessiva pluviosidade pode, não só tornar-se impróprio, mas até insalubre, quando as chuvas forem irregulares e a natureza geológica do terreno dificultar a rápida absorção das águas, levando-as a acumularem-se nas depressões de terreno, e a dar lugar à formação de charcos e de pântanos.

Finalmente, as chuvas abundantes e prolongadas, as cheias, alagações e infiltrações dos lençóis de água do subsolo e dos poços, contribuem em larga escala para disseminar e alastrar os germes específicos daquelas doenças nas regiões onde laboram endemicamente, ou mesmo sob a forma esporádica.

É isto também o que se tem observado em Goa. A cada uma das estações, corresponde um grupo de doenças, mais evidenciado. Na estação quente (principalmente Maio e Junho), a temperatura de certas correntes atmosféricas de proveniência continental é tão elevada, que dá a impressão de verdadeiros duchos quentes sobre a pele, originando perturbações no metabolismismo do sal e da água (suores profusos); as variações nictérias do estado higrométrico, condicionadas pelas correntes aéreas, e as mínimas de temperatura que se notam às vezes na estação fria (verdadeiras ondas de frio), explicam nitidamente a frequência, nesta época, das moléstias do aparelho respiratório. Quanto à amebíase, sendo a sua infecciosidade também dependente da água potável poluída e das moscas inquinadoras, todas as circunstâncias mesológicas que favoreçam a poluição facilitarão, por sua vez, a sua expansibilidade. Ora nos distritos de Goa, as inquinações grosseiras das águas dos poços, e em Damão e Diu as das cisternas, são um factor capital da disseminação. O grosso da população de Goa e das praças do Norte, abastece-se da água dos poços, quase sempre sem qualquer tratamento prévio (desinfecção, filtração ou simples fervura).

Na época pluviosa, logo às primeiras chuvas, os poços inquinam-se facilmente devido à penetração das águas superficiais mais próximas. Por outro lado, sobretudo nas populações rurais, é costume tomar-se banho e fazer-se a lavagem de roupas (de doentes ou não) à beira dos poços (1) o que, à falta de filtros de protecção, faz que as imundícies de toda a espécie sejam arrastadas pelas águas pluviais, que os inquinam com germes das mais variadas doenças entéricas em que predominam o bacilo de Eberth, os agentes do síndrome disentérico e, mais excepcionalmente, o vibrião colérico.

Mais tarde, quando as chuvas aumentam de intensidade, a inquinação da água dos poços faz-se por um mecanismo diferente. Há poços que ainda não são guarnecidos por barbacãs de protecção, e outros que apresentam soluções de continuidade, pelas quais as águas pluviais se infiltram provocando a sua contaminação.

Em muitas aldeias, sobretudo antigas, a distribuição das serventias domésticas, como a cozinha, a casa de banho e as retretes de fossas fixas, têm por único vizinho mais chegado, o poço da casa. Ora, é frequentíssimo nas épocas pluviosas, verem-se canteiros de prédios rústicos transformados em lagos onde se não pode discriminar este poço central.

Resumindo, pode-se dizer que, conquanto a disenteria amebiana não respeite climas nem guarde estações para se fazer anunciar, é na segunda metade da estação pluviosa que ela se declara, continuando ainda na estação fria.

C) *Factores individuais e sociais. Índices de infestação e patologia associada; incidência por sexos, raças e idades; condições alimentares e económicas; higiene pública.*

Do limitado núcleo populacional de Goa, 600.000 almas, fazem parte três classes de indivíduos que se podem separar pela religião que professam — os Cristãos, os Hindús e os Mouros — e vivem num generoso equilíbrio social imposto por nós há aproximadamente cinco séculos. A realidade dessa vida urbana é um símbolo daquela vocação portuguesa que, ainda recentemente, Gilberto Freire denominou «a nossa capacidade para viver em comum».

Nenhum outro país do mundo, pode orgulhar-se de apresentar um exemplo assim. Mas, tirante os funcionários de elevada categoria, os comerciantes e os proprietários, em geral ricos, ou até possuidores de grandes fortunas, são exíguas e até mesmo lamentáveis as condições financeiras da população cristã que, em geral, exerce a sua actividade nas diferentes repartições do Estado; da população maometana que se de-

(1). Como um de nós já escreveu, no planalto da União ainda sucede pior. Almerindo Lessa. *Satará é um símbolo*. Journ. Méd. 438:1123, Junho de 1952.

dica ao pequeno comércio, ou outros mistérios ainda mais modestos; e, finalmente, da população piscatória das aldeias, cuja riqueza se reduz aos poucos proventos do mar, obtidos à custa de imensos sacrifícios e não raro sujeitos às contingências e aos caprichos do tempo.

Nos intervalos das lides, os pescadores usam e abusam, quer como estimulante, quer como alimento de poupança, da sura do coqueiro, recente ou fermentada, ou dos espíritos extraídos do cajú. Ora, estando bem reconhecido que o álcool é um dos factores adjuvantes da súbita eclosão da doença e considerando, ainda, o perigo que representam os montes de peixe salgado abandonado nas praias, por vezes em estado de decomposição e servindo de pasto às moscas, compreende-se que essas populações paguem um pesado tributo às doenças gastro-intestinais e especialmente às disenterias.

Concluindo, podemos afirmar que, quanto mais elevada é a categoria social a que pertencem os indivíduos, tanto menor é o grau de incidência do síndrome disentérico, embora não se tenham encontrado, como costuma acontecer no decurso das epidemias de cólera, indivíduos constitucionalmente resistentes ou imunes.

Higiene pública: — A noção de limpeza e asseio individual é bastante rudimentar na grande massa do povo, o que tem particular importância principalmente na higiene infantil. Apesar dos esforços dos serviços oficiais, do Governo Geral, das edilidades ou das delegações de Saúde, a maioria das casas de serventia pública, como cafés, barbearias, pensões e hotéis, carece de qualquer protecção sanitária de valor. Durante a elaboração deste inquérito a Delegação de Saúde de Goa mandou encerrar alguns hotéis, o que provocou grande clamor até por parte daqueles que a lei pretende proteger. Não somente a higiene alimentar deixa muito a desejar, como também a higiene individual, sendo frequentes as dermatoses, e especialmente a sarna e as tinhas: é muito raro o uso da água e do sabão.

Dados os hábitos de «toilette» anal do povo que constitui a grande população da Índia Portuguesa, os dedos, que pelos seus sulcos ungueais representam o melhor abrigo para os quistos amebianos, estão na origem de casos esporádicos, ou mesmo pequenos focos familiares de disenteria amebiana.

A estas há que acrescentar ainda outras «condições». É assim que muitos indivíduos pertencendo a diversas profissões, tais como, cozinheiros, padeiros, copeiros, aias domésticas, etc., e que tenham um passado disentérico, poderão na qualidade de portadores latentes, convalentes ou mesmo sãos, disseminar os quistos no ambiente que os cerca: nos domicílios, oficinas ou centros públicos, causando pequenos andaços entre os seus camaradas de trabalho, como algumas vezes se tem verificado. É particularmente importante o problema dos convalentes em via de cura, já que a gente do povo, sentindo-se aliviada das suas manifestações agudas após algumas injecções de emetina, julga-se radicalmente curada, e vai silenciosamente, inconscientemente, espalhar o morbo.

Há mais outro factor de natureza puramente local, cujo papel epidemiológico não deixa de ter algum valor. Pelas várzeas das aldeias que cercam as cidades, é velho hábito abrirem-se charcos com o fim de facilitar os trabalhos de rega. Ora, os cultivadores, na falta de locais apropriados, fazem as suas dejeções nos ditos charcos, cujas águas assim conspurcadas são em seguida utilizadas para regar os legumes e hortaliças que aí se semeiam e que, consumidos crus, ou sem prévia desinfecção, podem transmitir a infecção entre os respectivos habitantes, desde os de inferior condição até os de maior categoria social.

A disenteria amebiana ataca indiferentemente homens e mulheres, mas é sobretudo uma doença de adultos; as crianças são muito menos susceptíveis, observando-se a maior percentagem de infecção disentérica entre os 20 e os 40 anos. Nas crianças e nos velhos, a incidência é na verdade menor, filiando-se, em geral, os casos infantis na propagação do agente etiológico pelos dedos das mãos do pessoal doméstico e em especial das aias, a cujos cuidados é confiada a alimentação do recém-nascido.

Dentre as causas secundárias capazes de criar ou aumentar a virulência da *E. disenteriae* contam-se, ao lado do sezonismo, o álcoolismo e as enterites. A ingestão de águas

poluídas, ou carregadas de sais magnesianos, pode também desencadear o aparecimento do síndrome disentérico.

Deve ainda referir-se o problema da tuberculose, absolutamente inseparável do modo de vida dum grande parte da população goesa, sobretudo hindú, que vive em casas acanhadas e numa grande promiscuidade. As crianças de Goa pagam ainda um pesado tributo às outras afecções pulmonares, como pneumonias e bronco-pneumonias e também, até certo ponto, às doenças eruptivas como a varíola. Acresce, ainda, a grande relutância que a gente da terra mostra em declarar esta última às autoridades sanitárias, dado ser o único isolamento o lazareto dos Reis-Magos, na antiga fortaleza, que tem má fama e não oferece o mínimo de requisitos para ser um hospital.

Entre as necessidades urbanas que mais afligem a população, rica ou pobre, figuram em primeiro plano a remoção dos dejectos e resíduos líquidos da vida doméstica, o destino a dar aos resíduos sólidos — lixo das habitações, ruas, largos e quintais — e o abastecimento de água potável.

Interessa-nos, sobremaneira, o problema dos esgotos, pois que, dados os hábitos da gente do povo de dejectar nos outeiros e valados, ou ainda nas praias, servindo em seguida as fezes, assim espalhadas, de pasto às moscas, o contágio faz-se sobretudo por via dos alimentos, em que elas pousam depois depositando os germes das mais variadas doenças entéricas. Mais tarde, na época pluviosa, os montículos de matérias fecais são arrastados pelos caudais de águas que se formam nas encostas, indo conspurcar os poços e as nascentes, de cujas águas se abastece a maior parte da população goesa.

O sistema da remoção dos dejectos por meio das fossas sépticas, conquanto seja uma medida de alto valor sanitário, provou-se inexequível em Goa, devido à falta de água durante uma parte do ano, que vai dos meados de Fevereiro até os princípios de Junho, mês em que se inicia a monção do Sudoeste. Tal remoção continua ainda a fazer-se, na maioria das casas, pelo sistema primitivo, isto é, pelos *bonguis* ⁽¹⁾, pois só algumas, de construção recente, dispõem de retretes modernas munidas de autoclismo.

Daqui se infere a necessidade urgente de a Câmara Municipal dotar a Cidade com um número suficiente de sentinas públicas com mictórios, a fim de derivar para elas esse sector da população que utiliza a via pública para satisfazer as necessidades fisiológicas, e que tanto contribui para o perigo sanitário da comunidade e o desprestígio da Administração. Falta igualmente um sistema de abastecimento e de derivação de águas (Fig. 6).

Outro factor de natureza puramente local, que não deixa de ter certo valor na Epidemiologia, é a peregrinação que anualmente se realiza ao túmulo de São Francisco de Xavier, na Velha Cidade de Goa, onde se guarda o corpo do Santo. Aquele local, que durante a maior parte do ano é quase desabitado, torna-se em Dezembro, mês dessa tradicional festa, o ponto onde acodem os goeses de todos os cantos do País, assim como católicos de toda a Índia, que depois levam consigo os germes da doença, lá adquiridos em virtude da promiscuidade e carência completa de cuidados de higiene. A falta de serviços sanitários leva à prática das dejeções «em campo livre» e ao voltarem às suas terras esses portadores de amebíase sem sintomas ⁽²⁾, provocam pequenas epidemias entre as populações aldeãs.

(1) Os bonguis são criados particulares, encarregados de transportar para fora das residências os dejectos guardados em vasos ou caixas de ferro.

(2) Em vez de «portadores sãos», R. Wolfrohm (1952) refere, com o que concordamos, esta designação de «portadores de amebíase sem sintomas», por ser impossível determinar se um portador de amebas sem sinais clínicos se encontra ou não indemne de qualquer lesão. Além de transmissores, estes portadores podem desenvolver eles próprios a doença ou um recrudesimento sob a influência de causas variadas: mudança brusca de clima, de estação, ou do regime alimentar, aparecimento de infecções epidémicas ou «situações» digestivas associadas. Em clínicas onde se tem procedido a exames sistemáticos em vida (sigmoidoscopias) ou após a morte (autópsias) tem-se verificado, com frequência, lesões discretas da mucosa nesses portadores silenciosos. Por essa razão R. Crosnier (1953), é de opinião que as crises agudas não são mais que *epifenómenos* de casos crónicos ou latentes.

SUSPENSÃO ORAL - XAROPE



PALMITATO
 DE
CLOROANFENICOL
PARA USO INFANTIL

Febres tifóide e paratífóide e outras salmoneloses.
 Febre de Malta. Rickettsioses.

TOSSE CONVULSA
 Meningites. Infecções urinárias. Varicela.
 Sarampo, rubéola e papeira.
 Infecções por cocos resistentes à penicilina.

Clorotifina
SUSPENSÃO ORAL
 (Xarope)

apresenta-se em frascos com 60 c. c. correspondendo cada colher de chá a cerca de 4 c. c. (125 mg. de cloroanfénicol aproximadamente).

Fácil administração — Idêntica actividade

SABOR AGRADÁVEL
PRODUTO SÁPIDO
 e completamente absorvido pelo tracto digestivo.

INSTITUTO LUSO-FARMACO — LISBOA

BISMUCILINA

Bial

INJECTÁVEL

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO
EM SUSPENSÃO OLEOSA COM MONOESTEARATO DE ALUMÍNIO

EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,09 gr.

Por ampola de 3 c. c.

SÍFILIS (em todas as formas e períodos)
AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,09 gr.

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

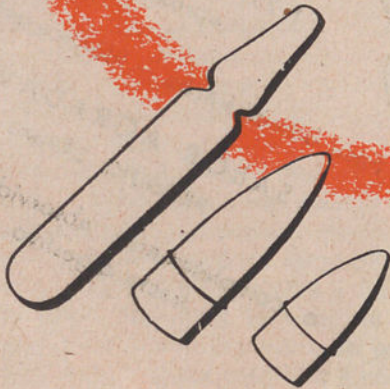




Fig. 6

Caneiro do Campal. Passa encostado ao Hospital Escolar, aos Sale-sianos, ao Centro de Hemoterapia, ao Hotel Central e ao Instituto Bacteriológico. A sua existência é uma demonstração flagrante do atraso da higiene pública em Goa.

Condições económicas. O problema da alimentação do povo da Índia Portuguesa, nas suas relações com as diversas moléstias endémicas e endemo-epidémicas reinantes (que tanto concorrem para baixar o grau de resistência do trabalhador — o qual já pela acção deprimente do clima, já pela baixa qualidade dos seus alimentos se encontra inferiorizado em relação a outras regiões e outros climas), não têm grande importância no campo do nosso estudo.

Os regimes alimentares dos goeses variam não somente consoante as suas condições económicas, como também segundo os diferentes tipos sociais a que pertencem. A alimentação das classes hindús abastadas, bem como a dos cristãos de uma certa categoria social, em suma, das classes poderosas, é em geral substanciosa e rica, pois que se os hindús não se alimentam de carne de vaca e de porco, comem com abundância peixe, legumes secos, arroz, manteiga, leite e fruta local.

No que respeita às classes pobres, se é verdade que os seus parcos rendimentos lhes não permitem comprar alimentos de qualidade superior, tais como manteiga, azeite de oliveira, leite, conservas, boa fruta, etc., nem por isso elas vêm a sofrer de avitaminoses ou outras doenças carenciais, visto que se alimentam de muita carne de porco, que é barata, de arroz vermelho (rico em complexo B), de peixe e de alguma fruta, embora de qualidade inferior.

O tempo de permanência nos focos endémicos, exerce uma acção importante e decisiva. Focos endémicos, são os das Novas Conquistas, onde a higiene das águas é por assim dizer desconhecida.

Associações morbidas. A ameba disenterica vive, em geral, associada, quer com os helmintas, quer com certas bactérias patogénicas, das quais as mais importantes, no ponto de vista clínico, são o bacilo de Eberth e os bacilos disentericos, especialmente o Shiga e o Flexner.

Porém, nas formas mixtas de disenteria amebiana e bacilar, os sintomas desta última dominam absolutamente o quadro mórbido, e só o laboratório pode descortinar a participação da *E. disenteriae*. Acontece, porém, que não existindo na maior parte das aldeias laboratórios de análises, os clínicos rurais, assim que entrevêm manifestações disentericas nos doentes, põem-se a tratá-los com sulfonamidas, com resultados que alteram os valores estatísticos referentes à disenteria amebiana. Também a associação amebiana com

a febre tifóide, dada a alta frequência desta última em Goa, torna difícil o diagnóstico, sobretudo no primeiro septenário da doença, sendo frequente, segundo nos informam, atribuírem os médicos todo o cortejo sintomático à disenteria amebiana. Por outro lado, com o tratamento instituído, os doentes experimentam sensíveis melhoras, mas a febre quando menos se espera eleva-se, o estado geral agrava-se e, só então, um melhor exame clínico e laboratorial vem demonstrar que se tratava duma associação das duas doenças.

Índice de infestação da população. Não há trabalhos publicados que indiquem o índice de infestação da população goesa, pois que os médicos das aldeias não costumam registar as suas observações e só em casos excepcionais requisitam uma análise de fezes aos laboratórios das cidades. E a brevidade com que foi feito este estudo não nos permitiu outra coisa que não fosse um pequeno inquérito estatístico, clínico e laboratorial de ocasião. Cremos, porém, que pode dar uma ideia do problema. Como apontamento refira-se ainda haver, presentemente, na população da Índia Portuguesa, uma categoria de indivíduos que oferece um enorme contingente à infecção amebiana: são os soldados landins, entre os quais não são raros os casos de doença franca, embora predominem e por ordem de frequência, as formas crónicas e sub-agudas.

III. Noções gerais de clínica.

Sintomas dominantes. Complicações. Esquemas terapêuticos empregados e sua crítica em relação às possibilidades actuais.

«Das três doenças outrora reputadas como essencialmente crónicas: sífilis, paludismo, amebiase, é esta última aquela em que a esterilização do elemento patogénico é mais difícil. Vem em seguida a sífilis e, por fim, o paludismo». R. Crosnier, 1953.

Concorre para a vulgaridade da infecção o facto de o parasita viver durante longos períodos no tubo digestivo do portador, sem que este manifeste qualquer sintoma mórbido. Sob a influência de doenças intercorrentes, de alterações de regime alimentar, do abuso de bebidas alcoólicas, da fome, da fadiga ou de associações parasitárias ou bacterianas — condições que se realizam com frequência na população — a ameba desenvolve manifestações disentericas (Fig. 7), acompanhadas frequentemente de processos ulcerosos que principiam em geral, no cego e abcessos que se rompem através da mucosa e deixam úlceras muito pequenas. Admite-se um período de incubação biológica de 6 a 8 horas, seguido dum período de incubação clínica tão variável que pode ser de dias, semanas ou meses. Em experiências, este último período oscilou entre 20 e 95 dias (Walked & Shellards, 1913).

De começo indioso ou brusco, em breve se instala a tríade característica, podendo as fezes tornar-se sanguinolentas e as dejectões frequentes. A doença pode durar meses ou anos. A possibilidade e a proximidade das recaídas dependem do grau de imunidade adquirida e da eficiência dos tratamentos.

Os nossos conhecimentos sobre a evolução biológica da ameba são ainda incompletos, mas havendo nela uma fase hematogénea, têm sido atribuídas ao agente numerosas localizações extra-intestinais: articulares, linfáticas, artério-venosas, brônquicas, estados de sepsis, etc. Contudo, a identificação parasitológica desses estados nem sempre foi suficientemente demonstrada. As complicações que podem surgir no decurso da doença são variáveis, devendo, apenas como critério didático, classificar-se em *intestinais* — sucedendo ser imediatas (hemorragias e perfurações) ou tardias (peritonites, estenoses) e *extra-intestinais* — cuja localização pode, em verdade, estender-se a qualquer ponto do organismo. A maior frequência cabe aos abcessos hepáticos, porque o fígado age como barreira entre a veia porta e a veia cava inferior, interpondo-se, portanto, entre a circulação mesentérica e a circulação geral. Verifica-se, ainda, uma variabilidade geográfica atribuível possivelmente à variabilidade do «complexo associado».

Exemplos: 1 caso por 315 portadores são na Índia; e 1 caso por 100.000 portadores são na Inglaterra (Brumpt, 1949). Os abscessos do pulmão, ficam quase exclusivamente limitados à base direita, estabelecendo-se, sobretudo, por continuidade (amebíase pleuro-pulmonar), sendo raros os abscessos brônquicos primitivos. Os abscessos do cérebro, ainda mais raros

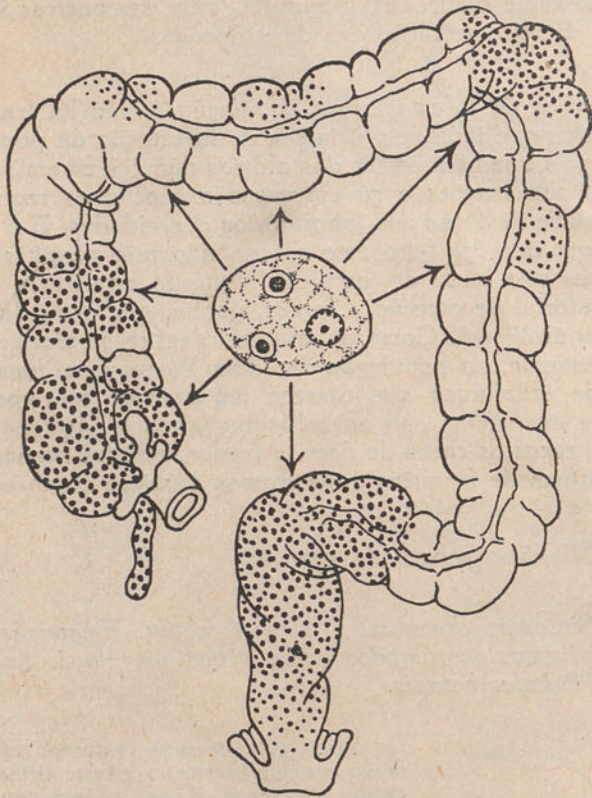


Fig. 7

Intestino grosso. Diagrama de Basnuevo-Cowley (1953). As zonas ponteadas representam as localizações mais frequentes das lesões produzidas pela *E. histolytica*. Ao centro, um trofozoíto.

e quase apenas verificados entre europeus, podem ser simples ou múltiplos, de topografia variável, apresentando-se tanto estéreis como com amebas e germes associados; a sua evolução é rapidamente fatal. As restantes localizações anatómicas, no baço, na árvore urinária, nos ossos ou nas paredes do abdome ou do perineo (órgãos sexuais, ânus), são igualmente raras, apresentando estas últimas, pela associação frequente com cocos e espirilos, uma forma fagedénica. Quanto às manifestações nervosas extra-digestivas elas são semelhantes às das oxalemias e, na realidade, N. Marsiaj & H. Weinman (1937), encontraram constantemente aumento nítido da oxalemia paralela aos desequilíbrios neuro-simpáticos da amebíase.

Pela leitura das histórias clínicas dos doentes hospitalizados, verifica-se que os casos metastáticos também são frequentes em Goa (abscessos hepáticos).

Quando as ulcerações são raras, podem não dar sintomatologia funcional, além de ligeiras dores espásticas e uma ou outra descarga diarreica, que é em geral tratada como enterite banal e a que a população está, por assim dizer, acostumada. Uma vez clinicamente curado, o disentérico passa a ser um sementeiro silencioso, que corre também os seus perigos, pois que não escapa ao abscesso hepático, encontrando-se esta complicação em indivíduos que não acusam no seu passado qualquer estigma de disenteria, apesar de terem amebas nas fezes. Os Quadros VI e VII ajudam a compreender esta sintomatologia.

Não foi possível recolher grandes indicações nas histórias clínicas arquivadas, por serem omissas em muitos dados importantes (exame geral do doente, pesquisas laboratoriais e métodos seguidos, etc.), mas sempre nos poderam dar uma ideia da fisionomia corrente com que a doença se apresenta. Como sempre, não foi possível marcar períodos de incubação, visto que o indivíduo em quem a doença se revelou podia ter sido, durante limites muito amplos, de poucos dias a meses

ou anos, portador de amebas. O início foi geralmente insidioso, começando por simples surtos de diarreia cujo carácter se foi modificando paulatinamente até à expulsão de fezes sanguinolentas. Algumas vezes, porém, registaram-se casos de início súbito com febre, fazendo lembrar a disenteria bacilar. O número de dejectões diárias foi sempre muito variável, entre 4 a 6 por dia, chegando num doente a 30 (forma fulminante de Lösch). Na grande maioria dos casos, a doença apresentou uma marcha arrastada ou crónica com frequentes intervalos de remissão seguidos de recidivas. Por esse motivo, as histórias de diferentes anos reportam-se, por vezes, aos mesmos doentes.

Quadro VI

Sinais físicos e laboratoriais correntes, e seu valor

SINAIS FÍSICOS	SINAIS LABORATORIAIS
1. Facies de sofrimento	1. Eosinofilia — não característica
2. Sinais de colite espástica bipolar	2. Leucocitose — irregular, ligeira, com discreta polinucleose, acentuada nos casos de abscessos extra-intestinais
— evacuações frequentes	3. Eritro-sedimentação — aumentada por vezes, principalmente nos doentes com hepatite
— tenesmo	4. Provas funcionais hepáticas — de interpretação difícil por poderem ser de outra causa
— cólicas expulsivas	5. RX do colon — sinais de colite vulgar
	6. Exame de fezes líquidas — leucócitos, eritrócitos cristais de Charcot-Leyden, etc. A negatividade dos quistos não exclui a doença.
	7. Rectoscopia — importante, se for praticada por um bom especialista. Exame directo e colheita de fezes à pipeta
	8. Inoculação anal — de interesse relativo, pode ter valor na clínica rural.

Quadro VII

Sinais e sintomas em 94 casos de amebíase sub-aguda (E. W. DENIS, 1950)

SINAIS	Frequência	%
Dores abdominais	51/94	54,2
Fígado palpável	50/94	53,0
Colon palpável	15/94	15,9
Taquicardia	32/94	34,0
SINTOMAS		
Flatulência	72/94	76,5
Cólica	58/94	61,7
Dores de cabeça	52/94	55,3
Anorexia	48/94	51,0
Fraqueza	40/94	42,5
Crises de diarreia — obstipação	31/94	33,0
Só diarreia periódica	25/94	26,6
Só obstipação crónica	19/94	20,2
Assintomáticos	5/94	5,3

Em resumo, as manifestações usuais da disenteria amebiana, fora dos períodos curtos da crise característica, simularam quase toda a espécie de desarranjos intestinais, nomea-

damente a forma de enterocolite crônica. O aumento de volume do fígado e da sensibilidade do cólon transversal, podem, nos casos arrastados, traduzir-se clinicamente por sensibilidade dolorosa à palpação subxifoidea, hipofonia sub-axilar direita e maciçês em barra costo-diafragmática do mesmo lado, sinais conhecidos por «triade de Castellani» e que, segundo os autores italianos (Barchiesi, 1951), se apresentam respectivamente em 19 %, 17,6 %, e 6,8 % dos casos, podendo a frequência do sinal anterior ir até 30 % (Pullé, 1952).

No que respeita ao diagnóstico diferencial deve atender-se em primeiro lugar aos síndromas disentéricos mais vulgares na respectiva região, sem esquecer que podem ser muitos, além da *E. dysenteriae*, os agentes patogêneos em causa: *B. Schiga*, *Bilharzia mansoni*, *Giardia intestinalis*, etc. Um dos diagnósticos diferenciais mais importantes tem que ser feito com a disenteria bacilar. O quadro VIII, adaptado de Castellani (1950), apresenta os aspectos clínicos, anátomo-patológicos e proctológicos que opõem os dois síndromos.

Quadro VIII

Diagnóstico diferencial entre as disenterias

BACILAR	AMEBIANA
I	
<i>Epidemiologia</i>	
Epidémica nas regiões quentes e temperadas.	Cosmopolita, mas endêmica nos países quentes.
II	
<i>Curso clínico</i>	
Doença súbita: «Disenteria de cama».	Doença crônica: «Disenteria ambulatória».
Incubação — 7 dias.	Incubação — 20 a 90 dias.
Começo — agudo.	Começo — insidioso.
Pirexia — constante.	Pirexia — rara, a não ser nas complicações.
Curso — dias ou semanas.	Curso — prolongado, anos.
Complicações — poliarterite frequentemente.	Complicações — hematogêneas (abscessos).
Morte — por esgotamento ou toxemia.	Morte — por esgotamento, perfuração, hemorragia ou abscessos.
Exame objectivo abdominal: sensibilidade geral do abdome, sobretudo do colon sigmoideo.	Exame objectivo abdominal: sensibilidade sigmoidea do cego e colon transversal.
Tenesmo — muito marcado.	Sem tenesmo no geral.
Dejecções muito numerosas.	Menor número de dejecções.
III	
<i>Anatomia patológica</i>	
1) Necrose difusa aguda da mucosa do intestino grosso (acção das toxinas do bacilo directamente).	1) Lesões locais sobretudo no intestino grosso (úlceras características, 60 % dos casos só no intestino grosso); topografia diferente consoante as regiões. Muito raro no cólon transversal.
2) Úlceras.	2) Úlceras.
a) bordo livre das pregas transversais.	a) começam como pequenos abscessos da submucosa.
b) transversais em relação ao eixo do intestino.	b) paralelas ao eixo do intestino.
c) características.	c) em «botões de camisa»
d) serpiginosas, com bordos elevados e marcados, comunicando com úlceras vizinhas; na base tecidos de granulação.	d) ovais, contornos regulares interessando em profundidade todas as camadas; base com esfacelos necróticos.
e) raramente perfuram; sem engrossamento compressor da parede; mucosas hiperemiadas.	e) raramente perfuram; com engrossamento compressor; mucosa não afectada nos intervalos.

IV

Exame das Fezes

Pouco volumosas.
Vermelhas (sangue).
Brilhantes, inodoras, — «Geleia de framboesa».

Copiosas.
Muco-pus.
Mal cheirosas.

Reacção — alcalina.
Exame microscópico.
— eritrócitos
— polinucleares
— macrófagos.
— poucos microorganismos.

Reacção — ácida.
Exame microscópico.
— muitos eritrócitos.
— polinucleares.
— macrófagos.
— grande quantidade de bacilos móveis e *E. histolytica*, no geral com eritrócitos englobados.
— leucocitose moderada.

— não há leucocitose nos primeiros períodos.

Inoculação negativa.

Inoculação positiva.

Para além dos quadros diarreicos microbianos pode haver necessidade de estabelecer um diagnóstico diferencial com a apendicite e a colecistite e, mais raramente, com a aquilia, a colite muco-membranosa ou o sprue.

O processo mental do diagnóstico de amebíase está hoje perfeitamente definido (Faust, 1952) devendo seguir esta marcha:

1. *suspeição*, que pode ser excitada pelo conhecimento das frequências da respectiva patologia regional (*diagnóstico clínico*);
2. *identificação laboratorial do agente*, pela cadeia dos exames de rotina (*diagnóstico micro-biológico*) por:

- 1) exame das fezes a fresco: exame directo ou simples — dimensão, mobilidade e hematofagia — das formas vegetativas, ou após concentração —, pesquisa e identificação das formas quísticas: forma número, mensuração, presença e aspecto de bastonetes refringentes.
- 2) reactivação parasitológica das fezes,
- 3) exame de preparações coradas,
- 4) exame proctoscópico,
- 5) exame dos produtos de abscessos (pesquisa em material escolhido por raspagem nas paredes),
- 6) cultura do agente,
- 7) inoculação experimental em animais,
- 8) reacções de desvio de complemento (não entraram ainda na prática corrente),
- 9) intradermo reacções.

O diagnóstico clínico é, pois, inseguro; a certeza só pode ser dada por um laboratório de confiança.

Comentário sobre os diferentes tipos de exame

1. Exame das fezes a fresco

Faz-se o exame directo, ou simples, diluindo em soro uma amostra das fezes, recolhida de preferência na periferia do vaso temperado e examinando uma gota entre lâmina e lamela.

Para facilitar a pesquisa concentrando o agente, podem usar-se vários artificios, como a técnica de flutuação de Willis (1929), ou de centrifugação simples de v. den Berghe (1949). Na prática segue-se correntemente a técnica mixta de centrifugação e flutuação de Faust (1938):

- a) Misturar 1 parte de matérias fecais com 10 partes de água da torneira.
- b) Filtrar por gaze fina 10 c.c. de suspensão e centrifugar 60 seg. a 2.500 R/m.
- c) Decantar o líquido sobrenadante e agitar o sedimento com um pouco de água, recentrifugar depois de acrescentar a água necessária e repetir a operação até que o líquido sobrenadante fique claro.
- d) Substituir esse líquido por uma solução a 33 % de sulfato de cobre (peso específico = 1.180) e centri-

fugar nas mesmas condições de tempo e velocidade (60 seg. a 2.500 R/m.).

- e) Recolher com uma ansa de platina o material que flutua à superfície do tubo, misturar a uma gota de Lugol e examinar entre lâmina e lamela. Em caso de exames em série, pode facilitar-se a técnica utilizando logo a solução de sulfato de cobre a 33 % como meio de flutuação, sem filtrar as matérias fecais (Otto & col. 1941).

Misturando uma ansa de fezes com uma gota de solução de vermelho neutro em soro fisiológico a 1:10.000 as amebas fixam o corante sem morrerem (coloração vital) — método que pode facilitar a sua identificação.

Dada a frequência com que há necessidade de estabelecer um diagnóstico microbiológico diferencial entre as *E. disenteriae* e a *E. coli*, indicamos nos quadros IX e X, de Brumpt (1949), as principais características e semelhanças de cada uma.

Quadro IX

Caracteres diferenciais entre quistos de *E. disenteriae* e *E. coli*

	Quistos de <i>E. disenteriae</i>	Quistos de <i>E. coli</i>
Diâmetro	10 μ a 20 μ	15 μ a 20 μ
Parede	fina (1/2 μ) de contorno simples	Espessa (de contorno duplo)
Núcleos		
1) número	4 nos quistos maduros (1, 2, 3 nos quistos jovens)	8, nos quistos maduros (1, 2, 3, etc, nos outros)
2) visibilidade a fresco	Pouca	No geral franca
3) após coloração	Muito visíveis	Mal definidos
Vacúolo iodófilo	Sobretudo nos quistos uninucleados	Sobretudo nos quistos binucleados
Protoplasma	Pálido, após coloração	Muito cromófilo
Inclusões siderófilas	Volumosas, de extremidades arredondadas, frequentes em todos os estados.	Excepcionais, finas, com extremidades afiladas

Quadro X

Caracteres diferenciais entre as *E. disenteriae* e *E. coli*

	<i>E. disenteriae</i>	<i>E. coli</i>
Dimensões	20 μ a 30 μ : máximo 40 μ	15 μ a 30 μ : máximo 40 μ
Ectoplasma	Bem distinto do endoplasma e muito refringente	Pouco distinto do endoplasma e pouco refringente
Endoplasma	Com numerosos eritrócitos (1 a 14, até 40)	Sem eritrócitos
Pseudópodos	Muito móveis, formando-se rapidamente a 20°-25° C.	Formação lenta: pouco móveis a 20°-25° C.
Motilidade	Muito grande a 20°-25° C.	Muito fraca a 20°-25° C.
Núcleo	Periférico, pequeno, difícil de ver a fresco, com um só cariosoma	Sub-central, quase sempre visível a fresco, por vezes com vários cariosomas
Cariosoma	Central ou sub-central	Excêntrico
Quistos maduros	Pequenos, de 10 μ a 15 μ de diâmetro, com 4 núcleos	Volumosos, de 15 μ a 20 μ de diâmetro, com 8 núcleos
Ação patogénea	Positiva	Negativa

2. Reactivação parasitológica das fezes

Pode fazer-se por vários modos:

Com purga simples de sulfato de sódio (Andrews, 1934) ou acompanhada de cianeto de mercúrio e. v. (Crosnier 1953), ou emetina, em doses fracas (2 a 4 ctgs.) durante 2, 3 ou 4 dias. As fezes recolhem-se e observam-se, depois, como no método anterior. No caso de utilizar um purgante, devem preferir-se as fezes da primeira dejectação.

3. Exame de preparações fixas e coradas

Entre os numerosos processos publicados, parece que os melhores resultados se têm conseguido fixando a amostra com ácido ósmico a 1 % ou sublimado de Schaudinn (fixação úmida) e corando-a com hematoxilina férrica de Heidenhain (Dacio Amaral, 1951).

4. Exame proctoscópico

Julgamos ter sido Manson-Bahr (1930) o primeiro investigador a chamar a atenção para a importância do exame recto-simoideo, no diagnóstico da amebíase. Mas a sistematização do método cabe, principalmente, a dois proctologistas, o português A. Bensaúde (1935) e o americano L. Buie (1937), que estabeleceram os quadros semiológicos comparados para a recto-colite ulcerosa, a coloproctite amebiana e os processos neoplásicos da parte terminal do tubo digestivo. Não cabe nesta memória expor os pormenores técnicos do exame, que de resto não diferem das regras vulgares (posição de Sims, de Hane ou genupeitoral; e colheita de material com estilete, colher, pinça ou cânula aspiradora).

As lesões rectais correspondem, claramente, ao «modus vivendi» e natureza da ameba e são tão características ao exame proctosigmoidoscópico, que uma vez vistas são fáceis de diagnosticar. A *E. histolytica* lisa a mucosa, onde produz uma pequena lesão necrótica, insinua-se entre os elementos epiteliais, chega ao tecido conjuntivo sub-epitelial e interglandular e sub-mucosa onde também começa a sua acção destrutiva, traduzida por transformação degenerativa seguida de necrobiose e descamação da camada epitelial, sem atingir, contudo, a camada muscular (também se admite a penetração através as glândulas de Lieberkühl). Depois, todo o tecido atacado pela ameba desintegra-se e é expulso, i. é: o abcesso abre-se para o intestino, deixando uma úlcera. Durante muito tempo essas úlceras estão cheias de restos tissulares desintegrados e muco e é nesse tampão, de cor amarelada, que se encontra a ameba.

Uma das características principais destas úlceras, claramente delimitadas pelos bordos ovais e elevados, e de cor avermelhada, é a sua separação clara do tecido normal, isto é, apresentarem-se cercadas por um tecido sem transformação patológica ao exame macroscópico e com aspecto umbilical, ou de «buraco», nas válvulas rectais e nos vértices das pregas mucosas. Na fase inicial, observa-se um «ninho» arredondado com o diâmetro de 2 a 3 mm. dentro da superfície de mucosa, tendo o centro ocupado por uma camada amarelada. A úlcera completamente desenvolvida tem de diâmetro 5 mm. a 1 cm., podendo, em casos graves, alcançar 3 cm. de diâmetro. Nestes últimos casos as lesões destrutivas são irregulares (posteriormente invadidas por outros microorganismos) o que as torna difícil de diagnosticar, ao exame sigmoidoide, e leva os médicos a suspeitar de lesões cancerosas do recto. O diagnóstico só pode ser definido pelo exame histopatológico e parasitológico.

A figura 8, copiada de Buie (1937), representa um diagrama esquemático dos diferentes tipos de ulcerações recto-sigmoideias.

5. Exame dos produtos dos abscessos (pesquisa em material escolhido por raspagens das zonas periféricas, ou parietais, e examinado depois pelos métodos correntes).

6. Cultura do agente

As primeiras culturas executadas por Boeck & Drbohlav (1924) em meio de Dorset coagulado e acrescentado com soro de Ringer, mostraram-se logo patogénicas para o gato

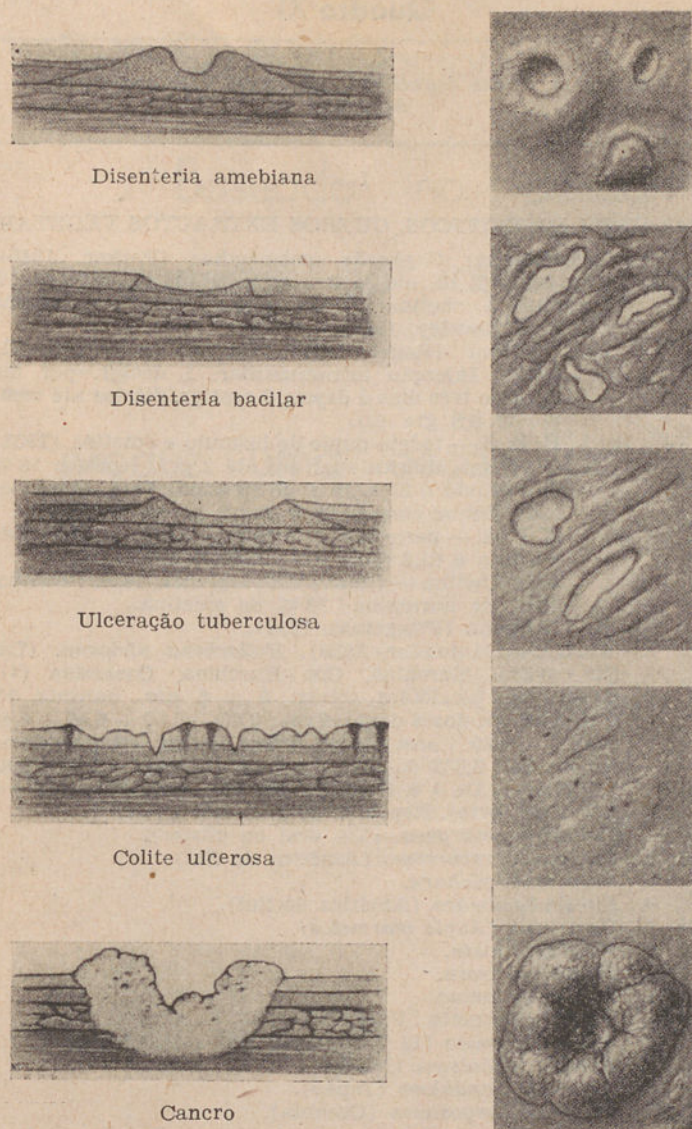


Fig. 8 (de L. Buie)

Diagrama esquemático dos diversos tipos de ulcerações recto-sigmoideias

jovem, qualquer que fosse o número de passagens; raramente formaram quistos mas puderam produzir abscessos hepáticos. Tornam-se hematófagas desde que se acrescente sangue ao meio da cultura. Ainda não foi possível conseguir culturas puras, apresentando-se sempre associadas à flora microbiana comum; diminuindo o número de elementos do complexo as culturas esterilizam-se. A cultura é hoje uma prática laboratorial corrente, sendo por vezes o único meio capaz de revelar a presença de amebas em fezes negativas ao exame directo (Rouband & Stefanopoulo, 1942). Os meios podem ser enriquecidos com amido de arroz (Sautet, 1927), para-aminofenil-sulfamida (Lamy, 1946) ou, extractos de bactérias — estafilococos, bacilos micoides, etc. (Ioshimura, 1952). Cleland & Collier (1948) estudando os diferentes meios de cultura, observaram, porém, que os melhores resultados se obtinham com os preparados com infusão de fígado, Difco e Agar.

7. Inoculação experimental em animais

Pode ser feita por ingestão (Schaudin, 1910) por inoculação rectal (Kovacs, 1917) ou prévia laparotomia, por introdução directa no cego (Faust, 1935) ou no íleon (Frye & Meléney, 1937), em animais jovens, pois os velhos são pouco receptivos ou até refractários. O processo sofreu um grande adiantamento quanto Boeck & Drbohlav (1924) tiveram a ideia de fazer seguir a inoculação por uma estase intestinal tapando o ânus dos animais com colódio. Podem utilizar-se gatos, cães, macacos, coelhos, cobaias, ratos ou ratinhos, mas a prática está quase exclusivamente limitada aos primeiros.

Dado o interesse com que foi estudada em Goa a importância diagnóstica da inoculação intrarectal de fezes suspeitas

em gatos jovens, resumimos a seguir as conclusões de um dos mais importantes trabalhos publicados (Tese de Q. S. Mulgöcar, 1931):

1.º — Os gatos jovens inoculados com fezes disentéricas, provenientes seja de disenteria aguda, seja de disenteria crónica, provocada pela *Entameba dysenterica* morrem todos com lesões anátomo-patológicas típicas em que os «frotis» da secreção intestinal ou os cortes revelam a presença inconfundível de estádios tróficos da ameba.

2.º — Com ou sem colodionagem, qualquer substância das que foram por nós inoculadas (fezes de enterite infantil, bacilo de Shiga, paratífico B, bacilo de Flexner, etc.) não pôde provocar no gato jovem, alteração clínica ou anátomo-patológica que se pudesse parecer como disenteria.

3.º — A morte do gato não é devida à estase fecal temporária provocada pela colodionagem.

4.º — É preciso ter o máximo cuidado em não confundir com a ameba disentérica, no exame microscópico e nos cortes, macrófagos e células epiteliais, mais ou menos alteradas na sua constituição — erro que já tem sido cometido por muitos investigadores.

5.º — A prova da inoculação intra-rectal em gatos jovens é por tal forma soberana, que não deixa dúvida alguma sobre a natureza etiológica dum produto suspeito de amebíase disentérica pelos resultados constantes e invariáveis a que dá lugar por este método biológico.

6.º — Na clínica rural, desprovida de aparelhagem laboratorial, ou em caso de dúvidas ao exame microscópico, a inoculação intra-rectal do produto suspeito em gatos jovens oferece garantia para um diagnóstico correcto.»

8. Reacções de desvio de complemento

No sangue dos gatos infectados experimentalmente encontraram-se precipitinas, que se tornaram mais evidentes empregando como antigéneo amebas de culturas (Craig, 1928) ou de extractos de fezes ricas em amebas (Izar, 1914). Idealizou-se, assim, uma reacção de fixação de complemento, que se mostrou positiva na maior parte dos doentes (E. Wagener, 1924), nos portadores sãos (Craig, 1936) e desaparece nos doentes depois dum tratamento de consolidação (Frye & Meléney, 1937).

Contudo, este método de diagnóstico não entrou na prática corrente, embora alguns autores admitam ser por esse modo possível identificar se a ameba que parasita o homem é ou não é patogénea (Spector, 1936; Frye & Meléney, 1938). Em 1945, J. Boe publicou uma nova técnica para a preparação do antigéneo.

9. Intra-dermo reacções

Com extractos de fezes (Scalas, 1921) ou de culturas (Spector, 1932) prepararam-se antigéneos para intra-dermo reacções que, porém, se mostraram positivas não só para a *E. dysenteriae*, mas também para outros parasitas (ancilóstomos e tricocéfalos). A sua prática não pôde por isso ser apurada suficientemente.

No exame das fezes não deve deixar de se identificar a forma individual que assume, em cada caso, o complexo disentérico: o agente e a flora associada, pois esta identificação pode ser de muito interesse para a escolha da medicação não-específica de base.

*

Nos casos não tratados a mortalidade global oscila entre 20 a 40 %, descendo para 3 % nos casos tratados. A mortalidade por abcesso hepático vai, consoante as circunstâncias, de 1 % a 100 %, dependendo do número de abscessos, da facilidade de drenagem cirúrgica, da presença de infecções associadas e da boa ou má prescrição terapêutica química pre-operatória (emetina). Já fizemos referência à gravidade das restantes localizações extra-intestinais, felizmente muito raras.

*

É do conhecimento biológico do parasita e dos aspectos epidemiológicos e anátomo-clínicos da infecção, que se deduzem as regras gerais de diagnóstico e de terapêutica. Já enunciamos as primeiras. As últimas podem resumir-se assim:

- 1) acção anti-amebiana electiva (terapêutica de base);

- 2) acção sobre a flora microbiana associada (terapêutica suplementar);
- 3) acção anti-colítica geral;
- 4) medicações gerais ou sintomáticas sobre o estado geral;
- 5) regime alimentar disciplinado; e
- 6) tratamentos cirúrgicos.

O Quadro XI indica os meios de que dispomos para os fins 1) e 2) e a sua respectiva posologia. Como acção anti-colítica geral podem utilizar-se o bismuto ou os solutos de Bourget à base de soda. Nos tempos heróicos, e ainda hoje em muitas regiões onde a medicina ocidental não entrou plenamente, foram ou são usados, com o mesmo fim, vários extractos vegetais (ver no Quadro XI, os remédios marcados com *). O repouso, os clisteres quentes opiados, os barbitúricos e a beladona, são os medicamentos gerais mais correntes. No regime alimentar devem predominar o leite e o mel⁽¹⁾. Para corrigir a hiperoxalemia, devem suprimir-se os alimentos oxalóforos e os oxalígenos, fixar o ácido oxálico no intestino (prescrevendo sais insolúveis de cálcio) e recalificar o organismo. Os tratamentos cirúrgicos são, no geral, meios paliativos de derivação, de que se podem dar como tipos a cecostomia e a ileostomia.

Ora, a não ser com o yatren e com o rivanol, não houve até agora em Goa um estudo das possibilidades dos tratamentos modernos. Em algumas ocasiões foram utilizados preparados com alcaloides do curchi e o *stovarsol*, mas só com aqueles, Froilano de Melo e os seus discípulos, fizeram ensaios sistemáticos. Como exemplo, indicam-se a seguir os resultados obtidos por L. J. Cosme da Cruz (1928) com o *yatren*, em 15 casos:

Número de casos agudos tratados — 6		Porcentagem
Curados clínica e parasitológicamente	5	83 %
Melhorado clinicamente, e que não pode ser seguido ulteriormente, por ter morrido duma doença intercorrente	1	17 %
Melhoras clínicas com 3 a 4 dias do tratamento	6	100 %
Apresentaram irritação intestinal com 4 dias	4	75 %
Não apresentaram nenhuma irritação intestinal durante o tratamento	2	25 %
Fezes bem moldadas, e aspecto clínico normal com 6 dias do tratamento	6	100 %
Cura parasitológica completa com 3 séries do tratamento, intervalados de 8 a 10 dias ...	5	83 %
Não pôde ser observado	1	17 %

Número de casos subagudos tratados — 4		
Curados clínica e parasitológicamente	3	75 %
Melhorado clinicamente e que não pôde ser seguido ulteriormente por ter falecido duma doença intercorrente	1	25 %
Fezes bem moldadas, de aspecto clínico normal com 4 a 5 dias do tratamento	4	100 %
Apresentaram irritação intestinal	2	50 %
Não apresentaram irritação	2	50 %
Cura parasitológica com 4 séries do tratamento, administrado com intervalos de 7 a 8 dias	3	75 %
Não pôde ser observado	1	25 %

Número de casos crónicos tratados — 5		
Curados clínica e parasitológicamente	5	100 %
Apresentaram irritação intestinal	3	60 %
Não apresentaram irritação	2	40 %
Cura parasitológica completa, com 3 séries do tratamento	4	100 %

N.º de casos de amebíase intestinal infantil — 3		
Curados clínica e parasitológicamente	3	100 %
Irritação intestinal nos primeiros dias do tratamento	3	100 %

(1) Paralelamente devem ministrar-se os medicamentos necessários para modificar o pH, regularizar o trânsito digestivo, proteger a célula hepática e rehidratar o organismo.

Quadro XI

Tratamento. Meios específicos, posologia e percentagem de curas

I

ALCALÓIDES ESPECÍFICOS, OUTROS EXTRACTOS VEGETAIS

1. Ipecacuanha: *Cephaelis ipecacuanhae* (Parker, 1846). Contém 2 % de alcalóides, estando individualizados 7, incluindo a emetina (72 %), a cefalina e a psicotrina (Paul & Cowley, 1894).
 - a) Emetina (Roger-1912), Gavano Bayer Kashi, 1935). Injecção intramuscular, 1 decigr. por dia durante três dias e depois 6 centigr. diários até completar 0,8 grs (1).
 - E. B. S. — iodeto duplo de bismuto e emetina (1932) — 0,2 grs. diários «per os» até 2 grs. (contém 18 % de bismuto e 25 a 28 % de emetina: 80 % de melhorias clínicas com 30 % de curas parasitológicas.
 - E. P. S. — periodeto de emetina (1932) — 38,7 % de emetina e 61,3 % de iodo. Mesma posologia.
 - Aureometina — (auramina+emetina, 1926): contém 16 % de auramina+28 % de emetina.
 - b) Cefachin (Fitzgerald, 1933).
2. Kurchi — (Majundar-1930). *Hollarhena africana*. (Lafite, 1933). Kurchina, Con-Kurchina, Conessina (2): 60 % dos alcalóides totais: 5 a 6 grs. durante 13 a 15 dias, em doses degressivas; 0,50 — 0,50 — 0,50 — 0,40 — 0,30 — 0,20... sem descer abaixo de 0,20. «Roquessine»: pilulas com 0,052 de extracto mole ou gotas (XXX gotas = 1 pilula). De 4 a 6 pilulas por dia (dose fraca) até 6 a 8 (dose forte). Repousar 10 a 15 dias e repetir.
 - * 3. *Chaparro amargosa*. (Via oral ou clister).
 - * 4. *Jacarandá recurrens*. (América do Sul).
 - * 5. *Nectandra pichury*.
 - * 6. *Simaruba amara* (América do Sul).
 - * 7. Bael fruit (*Aegle marmelos*).
 - * 8. *Plantago ovata*.
 - * 9. *Helicteres isora*.
 - * 10. *Açorus calamus*.
 - * 11. *Uzara* (Extracto: Panzaron).
 - * 12. *Brucea javanica* (Ia Tan Tzé ou Kho-sam, China).
 - * 13. *Castela nicholsoni* (México).
 - * 14. *Ailanthus glandulosa* (Japão).
 - * 15. *Garcinia nosgostana* (Oceania).

* De acção apenas sintomática.

II

DERIVADOS DA OXIQUINOLEINA

- 1) Iodo octo-oxiquinoleina — 5 ácido sulfónico (Mühlens & Menck, 1920) — Patentes: Mixiod, Amebosan, Yatren, Anayodine, Chiniofon, Chardyl, Quinoxyl, etc. — Contém 36,5% de iodo não livre (produto puro) ou 28,9% (produto comercial), associado a 20% de Na HCO₃ que assegura a solubilização. «Per os»: 3×1 a 3×3 pilulas de 250 mgrs. durante 7 dias; depois 3 dias por semana durante 2 semanas, até um total de 80-100 pilulas. Via rectal: clister, de 200 c.c. dum soluto a 2,5 % precedido por um clister de bicarbonato de sódio a 2 %, durante 7 dias; depois 3 vezes por semana até um total de 20-25 grs. Eficácia de 90 % de curas parasitológicas. (Ver na fig. 10 a maneira correcta de aplicar um clister).
- 2) Iodocloridroxiquinoleina Vioformio (Anderson & Koch, 1931), com 41,5 % de iodo puro e 37,4 % no produto comercial: 0,25 três e seis vezes ao dia, durante 5 a 10 dias: 80 % de curas parasitológicas.
- 3) Diodooxiquinoleina (1935). Patentes: Diodiquina, Embéquim, Paramibe), com 68 % de iodo: 2 a 4 grs. ou sejam 10 a 20 comprimidos repartidos pelas refeições, durante 20 dias. Repouso 20 dias e repetir. 85 a 90 % de curas parasitológicas.
- 4) Cloroquina — Patentes: Aralen, Resochin, Nivaquin, Camoquin), 1 gr. de 2 em 2 dias seguidos de 0,5 grs.

(1) A emetina é geralmente considerada um amebicida electivo, comportando-se como um tóxico geral, protoplasmático (Dack & Moloshok, 1947). Contudo, C. Mathis & R. Pons (1948), admitem que ela actue antes por «contra-pancada» diminuindo, como agente vaso-constrictor, as hemorragias e, conseqüentemente, as possibilidades de transformação da ameba da fase vegetativa para a fase pre-quistica. Também se julga hoje que muitos casos de emetino-resistência, que levaram a situações de intolerância por sobredosificação, devem ser atribuídos a quebra de eficiência nas soluções preparadas com muita antecedência, quebra que pode ir até 50 % (E. Escomel, 1937). O período de toxicidade pós-cura é de 45 dias.

(2) Contra-indicações da conessina: tireotoxicose importante, hipersimpaticotonia acusada, impregnações etílicas e palustre severas, e antecedentes neuro-mentais (R. Crosnier, 1953).

Ex.^{mo} Senhor Doutor:

Baseado no doseamento do ácido ascórbico na suprarrenal do rato, o «test» de SAYERS confirmou que:
—o **SALICITATO DE DIETILAMINA** aplicado localmente, produz uma acção do tipo

"CORTISONE-LIKE"

(semelhante à cortisona)

Sociedade Francesa de Biologia,
sessão de 10 de Julho de 1953.

algiDerma

é um creme dermófilo, penetrante, hidro-solúvel, com aroma agradável, de

SALICILATO DE DIETILAMINA

a 10 %.

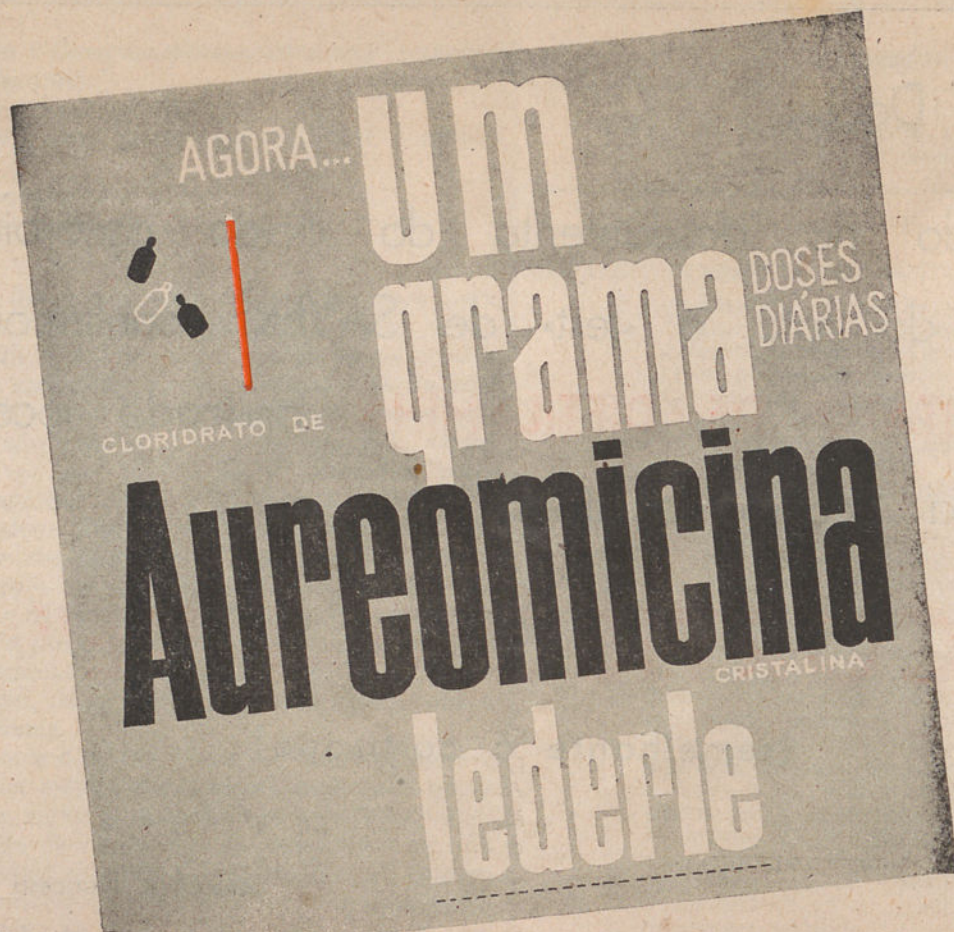
ANTI-REUMATISMAL / ANTI-FLOGÍSTICO
ANALGÉSICO

Unicamente preparado, em Portugal, pelo

LABORATÓRIO

DAVI

LISBOA



Empregada até ao presente em mais de 10.000.000 de casos clínicos, são superiores a 7.000 as comunicações que sobre a Aureomicina se publicaram, provenientes de todos os campos da prática médica mundial. Desde 1949 que a tendência destes estudos vem confirmando a eficácia na aplicação de doses mais reduzidas de Aureomicina, o antibiótico de espectro verdadeiramente amplo e actividade absolutamente uniforme.

Lederle ... uma marca de honra

O NOVO PLANO DE ADMINISTRAÇÃO DA AUREOMICINA EM DOSES REDUZIDAS:

Dose	Peso aproximado do paciente	Quantidade a administrar	Número de doses cada 24 horas
0,1 g. diário	8 quilos	Uma dose de 50 mg. duas vezes por dia, depois de comer.	2 doses
0,5 g. diário	40 quilos	Uma dose de 250 mg. duas vezes por dia, depois do almoço e do jantar.	2 doses
		Uma dose de 100 mg. cada 3 ou 4 horas, depois das refeições.	5 doses
		Uma dose de 50 mg., com leite, cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite.	10 doses
1,0 g. diário	80 quilos	Uma dose de 250 mg. cada 4 horas, excepto durante 8 horas de noite.	4 doses
		Uma dose de 100 mg. cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite.	10 doses
1,5 g. diário	120 quilos	Uma dose de 250 mg. cada 3 horas, excepto durante 6 horas de noite.	6 doses



Embalagens: CÁPSULAS — frascos de 8 e de 16, c/ uma com 250 mg.; frascos de 25, c/ uma com 50 mg. (infantil); frascos de 25, c/ uma com 100 mg. SPERSOIDS (PÓ DISPERSÍVEL) — frasco de 75 g. PASTILHAS — frascos de 25, c/ uma com 15 mg. POMADA — tubos de 14,2 e de 28,4 g. com 30 mg. por grama. OFTÁLMICA — Colírio — frascos conta-gotas com 25 mg.; Unguento — tubos de 3,5 g. a 1%. * INTRAVENOSA — frascos de 100 mg. com diluente de leucina. NASAL — frascos de 10 mg. FARINGETAS — caixas de 10 com 15 mg. c/ uma. PASTA DENTAL — boiões de 5 g. CONES DENTAIS — tubos de 12 com 5 mg. c/ um. ÓTICO — frascos de 50 mg. * PÓ VAGINAL — frascos de 5 g. a 200 mg. por g. * SUPOSITÓRIOS VAGINAIS — frascos de 8. * PÓ CIRÚRGICO — fr. 5 g. com 200 mg. por g.

* A introduzir brevemente.

Representantes Exclusivos para Portugal e Ultramar:
ABECASSIS (IRMÃOS) & CIA.
 Rua Conde Redondo, 64-3.º — LISBOA
 Rua de Santo António, 15 — PORTO

por dia durante 12 a 19 dias. Só para as formas parenquimatosas (1).

III

ARSENICAIS

- A) Trivalentes (grupo dos carbamino-tio-arsenitos) (2).
- C. C. 914 (Ravaut, 1913), 0,15 primeiro e depois 0,30 grs. de 4 em 4 dias, durante 40 dias. Via endovenosa. Repousar um mês. Repetir.
 - C. C. 1.037.
- B) Pentavalentes (grupo ácido-fenilarsínico).
- Stovarsol (Marchoux, 1922). Contém 27,2 % de arsénio: 2 comprimidos de 0,25 grs. por dia durante a primeira semana; um por dia durante a segunda e três por semana nas seis semanas seguintes (3).
 - 190 Fourneau (Marchoux, 1923). Per os: pílulas de 0,50 a 0,10 e 0,25 grs.
 - Treparsol (Flandin, 1924) Posologia igual ao stovarsol.
 - Carbarson (Reed & Anderson, 1931) contém 28,8 % de arsénio. Posologia igual ao stovarsol: 90% de curas parasitológicas. Também em clisteres.
 - Amibiarsol (Chopra, 1935; Martindale, 1941); similar em acção.
 - 4763 R. P. Bis - (p. arsenofenilamino) — 1,2 etana (Charnot, 1953).
 - Thioarsenitos (Anderson, 1949), derivado SH do carbarson. Ensaio particular com o 2: carboxi-fenil-mercapto-arsina e o carboximetil mercapto-arsina. Posologia geral: 100 a 200 mgrs. per os, 3 vezes por dia, até um total de 3 a 7 grs. em 7 a 24 dias.
- C) Associados com bismuto. Ácido bismuto glicolil, arsenílico (Hauer, 1943). Nome comercial — Milibis, Win 1011, Mapharside, NAB 15 % de arsénio + 42 % de bismuto — 2,5 grs. 3 vezes ao dia, durante 7 a 10 dias — 89 % de curas parasitológicas.

IV

SULFONAMIDAS

- Sulfamidoguanidina (Hargreaves, 1945).
- Sulfarcidazon 1.218 F (Trefouel, 1951) — 4 a 5 grs. por dia durante 10 dias seguidos.
- Neoprontozil — 25 a 50 % de curas.
- Sulfarcide (4.732 R. P.) (Canet, 1952).

V

ANTIBIÓTICOS

- A) Simples.
- Polimixina B e E (Watt e col., 1950) — boa actividade.
 - Terramicina (Di Caprio, 1950). Cápsulas de 250 mgrs. — 8 cápsulas por dia durante 3 dias e 10 cápsulas por dia nos 7 dias seguintes (nas crianças 4 a 8) ou seja uma dose quotidiana de 40 mgrs. por quilo de peso.
 - Bacitracina — (Most & col., 1950): 80.000 U. diárias durante 10 dias.
 - Aureomicina — (Mc Vay & col., 1950) — 30 mgrs. por quilo e por dia; dose total variando de 3 a 15 grs. conforme o peso do doente.
 - Fumagilina — (Mc Cowen & col., 1951). Cápsulas de 10 mgrs. — 1 cápsula, três vezes ao dia durante três dias e depois duas cápsulas 3 vezes ao dia durante 12 dias (nas crianças metade da dose).
- B) Associados.
- Amebagó — a) glicolilarsenilato de bismuto + b) dihidroestreptomina + c) ftalilsulfatiazol — 3 comprimidos por dia durante 8 dias, repousar 15 dias e repetir o tratamento. Aproveita a acção específica de a) e para específica de b) e c).

(1) Empregada com grande êxito no tratamento da amebíase hepática, como demonstraram N. J. Conan (1949) e Murgatroyd (1949).

(2) A actividade amebicida dos compostos trivalentes é maior, tanto *in vitro* como *in vivo*, que a dos pentavalentes, mas também é mais elevada a toxicidade. Contudo a saturação das valências que unem o O ao As com grupos — SH, faz diminuir em certos compostos (CC 914 e CC 1 037) a toxicidade sem quebra do poder amebicida.

(3) Os arsenicais em geral, e de um modo particular o Stovarsol, só devem ser aplicados sob rigoroso controle médico por ser relativamente frequente o aparecimento de acidentes — febre, vômitos, pruridos, eritemas, intoxicações hepáticas, lesões do nervo óptico, etc.

VI

VÁRIOS

- Pilulas de Segonol (Ipeca + ópio + calomelanos).
- Pasta de Ravaut — (ipeca 4 grs. + carvão vegetal + glicerina + subnitrito de bismuto + xarope — ãã 25 grs.) — 3 a 9 colheres de café por dia. A Rhodiocarbinha tem uma composição semelhante e é mais fácil de tomar.
- Rivanol — (Urchs, 1926). Pastilhas: 5 a 10 ctg. per os; clister a 1/2.000 — 1:5.000) 500 e 800 c.c.
- Di-hidranol (Faust, 1930): composição química semelhante ao Rivanol.
- Adrenalina.
- Derivados do ácido carboxílico (Cambies, 1949).
- Anayodin (Mackie, 1931)
- Ácido láctico (triláctico — forma anidra).
- Ácido hialurónico (Seneca, 1949). Só experimentado em culturas.
- Acido paraminobenzoico.

No Quadro XI, propositadamente complexo para dar uma ideia do caminho percorrido, não se destaca o remédio perfeito, porque ainda não foi descoberto. Como recentemente se podia ler nalguns editoriais ingleses, o amebicida ideal seria aquele que se apresentasse, a) activo por via bucal, b) de acção parasiticida sobre a forma quística e a forma trofozoítica, c) capaz de atingir os tecidos numa concentração suficiente para destruir estas últimas formas e d) com baixa toxicidade. Ainda se não encontrou, e tal circunstância justifica o recurso às associações medicamentosas. Neste sentido, a combinação de um produto não absorvível (do tipo Milibis, p. e.) — que destrua os quistos no lume intestinal, com uma droga absorvível e difusível (do tipo Cloroquina, p. e.) — que destrua os trofozoitos tissulares, parece ser a melhor combinação.

A partir de 1950, o plano terapêutico foi completamente modificado com o emprego dos antibióticos de amplo espectro, já que com a penicilina, os magníficos resultados conseguidos por Hargreaves, em 1945 (em 57 doentes), foram apenas clínicos e não parasitológicos. Uma vez ensaiados passaram logo a ser considerados como os meios mais «eficientes, de rápida administração, inócuos e dispendo ainda de polivalência anti-infecciosa e anti-parasitária» (C. G. Thooris, 1953), esta última bem importante, por causa das frequentes associações microbianas. De início, ainda se pensou que a acção amebicida dos novos antibióticos fosse transitória, tornando-se por isso necessário completá-la com uma cura de consolidação pelos medicamentos clássicos: em seguida, a extensão dos resultados conseguidos, tanto experimentais como cli-

AMEBIASE

Indicações terapêuticas predominantes

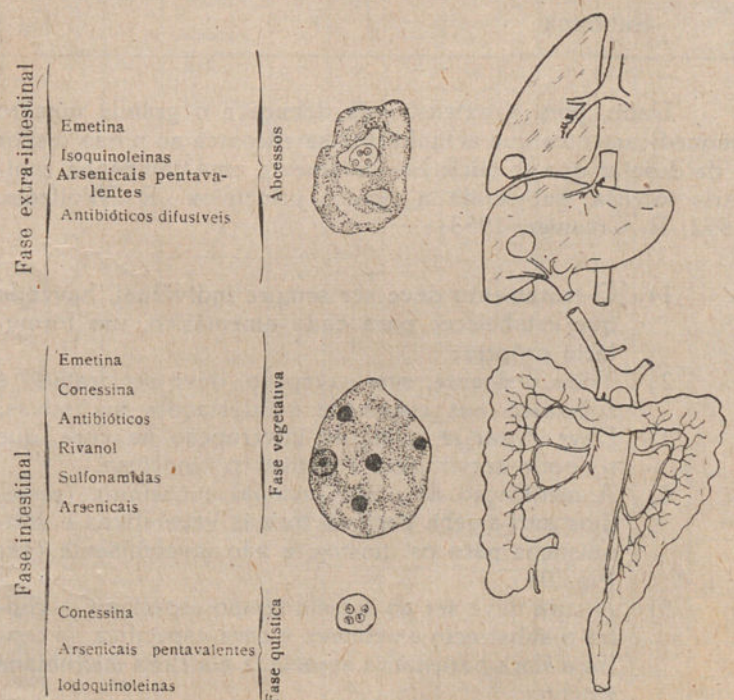


Fig. 9

nicos (ver os Quadros XII e XIII), geraram nova confiança e passaram a utilizar-se isolados. Porém, os resultados obtidos por W. W. Frye, na Coreia (97,5 % de curas clínicas e coprológicas por mais de 6 meses numa série de 538 casos), confirmando embora o valor dos antibióticos, vieram reforçar que os «melhores resultados gerais» só se conseguem associando aos antibióticos uma cura de consolidação clássica. Deve acrescentar-se que a aplicação de antibióticos «per os» tem de ser regulada cautelosamente, pelo perigo de se destruir em absoluto a flora bacteriana do intestino, já que além dos inconvenientes de ordem fisiológica geral convém não esquecer o papel que os enterococos podem, em certas circunstâncias (pela produção de ácido láctico) desempenhar na luta contra as amebas (Stewart & col., 1948).

Qualquer que seja a terapêutica, deve seguir-se um cuidadoso critério de cura, pois a doença tem uma particular propensão para as recaídas. Só deve considerar-se curado um doente que tenha obtido: 1) recuperação do estado geral, 2) desaparecimento da diarreia, 3) reposição anatómica das zonas ulceradas e, sobretudo, 4) negatividade parasitológica nas fezes. Isto é, no qual vários e seguidos exames, incluindo um exame em fezes de purga, forem negativos pelas provas directa e de concentração. Estes exames devem ser repetidos 1 vez por semana no primeiro mês, 1 vez por mês no primeiro meio ano, e 1 vez cada 6 meses nos primeiros dois anos. Depois de um tratamento bem conduzido, se a desparasitação não for seguida de resultados clínicos favoráveis, deve pensar-se, então, na existência de lesões associadas. «Se alguma vez se tem tomado um amebiano por um canceroso, outras tem acontecido o contrário» (Dubois & v. d. Berghe, 1947).

Quadro XII

Estudos experimentais com antibióticos (macacos)

Nome do produto	Ação terapêutica
Actidione	++
Antibiótico "S"	+++
Aureomicina	++
Lupolon	?
NA7M10	+ (tóxico em injeções)
Polymixina	+
Bacitracina	+
Estreptomicina	++
Subtilina	?

Dada, pois, a extensão da doença e o grande número de medicamentos que actualmente se encontra ao nosso dispor é de desejar que se inicie imediatamente uma campanha sanitária intensa, submetida a rígidos princípios (R. Wolfrom, 1952; R. Crosnier, 1953):

- 1) O tratamento deve ser sempre individual, havendo que estabelecer para cada amebiásico, um formulário próprio;
- 2) Todo o doente, sem excepção, deve ser tratado e subtraído aos riscos de reinfestações sucessivas;
- 3) Deve evitar-se qualquer interrupção na cura, que só pode servir para reactivar o síndrome;
- 4) A medicação deve ser racional e coerente (remédios anti-ameba para as formas vegetativas e anti-quísticos para os quistos, e não inversamente (ver Fig. 9)).
- 5) A cura deve ser ao mesmo tempo específica — contra o substracto amebiano, e para-específica — contra a flora parasitária associada e a flora microbiana satélite.
- 6) O tratamento ideal deve ser função da acuidade do processo patológico, mas qualquer que seja, deve

Quadro XIII

Alguns resultados terapêuticos obtidos em clínica com antibióticos de amplo espectro

Antibiótico	Autor e datas	N.º de casos tratados	% de curas clínicas	% de curas parasitológicas
Aureomicina *	Mc Vay e col. 1949; Armstrong e col. 1950	89	100 no pós imediato	88
Bacitracina *	Most e col. 1950	51	66	66
	Shookhoff, 1951	25	80	80
Terramicina *	C. G. Thooris, 1953	38	100 (uma recaída ao fim de 6 meses)	100 ao fim da cura 97 ao fim de 1 mês 87 ao fim de 6 meses
	Most e col. 1951	37	97,3	97,3 ao fim de 6 meses
	Nor el Din, 1951	9	66	66
	Crosnier, 1951	—	—	—
	W. W. Frye, 1953	538	97,5	97,5
Fumagilina	H. Anderson, 1952	20	65	68
	J. Killough 1952	22	100	100
	C. G. Thooris, 1952	12	(uma recaída ao fim de 6 meses)	idem

ser *contínuo*, pelo menos durante três meses; *vigiado*, pelo menos durante dois anos; *variado*, para tentar a sensibilidade individual; *controlado* pelos exames clínicos e laboratoriais e *retificado*, se assim se tornar necessário, durante a evolução.

Tal plano, visa um duplo fim: a) erradicar os parasitas e b) prevenir as recorrências. Ora, esta última finalidade só pode conseguir-se se os parasitas forem destruídos nos tecidos e no lume intestinal e se tiverem sido fechadas as lesões ulcerativas. Havendo que adaptar para cada doente um formulário próprio, não se podem estabelecer esquemas rígidos de tratamento. No entanto, referimos que, em 1952, a experiência dos americanos com as tropas da Coreia levou à adopção de um esquema em três fases:

- I fase, de 6 dias: emetina + antibiótico + sulfonamidas,
- II fase, de 20 dias: emetina + quimiofon (em clistéf),
- III fase, de 20 dias: diodoquin.

Para as tropas recém-chegadas e em movimento, obtiveram-se bons resultados (profiláticos) só com diodoquin — 0,20 grs., 3 vezes por dia durante 20 dias — mas nos casos de doença o grau de recuperação esteve sempre dependente do uso combinado de medicamentos específicos e não específicos (K. Albrecht, 1952).

(*) Comparando, em 800 doentes, o valor relativo destes três antibióticos Tobié & col. (1951) constataram sempre a superioridade terapêutica da terramicina; por outro lado, Mc Cowen & col. (1953), verificaram que a actividade da eritromicina lhe era equivalente. A cloromicetina é desprovida de acção amebicida (Scheider & Dupoux 1953); o mesmo se verificou com o cloranfenicol e a polymixina B (Shookhoff, 1951). O valor da neomicina continua discutível (Kadisson & col. 1951).

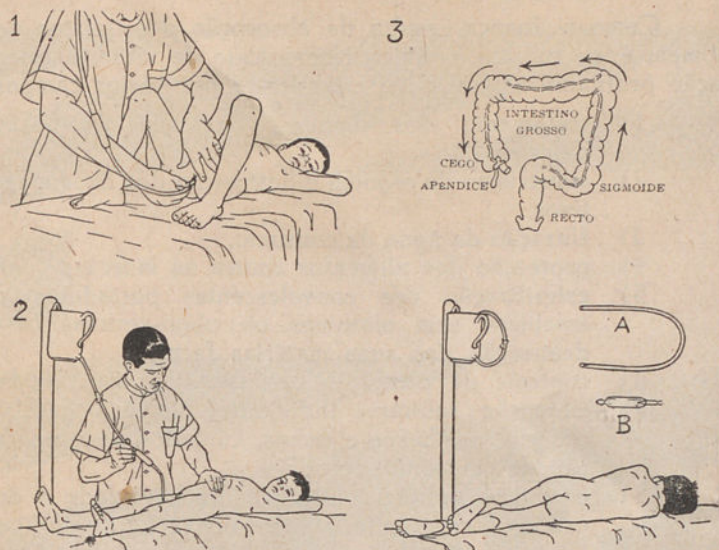


Fig 10

Técnica a seguir nos clisteres (copiado de Basnuevo-Cowley, 1953). — 1. Colocação da sonda rectal; 2. Introdução do líquido e massagem; 3. Intestino grosso. As setas indicam o sentido da massagem; 4. O doente deve ficar deitado sobre o lado direito, durante 15 minutos, retendo o clister..

A — Sonda de enteroclise de borracha n.º 22
B — Conta-gotas de Murphy

IV. Séries observadas.

A falta de estatísticas de morbilidade bem organizadas e suficientemente extensas, não nos permite avaliar a posição da amebíase no plano sanitário de Goa, nem sequer no que respeita à percentagem desta classe de rizópodos na fisionomia global das protozooses. Mas as pequenas estatísticas consultadas, e a impressão geral dos clínicos com quem falamos, leva-nos a crer que é sem dúvida superior à que os franceses dão para Pondichery: 1 a 2%, e até à que Mac Adam indica para a União Indiana (19,9%). Apresentamos duas séries: uma de 282 indivíduos hospitalizados e outra de 50 indivíduos não hospitalizados e sem queixas clínicas. A primeira série tem um interesse relativo por se basear em simples exames directos e os seus resultados devem pecar por defeito; a segunda é mais interessante. Os resultados da análise da I série vão resumidos nos quadros XIV e XV.

Quadro XIV

Exames das fezes numa série de 282 doentes

Espécies encontradas	% relativa	% total
Amebas	7,6	7,1
Ascaris	57,5	36,5
Tricocéfalos	48,4	32,6
Ancilóstomos	23,1	18,7
Tricomonas	2,2	2,1
Estrongiloides	2,9	2,8

As associações mais frequentemente verificadas foram: ascaris + trincocéfalos e ascaris + ancilostoma.

Quadro XV

Associações de parasitas nas fezes (verificadas em 77 casos)

Número de parasitas diferentes	Casos verificados	%
2	52	67,5
3	21	27,2
4	2	2,6
5	2	2,6
6	—	—

Para termos uma ideia mais exacta da incidência da amebíase, procedemos então ao estudo de uma série de 50

indivíduos sem qualquer sintomatologia do aparelho digestivo. A série foi muito pequena por ser muito difícil conseguir em Pangim indivíduos nessas condições. Para o exame das fezes, seguiu-se o método de concentração pelo sulfato de zinco (Faust).

Quadro XVI

Exame das fezes em 50 indivíduos não doentes

IDENTIFICAÇÃO			Reacção	Muco	Restos alimentares	EXAME MICROSCÓPICO						
Ordem	Sexo	Idade				Ascaris lomb.	Ancilostoma duod.	Tricocéfalo	Quistos cmeb.	Cristais de Charcot.	Flagelados	Método de concentração para quistos ameb.
1	♀	6 anos	Alcalina	Normal	+	-	-	-	-	+	-	Positivos raros
2	♀	16 >	>	>	+	+	-	+	-	-	-	-
3	♀	19 >	>	>	+	-	-	-	-	-	-	-
4	♂	25 >	>	>	++	+	+	-	-	-	-	-
5	♂	4 >	Ácida *	-	+	-	-	+	-	-	-	-
6	♀	35 >	Alcalina	-	+	-	-	-	Raros	+	++	+
7	♂	14 >	>	-	+	++	+	+	+	-	-	+
8	♀	30 >	>	-	++	+	++	-	-	-	-	Raros
9	♂	28 >	>	-	+	+	-	+	-	-	-	Raros
10	♂	35 >	>	-	+	+	+	+	-	-	-	-
11	♀	45 >	>	-	+	Raros	-	-	-	-	-	-
12	♂	25 >	Ácida *	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	♂	16 >	Neutra	-	+	-	-	-	-	-	-	Alguns
14	♂	2 >	Alcalina	-	+	-	-	-	-	-	+	-
15	♂	24 >	Ácida	-	+	alguns	-	-	-	-	-	+
16	♂	30 >	Alcalina	-	+	+	+	-	Raros	-	-	+
17	♀	25 >	>	-	+	+	-	+	-	-	-	-
18	♂	34 >	>	-	+	-	-	-	-	-	-	-
19	♀	30 >	>	-	+	-	-	-	Raros	-	-	+
20	♀	40 >	>	-	++	-	-	-	+	+	-	+
21	♀	30 >	>	-	+	-	-	-	-	-	-	-
22	♂	10 >	>	-	+	+	-	-	-	+	-	Raros
23	♀	40 >	>	-	+	-	-	-	-	-	-	-
24	♂	28 >	Ácida *	normal	+	+	Raros	-	-	-	-	-
25	♀	30 >	Alcalina	>	++	-	-	-	-	-	-	Raros
26	♂	35 >	>	>	+	+	+	-	-	-	-	-
27	♀	34 >	>	>	+	+	-	+	-	-	-	-
28	♀	24 >	>	>	+	-	-	+	-	-	-	Raros
29	♂	40 >	Ácida *	>	+	-	-	+	-	-	-	Raros
30	♀	12 >	Alcalina	>	++	-	-	-	-	-	-	-
31	♀	20 >	Ácida *	>	+	-	-	-	-	-	-	-
32	♀	30 >	Alcalina	>	+	+	+	+	-	-	-	-
33	♀	30 >	>	>	+	-	+	+	-	-	-	Raros
34	♀	38 >	>	>	+	++	-	+	+	+	-	++
35	♂	40 >	>	>	+	-	-	+	-	-	-	-
36	♀	12 >	>	>	+	-	+	-	-	+	-	+
37	♂	19 >	>	>	++	-	-	-	-	-	-	+
38	♀	30 >	>	>	+	-	-	-	+	-	-	+
39	♂	15 >	>	>	+	-	-	-	-	-	-	Raros
40	♀	5 >	>	>	+	-	-	-	-	-	-	-
41	♂	18 >	>	>	+	-	-	-	-	-	-	-
42	♀	30 >	>	>	+	-	-	-	-	-	-	-
43	♂	25 >	>	>	++	-	-	-	-	-	-	-
44	♂	30 >	>	>	++	-	-	-	-	+	-	-
45	♂	10 >	>	>	+	+	-	+	+	+	-	+
46	♀	22 >	>	>	+	-	-	+	-	+	-	Raros
47	♀	20 >	>	>	+	+	-	+	+	+	-	+
48	♀	30 >	>	>	+	++	-	+	-	+	-	-
49	♂	20 >	>	>	+	-	-	-	-	-	-	Raros**
50	♂	18 >	Ácida	"	+	-	+	+	-	-	-	-

** - Quistos de *Ameba coli*.
* - Fezes sem o laxativo.

Encontramos 46 % de indivíduos parasitados com *E. disenteriae*.

A leitura do Quadro XVI e das respectivas histórias clínicas, confirma os conhecimentos expostos no decurso desta comunicação. Assim, no conjunto daquelas 50 observações verificou-se ser indiferente o factor sexo (Quadro XVII), predominarem os casos no grupo ectário 21-30 anos (Quadro XVIII) e serem correntes as associações do «complexo» (Quadro XIX).

Quadro XVII

Número dos casos em relação com o sexo

Sexo	Número observado	Infestados	%
Masculino ♂	26	11	48
Feminino ♀	24	10	46
TOTAL	50	21	49

Quadro XVIII

Número de casos em relação com a idade

Grupo ectário	Número observado	Infestados	%
< 20	18	6	48
21-30	20	11	52
31-40	8	4	50
> 40	4	0	0

Quadro XIX

Associações de «complexo» na série estudada

Natureza	N.º de vezes	%
Ascaris	19	36,5
Ancilostomos	12	23,2
Tricocefalos	19	36,5
Flagelados	2	3,8

Não encontramos outras influências raciais, de cor ou de profissão que não fossem inerentes aos hábitos alimentares ou higiênicos respectivos. Dacio Amaral & col. (1947) haviam chegado, em S. Paulo, às mesmas conclusões.

V. Orientação profiláctica geral.

A infecção realiza-se sempre *per os*, por ingestão de quistos, sendo factores importantes o número de vezes em que a contaminação se dá. No ponto de vista epidemiológico, importam sobretudo os parasitas das fezes, pois os dos abcessos estão «perdidos» para a propagação da espécie, devendo ser considerados como simples culturas *in vivo* (C. Mathis & R. Pons, 1948). Dos diversos tipos de contágio que podem verificar-se — por vectores, pelos alimentos, pela água ou pelo homem —, é este sem dúvida o mais importante (a amebíase é uma «doença das mãos sujas»); a seguir deve inscrever-se a água, não só porque pode transportar quistos (perigo no geral diminuído pela grande diluição que sofrem), mas também provocar desarranjos intestinais que enfraqueçam o organismo ou forneçam bactérias que avivem o «complexo».

Como a doença resulta da absorção dos quistos e o homem é, na prática, o único reservatório de vírus, a orientação profiláctica geral deve estender-se por vários campos:

- 1) tratamento dos doentes, das suas roupas e dejectos (1),
- 2) construção de esgotos e destruição dos lixos colectivos,
- 3) filtração da água de consumo,
- 4) protecção dos alimentos contra as moscas,
- 5) esterilização dos convalescentes portadores de amebíase sem sintomas ou oligo-sintomática e destruição das suas matérias fecais,
- 6) controle da produção de alimentos vegetais (2),
- 7) educação sanitária individual: limpeza geral e especial das mãos e unhas, cuidados na preparação dos alimentos, etc.,
- 8) educação sanitária colectiva, da sociedade e dos grupos formados (asilos, escolas, etc.),
- 9) pesquisa sistemática dos portadores sem sintomas, e
- 10) tratamentos preventivos (quimioprofilaxia) nas regiões de endemia.

As condições capitais que interferem na sua incidência são as de natureza higiênica. A doença é cosmopolita e espreita os menores descuidos sanitários, como se verificou em Chicago durante a Feira Internacional de 1933 onde atingiu a soma de 1.400 casos. Em face disso as condições de clima têm importância muito secundária, como é de conhecimento histórico. Sabe-se que o primeiro caso foi descrito numa região fria (por Lösch, em 1875), em Petersburgo e Epstein (1934) encontrou em certas regiões russas de grande «deficit» higiênico, 60 % de portadores são, apesar de se encontrarem em pleno círculo ártico. O que importa é a higiene local e individual, que vimos ser em Goa deficientíssima.

(Comunicação apresentada em 15 de Abril de 1953, nas Reuniões do Corpo Clínico do Hospital do Ultramar. Director: Dr. João Pedro de Faria).

BIBLIOGRAFIA LOCAL

- Melo, F. de — Um caso de hepatite amebiana jugulado por injeções de emetina — in Bol. Geral de Med. e Farm. Nova Goa, 1919.
- Melo, F. de — O síndrome febril nas amebíases hepáticas atenuadas, *ibidem*, 1917.
- Melo, F. de — Notes cliniques sur un cas d'amébiase urinaire — in Medicina Moderna, Porto, 1918.
- Melo, F. de — Considérations à propos de la cystite amébienne — in Medicina Moderna, Porto, 1918.
- Melo, F. de — Considérations à propos de la cystite amébienne — in Compt. Rend. de la V Réunion Argentinna de la Patologia, Julho, 1930 também Arq. Escola Méd. Cirurg. de Nova Goa, série A, 1930.
- Melo, F. de — Considerações sobre alguns casos de disenteria amebiana e da emetino-resistência das amebas — in Bol. Ger. de Med. e Farm., 1926.
- Melo, F. de — Impressões clínicas sobre o tratamento da disenteria amebiana pelo Yatren purissimum, in Bol. Ger. de Med. e Farm., Nova Goa, 1928.
- Melo, F. de — Notas clínicas sobre um caso de amebíase entero-hepática, in Bol. Ger. de Med. e Farm., Nova Goa, 1917.
- Melo, F. de & Cruz, J. L. — Résultat du traitement expérimental de divers états d'amébiase intestinale par le Yatren purissimum — in Bull. Soc. Path. Exot., Paris, 1928; *idem* — in Congrès de Medecine Tropical du Caire; também in Arq. Es. Med. Cirurg. de Nova Goa, Série A, 1929.
- Mulgôocar, Q. S. — A importância diagnóstica da inoculação intrarectal de fezes suspeitas de disenteria amebiana em gatos jovens. Tese de Goa, 1931.
- Lobo, F. Villa-Nova — Síndrome de amebíase hepática, simulando uma piroxia palustre, *ibidem*, 1932.
- Melo, F. de & Pacheco de Figueiredo, F. — Primeiras experiências do tratamento Yatrénico em 2 casos de amebíase intestinal — in Bol. Ger. de Med. e Farm., Nova Goa, 1928.
- Melo, F. de & Lobo, B. — First report on an Amoeba parasite of an Indian Termite in Proc. Ind. Acad. of Sci., Bangalore, July, 1941.
- Pereira, J. F. A. Costa — Tratamento da disenteria amebiana pelo rivanol. Tese de Goa, 1929.
- Cruz, L. J. R. R. Cosme da — Tratamento da amebíase intestinal pelo Yatren. Tese de Goa, 1928.

(1) Esterilizar as fezes com sulfato de ferro ou leite de cal.

(2) Aplicar as regras gerais de profilaxia das doenças de origem hídrica. Por exemplo: cozer os legumes ou tratá-los 30 minutos com solução aquosa de permanganato de potássio, procedimento inofensivo e que lhes não altera o sabor.

O INSTITUTO LUSO-FARMACO
SEMPRE NA VANGUARDA

Dibencilina

UM NOVO CAPÍTULO
NA HISTÓRIA
DA PENICILINA

DIBENCILINA

N, N'-dibenziletlenadamina dipenicilina G
A penicilina de longa duração

COMPRIMIDOS

Com 2 a 3 comprimidos diários obtêm-se concentrações eficazes de penicilina no sangue.

SUSPENSÃO ORAL

Com 2 a 3 colheres de chá (5 c. c.) contendo 300.000 unidades cada obtêm-se igualmente concentrações eficazes de penicilina no sangue.

INJECTAVEL

Com uma injeção obtêm-se concentrações eficazes de penicilina no sangue durante
CATORZE DIAS

**A PENICILINA DE MENORES
REACÇÕES ALÉRGICAS**

3 por mil em contraste com 5 por cento das alergias causadas pela penicilina sódica e potássica

COM UMA ÚNICA
INJEÇÃO
DESTE COMPOSTO
DE PENICILINA
ENCONTRAM-SE
CONCENTRAÇÕES
EFICAZES
NO SANGUE
DURANTE

14
Dias



POLIBIÓTICO

ASSOCIAÇÃO
SINÉRGICA
DE

PENICILINA

POLIMIXINA B

ESTREPTOMICINA

3

ANTIBIÓTICOS

O ANTIBIÓTICO QUE VEIO REVOLUCIONAR
UM DOS GRANDES CAPÍTULOS DA TERAPÊUTICA
COM A DESCOBERTA DA **POLIMIXINA B**

POLIMIXINA B É O ÚNICO ANTIBIÓTICO BACTERICIDA

VASTO ESPECTRO BACTERIANO

GRAM-POSITIVO E GRAM-NEGATIVO

FÓRMULA

POLIMIXINA B	60.000 U. I.
Sulfato de dihidroestreptomicina	0,25 gr.
Sulfato de estreptomicina.	0,25 gr.
Penicilina G Procaínica	300 000 U. I.
» G Potássica	100.000 U. I.

em 1 frasco-ampola mais 1 ampola de veículo com
cloreto de cobalto

APRESENTAMOS TAMBÉM A **DOSAGEM FORTE** COM O DOBRO DA POLIMIXINA B:

CAIXAS COM 1 - 3 - 5 FRASCOS

LABORATÓRIO FARMACOLÓGICO



J. J. FERNANDES, LDA.

LISBOA - PORTO - COIMBRA - FUNCHAL

Frequência e agentes etiológicos das tinhas nas Ilhas de S. Miguel e S.^{ta} Maria (Açores)

(NOTA PREVIA)

ANTÓNIO JOSÉ DE LEMOS SALTA

e

MARIA MANUELA ANTUNES

Em missão oficial do Subsecretariado de Estado da Assistência Social, visitei, de Setembro do ano findo a Janeiro do corrente ano, as Ilhas de S. Miguel e de Santa Maria, com o objectivo de efectuar o censo dos doentes de lepra. No desempenho desta missão, percorri sucessivamente todas as freguesias dos sete concelhos em que estão divididas aquelas Ilhas.

Pareceu-me interessante aproveitar a oportunidade para realizar, simultaneamente, um inquérito sobre as tinhas, visto ser praticamente desconhecido o que, neste domínio, se passava no Arquipélago dos Açores.

Como os métodos de trabalho eram sobreponíveis, este inquérito não prejudicava o objectivo da missão que me tinha sido confiada nem determinava aumento das despesas repectivas.

RESULTADOS

Através das consultas de doenças da pele realizadas nas diferentes freguesias e das visitas às escolas primárias e correspondentes exames dos alunos, encontramos 882 casos de tinhas no couro cabeludo (dos quais, 33 na Ilha de Santa Maria e 849 na Ilha de S. Miguel) e 22 casos de tinhas na pele glabra e unhas.

TINHAS NO COURO CABELUDO

a) Distribuição por concelhos (Ilha de S. Miguel) e frequência em relação à população:

Concelhos	População	Casos de tinhas	Por mil
Ponta Delgada	72.749	180	2,4
Lagoa	13.638	59	4,3
Ribeira Grande	37.524	179	4,7
Vila Franca	14.204	75	5,2
Povoação	15.498	152	9,8
Nordeste	11.553	204	17,6
Total	165.166	849	5,1

b) Distribuição por sexos e idades:

	Masc.	Fem.	Total
Menos de 7 anos	45	53	98
7 a 14 anos	248	454	702
Mais de 14 anos	20	62	82
Total	313	569	882

c) Tipos clínicos:

Tinha tonsurante	713
Favo	169
Total	882

d) Resultados dos exames laboratoriais:

Os exames laboratoriais (exame directo e cultura), realizados por Maria Manuela Antunes no Laboratório de Micologia do Instituto de Medicina Tropical (Prof. Salazar Leite) forneceram os seguintes resultados:

Exame directo positivo e cultura positiva ...	580
» » » » » negativa ...	202
» » negativo » » positiva ...	100
Total	882

e) Agentes etiológicos:

Nos 680 casos de tinhas do couro cabeludo em que foram positivas as culturas, encontram-se os seguintes agentes etiológicos:

	Número de casos	%
Trichophyton violaceum	459	67,5
» acuminatum	70	10,2
» crateriforme	1	0,1
Achorion Schoenleini	142	20,9
Microsporum felineum	2	0,2
Culturas mistas		
(Tric. viol. + Tric. acum.) ...	6	0,9
Total	680	

COMENTÁRIO

Pela primeira vez foi realizado um inquérito sobre a tinha no couro cabeludo no Arquipélago dos Açores.

O inquérito revelou que é grande a frequência da doença.

Na Ilha de S. Miguel, a frequência média em relação à população é de 5,1 por mil, oscilando nos seis concelhos entre 2,4 ‰ e 17,6 ‰.

A frequência é nitidamente maior nos concelhos rurais, acentuando-se progressivamente com o aumento da distância à capital do Distrito.

Na Ilha de Santa Maria, não foi possível visitar as escolas primárias, visto o inquérito ter sido realizado durante as férias de verão, não se podendo, portanto, relacionar o respectivo número de casos com os observados nos concelhos da Ilha de S. Miguel.

Os agentes etiológicos são idênticos aos que têm sido referidos nos trabalhos realizados sobre este assunto na parte continental do território português.

Nota-se predomínio absoluto do *Trichophyton violaceum* (67,5 % dos casos) e percentagem relativamente elevada do *Achorion Schoenleini* (20,9 %).

MOVIMENTO MÉDICO

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

RESUMOS DA IMPRENSA MÉDICA

Estudos sobre o valor da terapêutica anticoagulante feita como rotina no enfarte agudo do miocárdio. — SIDNEY SCHNURR — Circulation — VII : 855 ; June 1953.

Até à data não foram publicados estudos com significado estatístico e adequadamente controlados que indiquem sem qualquer dúvida que a terapêutica anticoagulante, feita por rotina no infarto agudo do miocárdio, diminua os índices de mortalidade em todas as categorias de doentes, desde os casos leves aos muito graves. Os relatórios publicados registando uma redução dos acidentes tromboembólicos em grupos de doentes tratados dessa maneira e comparados com grupos de controle, não demonstraram incontestavelmente que tal redução seja totalmente atribuível à terapêutica anticoagulante. Outros factores podem ser incriminados como causa de tais resultados, como por exemplo: diagnósticos errados, critério insuficiente do médico assistente e falta de controle rigoroso das investigações realizadas.

A não ser que sobrevenham outras provas em contrário parece haver pouca justificação para a prescrição sistemática, rotineira, dos anticoagulantes nos casos de gravidade moderada, em consequência da sua baixa mortalidade e dadas as despesas, inconvenientes, perigos e dificuldades da manutenção de níveis de protombina permanentemente «eficazes».

Nos casos de mais gravidade as vantagens teóricas da terapêutica anticoagulante justificam este tratamento, embora possam por-se algumas reticências à clara demonstração do seu real valor.

Tratamento dos linfomas e outras doenças neoplásicas pela «Trietilena melamina». — BUR-TNER (O. W.), JENSEN (L. C.) e RUMBALL (J. M.) — Ann. Int. Med. — XXXVIII : 1222 ; June 1953.

Após a experiência da «mostarda azotada» no tratamento de certas afecções malignas do sistema linfóide, iniciada em 1942, verificou-se, ultimamente que um composto análogo às mostardas, a «trietilena melamina», tem efeitos terapêuticos análogos aos da mostarda azotada, com a vantagem de ser activo por administração oral, produzindo menos náuseas e vômitos, não necessitando da hospitalização dos doentes e sendo útil, pelos seus efeitos prolongados, para uma terapêutica espaçada, «de manutenção».

Os autores referem aqui a sua experiência com esse composto em 38 casos de doença de Hodgkin, linfossarcoma, leucémia e «outras doenças neoplásicas».

A droga mostrou-se especialmente eficaz no tratamento do Hodgkin, sobre o qual parece ter uma acção qualitativamente semelhante à da mostarda azotada. Também parece útil em casos de linfossarcoma, embora não em todos. Doses pequenas também podem actuar favoravelmente sobre a leucémia linfática crónica, sendo impressão dos autores (embora a sua experiência seja pequena a esse respeito) que nos casos de leucémia mielóide crónica são preferíveis os raios X, P₃₂ e uretano.

A trietilena melamina está indicada quando a afecção é generalizada, nos casos recentes com sintomas tóxicos, gerais, febre, etc., e em certos casos resistentes aos RX. Pode também ser vantajosa em conjunção com a roentgenterapia local.

Devido à sua acção prolongada, cumulativa, à variabilidade da dose terapêutica necessária e à variável tolerância oferecida pelos diferentes pacientes o emprego do composto em questão deve fazer-se com todas as precauções, especialmente no que respeita à vigilância hematológica, com o fim de evitar graves estados de «depressão medular». Nestes, a trombocitopénia é, em regra, o último sintoma a surgir.

Quando surgem esses síndromas mielotóxicos, as transfusões de sangue e os antibióticos constituem as medidas terapêuticas mais eficazes.

O presente e o futuro do problema da tuberculose. — SMITH D. T. — Am. Rev. Tuberc. — 67 : 707 ; June 1953.

Relatório apresentado na reunião anual de 1952 da «Minnesota Tuberculosis and Health Association».

O autor começa por afirmar que a rápida e intensa diminuição da mortalidade pela tuberculose desde 1947 pode atribuir-se primordialmente aos progressos do tratamento, médico e cirúrgico, daquela doença.

Não se pode usar a mortalidade como índice, nem sequer aproximado, da frequência e importância da doença. A diminuição da mortalidade não se acompanhou, efectivamente, dum correspondente diminuição da frequência com que aparecem novos casos.

Deve pensar-se que existem muitos casos que não são rastreados e que servem de foco de origem de novas infecções.

Os progressos conseguidos no estado a que se refere a comunicação (Minnesota), na luta antituberculosa, são atribuídos ao plano dessa luta, conduzida activamente, e não ao efeito espontâneo da melhoria das condições de vida.

Como plano futuro da mesma luta recomenda-se um esquema de «controle» maciço da população do estado, compreendendo uma prova com tuberculina realizada em todos os habitantes, que será repetida anualmente em todos os casos negativos, e um exame radiográfico, também anual, de todos os indivíduos em que a prova foi positiva.

As economias realizadas no tratamento dos casos descobertos deste modo em período incipiente, e, portanto, de terapêutica mais fácil, devem ser mais que suficientes para custear este plano de rastreio maciço.

Terapêutica pela cortisona na hepatite aguda. — EVANS, A. S., SPRINZ, H. e Nelson, R. S. — Ann. Int. Med. — XXXVIII : 1134 ; June 1953.

Os autores ensaiaram a cortisona em 10 doentes portadores de hepatite aguda por vírus, que foram estudados comparativamente com 17 outros casos da mesma afecção tratados simultaneamente e 100 casos análogos admitidos no hospital anteriormente ao presente estudo.

O emprego, precoce, da cortisona condicionou uma mais precoce descida da bilirrubinemia e mais rápida desapareição dos sintomas clínicos, sendo a diferença, em relação aos grupos de controle, de cerca de duas semanas.

O estudo histopatológico dos fígados, por biópsia, revelou uma progressão mais rápida para a cura nos casos tratados com a hormona suprarrenal, mas tal progressão era acompanhada de um certo grau de degenerescência gorda do parênquima.

Por outro lado, deram-se duas recaídas, entre os 10 tratados com cortisona, não se tendo observado nenhuma nos 117 de controle!

Pode aceitar-se que, embora a hormona em questão apresse o retorno ao normal de certos sintomas clínicos, laboratoriais e anatomopatológicos da doença, ela deixa o paciente mais vulnerável a uma recaída, sem dúvida por que altera as relações normais entre o hospedeiro e o vírus que são importantes para estabelecer imunidade contra este último.

Tem-se verificado experimentalmente a possibilidade de os corticoesteróides interferirem com os processos imunitários em outras doenças infecciosas.

S U P L E M E N T O

ACÇÃO SOCIAL E MEDICINA SOCIAL

Assunto sobre o qual, em todos os tons, em todos os campos, em todas as línguas, tudo o que havia a dizer já foi dito, repetido, glosado, comentado, não me passaria pela mente a pretensão de trazer-lhes qualquer comentário inédito, qualquer parcela de novidade. Limitar-me-ei, portanto, a sublinhar alguns aspectos conhecidos. Faço-o porque se me afigura lógico o encadeamento em que os vejo e porque encontro inúmeras vezes certas atitudes expostas em doutrinação teórica e sobretudo postas em prática em realidades palpáveis, as quais, por as considerar absurdas, me convenceram que as ideias que vou expor, apesar de já ditas e repetidas tantas vezes, ainda não estão convenientemente divulgadas e aceites. Torna-se por isso necessário que alguém as exponha mais uma e outra vez, nesta e em muitas mais ocasiões, até que venham a ser reconhecidas como boas por todos e postas em prática nas realizações do dia a dia.

Desde o final do século passado até aos nossos dias, todos nós lemos romances como o *Germinal* de Zola, a *Catedral* de Blasco Ibañez, a *Selva*, a *Wall Street*, o *Petróleo* de Upton Sinclair e tantos outros romances de fundo social ou de fundo socializante. Vemos hoje em dia a exibição constante de ideias do mesmo tipo em filmes italianos como o *Ladrão de Bicicletas*, o *Pão Nosso de Cada Dia* e mesmo em tantos filmes portugueses com um fundamento até certo ponto semelhante.

Com pequenas variantes, o quadro é sempre aproximadamente o mesmo. Aparecem em cena alguns personagens solidamente instalados na vida, rodeados de todas as comodidades, a contrastar com outros que sofrem privações, miséria e fome. No geral aparecem-nos os primeiros carregados de vícios, penetrados de imoralidade até à medula, egoístas, violentos, a esmagar inexoravelmente os outros, que surgem do pano de fundo cheios de bondade, de abnegação, aureolados por todas as virtudes, vítimas inocentes da corrupção dos primeiros.

O quadro, mais ou menos carregado ou mais ou menos disfarçado conforme as preferências individuais do autor, destina-se a provocar no leitor ou no espectador o desejo de reformar o que está e que está mal e criar amanhã um mundo melhor.

Para o conseguir sugere-se muita vez, ou encapotada ou mesmo abertamente, como única solução possível, a revolta, a violência, a ditadura das classes menos abastadas, o esmagamento brutal das outras.

Noutro campo, vemos desde há muito tempo a Igreja, por exemplo, apresentar ao mundo o mesmo problema, preconizando, porém, como solução, a moralização das classes dirigentes, a cedência voluntária por parte desta de certos benefícios em favor dos economicamente débeis.

Em qualquer das situações, quer na apresentação dramática de casos-tipo no livro, no teatro ou no cinema, quer na doutrinação evangelizadora da Santa Sé, quer ainda, por exemplo, nas narrativas verídicas profundamente emocionantes do Padre Américo, o autor conta sempre fazer vibrar na alma do leitor ou do espectador qualquer coisa que ele sabe que ali se encontra e que vem a ser a piedade natural pelos que sofrem, o desejo de auxiliar os menos bafejados pela sorte. Espera o autor que essa reacção surja espontaneamente, que ela se avolume, cresça, se torne irremovível e venha a contribuir para criar o ambiente que possa conduzir à reforma, segundo uns, à revolução, segundo os outros.

Os autores dos livros, os realizadores dos filmes, os doutrinadores dos ensaios ou das encíclicas têm enraizada no fundo da alma uma intenção de piedade cristã e contam que uma piedade semelhante exista igualmente no âmago da consciência dos que os escutam ou lêem, a fim de que a reacção possa tomar o rumo desejado.

Em evolução ulterior da mesma ideia, surge uma outra, que em inúmeros sectores vem sendo martelada, repisada, glosada em todos os tons, na intenção de impor pela sugestão, pela repetição, o seu fundamento de princípio. A ideia é esta:— As classes privilegiadas não têm o direito de gozar um certo número de regalias, quando outras estão a sofrer miséria e a passar fome. O auxílio aos mais débeis não constitui um acto de benemerência louvável, mas apenas um dever dos ricos.

É fácil verificar que esta ideia representa o desenvolvimento, a ampliação da primeira. Pretende-se com ela libertar as classes pobres do dever incómodo de terem que sentir qualquer reconhecimento pelos benefícios que lhes forem concedidos. Pretende-se, por outro lado, libertá-los do receio de procederem mal se lançarem mão de qualquer violência para alcançar benefícios, visto que, segundo essa ideia, eles lhes são inteiramente devidos.

Vemos aqui, numa forma já deturpada, no fundo da alma de quem lança tais ideias, a mesma intenção de piedade cristã para com o próximo, pretendendo os seus autores apenas, com essas ideias, conseguir maior eficácia na obtenção dos resultados.

Partindo do sentimento de piedade que se encontra no fundo da alma da maioria dos homens, realidade moral que está profundamente certa, desenvolve-se a acção social que vemos pelo mundo fora, surgindo-nos a cada passo em mil campos diferentes. Vemos assim em atitude global o chamado Socialismo, com as suas inúmeras facetas. Vemos o adjectivo aplicado a uma profissão definida, a de Assistente Social. Vemos inúmeras iniciativas com o mesmo qualificativo, como Previdência Social, Medicina Social, etc.

A frequência do uso da palavra mostra-nos que actualmente a preocupação do *social* perante mil problemas constitue substrato corrente na mentalidade de todos nós. A sua aplicação prática surge-nos em inúmeros campos diferentes:— Pensões de reforma, de inabilidade, indemnização por desastres no trabalho, por doenças profissionais, etc., etc. À primeira vista, temos todos a impressão de não duvidar nem um momento que seja excelente a intenção que se encontra na base de todas essas instituições. Todavia, apesar de extremamente louváveis, podemos também ver que nos seus resultados, na aplicação prática, se é facto que em muitos sectores acarretam aprovações entusiásticas e sinceras, pelo contrário, noutros sectores igualmente sinceros e desinteressados provocam críticas acerbadas, discussões apaixonadas, ou reacções violentas.

Basta recordar o que se passa quanto à Medicina Social aqui e em muitos pontos do globo para vermos que, em relação a muitas das suas realizações, surgem protestos não só da parte daqueles que a aplicam mas também dos beneficiários que à primeira vista tudo tinham a lucrar com essas iniciativas.

Vamos procurar, na medida do possível, estudar o que se passa, tentar estabelecer um diagnóstico, esquadriñar as causas do descontentamento que lavra nos campos da acção social e traçar as linhas gerais do que possa ser a terapêutica.

Para isso, vamos ver o assunto, nas directrizes fundamentais que suponho que lhe sejam aplicáveis, muito embora a efectivação das medidas que preconizo possa levar muitíssimo tempo. Veremos depois as atitudes a tomar a título de solução provisória, que convém adoptar para a resolução dos problemas imediatos. Mostraremos quais as que, a adoptar-se, estão integradas no plano geral do conjunto que traçamos e quais aquelas que, procurando resolver os problemas de momento, nos fazem correr o risco de comprometer a eficácia das medidas de largo alcance que preconizamos.

Suponhamos que eu desejo ir ao cume de uma montanha a fim de disfrutar o panorama que se contempla dali. Posso fazê-lo de duas maneiras diferentes. Posso tomar o funicular ou o automóvel, instalando-me confortavelmente num ou noutro ou posso fazer a escalada a pé. Todos aqueles que algum dia fizeram ascensões conhecem a intensa impressão de bem estar, a admirável euforia, a sensação de triunfo que se consegue pela ascensão a pé. E sabem também que esse facto não constitue apenas um prazer momentâneo, antes pela sua repetição nos confere segurança na vida. A acção favorável exerce-se não só sobre os músculos mas também sobre a confiança que adquirimos em nós pró-

prios. A ascensão a pé, ao mesmo tempo que é uma ginástica saudável, enrija o carácter, educa salutarmente para a vida. A subida no funicular ou de automóvel não tem a mesma acção.

Todos nós conhecemos crianças educadas com mil carinhos, a quem nada faltou nunca, rodeadas desde o berço de todas as cautelas, que pouco contacto tomam com bactérias, porque só as deixam tocar em objectos desinfectados e que por isso nunca treinaram os seus anti-corpos. Essas crianças nunca supertaram variações bruscas de temperatura, protegidas sempre artificialmente do calor ou do frio. Elas nunca exercitaram por isso os seus sistemas termo-reguladores. Essas crianças mais tarde nunca levaram nem deram dois socos a lutar com camaradas na escola. Essas crianças, rodeadas sem dúvida de excelentes intenções, do desejo de lhes poupar perigos ou sofrimentos, acabam por ficar sem defesas contra qualquer infecção mais grave que as ataque e constipam-se à mais pequena corrente de ar. Meninos mimalhos, incapazes de lutar, sucumbem perante qualquer contrariedade que se lhes apresente e acabam muita vez trágicamente a vida pelo suicídio.

No primeiro exemplo que apontei, o desejo de poupar o esforço da ascensão, não deixou criar as qualidades que se desenvolvem com a subida a pé. No segundo exemplo, pretendendo poupar-se a criança aos sofrimentos, à doença, aos traumatismos da luta, fez-se dela um fraco, um indivíduo sem carácter, um vencido.

A intenção, no fundo louvável e cristã, de poupar sofrimentos incómodos, viu apenas a situação imediata, não mediu as consequências a distância. Em última análise, o desejo de poupar a criança a pequenos incómodos de momento levou-a a vir a padecer mais tarde males infinitamente maiores.

Pois bem. Com a acção social passa-se muitas vezes um fenómeno semelhante.

Quando vemos um filme como o «Pão Nosso de Cada Dia», confrange-se-nos a alma ao contemplar o quadro de tantas raparigas ansiosas por conquistar um pobre lugar de dactilógrafa. Eu próprio pus uma vez um anúncio para uma simples empregada de consultório e apareceram-me no dia seguinte oitenta pretendentes ao lugar. Situações desta ordem confrangeram a alma de certo povo admirável, altamente civilizado, do norte da Europa e tais medidas ali se tomaram que esse povo conseguiu eliminar totalmente esse mal. Hoje, qualquer rapaz que termine ali um simples curso comercial, tem logo, ao que me contaram, imediatamente, automaticamente, sem passar miséria nem fome, sem qualquer esforço ou luta, um lugar, uma colocação, com proventos suficientemente remuneradores. Todavia informaram-me também que nessas condições, com a sua vida assim facilitada ao máximo, esses rapazes perdem muitas vezes o tonus do carácter e passam a vida a embriagar-se. O resultado foi certamente mau. Fugiu-se de uma situação sem dúvida indesejável e chegou-se a consequências também sem dúvida nenhuma igualmente indesejáveis.

Parece pois que o problema poderia pôr-se nos seguintes termos: — Na medida em que deixamos o indivíduo entregue a

si próprio, em que o deixamos passar privações e sair delas pela luta, pelo seu esforço, estamos a enrijar esse homem, a fortalecer-lhe o carácter, a dar-lhe condições que o tornem um valor positivo na sociedade. Pelo contrário, na medida em que lhe facilitamos a tarefa, em que o auxiliamos na vida, em que promovemos a sua independência sem esforço, sem luta da sua parte, estamos a enfraquecê-lo, depauperamos-lhe o carácter e tornamo-lo num valor negativo para a sociedade.

Se pusermos o problema por esta forma, se enveredarmos por este caminho deliberadamente, indo por ele fora até às suas últimas consequências, chegamos a Nietzsche, ao conceito do super-homem, à idolatria do homem-senhor, ao desprezo pelo fraco, pelo escravo, pelo vencido.

Temos pois, em confronto, duas atitudes que se afiguram à primeira vista diametralmente opostas: — Por um lado, a piedade cristã, o desejo de minorar o sofrimento alheio — no polo oposto o culto da luta, do combate, da violência; a idolatria Nietzscheana do vencedor, o desprezo pelo vencido. Ambas as atitudes se nos afiguram defensáveis e todavia elas apresentam-se-nos à primeira vista como irreconciliáveis.

Todos nós sabemos que nos Estados Unidos é frequentíssimo ver filhos de milionários a vender jornais, lutando como os outros pelo pão de cada dia, ver estudantes de universidades a servir em restaurantes, a cavar os campos, a colocar postes telegráficos, etc., etc. É evidente a intenção de os enrijar, de lhes fortalecer o corpo e o carácter. Naquele país compreendeu-se largamente qual a vantagem educativa do esforço e da luta. Cultiva-se o *box* como desporto salutar e o *foot-ball* tomou a forma violentíssima do *rugby*. Este é cultivado por toda a juventude. Todavia, como reverso da medalha, a idolatria da luta, da violência, levou às formas graves do gangsterismo, defendendo com metralhadoras portáteis o egoísmo dos traficantes de álcool, dos empresários das casas de jogo, etc. O resultado também é mau.

Assim por um lado as directrizes da piedade cristã — devemos dizê-lo, mal compreendida — levaram naquele país nórdico, aliás admirável, ao dessacramento de uma parte da juventude. Por outro lado, a idolatria da luta levou aquele país americano, aliás igualmente admirável, ao *gangster*, à delinquência juvenil em alta escala, que constitui para ele um grave problema.

Qual é a atitude a adoptar? Como sair deste trágico dilema? — Poderá dizer-se, por uma forma simplista, que a solução consiste em seguir pelo meio termo. Tal frase, aliciante como um *slogan*, justificada pelo velho adágio *in medio stat virtus* — se é facto que se adapta por forma sensata a muitas circunstâncias da vida, não é aplicável nestes casos. Meio termo... mas qual é o meio termo entre piedade e luta? Não há meio termo. São atitudes que se movem em categorias diferentes. É como se perguntássemos qual é o meio termo entre a cor verde e o sabor salgado.

Temos que procurar a solução por uma forma diferente. Vejamos qual.

Os nossos hoquistas batem-se com o

máximo da sua energia e procuram vencer o adversário. Porém, quando levantam o *stick* acima do ombro são castigados. Se algum deles se enfurecer e agredir o adversário é expulso do *rink*. Eles sabem que as regras do jogo são essas e a elas se submetem.

Nas escolas bem orientadas, quando dois rapazes têm qualquer conflito que os leva a baterem-se, o professor aceita o facto, mas calça-lhes luvas, coloca-os no *ring* e obriga-os a lutar dentro de determinadas regras.

Pois bem. Na luta pela vida também há regras. Elas são-nos dadas por todas as religiões, por todas as éticas, pela moral sã de todos os povos.

A solução para o dilema de há pouco (solução ideal — solução limite, inatingível sem dúvida, mas para a qual deveremos tender) consiste em educar a juventude por forma tal que tenham todos, tanto quanto possível todos, o *tonus* moral interior correcto para que espontaneamente nenhum deseje sair para fora das regras. O problema fundamental verifica-se que não deve pôr-se no plano em que habitualmente se coloca mas que vem ocupar agora o seu verdadeiro lugar. A conciliação da contradição aparente entre Cristianismo e Nietzsche está na solução de problemas educacionais. Consiste em introduzir na alma da criança por forma estruturalmente integrada na sua mentalidade as normas da moral cristã, aplicada em todos os campos e portanto aplicada também a todas as formas do combate. Essa educação, longe de dessorar a criança, fortalece-a, desenvolve-lhe o corpo, o *tonus* moral, ensina-a a lutar — sim — mas evita que a luta resvale no gangsterismo.

E aqui temos uma das facetas sob que convem encarar a acção social.

Se queremos elevar o nível das classes pobres, devemos, desde a infância, educar todas as crianças, absolutamente todas, os filhos dos pobres e os filhos dos ricos, dando-lhes uma sólida estrutura da moral e do carácter. A verdadeira Acção Social, o auxílio que a sociedade pode dar para que o indivíduo melhore a sua situação começa portanto no Jardim Infantil. É aí que se estabelecem as primeiras pedras para o edifício social de amanhã. É evidentemente necessário que essas pedras sejam de bom material e convenientemente colocadas. O Jardim Infantil mal orientado é catastrófico para os tempos que vão seguir-se. Bem orientado, porém, com as suas directrizes correctas e prosseguidas depois ao longo da escola primária, do liceu, das escolas técnicas, das universidades, prepara convenientemente os homens e as mulheres de amanhã e vai colocá-los em condições tais que pela vida fora não precisem de assistência social. Porquanto, não há a mais pequena sombra de dúvida. O limite para que deve tender a Acção Social (tomando a palavra *limite* no sentido matemático) é o de tornar amanhã inteiramente desnecessária a Acção Social.

Há anos um amigo meu, casado com uma senhora suíça, encontrava-se de visita na terra de sua esposa numa altura em que ali se decidia em plebiscito a promulgação duma lei que ia fazer beneficiar todo o cidadão suíço de seguros, que, se não me engano, se dirigiam contra a doen-

ça, que lhe permitiam ter pensões de inabilidade, de assistência na velhice, etc. Um cunhado deste meu amigo, indignado contra tal lei declarou perentoriamente que ia votar contra. Como o meu amigo, admirado, lhe perguntasse porque repudiava ele uma lei que tantos benefícios ia trazer a tantos cidadãos, o suíço respondeu-lhe: — Eu não posso admitir que o Estado venha dizer-me quais são os seguros que eu devo fazer. Eu sei muitíssimo bem como posso proteger-me a mim e aos meus e não admito interferência de estranhos em assuntos desta ordem. E, ao que parece, ele tinha de facto bem orientada a sua previdência pessoal.

A criação do *tonus* moral, da dignidade, do brio, de personalidades como esta, é o verdadeiro ideal para que deve tender a acção social compreendida a largo prazo, o interesse nacional e o interesse humano entendidos até ao fim. É evidente, porém, que isso só se consegue como resultado final duma larguíssima acção educativa, muitíssimo bem orientada, que leva muitos anos a dar fruto. A verdadeira acção social baseia-se fundamentalmente na resolução de problemas pedagógicos.

A educação bem orientada deve tender aos seguintes resultados:

Em primeiro lugar, a conseguir o desenvolvimento harmónico do corpo, por exemplo, pelos exercícios físicos correctamente ordenados, pelo hábito das excursões ao campo, das ascensões às montanhas, da natação, do remo, etc., etc.

Deve melhorar-se o *tonus* moral, a firmeza do carácter. Deve promover-se o culto da lealdade, da verdade, etc. Deve estimular-se o brio, a dignidade individual, que leve por exemplo cada um a preferir uma situação, embora modesta, conseguida pelo esforço próprio, a situações mais desafogadas obtidas à custa do auxílio alheio. Deve cultivar-se em cada um o auto-domínio, a vitória sobre as paixões, os vícios, as fraquezas próprias. Deve desenvolver-se ao mesmo tempo a iniciativa.

Em discurso pronunciado há dias, Salazar manifesta o seu desejo de que se dê largas à iniciativa individual no campo económico, marcando bem a sua atitude quando nos diz: — «Afigura-se-nos benéfico tudo quanto seja tornar cada vez mais livre o comércio».

Isto é sem dúvida, desejável, mas não se consegue de repente. Para que o adulto possa fazer um uso correcto da sua liberdade, para que ele espontaneamente *deseje* ter iniciativas, *saiba* ter iniciativas e *actue* levando-as correctamente a bom termo, é necessária uma larga preparação pedagógica, que tem que começar já na idade pré-escolar. Sobre este aspecto do problema, reporto-me a um pequeno ensaio que publiquei há tempos no qual gizava a breves traços o conjunto de medidas pedagógicas a tomar para obter no português o desenvolvimento da imaginação criadora, qualidade que no geral não abunda entre nós e que se encontra na base de toda a iniciativa. (1)

Para que, perante uma ideia de Fomento, a iniciativa privada se desenvolva por forma salutar, é necessário cultivar o espírito de iniciativa na criança desde o jardim infantil até o final dos seus cursos. Entre nós, por via de regra e salvo honrosíssimas excepções, o nosso ensino atrofia a iniciativa individual. O português, mal preparado nesse sentido, não sente mais tarde a tendência espontânea a ter iniciativas. Quando lhe surge esse desejo, não sabe levá-lo a efeito. Se chega a começar, desiste à primeira dificuldade e perde a maior parte do seu tempo a torpedear qualquer veleidade de iniciativa dos outros.

Seja-me permitido sublinhar nesta altura a transcendente importância educacional dos trabalhos manuais durante a vida escolar, para desenvolver, entre outras coisas, precisamente a imaginação criadora e a iniciativa. Disseram-me há tempos que tinham sido abolidos nos liceus. Espero que tenha havido engano da parte de quem me informou.

Os trabalhos manuais contribuem também para desenvolver outra faculdade importante — o sentido das realidades. Convém desenvolver este sentido — próximo parente do senso-comum — por todos os meios pedagógicos com que tal se consiga. Os trabalhos manuais são apenas uns deles. Entre nós, o ensino fundamentalmente livresco, contribui para atrofiar no aluno o sentido das realidades.

Deve cultivar-se a força de vontade, o hábito do ritmo regular de trabalho, a persistência, a continuidade de esforço. No mesmo discurso proferido há dias, diz-nos Salazar: — «Somos azeitos, por conhecido modo de ser, a construir sobre entusiasmos efémeros e a abandonar, por outras, tarefas mal começadas. Ora, na obra em que nos empenhamos, há que substituir nos hábitos gerais a improvisação pelo estudo, a volubilidade no sentir pela fidelidade a um programa». Eu próprio que tenho notado por vezes em mim o primeiro defeito apontado — compreendo que é nas escolas que deve começar a obra de remodelação do carácter português no sentido de obter essa finalidade.

Devem treinar-se as capacidades de luta, o hábito do combate, o desejo de triunfar, a confiança na capacidade própria de atingir a vitória. Até aí é salutar o conceito de Nietzsche. Mas convém que isso se faça desenvolvendo os hábitos de lealdade na luta, que se cultive o *fair play* por forma a que tal espírito faça parte integrante da personalidade. Por outro lado, é necessário desenvolver — não o desprezo — mas a pie-

dade cristã pelos vencidos, o desejo de lhes estender a mão. Quem luta deve habituar-se a auxiliar o vencido momentaneamente se tal for necessário, a levá-lo a poder amanhã lutar de novo e possivelmente a dominar agora o vencedor da véspera.

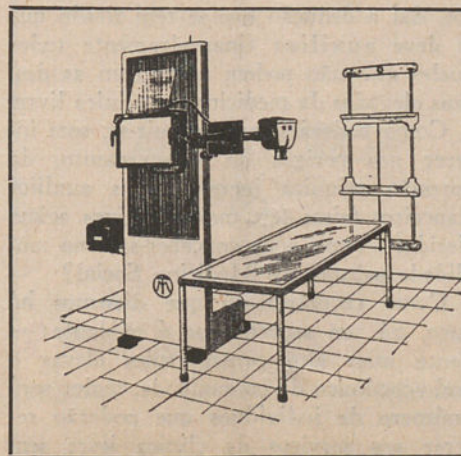
Deve criar-se também o hábito do trabalho de cooperação, de *équipe*, o *team work*, tão necessário na nossa época. De caminho, não posso deixar de sublinhar a enorme eficácia pedagógica do canto coral nesse sentido — canto que é tão pouco cultivado entre nós. Quando no estrangeiro se pede a um português que cante (como todos os outros fazem) uma canção do seu país, pouquíssimos são os que conseguem corresponder a um tal desejo.

Cultivando-se esse conjunto de qualidades, cada indivíduo terá o desejo de melhorar a sua situação, mas de o fazer pelo esforço próprio por assim dizer, de escalar a montanha subindo-a a pé. Ao mesmo tempo cria-se em cada um o contrário da inveja — a aceitação correcta da mediania se não for possível atingir tudo o que se deseja.

Com uma acção pedagógica assim orientada, consegue-se elevar o *standard* da vida. Essa é que deve ser a verdadeira acção social, a que tenda a melhorar a situação dos pobres, a atenuar os contrastes deploráveis que hoje existem. Deve tender-se, sem dúvida, para a igualização; que ela se obtenha, porém, *em nível o mais alto possível* — ao passo que tantas outras directrizes que hoje pululam pelo mundo tendem a atenuar contrastes *nivelando por baixo* — o que é deplorável para todos e não satisfaz no fundo ninguém.

Numa sociedade orientada por esse caminho, tender-se-á para o limite desejável — que a acção social possa prescindir da assistência social.

Surge nesta altura uma objecção que é frequente ouvir formular. Diz-se que a conquista do bem estar económico pode levar aqueles que o atingem a resvalar na imoralidade em todos os campos. É absolutamente exacto que isso tem acontecido em muitíssimos casos, é um perigo real, com o qual é necessário contar. Para o evitar, muitos preconizam que o homem deva preferir a mediania à riqueza. Não vejo assim o problema. Riqueza não é sinónimo de imoralidade, como pobreza não é de virtude. Há pobres morais e pobres imorais como há ricos depravados e ricos de altíssima moralidade. Na base de toda a educação, de todos, absolutamente de todos, — economicamente fortes, medianos



10 NOVOS MODELOS

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

Enviamos catálogos e descrições sem compromisso.

SOCIEDADE COMERCIAL MATTOS TAVARES, LDA.

A maior organização de Raios X em Portugal

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

(1) «Investigação científica entre nós» in *Jornal do Médico* — XVII (419) 213-222, 1951.

ou débeis — deve encontrar-se uma fortíssima estruturação moral para que a evolução possa fazer-se sem cair no perigo apontado. Compete ao Estado, compete a todos nós apoiar todas as iniciativas que tendam realmente a melhorar o nível moral do país.

A este respeito não posso deixar de acentuar a impressão consoladora que senti quando há poucas semanas assisti a uma das sessões do congresso das Juventudes Católicas — ao ver a admirável expressão de energia confiante, de consciência esclarecida, de nobreza de alma e ao mesmo tempo de pureza são que irradiava das fisionomias de milhares de rapazes e raparigas que ali se reuniam para exaltar um ideal superior de humanidade.

Uma verdadeira Política do Espírito, actuando nesse sentido em todos os campos, em todos os meios, dando o máximo de possibilidades àqueles que a cultivam, é uma das mais úteis, das mais eficazes, das mais práticas facetas da acção social que podemos conceber a bem do nosso país.

Seja-me permitido mencionar nesta altura a máguia que senti ao verificar que na última remodelação dos quadros do pessoal hospitalar se prevê, para levar conforto moral, assistência espiritual e religiosa aos seis mil doentes de todos os hospitais civis de Lisboa apenas um capelão. Deve ter sido com certeza um lapso e faço os mais ardentes votos para que esse lapso seja corrigido em breve.

Compreende-se bem que é absolutamente impossível no curto tempo duma conferência tratar pormenores do quadro que acabo de esboçar. Cada ponto dos que indiquei — o desenvolvimento da imaginação criadora, do espírito de iniciativa, da elevação do *tonus* moral, etc., necessitaria de muitas horas de exposição para documentar os caminhos a seguir para conseguir esses resultados. Apenas quis neste rápido bosquejo apontar directrizes gerais, as quais podem resumir-se pela forma seguinte:

O desejo de minorar o sofrimento alheio, de corrigir as desigualdades sociais é absolutamente razoável e é bem que se procure consegui-lo. Para que tal resultado se atinja, devemos procurar levar aqueles que o destino colocou em situações inferiores a lutarem por si próprios para se elevarem. Todo o progresso deve estar fundamentalmente estruturado numa base de moral são.

Até aqui, temos directrizes gerais que convem seguir, cujos efeitos, porém, só podem fazer-se sentir a longo prazo. Evidentemente. É por agora, o que podemos fazer?

Actualmente há pobres, há doentes, há famílias que não conseguem angariar os meios suficientes de subsistência. É bem que se auxiliem. Sem dúvida. Eu penso, porém, que, sempre que isso seja possível (e isso tem que ser estudado individualmente de caso para caso) deverá fomentar-se a iniciativa individual, deverão promover-se os hábitos de trabalho. Deverá também procurar-se que cada qual dê um pouco de apoio, do seu auxílio, aos membros da sua família, aos seus amigos e conhecidos que não possam bastar-se a si

próprios. O papel fundamental da acção social, deve ser de auxiliar a iniciativa individual, de ajudar cada um a encontrar a sua solução para o seu próprio caso, contribuindo a assistência social momentaneamente apenas para cobrir o que faltar.

Estou neste momento recordando as fisionomias dos pobres que vemos à porta de qualquer instituição que lhes dê uma sopa. Todos nós as conhecemos. Há muitos que despertam em nós verdadeira compaixão. Sentimos que estão ali porque de todo em todo não conseguiram alimentar-se por outra forma. Conservam dignidade e aprumo na sua decadência. Não se resignaram passivamente à situação que o destino lhes trouxe. Compreendemos que, se amanhã conseguirem forças e trabalho, alegremente dispensarão o auxílio que a sopa lhes presta. Mas há outros — pobres sem dúvida — ávidos, rastejantes, egoístazinhos, moralmente sórdidos — que não nos deixam, por forma alguma, uma impressão de respeito. Temos mesmo que violentar por vezes as nossas reacções para conseguirmos sentir por eles um pouco de piedade. Ora eles não têm afinal culpa da situação de aviltamento moral a que desceram. Faltou-lhes a base educacional que lhes desse a espinha vertebral da sua moralidade. A acção social deve tender a melhorar o *tonus* moral do indivíduo por uma acção educativa começada cedo para que amanhã, quando tenha que exercer-se a assistência social em casos de excepção, ela só encontre pela frente casos do primeiro tipo — por já não existirem os segundos.

Digamos agora duas palavras sobre a Medicina Social. Nesta, há inúmeros aspectos que não interessam ao grande público e podem ser melhor tratados em assembleias exclusivamente profissionais. Por isso limitar-me-ei agora a focar aspectos gerais do problema, integrados na exposição feita até aqui.

A Medicina Social constitue apenas um dos aspectos da Acção Social vista em conjunto, sujeita, portanto, a directrizes gerais do mesmo tipo que gizámos para esta.

A medicina seguiu um rumo tal na vida científica actual que se tornou extremamente complexa e muitíssimo cara, acessível, portanto, em clínica livre, apenas a uma pequena minoria. É perfeitamente justificável, portanto, que se pretenda levar os seus benefícios a todas as classes. Além disso, como a saúde de cada indivíduo interessa ao bem estar comum, a sociedade, como medida de defesa própria, tem o dever de prestar toda a atenção para que não baixe o nível sanitário dos seus membros, daí a dedução que se tem tirado que ela deve auxiliar financeiramente todos aqueles que não podem arcar com as despesas elevadas da medicina em clínica livre.

Como poderá isto conseguir-se, sem incorrer nos perigos do dessoramento, da depressão psíquica inerentes aos auxílios financeiros feitos sem mais — perigos acima referidos — como pode conceber-se uma modalidade salutar da Medicina Social?

Como corolário do que dissemos há pouco, há um aspecto que é evidente: — quanto mais alto conseguirmos elevar o nível económico da comunidade, maior será o número de indivíduos que poderão recorrer aos serviços da clínica livre sem

precisarem do auxílio alheio, com vantagem para o nível de dignidade de cada um.

Assim, um plano de Fomento que tenda a elevar o nível material da vida — acompanhado do plano educacional que esbocei a traços largos — estará pela sua efectivação a contribuir para solucionar também os problemas da medicina social. Assim como é desejável, nas palavras de Salazar, a liberdade individual na iniciativa comercial, assim é igualmente desejável a liberdade de cada um de se tratar como reputar mais conveniente. (1)

O problema da Medicina Social não se apresenta para as classes abastadas. A solução ideal limite (no sentido matemático da palavra — limite — inatingível sem dúvida, mas do qual devemos tender a aproximar-nos o mais possível) consistirá em que todas as classes sejam abastadas. À medida que o formos conseguindo, melhor irão ficando resolvidos os problemas da medicina social.

Há um segundo aspecto que também já salientei em trabalho anterior (2) e é o seguinte:

Se um operário gozar de boa saúde, se toda a sua família for saudável, por forma tal que durante anos e anos ele não tenha nunca de recorrer ao médico, se um dia excepcionalmente tiver a filha com apendicite, poderá dispender para o seu tratamento praticamente qualquer quantia. Mas se ele sofre crónicamente do estômago, se a mulher for tuberculosa, e os filhos tiverem afecções cardíacas, esse homem terá que recorrer permanentemente aos cuidados dos clínicos e estará financeiramente incapaz de o fazer só por conta própria. Isto é, quanto mais elevado for o índice sanitário da população, menor necessidade haverá de recorrer à medicina social. Por outras palavras, a medicina de acção social deverá ser fundamentalmente Medicina Preventiva. Compete ao Estado promover por todos, absolutamente todos os meios ao seu alcance, a melhoria do estado de saúde do país.

Indicarei apenas alguns exemplos. Compete ao Estado, por exemplo, estudar a dietética nacional. O português come porventura o que é melhor para a sua saúde, sob o ponto de vista qualitativo? A sua alimentação estará bem equilibrada quanto a proteínas, gorduras, hidratos de carbono, vitaminas, etc.? Problema é este que necessitaria de um estudo vastíssimo convenientemente dirigido.

Que medidas preventivas se podem tomar para reduzir a taxa da tuberculose? A incidência do reumatismo? as afecções cardíacas? como combater a sífilis?

O que poderá fazer-se para levar os

(1) Para que esta directriz funcione correctamente, é necessário um nível elevado de esclarecimento da população, a fim de que esta saiba escolher por si, com probabilidades de acertar, o tratamento ou o médico que lhe convém. Nada mais posso fazer aqui do que aflorar também ao de leve este aspecto do problema, mostrando que ele se prende com a educação do sentido das realidades, com a promoção do bom senso, etc. Seria evidentemente impossível desenvolver aqui este aspecto da questão.

(2) Medicina Social — in *Jornal do Médico* — XVII (419) 213-222, 1951.

portugueses a fazerem, mais exercícios físicos, a cultivarem a vida ao ar livre, as excursões a pé, a natação, etc.?

Todos estes problemas e tantos, tantos outros que se apresentam, têm que ser convenientemente resolvidos e são eles — a meu ver — os mais prementes em Portugal. Conforme já apontava por ocasião da Semana de Higiene que promovi em 1931 — há 22 anos — e conforme outros muitos tinham dito antes de mim ou o disseram depois, de que serve ao país possuir estradas, fábricas, pontes, etc., se o português sofrer cronicamente do fígado ou dos pulmões, por exemplo?

À medida que possam resolver-se aqueles problemas e que consiga melhorar-se o nível sanitário do país, ao mesmo tempo que aumentará a capacidade de produção económica do indivíduo, mais fácil se tornará para cada um resolver os casos de doença que lhe apareçam na família, por se terem tornado mais raros, e mais acessíveis portanto os tratamentos às suas posses ainda que limitadas. A verdadeira medicina social terá avançado um largo passo.

Quanto ao que ficar por resolver então (e quanto ao que existe agora) é necessário atacar desde já o problema, mas aqui a solução afigura-se-me evidente, preconizada aliás por inúmeros autores e realizada também em vários países.

Em princípio, a assistência médica gratuita é anti-educativa. É a meu ver o prototipo da medicina social *como não deve ser feita*. Ressalta isso, suponho, por uma forma evidente, do que ficou dito.

Em princípio, penso que deve gizar-se um plano geral de acção social a longo prazo. Teremos que adoptar desde já soluções provisórias para acudir às necessidades de momento. É evidente, porém, que essas soluções não deverão por forma nenhuma contrariar o plano geral esboçado, que não deverão impedir, atrazar, travar a realização desse plano.

Ora, a Medicina Social inteiramente gratuita é anti-pedagógica. É anti-educativa. Ela actua por um mecanismo sub-consciente mas absolutamente real num sentido moralmente deprimente sobre o beneficiário. Isto que é banal e conhecido por todos aqueles que se ocupam de assistência social foi o que se realizou no nosso país. Se alguma consolação nos resta é de que não fomos só nós que cometemos esse erro. Outros países fizeram o mesmo. Os resultados não satisfizeram nem lá nem cá. Evidentemente. Nem podiam satisfazer. Ao que me consta, já nesses países se está a arripiar caminho, enveredando por outras directrizes psicologicamente mais correctas.

A orientação a seguir neste ramo, a meu ver, é a de deixar aos beneficiários o máximo de liberdade na escolha dos meios de tratamento e dos médicos que desejam consultar. Em deixá-los pagar uma quota parte das despesas que fizerem, proporcional às suas possibilidades. O Estado ou as instituições que o substituem que cubram o resto, mas apenas esse resto.

Já no trabalho anteriormente referido (1), tratei com mais pormenores este aspecto do problema. Apenas quero aflo-rá-lo, por isso, aqui hoje muito ao de leve.

Julgo que deve fazer-se uma catalogação da população portuguesa (para começar, poderia isso fazer-se apenas nas principais cidades, por exemplo) no sentido de estabelecer escalões de responsabilidade de pagamento. Por exemplo, os indivíduos do escalão A pagariam a totalidade das despesas com a sua saúde, os do escalão B 75 %, os do escalão C 50 %, etc. Esses escalões seriam estabelecidos levando em conta as possibilidades financeiras de cada um, o estado sanitário da sua família, etc. O Estado estabeleceria um preço para os serviços clínicos, medicamentos, operações, etc. Desse preço o Estado pagaria 0 por cento aos indivíduos do escalão A, 25 % aos indivíduos do escalão B, 50 % aos do escalão C, etc.

Cada doente recorreria ao médico que

quizesse. Combinaria com ele os honorários a satisfazer. Desses o Estado satisfaria a quota parte estabelecida conforme o escalão respectivo, mas apenas a quota parte calculada sobre a tabela oficial. O doente pagaria o restante. Ficariam os médicos com a liberdade de combinarem com o doente mais ou menos do que a tarifa oficial, tal como acontece na clínica livre. O doente saberia qual o auxílio com que poderia contar da parte do Estado, e saberia que o resto ficava por sua conta. O facto de ter que pagar qualquer quantia, por pequena que fosse, evitaria automaticamente os abusos. O doente, fazendo um esforço financeiro para pagar as suas contas, ficaria elevado aos seus próprios olhos. A acção educativa da livre iniciativa individual exercer-se-ia por esse facto.

Tal catalogação é cara? Talvez. Poderia ela fazer-se de caso para caso quando fosse necessária ou estar previamente elaborada. Estou persuadido que seria mais barata do que actualmente custa a Medicina Social. Mas se porventura custasse o mesmo ou um pouco mais (o que não creio), isso valeria a pena, pelos resultados educacionais obtidos, que se integrariam dentro das directrizes a longo prazo a estabelecer.

Tal catalogação seria difícil de realizar convenientemente? Eu estou persuadido que a sua efectivação correcta seria — não difícil — mas muitíssimo difícil. Penso, porém, que é preferível encarar de frente uma solução difícil mas eficaz, do que enveredar por soluções mais fáceis, mas inúteis ou *contraproducentes*.


À medida que os indivíduos fossem progredindo na escala social, que melhorassem a sua situação económica, ingressariam num escalão mais alto. Teriam, portanto, que pagar mais pelos serviços clínicos que necessitassem. Isto, porém, não só não seria desagradável, mas, pelo contrário, seria um sinal palpável de ascensão, de subida na escala social, dar-lhes-ia uma sensação subjectiva de vitória. Alguns poderiam protestar, aparentemente. No fundo do seu sub-consciente a impressão seria boa. Como tudo isto deveria ser acompanhado da campanha educativa a favor da dignidade individual, o resultado psicológico da subida em escalão seria absolutamente certo e salutar.

Quando, pelo contrário, qualquer indivíduo visse piorar a sua situação e tivesse que passar a um escalão mais baixo, nessa altura interviriam as Assistências Sociais para estudar o seu caso, para lhe dar a mão, auxiliá-lo cristãmente, no sentido de o colocar em condições de procurar elevar-se de novo por si próprio, se fosse possível, e voltar ao escalão anterior. Tudo isto estaria de acordo com o plano geral traçado há pouco, preparando o terreno para a sua execução integral.

Como viram, conforme vos disse de entrada, nada do que vim aqui trazer é novo. Tudo isto está já dito, redito e repetido por muita gente, em inúmeros sectores. Pareceu-me todavia conveniente repeti-lo mais uma vez, daí a razão de ser desta conferência.

CARLOS SANTOS

(Conferência proferida na Casa do Algarve a 6-6-953).




ALGINEX

**A N A L G É S I C O
D E U S O E X T E R N O**

**apresentado em forma de stik
com excipiente especial**

**D E A C Ç ã O I N T E N S A
E R Á P I D A**



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

LISBOA PORTO COIMBRA

(1) Medicina Social — *loc. cit.*

ECOS E COMENTÁRIOS

O PERÍODO ELEITORAL

Propositadamente, temo-nos abtido, durante este período de propaganda eleitoral, de tratar, nas colunas de «O Médico», de assuntos relacionados com a administração pública, embora se refiram a problemas médico-sociais. Pareceu-nos que, procedendo assim, «O Médico» melhor, poderia marcar a sua posição de independência perante ideologias políticas. Não nos referimos, pois, até agora, a certas passagens da propaganda eleitoral, como nos abtivemos de transcrever interessantes afirmações sobre problemas de assistência social feitas por alguns candidatos a deputados. A crítica que vínhamos fazendo a certos aspectos da previdência relacionada com a doença foi também suspensa.

Terminado este período de propaganda política, «O Médico» retomará a sua posição de órgão profissional da classe médica, cujas colunas continuarão abertas, como sempre tem sucedido, a colegas — tanto da «esquerda», como do «centro» ou da «direita» (para empregarmos a terminologia clássica) — que aqui tratarão, como entenderem, dos assuntos que interessam à medicina social e aos problemas profissionais.

Durante o período de propaganda que termina nesta semana, houve afirmações — de um lado e do outro da barricada — que merecem registo e às quais se farão aqui comentários. Abordaram-se problemas de grande interesse para o médico, embora seja de reparar que — tanto dum lado como do outro — houvesse omissões que não se compreendem. Abordou-se muita futilidade, omitiu-se muita coisa de excelente que se realizou durante os últimos anos, combateu-se com injustiça o que devia impor-se à consideração de todos e, sobretudo, dum dos lados onde era de esperar que se criticasse o que a quase totalidade dos médicos tem apontado como errado, como digno de censura, como malefícios — nada ou quase nada se disse!

Enfim, estamos ainda em período de propaganda; e não queremos, por isso, avançar mais...

ASSISTÊNCIA À CRIANÇA

Um dos aspectos mais importantes da luta contra o analfabetismo é a assistência àqueles, sobretudo às crianças, que frequentam as escolas. É obra altamente meritória auxiliar as cantinas escolares e desenvolvê-las. Neste capítulo, merecem

referência especial duas instituições, que conhecemos porque temos estado em contacto com elas e devem ser exaltadas para que as imitem, pelo País fora.

Deve-se uma, sobretudo, ao esforço e ao carinho do Sr. Director Geral da Fazenda Pública, Dr. António Luís Gomes — a obra de S. Martinho de Gândara. Começou por uma simples cantina; é hoje uma grande instituição, que faz assistência a numerosas crianças.

A «Obra de Assistência Médico-Social das Escolas Primárias de Vilar do

Pinheiro» (Vila do Conde), devido à iniciativa e perseverante trabalho (durante muitos anos) do Dr. José Aroso, apresenta um carácter sanitário verdadeiramente notável: vacinações para a profilaxia de várias doenças, exames médicos semanais, distribuição de medicamentos e alimentos, colónia marítima de férias, etc. Não somos daqueles que defendem a fórmula «A assistência social será sobretudo particular; o Estado deve ter aqui apenas uma acção supletória». Entendemos mesmo que é uma fórmula errada, detestável. Nos tempos que vivemos, é ao Estado que cumpre, principalmente, tratar da assistência social. Mas entendemos também que todas as iniciativas particulares, sobretudo como as do tipo de S. Martinho de Gândara e de Vilar do Pinheiro — devem merecer das entidades oficiais, não só o carinho e incentivos, mas real auxílio material, que as ajude a viverem. Devem aproveitar-se, com palavras e com obras, todas as boas vontades — que ainda as há — que se dediquem a obras de assistência, sobretudo às crianças.


HISTÓRIA DA TRANSFUSÃO DE SANGUE

Queremos saudar o Dr. Almerindo Lessa pela publicação do número dedicado pela excelente revista «Actas Ciba» à transfusão de sangue, que este nosso prezado colaborador inteiramente redigiu. Como aliás sucede frequentemente com a prestigiosa revista, o assunto é tratado — podemos dizê-lo sem exageros de elogios ou preocupação de louvamínhos — magistralmente. Em tão poucas páginas, não é possível fazer melhor, nem mais sugestivo e atraente. A história da transfusão de sangue é ali delineada com mão de mestre e mão de artista.

OS SEGUROS SOCIAIS EM ESPANHA

Noticiam os jornais espanhóis que no país vizinho, segundo os elementos fornecidos pelo Instituto Nacional de Previsão sobre os seguros sociais, em 1935, os seguros de acidentes, maternidade e reforma protegiam 6 milhões de pessoas; em 1952, encontram-se em vigor os de doença, subsídio familiar e regimes especiais aplicados à agricultura e ao mar, abrangendo 19 milhões de pessoas. Quere dizer: há 17 anos, os seguros sociais atingiam a quarta parte da população espanhola; actualmente, abrangem dois terços.

VITAMINAS




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

1 cc de soluto 35 gotas = 50.000 U. I. vit. A + 5.000 U. I. vit. D (calciferol)

1 ampola bebível = 400.000 U. I. vit. A + 600.000 U. I. vit. D (calciferol)

Frasco de 10 cc

Caixa de 1 ampola bebível (3 cc)



LABORATÓRIOS
DO
**INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA**

IBERFAR



TERPICILINA

Penicilina G-procaína + Essência de terebentina
+ Quinina básica + Vitaminas A e D
em solução oleosa pronta a injectar

Caixas de 1 e 3 ampolas

AGENTES EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL:

FERRAZ, LYNCE, LDA.

Travessa da Glória, 6-2.º - LISBOA

A F E C I L I N A

Profilaxia e Terapêutica dos Resfriados

COMPOSIÇÃO

Dibenziletilenadamina Dipenicilina G.	100.000 U.
Penicilina G Procaínica	100.000 U.
Citrato de feniltoloxamina dihidrogenado	0,025 Grs.
Ácido acetilsalicílico	0,150 Grs.
Fenacetina	0,120 Grs.
Cafeína	0,030 Grs.
Excipiente q. b. p.	1 comprimido

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Na profilaxia e terapêutica dos resfriados e, dum modo geral, nos estados agudos do aparelho respiratório, nomeadamente na gripe, bronquite, pneumonia, etc.

APRESENTAÇÃO

Tubo de 10 e de 20 comprimidos.



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

Avenida Elias Garcia — MASSAMÁ-QUELUZ-Telef. QUELUZ 27
EXPEDIENTE—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24875
PROPAGANDA—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24604
Delegação no Porto—Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º—Telef. 21383
Deleg. em Coimbra—Av. Fernão de Magalhães, 32-1.º—Telef. 4556

Sessão clínica de cirurgia ortopédica no Hospital do Ultramar

No passado dia 16 de Setembro, os Srs. Drs. Paiva Chaves, Freitas de Sousa e Henrique Mota, do serviço de ortopedia do Hospital do Ultramar, organizaram para os cirurgiões inscritos no VX Congresso da Sociedade Inter-

Pelo seu ineditismo — pois deve ter sido a primeira vez que em Portugal se apresentou um programa de trabalhos clínicos nestes moldes — pelo cuidado de organização e sobretudo pelo interesse da maioria dos casos clínicos apre-



O Dr. W. Gissane, Ian Dick, Pattey e outros médicos visitantes ouvem as explicações do Dr. Paiva Chaves, acerca de um caso de neurorrafia cruzada

nacional de Cirurgia, uma sessão clínica de cirurgia ortopédica.

Depois de uma saudação dirigida em francês, pelo director do Hospital, Sr. Dr. João Pedro de Faria, os cirurgiões visitantes iniciaram o exame dos setenta e quatro doentes que gentilmente compareceram. Cada caso foi apresentado com um sumário explicativo escrito em português e inglês, da documentação fotográfica e radiográfica, exames laboratoriais, peças anatómicas e preparações microscópicas.

Noutra sala e simultaneamente, eram projectados filmes da especialidade, realizados no Hospital, com um programa à escolha dos visitantes.

Estiveram presentes, entre outros congressistas estrangeiros, os Srs. Drs. W. Gissane (Birmingham), A. Law (Londres), P. Lacroix, Ian Dick (Edimburgo), Pattey (Londres), Marc Iselin (Paris), Nicólet (Berne), Botreau-Roussel (Rabat), Rieunan (Toulouse), Carlo Re (Turim), Kunster, Bastos Ansart (Barcelona), etc., e, muitos outros, num total de perto de uma centena.

sentados, esta sessão mereceu os mais rasgados elogios da parte dos médicos visitantes e das entidades oficiais que a patrocinaram e permitiram a sua efectivação. O alto nível da cirurgia ortopédica portuguesa pôde assim ser apreciado através desta sessão de trabalhos que certamente há-de ter contribuído para o brilho do Congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia agora realizado em Lisboa.

Hospital do Ultramar

Sob a presidência do respectivo director, coronel-médico Dr. João Pedro de Faria, iniciou-se no dia 21 o novo ciclo cultural do corpo clínico do Hospital do Ultramar, tendo sido conferencista o Dr. Mendes Ferreira, que apresentou «Sugestões para a criação de um centro de cirurgia torácica no Hospital do Ultramar».

No dia 26 efectuou-se mais uma reunião, tendo falado os Drs. Cabral de Almeida e Lopes Soares, que fizeram, respectivamente, as seguintes comunicações: «Bases fisiológicas da anestesia em cirurgia do tórax» e «Posição actual da hipotensão controlada».

O Dr. Cabral de Almeida, anesthesiologista dos Serviços de Cirurgia geral e Cirurgia torácica do Hospital de Beneficência Portuguesa do Rio de Janeiro, depois de citar as bases fisiológicas em que se fundam os diferentes métodos de anestesia em cirurgia do tórax, referiu-se aos diferentes processos técnicos e mecânicos que têm sido experimentados, mostrando ainda um aparelho de sua invenção. Apresentou, por fim, os seus resultados pessoais que são verdadeiramente superiores aos obtidos com outros métodos. Em seguida, o Dr. Lopes Soares fez a revisão das indicações, contra-indicações e complicações da técnica da «hipotensão controlada» à luz das mais recentes experiências. Referiu-se às limitações do método, seu emprego restrito à cirurgia dos tumores vasculares endocranianos, certas intervenções de otorrinolaringologia, da cirurgia maxilo-facial e plástica, e por fim às suas contra-indicações em cirurgia geral. As comunicações foram ilustradas com projecções e filmes.

Desastres

Na Alemanha, devido a um desastre de automóvel, ficaram feridos com gravidade, tendo sido hospitalizados na cidade de Colónia, o Dr. José Maltez, médico em Beja, e sua esposa, Dr.^a D. Argentina Maltez. No carro, propriedade do Dr. Maltez, seguiam, também, o Dr. Flávio dos Santos e esposa, que nada sofreram.

Quinarrhenina Vitaminada

ELIXIR E GRANULADO

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

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

Fórmula segundo os trabalhos de Jusaty e as experiências do Prof. Pfannestiel

XAROPE GAMA

DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO NAS
BRONQUITES CRÓNICAS

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR POLI-GLICERO-FOSFATADO (COM
GLICEROFOSFATOS ÁCIDOS)

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

Curso sobre doenças alérgicas em Paris

Em Paris, desde 19 a 29 de Outubro do ano corrente, realiza-se, sob a presidência do Prof. Pasteur Vallery-Rodot, na Clínica Médica Propedêutica do Hospital Broussais, um Curso sobre doenças alérgicas, que compreende um ensino teórico e exercícios práticos. O número de inscrições é limitado.

São os seguintes os títulos das lições teóricas:

Anafilaxia e alergia — *Pasteur Vallery-Rodot.*

Anafilaxia experimental — *Holpern.*

Anatomia patológica das lesões alérgicas — *Gauthier-Villan.*

Alergia respiratória — *Pasteur Vallery-Rodot.*

Alergia alimentar — *Pasteur Vallery-Rodot.*

Alergia cutânea — *Pasteur Vallery-Rodot.*

Dermites alérgicas — *Sidi.*

Os métodos de dosagens dos anticorpos — *Grobar.*

Manifestações alérgicas nervosas — *F. Lhermitte.*

Manifestações alérgicas oculares, articulares — *Pasteur Vallery-Rodot.*

Alergia sérica e medicamentosa — *Pasteur Vallery-Rodot.*

Alergia devida aos agentes físicos — *Pasteur Vallery-Rodot.*

Generalidades sobre alergia microbiana — *Pasteur Vallery-Rodot.*

Tratamento dos estados alérgicos — *Pasteur Vallery-Rodot.*

Partidas e Chegadas

Prof. Lima Basto

Partiu para os Estados Unidos, o Prof. Lima Basto, que foi tomar parte no Congresso do Colégio Americano de Cirurgiões, onde será recebido como «fellow», depois do que visitará vários centros de cirurgia cardíaca e de cancro em Chicago, Nova Iorque, Boston e Filadélfia.

Prof. Carneiro de Moura

Regressou da Alemanha, onde foi assistir ao Congresso da Associação Alemã de Urologia, realizado em Acheu, o Prof. Carneiro de Moura.

Prof. A. Nogueira da Silva

Após curta estadia entre nós, partiu para os restantes países da Europa, em missão idêntica à que o trouxe a Portugal, o Prof. A. Nogueira da Silva, delegado brasileiro à XXIV Convenção do Congresso Médico Hemopático Pan-Americano.

Como representante das Associações Hemopáticas Brasileiras, o Prof. A. Nogueira da Silva veio tratar da participação dos médicos hemopatas portugueses no 1.º Congresso Mundial de Hemopatia, que se realizará, em Outubro de 1954, no Rio de Janeiro e em S. Paulo.

Prof. Reynaldo dos Santos

Vindo de Madrid, onde fora assistir às comemorações do centenário de Ramon y Cajal, regressou a Lisboa o Prof. Reynaldo dos Santos

HOMENAGENS

Ao Dr. José de Sousa Fialho

Para comemoração do 25.º aniversário da formatura do Dr. José de Sousa Fialho, director-clínico do Hospital da Misericórdia de Setúbal, um numeroso grupo de amigos apresentou-lhe cumprimentos no seu consultório, ao mesmo tempo que uma centena de crianças lhe levava flores, uma lembrança e ainda uma mensagem de saudação e reconhecimento. Esta foi lida pelo estudante Jorge de Castro Paul, depois de, em nome dos pais das crianças, o Dr. Carlos Patrício Paul ter proferido um discurso em que pôs em relevo as altas qualidades do homenageado. A sr.ª D. Fernanda Estêvão, funcionária da subdelegação do Instituto Maternal, de que o Dr. Fialho é também director, leu igualmente uma mensagem em nome do pessoal, após o que duas crianças, das primeiras inscritas na subdelegação, entregaram uma lembrança e flores ao homenageado. O Dr. Sousa Fialho, a quem tão significativa homenagem surpreendeu, agradeceu emocionado, sendo no final muito cumprimentado bem como sua esposa, sr.ª D. Lídia Romano Baptista Fialho.

NA MODERNA SULFAMIDOTERAPIA INTESTINAL

TRÊS PRODUTOS «CELSUS»

DE COMPROVADA SUPERIORIDADE

FTALIL-TIAZOL

FTALIL-TIAMIDA

FTALIL-KAPA

LABORATÓRIOS «CELSUS»

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

Anemias macrocíticas

especialmente a perniciosa, constituem as indicações principais para a vitamina B₁₂.

Citobion Marca reg.**Apresentação:**

Citobion, ampolas a 15 microgramas: 1 cc.
Caixa com 3

Citobion "forte", ampolas a 30 microgramas: 1 cc
Caixa com 3

**DARMSTADT · ALEMANHA**

Amostras e literatura

Eduardo de Almeida & Cia.
Rua do Cativo, 22-24
Porto

Químico-Farmacêutica Lda.
Rua de Santa Marta, 64
Lisboa

V I D A M É D I C A

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 25 a 31 de Outubro)

Dia 25 — Realiza-se o XII Cortejo de Oferendas a favor do Hospital do Conde de Sucena, em Águeda. Rende cerca de 90 mil escudos, sendo o menos rendoso dos efectuados.

— Em Celorico da Beira é o V Cortejo de oferendas que se realiza a favor do seu Hospital.

— Nas Caldas da Rainha também se realiza um Cortejo de Oferendas a favor da Misericórdia, com grande afluência de donativos.

26 — Informam de Baião que vão muito adiantados os trabalhos do novo hospital. A Mesa da Misericórdia envida esforços tendentes a conseguir que a obra agora em efectivação seja já aumentada, de modo a poder abrigar o total de doentes fixo no projecto que é de 52. As obras em andamento só permitem o internamento de 12 doentes. Visitadas pelo Eng.º Maças Fernandes este promete submeter o pedido ao Ministro das Obras Públicas para efeito de comparticipação.

— É inaugurado um Centro de Assistência Social Materno-Infantil em Aljustrel, por iniciativa da Sr.ª D. Mariana Menezes Soares. Inaugura-o o Subsecretário da Assistência, Dr. Ribeiro Queirós. A obra deverá ser ampliada com uma creche e uma casa de trabalho.

— Em Santo Tirso o Cortejo de Oferendas destinado ao Hospital da Misericórdia local rende cerca de 200 contos.

27 — No Potro realiza-se, no Salão Nobre da Faculdade de Medicina, a sessão inaugural do V Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário, realizado pelo Conselho Regional da Ordem. Preside o Bastonário, Prof. Cerqueira Gomes, que discursa, assim como o Dr. Frazão Nazareth, presidente do Conselho Regional do Norte. Seguidamente o Prof. Rocha Pereira profere a

primeira lição sobre o «Diagnóstico e tratamento do infarto do miocárdio».

De tarde, no Hospital de Santo António, o Prof. Gonçalves de Azevedo fala sobre «Diagnóstico ginecológico e seus problemas na clínica rural».

— Em Lisboa, no salão nobre do Hospital de Miguel Bombarda efectua-se uma sessão solene de homenagem e despedida ao Dr. Rafael Ribeiro que, por ter sido nomeado administrador dos Hospitais Cíveis, deixa o lugar de administrador daquele estabelecimento hospitalar.

Preside o Dr. Fernando Ilharco, director do Centro de Assistência Psiquiátrica do Sul, ladeado pelo Dr. Almeida Amaral, director do hospital. No salão vêem-se todos os componentes do corpo clínico, enfermeiros, pessoal de secretaria e outros funcionários.

Fala em primeiro lugar o Dr. José de Aguiar Frazão, secretário do hospital, que faz o elogio do administrador e pôs em relevo a obra que realizou no hospital Miguel Bombarda.

Seguidamente o Dr. Rafael Ribeiro agradece a homenagem e diz que deixa com saudade aquele estabelecimento.

28 — Em Lisboa, no Hospital Miguel Bombarda, reúne em sessão mensal a Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria, para nomear um delegado à reunião preparatória do 2.º Congresso Mundial de Psiquiatria; apreciar uma proposta da comissão de regulação da venda de estupefacientes; relatório da comissão sobre clínicas psiquiátricas em hospitais gerais; experiências clínicas de algumas novas terapêuticas de psiquiatria; corpo clínico do Hospital Júlio de Matos.

— Em Lisboa, no gabinete do enfermeiro-mór, toma posse do lugar de administrador dos Hospitais Cíveis o Dr. Rafael Ribeiro, licenciado em Direito. Ao acto assiste elevado número de funcionários de todas as categorias e outras individualidades.

O enfermeiro-mór enaltece as qualidades de trabalho do empossado, dizendo esperar delas excelentes realidades no pro-

vimento do lugar recentemente criado por uma portaria.

O novo administrador agradece a presença de quantos ali estão e mostra-se grato ao Ministro e Subsecretário pela escolha que dele foi feita.

29 — O Instituto Nacional de Educação Física efectua a transferência dos seus serviços para a nova sede, no Estádio Nacional, à Cruz Quebrada, arredores de Lisboa.

31 — Toma posse do cargo de Delegado de Saúde do distrito de Vila Real, o Dr. Francisco José Mateus, que já exercia o mesmo, interinamente, há bastante tempo. A posse é-lhe conferida pelo Governador do distrito.

— De Lisboa regressa a Inglaterra o Comandante Hugh Hay, das forças aéreas canadianas que, em missão oficial, veio visitar os serviços médicos da aeronáutica militar portuguesa.

— Sob a presidência do Prof. Aleu Saldanha reúne em Lisboa, na Ordem dos Médicos a Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica. O Dr. Albano Ramos apresenta o relatório da delegação portuguesa ao 7.º Congresso Internacional de Radiologia, efectuado em Copenhague em Julho findo, após o que estuda um aspecto médico-jurídico e médico-legal da radiologia apendicular. O Prof. Aleu Saldanha apresenta uma comunicação acerca do seu novo método planigráfico de cortes oblíquos para estudo dos segmentos pulmonares.

Estrangeiro

Realizou-se em Londres uma reunião da Sociedade Inglesa de Fisiologia.

— Em Chicago reuniu, na sua VII sessão anual, a Sociedade Americana para o Estudo da Arteriosclerose.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Para o provimento dos lugares de médico analista (director de Laboratório) e de médico radiologista, do quadro complementar de cirurgiões e especialistas dos serviços de saúde do Estado da Índia.

— Para o provimento de uma vaga de médico cirurgião do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da província de Timor.

— Os Hospitais Cíveis de Lisboa fazem público que estão abertos, nos termos regulamentares, concursos de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias para o provimento dos lugares abaixo mencionados, sendo seis para o Hospital Escolar de Santa Marta (três de clínica cirúrgica e três de clínica médica), aos quais podem concorrer os médicos que tenham concluído o internato geral. Condicionadamente podem também concorrer os médicos que ainda frequentem o 2.º ano do internato geral, mas a sua admissão fica dependente da informação anual do chefe de internos, a que se refere o regulamento do internato.

Esses lugares são:

Serviços clínicos gerais — Clínica médica, 9; clínica cirúrgica, 12.

Serviços clínicos de especialidade — Otorrinolaringologia, 1; Urologia, 1; Estomatologia, 1; Dermatologia, 1; Pediatria médica, 1; Pediatria cirúrgica, 1; Neurologia, 1; Serviços de transfusão de sangue, 3.

Inicia-se a 1 de Novembro o peditório nacional a favor dos cancerosos pobres,

BROMOCALCIUM

BARRAL

ASSOCIAÇÃO SINÉRGICA DE
BROMO E DE CÁLCIO
ISENTA DE FENÓMENOS DE BROMISMO

NEVROSES / PSICOSES COM EXCITAÇÃO
E INSÓNIA / EPILEPSIA / HIPERTENSÃO /
ALERGIA E ESTADOS ANAFILÁCTICOS /
COQUELUCHE, ETC.

GRANULADO-INJECTÁVEL

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

REPRESENTANTES NO PORTO: QUÍMICO-SANITÁRIA, L.ª

PALMIFENICOL

Palmitato de Cloromicetina + Complexo B

COMPOSIÇÃO

Cloromicetina base (sob a forma de Palmitato)	3.750 Miligrs.
Vitamina B ₁	6 »
Vitamina B ₂	6 »
Vitamina B ₆	3 »
Pantotenato de Cálcio	3 »
Vitamina PP	50 »
Excipiente q. b. p.	60 c. c.

APRESENTAÇÃO

De tolerância perfeita e de sabor agradável o PALMIFENICOL é apresentado em frascos de 60 c. c., correspondendo uma colher das de chá (4 c. c.) a 250 Miligrs. de Cloromicetina base.



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

Avenida Elias Garcia — MASSAMÁ-QUELUZ-Telef. QUELUZ 27
EXPEDIENTE—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24875
PROPAGANDA—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24604
Delegação no Porto — Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º — Telef. 21383
Deleg. em Coimbra — Av. Fernão de Maralhões, 32-1.º—Telef. 4556

promovido pela Liga Portuguesa contra o Cancro e destinado à obra do Instituto Português de Oncologia. Este peditório prolonga-se pelos dois dias seguintes.

— Em Lisboa, no dia 3 de Novembro iniciam-se as aulas do Curso de Medicina Sanitária, que funcionará no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge.

— Abrem as aulas do Instituto Nacional de Educação Física, em Lisboa, no dia 2 de Novembro.

— Em 28 de Maio de 1954 deve inaugurar-se o novo hospital da Misericórdia de Celorico da Beira, cujos trabalhos foram adjudicados em mais de 700 contos.

— Em fins de 1954 o novo hospital de Baião deve ser inaugurado, orçando as suas obras em 700 contos e estando previstas despesas no decurso do próximo ano de mais 400 contos, sendo, destes, 200 de participação da Misericórdia local.

Estrangeiro

Em Londres, dia 13 de Novembro, reúne o Conselho Imperial contra o Reumatismo, em Simpósio sobre «Butazolidina».

— Na mesma cidade a Fundação Ciba realiza um simpósio sobre «Investigações

sobre leucémia», nos dias 16 a 19 de Novembro.

— Em Palermo, reúne em Congresso (XI), a Sociedade Italiana de Gastro-entereologia.

— Em S. Luís, nos E. U. A., reúne, em sessão clínica, a Associação Médica Americana dias 1 a 4 de Novembro.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 23-X a 27-X-953)

23-X

Dr. David Martins Baptista — aprova o termo de prorrogação do contrato para o desempenho das funções de chefe de serviço de estomatologia da Faculdade de Medicina de Coimbra.

24-X

Dr. Luís Augusto Duarte Santos, primeiro-assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra — prorrogada até 26 de Dezembro próximo a equiparação a bolseiro no País e fora dele que lhe foi concedida, para efeitos de dispensa de serviço docente.

— Dr. José Ruiz de Almeida Garrett, primeiro-assistente da Faculdade de Medicina do Porto e médico da Federação de Caixas de Previdência — concedida uma bolsa de estudo fora do País durante seis meses, a contar de 1 de Novembro próximo.

— Dr. Mário Sande Freire Ceia Fernandes, segundo-assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa — concedida equiparação a bolseiro fora do País durante dez meses, a contar de 1 do corrente.

— Dr. Rui Manuel Gomes Rosa Valentim Lourenço, médico do internato geral dos Hospitais Cíveis de Lisboa e estagiário do Instituto Português de Oncologia — concedida equiparação a bolseiro fora do País durante setenta e cinco dias, a contar de 13 do corrente.

— Dr. José Manuel de Sales Caldeira da Silva, médico estagiário do Instituto Português de Oncologia — concedida equiparação a bolseiro fora do País durante setenta e cinco dias, a contar de 13 do corrente.

26-X

Dr. Rafael Paulo dos Santos Ribeiro, adjunto do Hospital Miguel Bombarda — provido, em comissão de serviço, no lugar de Administrador dos Hospitais Cíveis de Lisboa.

27-X

Dr. António Leitão Pereira Marques, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Moçambique — nomeado definitivamente para o referido lugar.

— Dr. Augusto Adida de Gouveia, médico anesthesiologista do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da provincia de Moçambique — nomeado definitivamente para o referido lugar.

FALECIMENTOS

Faleceram:

O sr. António Gomes Leitão, pai do Dr. José Nobre Leitão, 1.º tenente-médico da Armada, e sogro do Dr. António Cavaco Catita, médico assistente do I. P. O.

— A sr.ª D. Rosalina Calçada Bastos, de 77 anos, mãe do Dr. Alberto Calçada Bastos e cunhada do Dr. Manuel Sedas Pacheco.

— Em Águeda, o capitão-médico Dr. António Ribeiro de Vasconcelos Dias, que, durante muitos anos, foi cirurgião do Hospital Militar Principal de Lisboa.

— Em Beja, a sr.ª D. Judite Dória Pacheco, sogra do médico radiologista Dr. António Covas Lima, director do Dispensário Antituberculoso daquela cidade.

— Em Leiria, o sr. António Pereira de Azevedo Batalha, pai do Dr. Alexandre Campos Azevedo Batalha, médico em Lisboa.

— Em Alfarelos, a sr.ª D. Maria Ramos da Costa, avó da Dr.ª D. Licinia Gonçalves de Oliveira, interna dos H.C.L.

— Em Aveiro, a sr.ª D. Maria Emília Marques Rodrigues do Vale Guimarães, mãe do Dr. Pedro Ferreira, médico e professor do Liceu daquela cidade.



NO DESEQUILÍBRIO METABÓLICO...

Mesmo quando o regime alimentar inclui quantidades normais de energéticos, a insuficiência de determinados factores acarreta estados carenciais que afectam o equilíbrio metabólico.

EUTRÓFICO permite compensar rapidamente as deficiências que possam existir, fornecendo ao organismo uma bem equilibrada associação de **sais minerais, vitaminas e ácido glutâmico**, que exercendo uma acção neuro-tónica apreciável e provocando uma benéfica excitação sobre o sistema endócrino, assegura uma melhoria rapidamente apreciável da capacidade física e psíquica do organismo.

Eutróficio

ampolas bebíveis

- ★ TÓNICO REMINERALIZANTE
- ★ REGULADOR DO PH HUMORAL
- ★ ACTIVADOR DO METABOLISMO GERAL

MEDICAMENTOS

MICRA

AV. DA IGREJA, 18-A - LISBOA

SECÇÃO DE PROPAGANDA:

RUA DA MADALENA, 273, 1.º-ESQ. • TELEFONE 29174 • LISBOA

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARA MÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.º assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bossa (chefe da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroude, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Morais, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Brigadeiro Pinto da Rocha (Dir. Geral de Saúde do Exército), Alexandre Sarmiento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Elísio da Fonseca (Chefe da Rep. dos Serv. de Saúde do Min. das Colónias), Eurico Paes (Endocrinologista), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando da Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), J. Oliveira Machado (Médico dos H. C. L.), J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), Jorge da Silva Araújo (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) e Xavier Morato (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Morais, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrombotomosa do Disp. de Higiene Social), Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emídio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.to António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.to António, José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.to António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hospital de Santo António) — PORTO
Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Dir. do Sanat. Sousa Martins da Guarda), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matozinhos), J. Pimenta Presado (Portalegre), Joaquim Pacheco Neves (Vila do Conde), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), M. Santos Silva (Dir. do Hosp.-Col. Rovisco Pais — Tocha), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Vila Real)

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

COIMBRA — Luís A. Duarte Santos (Encar. de Cursos na Fac. de Med.); — LISBOA — Fernando Nogueira (Médico dos H. C. L.) e José Andresen Leitão (Assist. da Fac. de Med.); PORTO — Waldemar Pacheco (Médico nesta cidade).

DELEGADOS: MADEIRA — Celestino Maia (Funchal); ANGOLA — Lavrador Ribeiro (Luanda); MOÇAMBIQUE — Francisco Fernandes J.º (Lourenço Marques); ÍNDIA — Pacheco de Figueiredo (Nova Goa); ESPANHA — A. Castillo de Lucas, Enrique Noguera, Fernan Perez e José Vidaurreta (Madrid); FRANÇA — Jean R. Debray (Paris) e Jean Huet (Paris); ALEMANHA — Gerhard Koch (Munster)

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

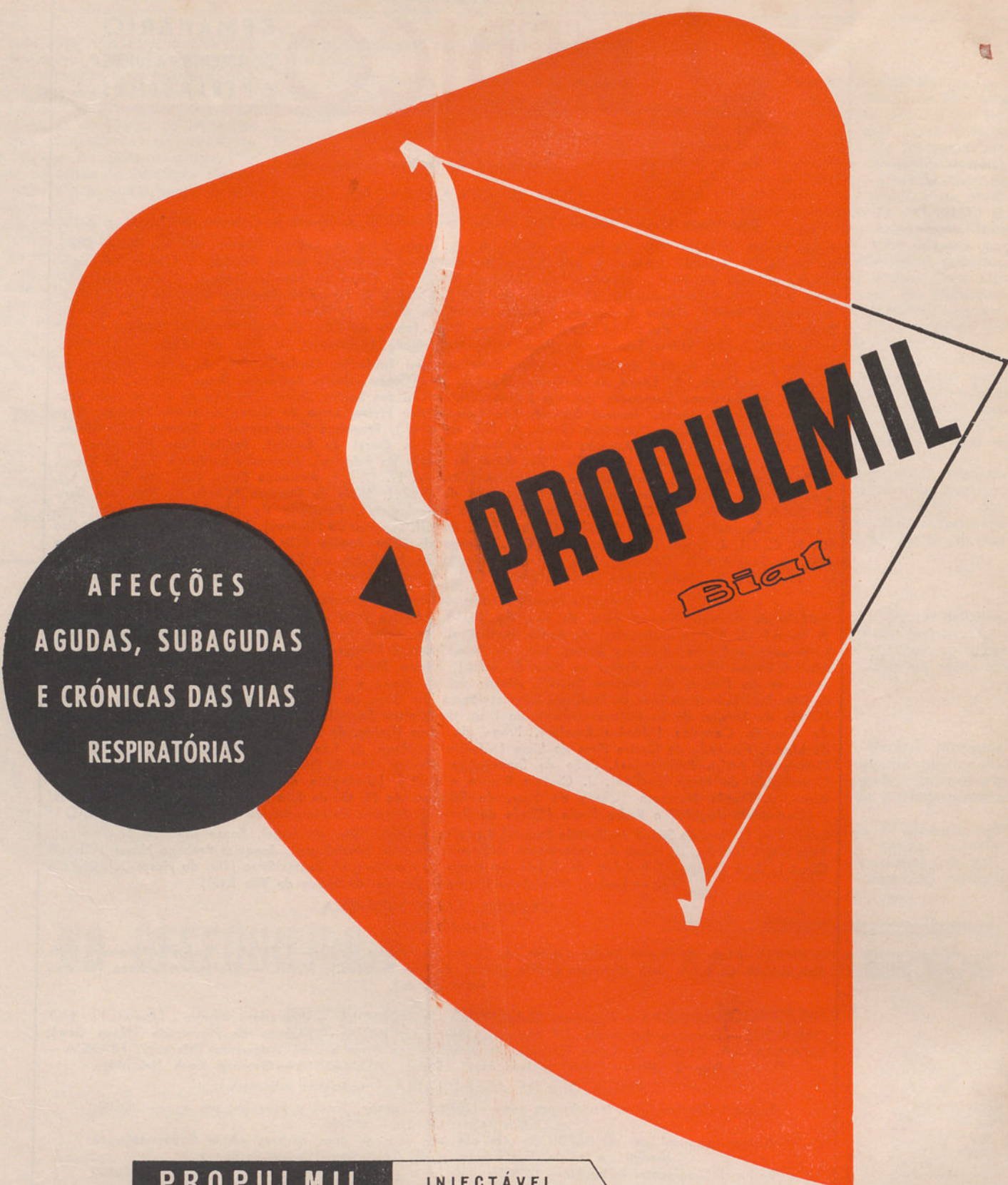
Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com as duas revistas «Acta Endocrinologica Iberica» e «Acta Gynæcologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

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

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

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

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



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

PROPULMIL

INJECTÁVEL

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

PROPULMIL

SUPOSITÓRIOS

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

PROPULMIL INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

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