

# O MÉDICO

SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 101  
6 de Agosto de 1953

DIRECTOR E EDITOR:  
**MÁRIO CARDIA**

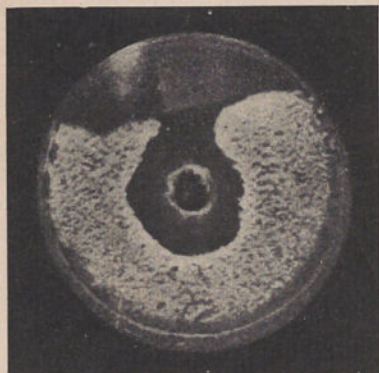
VOL. I (Nova série)  
Publica-se às quintas-feiras

## CREME DE SALICILANILIDA

A Z E V E D O S



1 — Placa preparada com Creme de Salicilanilida e semeada com *M. felineum*



2 — Placa preparada com Creme de Salicilanilida e semeada com *T. acuminatum*

(Notar os resíduos do Creme ao centro das placas 1 e 2 e a ausência do crescimento das colónias nos sitios onde se difundiu o Creme).

Salicilanilida puríssima a 5 %  
em excipiente hidro-solúvel de  
polietilenoglicóis associados a  
agentes molhantes e tensio-activos

O ÚLTIMO PROGRESSO  
NO TRATAMENTO DA TINHA!

Literatura e bibliografia científica  
à disposição dos Ex.<sup>mos</sup> Clínicos



## LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

### SUMÁRIO

	Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
BARAONA FERNANDES — <i>Concepção «médica» do hospital</i>	657	<i>Analfabetos e semi-analfabetos</i> — J. Andresen Leitão	635
CRISTIANO NINA — <i>Toxinfeccões alimentares bacterianas</i>	658	<i>A Medicina do Ultramar</i> — Alexandre Sarmiento	636
MOVIMENTO MÉDICO — <i>ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS</i> — <i>Tratamento da Insuficiência Cardíaca Congestiva</i>	671	<i>Ecos e Comentários</i>	638
<i>Comissurotomia Mitral no Aperto Mitral</i>	678	<i>6.ª Assembleia Mundial de Saúde</i> — Augusto Travassos	639
<i>As concentrações de PAS no sangue após ingestão oral de diversos granulados de PAS</i>	280	<i>II Curso de Aperfeiçoamento de Bacteriologia</i>	644
		<i>Noticiário diverso</i>	





# LONGACILINA

N,N'-Dibenziletilenadiazina-dipenicilina G. Composto de reabsorção muito lenta.

## LONGACILINA

Comprimidos para administração oral.

Cada comprimido: 150.000 U.—Actividade: 8-12 horas

Boião de 12 comprimidos

Indicações: Tratamentos prolongados e tratamentos de consolidação de infecções agudas por germes sensíveis à penicilina.

## LONGACILINA A

Soluto aquoso estável pronto a injectar. Escassa reacção local. Menos reacções gerais que a penicilina-procaína.

Caixa de 1 frasco de 300.000 U.—Actividade: 7 dias

Caixa de 1 frasco de 600.000 U.—Actividade: 14 dias

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA



NO SIGNO DE HIPÓCRATES

LV

# Concepção “médica” do hospital

PROF. BARAHONA FERNANDES

O planejar, organizar e administrar hospitais estão na ordem do dia. Nem sempre gozam os médicos — porventura com alguma razão — da fama de bons governadores desses organismos complexíssimos que são os serviços hospitalares de hoje. Nem sempre também se lhes faz justiça — já não digo aos seus esforços e zelo no cuidar dos enfermos, para além de todos os encómos — mas, em particular, às suas concepções e designios na organização e funcionamento dos serviços.

Daí certas tendências — cujo dano nunca é demais pôr em relevo — de sobrepor outros critérios, o económico, o administrativo, o legalista e até o «pessoal», às sãs normas «médicas», que jamais deviam abandonar cada pensamento, cada apreciação, e cada acto que concernem aos problemas hospitalares. O *hospital para os doentes*. Para o *Homem doente*. Nada mais simples: desde o edifício e seus pertences (a anatomia), o sistema funcional (a fisiologia) até aos princípios orientadores do tratamento e assistência (as normas espirituais) tudo visa o bem estar, o tratamento e a recuperação humana e social dos enfermos.

Com maior ou menor acentuação dos seus fins específicos, não há motivo para distinguir formalmente serviços da Assistência e serviços da Universidade. Em ambos há que ensinar médicos e enfermeiros. Em ambos há que *investigar*. Tantos estudos especializados de magnos problemas científicos e clínicos como o estudo da própria eficiência do tratamento e acção assistencial.

A Medicina está em pleno e constante devir. Quem poderia conceber uma atitude quietista, conservadora, regressiva, em terapêutica? Deixar de acompanhar o progresso incessante (inegável, apesar dos novos problemas que levanta), deixar de se esforçar por colaborar nesse progresso, pelo menos na sua aplicação aos nossos problemas locais, às especiais condições de vida e personalidade dos portugueses?

*Tratar* pois os doentes, como finalidade primacial; tratá-los tanto melhor, quanto há que *ensinar*, tanto melhor, quanto há que *investigar* os fundamentos e os resultados dos nossos tratamentos e de toda a nossa acção médica e social.

Torna-se assim claro que tudo num Hospital tem um sentido «médico». Desde as enfermarias à cozinha, desde o economato às consultas, desde as oficinas aos laboratórios. Todas as pessoas que lá trabalham se devem integrar nesse pensamento «médico» — desde o porteiro ao Director, o técnico à enfermeira, desde o administrador aos próprios médicos (que os há lamentavelmente sem esse espírito...).

*Concepção médica do Hospital*. — Um truismo — sem dúvida — que apenas merecia ser posto em destaque para combater e corrigir as deformações e desvios de tão evidente afirmação (quicá muito mais difícil de efectivação pragmática...). Um princípio, que a despeito da sua banalidade é, no entanto, útil recordar a cada passo, de tal arte os «especializados» deste ou daquele sector o desvirtuam e degradam...

Concepção «médica» — sim. Mas qual? dir-nos-ão os críticos, lembrando as *divergências doutrinárias* que separam as várias correntes científicas.

Aquele que apenas creia na *base material* da vida humana e no *substrato físico-químico da doença* terá certamente uma noção muito diversa dos problemas hospitalares, daquele que sinta e compreenda a *natureza psicológica* e a *articulação social* do Homem na saúde e na enfermidade.

Aqui está um tema que não tenho visto suficientemente considerado quando se discutem Hospitais.

Meditemos um pouco. Qualquer dos grandes aparelhos e sistemas orgânicos, o aparelho digestivo, circulatório, etc., não se podem hoje conceber como sistemas «mecânicos», regidos tão

somente pelas leis físicas da hidráulica, da electricidade pela bioquímica.

O ângulo da *fisiologia*, do fenómeno «vital» (sem metafísica!) é essencial. Não basta contudo estudar as estruturas locais dos órgãos, as funções restritas de cada sistema. Cada dia assumem maior importância as *correlações* biológicas, humorais, endócrinas, nervosas... até à sua plena *integração no conjunto do organismo*. O homem é porém um ser vivo em actividade no mundo. Ora age, ora dorme; ora trabalha, ora repousa; ora sofre, ora se diverte. E não vive só. Pertence a uma *família*, a *grupos sociais*, à *comunidade*. É partícipe da história e da cultura.

O grande problema está aqui. A maioria já não ignora hoje a importância dos *factos psicológicos*, dos *dados sociais* e das *normas espirituais*. Não põe de banda a consideração das condições *gerais de vida* do Homem na actual civilização — o Homem não só em apetência pelas necessárias calorias, vitaminas e proteínas alimentares, como também preso do desejo de se assegurar e se afirmar no convívio, na cooperação e na competição com o semelhante. Não se ignora já, também, a personalidade, nem a pessoa do Homem. Simplesmente tais conhecimentos pairam desligados e sobretudo dificilmente se integram em acções coordenadas na solução dos problemas. Concretamente: no planejar dos edifícios, na escolha do material, na selecção das pessoas, no repartir da economia, no legislar sobre as obrigações. Perdão, falávamos por enquanto de coisas mais simples da prática médica corrente: coordenar uma dieta com as finanças do sujeito, ligar os remédios com o regime de vida, os conselhos higiénicos com o temperamento, com as possibilidades, a forma de trabalho e a situação social, numa palavra — com a individualidade, a forma de existência de cada qual.

A Medicina actual, sem que seja necessário pôr-lhe rótulos espectaculares de «antropológica», «psico-somática» ou quejandos, compreende já muito melhor estas correlações orgânicas, biológicas, anímicas e sociais.

Lembremos apenas na ordem somática, o sistema das glândulas endócrinas ligado à circulação, ao metabolismo, e ao sistema nervoso central e vegetativo. Recordemos as representações hipófiso-diencefálicas deste sistema e as suas correlações com o cortex cerebral, em particular com o cérebro interno. Aliam-se aqui representações viscerais e vegetativas, em estreita conexão com os fundamentos orgânicos do temperamento e do carácter. Elos de articulação com a pessoa profunda que se estendem pelo vegetativo, pelas vísceras e humores. Elos de articulação com o restante encéfalo, com o cabedal de recordações e experiências pessoais do indivíduo. Elos de articulação com o cortex e os sistemas sensoriais, pondo o indivíduo em relação com o perimundo, o meio ambiente, os outros indivíduos.

A Medicina dos nossos dias começa já a conhecer, como noutros lugares temos acentuado, que nas doenças se exprimem não só as carências energéticas, o efeito dos tóxicos, das infecções e de todas as noxas do Mundo externo, como também as tendências evolutivas da constituição e o seu dinamismo biológico, como ainda, e não em último lugar, o fluir anímico, o viver pessoal do homem, sujeito aos seus conflitos íntimos e aos embates do convívio social.

O dado essencial para o nosso tema de hoje é a ideia que chamamos da «*integração*». Poder-se-ia dizer também de «relatividade», sem prejuízo de outras acessões do termo. Quer dizer: cada *acto médico* deve ser *integrado* no conjunto do organismo, da pessoa do doente, do seu agregado social. Cada acto médico deve ser *referido* ao órgão a que se dirige, na situação funcional e na fase de actividade em que este se encontra. Referido também ao organismo no seu conjunto e nas relações que



o indivíduo tem com o seu meio. Não vale por si mesmo, se o desintegrarmos de todo e das outras peças. Só vale pela sua «relatividade» para com os dados conexos, a dentro da estrutura organizada de todo.

Assim é em relação a cada *doente* que tratamos. Assim é em relação ao *conjunto dos doentes*, que constituem o *Hospital*.

Dois exemplos comesinhos:

Receitamos as vitaminas de descoberta mais recente. O serviço hospitalar dos abastecimentos compra-as no mercado pelos melhores preços, os técnicos verificam a sua autenticidade, são distribuídas pela farmácia, ministradas pelas enfermeiras, dentro do plano de tratamento estabelecido...

A indicação terapêutica deve ser justa e sensata (não apenas por moda!). O produto deve ser activo e puro, chegar em bom estado até ao doente, ser propinado com cautelas e regras, (sem esquecer as «psicológicas»), tomado com os devidos «preceitos» e com «fé» pelo padecente...

Se se compram produtos de menor qualidade, por mais baratos, a sua conservação é deficiente, a distribuição irregular, se o enfermeiro se descuida, o doente não os toma como deve — lá se perde a *finalidade «médica»* da verba orçamental para medicamentos...

Prescreve-se uma dieta complementar. Os alimentos serão de boa qualidade, mas mal cozinhados, distribuídos frios e a má hora, mal apresentados. O enfermeiro lança o prato de mau modo, o doente entedia-se e protesta. O médico queixa-se da administração... Lá se torna a *perder a finalidade médica*, do dinheiro gasto, da excelência das instalações da cozinha, dos planos do dietista, dos cálculos energéticos da alimentação... — para não falar em tudo o mais — a grandeza e beleza dos edifícios... ou, em extremos opostos, os esforços de formação das enfermeiras ou o estudo exaustivo dos clínicos e investigadores.

Quer dizer: cada elemento, cada órgão do Hospital deve integrar-se noutro elemento, noutro órgão, ligados pelo sistema coordenador e de relação, de modo a alcançar o equilíbrio, como se diz agora a «homeostase» do conjunto de tão complexo «organismo assistencial».

O «sistema nervoso» desta espécie de «sincício» heterogéneo e em equilíbrio tão difícil (como obra do homem que é), não pode deixar de ser o *médico* nos seus múltiplos significados: tanto o *técnico*, como a *«pessoa»*, como ainda o *espírito médico*. Isto é, assim como em doutrina não separamos o «moral» do «físico», não dissociamos a personalidade anímica e vital, assim na prática médica em geral — e com mais forte razão no proceder hospitalar — não podemos dissociar o «material» do «humano». A contabilidade, o economato, a farmácia, servem o doente. O interesse do doente é de ordem médica, logo as verbas, as compras, os remédios não podem ser regidos apenas pelos respectivos técnicos, mas integrados na «partitura» geral

de que o médico-director é o chefe da orquestra! Como se fosse possível tocar cada instrumento a sua parte sem se ordenar no «andamento» da obra, no «estilo do dirigente»...

Mais ainda: o Hospital não é um organismo desligado do corpo social. Antes de entrar para o hospital o doente frequentou em regra as consultas. Após a alta carece, se não de mais tratamento, pelo menos de apoio, de auxílio, de orientação, até retomar a sua vida habitual. As consultas externas, os ambulatórios, desempenham este papel de receptores e efectores dos contactos com o mundo populacional. A sua orientação *médica* é evidente. Deve, porém, não esquecer-se também o *ponto de vista social*. As visitadoras, assistentes sociais, enfermeiras de saúde pública, guiadas por médicos conhecedores da problemática social, assumem aqui um papel do maior relevo. De contrário perder-se-ão todas as vantagens da acção especializada e diferenciada exercida pelo Hospital.

Um doente foi tratado de uma fractura. Máximos requintes da técnica ortopédica, cirúrgica e fisioterápica, da reabilitação activa. Tem alta convalescente. Regressa a um trabalho inadequado à fase de recuperação em que se encontra, forçado pela necessidade de angariar o sustento da família. Começa a sentir dores, baixa de rendimento, julga-se pior, mal «curado», emocionase, desespera, critica o Hospital e os médicos... Ou reclama (se é «sinistrado») e temos mais um reivindicador... E assim se perdem a excelência dos meios terapêuticos pela falha da «acção social».

Estoutro doente está sujeito a delicados tratamentos, carísimos e esgotantes para o pessoal. Um caso de prognóstico fechado a que se abriu uma nova esperança. Surgem complicações: efeitos tóxicos inesperados dos medicamentos, consequências imprevisíveis de acções cirúrgicas. — Vem a família alarmada. Fala-se em «experiências». Redobra a má língua e deturpam-se as intenções. Entretanto cumpre-se o prognóstico fatal que só os novos progressos futuros poderão porventura modificar. Os esforços não se perderam porém, está-se no caminho... Em matéria de tantíssimo melindre todas as cautelas são poucas. O doente não é um «ente» qualquer, mas um *ser humano* responsável. Torna-se mister observar as maiores precauções, esclarecer a família, ter o seu acordo e consentimento para todas as intervenções, agir a dentro da ética e da deontologia médicas... De contrário, perder-se-á o trabalho do Hospital e os esforços dos investigadores por má integração cultural e ética.

Os problemas não têm fim. Seria estulto pensar que muitos estão resolvidos. O que importa é a consciência clara das premissas, das possibilidades e das tendências evolutivas do espírito que as norteia.

Que não atraiçemo a concepção «médica» do Hospital! Porventura as maiores dificuldades estão em nós mesmos. Escalpelizemos abertamente o fundo do nosso espírito e formação «médicas» para melhor realizarmos a missão que a sociedade nos outorgou e melhor servirmos o Hospital e os nossos doentes.

# REVISÃO DE CONJUNTO

## Toxinfecções alimentares bacterianas

CRISTIANO NINA

### INTRODUÇÃO

Apesar do esmerado avanço nas técnicas de Saúde Pública e das notáveis realizações efectuadas em todos os sectores da Higiene e da Medicina Preventiva, vem a assistir-se desde há anos, mesmo em países de modelar sanidade, a um aumento progressivo de surtos epidémicos de toxinfecções alimentares. Basta citar que só nos E. U. se notificaram, de 1945 a 1947, 926 surtos epidémicos que incluíram quase 50.000 casos e que entre 1941 e 1948 se registaram na Inglaterra 3.495 acidentes semelhantes.

Este insucesso sanitário implica certamente a introdução de novas condições, que teremos de analisar, provavelmente mais relacionadas com novos hábitos alimentares da população e novas técnicas de conservação ou de distribuição dos alimentos, do que

com o aumento efectivo de produtos alimentares originalmente infectados.

Certo é que, na sua benignidade clínica, as toxinfecções alimentares constituem a 2.<sup>a</sup> rubrica na ordem de frequência das causas de impedimento temporário por doenças nos meios industriais e daí se poderá deduzir a sua importância como problema de saúde pública e os prejuízos e incómodos sociais que ocasionam.

Até há poucos anos etiologicamente mal definido, este grupo de afecções era incluído nas inexpressivas rubricas de gastroenterite aguda, embaraço gástrico, diarreias estivais, etc. A descoberta, por Dack da enterotoxina estafilocócica e da sua responsabilidade em boa percentagem de surtos de gastroenterite aguda e, por outro lado, a identificação de múltiplas espécies de salmo-



nelas patogénicas vieram colocar o problema numa base científica e abrir a perspectiva de novos progressos na sua resolução sanitária.

Veiculadas por alimentos quase sempre de aspecto organoléptico insuspeito, as toxinfecções alimentares exigem normas profilácticas complexas, fundadas em ampla vigilância bacteriológica, acauteladas por legislação convenientemente actualizada e em que a simples inspecção sanitária, dos produtos já à venda no mercado, está condenada a desprestigiante insucesso.

Tem este trabalho a modesta pretensão de apresentar uma sucinta revisão geral do assunto, tal como o consideramos sob o duplo aspecto médico sanitário.

## DEFINIÇÃO

Toxinfecções alimentares são doenças provocadas pela ingestão dum alimento impuro, embora na maioria dos casos insuspeito, e caracterizadas por um ataque explosivo de gastro-enterite aguda com duração de 1 ou vários dias.

Por limitações do tempo disponível referir-nos-emos somente às toxinfecções alimentares mais frequentes, isto é, às de causa bacteriana, quer produzidas por infecção gastro-intestinal devida ao próprio agente, quer por simples irritação da mucosa gastro-entérica devida às suas exotoxinas. Assim delimitado, o nosso tema não inclui, nem os envenenamentos colectivos por ingestão de metais pesados ou de produtos químicos, nem por ingestão de certas plantas, fungos, peixes ou moluscos venenosos. Também não inclui o botulismo por representar uma entidade nosológica perfeitamente individualizada.

Entre as formas bacterianas consideraremos 3 grupos fundamentais diferenciados entre si, pelo agente infectante, pelo período de incubação e pelos aspectos clínicos do quadro mórbido:

- a) — Formas devidas à enterotoxina estafilocócica;
- b) — Salmoneloses;
- c) — Formas de variada e mal definida etiologia; onde é frequente encontrar alimentos causais fortemente contaminados pela mais variada flora bacteriana, cuja especificidade ainda se desconhece na hora actual.

## INCIDÊNCIA

Apesar da impressão geral da enorme frequência entre nós das toxinfecções alimentares, sobretudo nos meses quentes do ano, não é possível apresentar dados estatísticos nacionais dessa incidência. Não se trata de doenças de notificação obrigatória e pela sua habitual benignidade nem sempre chegam sequer ao conhecimento dos clínicos.

Dos 605 casos admitidos no nosso Serviço do Hospital Curry Cabral, desde 1950 a 1952, com o diagnóstico de gastro-enterite aguda, somente uma ínfima parte não vinham já medicados com antibióticos, o que impossibilitou a investigação etiológica. Constitue infeliz rotina no nosso meio médico iniciar o tratamento sem colheita prévia de produtos para análise, atitude aliaz provocada pelas dificuldades de investigação laboratorial mesmo nos nossos meios hospitalares. Competirá aos Serviços de Saúde alargar os seus serviços laboratoriais especializados de forma a facilitar e estimular esses exames, sem o que nenhum fundamento profiláctico pode ser adquirido neste importante sector de saúde pública.

Tão variáveis de país para país são as espécies bacterianas responsáveis e o predomínio entre si dos vários grupos de toxinfecções alimentares que são inaproveitáveis os dados estatísticos de países diferentes.

Assim, enquanto nos E. U. mais de 75 % dos casos ocorridos entre 1945 e 1947 estiveram relacionados com a enterotoxina estafilocócica, 15 % com salmonelas e 10 % com todas as restantes, na Inglaterra, entre 1941 e 1948, 91 % foram provocadas por salmonelas, somente 5 % por enterotoxina estafilocócica e 4 % pelas restantes.

Enormes diferenças se observam também na natureza do alimento infectante.

Entre nós, somente nos últimos anos o problema começou a merecer a devida atenção, encontrando-se dispersos pela bibliografia nacional algumas valiosas descrições de surtos epidémicos.

A nossa experiência pessoal, fruto da convergência de dados colhidos nos nossos Serviços do Hospital Curry Cabral e da Delegação de Saúde, mediante a dedicada colaboração do Dr. Arnaldo Sampaio e suas colaboradoras, no Instituto Superior de Higiene, limitou-se até à data ao estudo de vários surtos epidémicos, cujos detalhes serão publicados em conjunto quando adquirirmos maior experiência.

Por agora podemos afirmar que, tal como em grande número de países de ambos os hemisférios, supomos existir entre nós um real aumento progressivo nos últimos anos da incidência das toxinfecções alimentares.

Começaremos então por analisar desde já as causas prováveis desse aumento de incidência.

Desde longa data se sabia da especial predilecção deste tipo de ocorrências por circunstâncias especiais, como por ex.: nos grandes banquetes, festas de confraternização e, dum modo geral, em grandes refeições colectivas organizadas fortuitamente e em que as exigências do momento excediam largamente as possibilidades das instalações e do pessoal manipulador.

Particularmente intrigante era o facto, várias vezes averiguado, de o mesmo alimento ocasionar alarmantes toxinfecções alimentares quando ingerido em refeições colectivas e não ter despertado qualquer anormalidade em ementas caseiras. A única explicação plausível dum e doutro facto parecia ser a *demora no consumo de alimentos preparados com antecedência*.

Nos últimos anos a maioria da população dos grandes centros urbanos, por razões de vária ordem, ingere fora de casa, pelo menos uma refeição diária. São as fábricas, as oficinas, as escolas e as grandes empresas comerciais que dispõem de cantinas para os seus empregados ou para os seus alunos; é toda a avalanche dos economicamente débeis que substitue o almoço por uns «croquettes», pastéis ou «sandwiches» de baixo preço mas de pureza e frescura duvidosas, etc.

Ora estes hábitos de alimentação colectiva implicam igualmente o consumo de alimentos preparados com maior ou menor antecedência e neste factor comum residem as condições favoráveis ao desenvolvimento bacteriano nos alimentos, que explica o desencadeamento das toxinfecções alimentares e o aumento da sua incidência.

## CAUSAS DESENCADEANTES

É indubitável que muitos produtos da alimentação humana, mesmo frescos, estão já na origem contaminados por bactérias mais ou menos patológicas e sofrem ainda uma contaminação adicional durante os preparativos culinários, mas a maior parte dessa flora bacteriana é destruída pelo calor durante a preparação das refeições. Escapam quando muito à destruição certo número de gérmens localizados em pontos do alimento onde não penetrou calor suficiente, mas pelo seu número reduzido não conferem de momento poder patogénico, isto é, se o alimento for ingerido logo após a preparação culinária.

Se este é o princípio geral que explica a inocuidade da alimentação caseira nem por isso deixam de existir notáveis ex-



cepções relacionadas com a termoresistência do agente infectante ou das suas toxinas. Assim acontece com várias espécies de *Salmonelas*, mas principalmente com a enterotoxina estafilocócica. Quere dizer, nestas circunstâncias, um alimento originalmente infectado poderá ocasionar espectaculares toxinfecções alimentares mesmo quando ingerido imediatamente após a preparação culinária pelo calor. São contudo excepções ao princípio geral.

Por trabalhos recentes sobre salmoneloses humanas experimentais Mc Cullough e Eisele (3) demonstraram vários factos do maior interesse. Primeiro, que a taxa de incidência mórbida aumentava progressivamente segundo o volume do inóculo ingerido pelos vários grupos de voluntários. Assim para determinada espécie de *Salmonela* 150.000 gérmens não dava quaisquer manifestações; com 1.500.000, entre 6 voluntários adoecia 1; com 15.000.000 de gérmens de 6 adoeciam 5. Os mesmos autores verificaram ainda que o período de incubação diminuía com o aumento do inóculo sendo de 24 horas ou mais no 2.º grupo e por vezes somente 5 horas no terceiro.

Poderemos então afirmar desde já que a causa desencadeante fundamental das toxinfecções alimentares bacterianas é a intensa contaminação dos alimentos no momento da sua ingestão. Falta então averiguar qual o mecanismo habitual desse desenvolvimento de bactérias.

Da bacteriologia geral se pode deduzir que o crescimento bacteriano exige várias condições: 1 — inóculo inicial; 2 — um intervalo de tempo; 3 — temperatura favorável; 4 — humidade suficiente; 5 — meio de cultura apropriado. Quando estes factores convergem num alimento já preparado produz-se uma perigosa contaminação. Analisaremos sucintamente cada uma dessas condições:

1 — INÓCULO INICIAL — Já vimos que o alimento vem muitas vezes infectado da origem. Mas até há poucos anos havia como que uma selecção natural dos produtos. Uma vez perigosamente infectados em breve revelavam sinais de adulteração e eram destruídos.

Quanto a nós, a par de enormes e indiscutíveis benefícios económicos, o emprego cada vez mais generalizado da refrigeração na conservação dos alimentos pode contribuir em certa medida para o agravamento da taxa de incidência de toxinfecções alimentares. A refrigeração de alimentos infectados impede um maior desenvolvimento de gérmens e paraliza a secreção das bactérias toxinoprodutoras mas não erradica a infecção e não tem qualquer acção nas toxinas já existentes. Uma vez descongelados, se as restantes condições de desenvolvimento bacteriano são favoráveis, produz uma rápida e crescente proliferação das bactérias existentes nos alimentos, isto é, produz-se como que uma antecipação da fase logarítmica de crescimento bacteriano e de tal modo que em poucas horas este se torna perigosamente contaminado. Se a isto acrescentarmos as frequentes irregularidades, muitas vezes voluntárias, no funcionamento das instalações frigoríficas comerciais poderemos concluir que *nos alimentos infectados e descongelados o inóculo inicial está por assim dizer potencializado*.

Esta infecção original dos alimentos é sobretudo frequente nos produtos de origem animal, provenientes umas vezes de animais doentes e outras vezes contaminados fortuitamente no matadouro por contacto com fezes desses animais, ou pelo emprego de utensílios neles infectados. Nestes casos são quase sempre *Salmonelas* os gérmens responsáveis.

Em muitos casos, porém, o inóculo inicial efectua-se posteriormente à confecção definitiva do alimento e em condições variáveis conforme o germen responsável, como veremos adiante.

2 — INTERVALO DE TEMPO — Já vimos que quanto maior é o intervalo entre a preparação definitiva do alimento e o seu consumo, maior é a probabilidade de produzir toxinfecções,

dadas as exigências de tempo para qualquer desenvolvimento cultural de bactérias. Para melhor ilucidação da importância deste factor citaremos, em curta resenha um surto epidémico por nós observado em Agosto de 1950.

Em princípios de Agosto de 1950 entraram para o nosso Serviço do Hospital Curry Cabral duas mulheres que apresentavam um quadro febril e severo de gastro-enterite aguda. Referiam a seguinte história: pela meia-noite anterior tinham ingerido, em conjunto com outra colega, umas «sandwiches» de presunto rolado, numa leitaria do Bairro Alto.

Cerca das 5 horas da madrugada a outra companheira começou a sentir intenso mal-estar geral com arrepios de frios, cefaleias, cólicas abdominais e pouco depois vômitos incoercíveis e diarreia profusa. Tão alarmante era o seu estado que foi conduzida ao Banco do Hospital de S. José, onde esteve em S. O. com grave colapso, sendo mais tarde transferida para o Hospital da Estefânia, donde saiu com alta passados 2 dias.

As nossas duas doentes adoeceram com idêntica sintomatologia, respectivamente 1 hora e 2 1/2 horas depois da 1.ª doente, isto é, para as três doentes os respectivos períodos de incubação tinham sido 5, 6 e 7 1/2 horas.

Aceite o diagnóstico de toxinfecção alimentar e identificado o alimento suspeito, mandamos apreender o presunto incriminado, que enviamos juntamente com fezes das duas doentes, colhidos em zaragatoa rectal, para o Instituto Superior de Higiene. Todas as análises revelaram a presença de *S. cólera suis*.

Entretanto, por intermédio das visitadoras sanitárias da D. S. tratamos de averiguar da identificação de outros fregueses da leitaria que tivessem ingerido «sandwiches». Foram identificados mais 7 mas destes somente 2 tinham tido uma leve indisposição gástrica, seguida de ligeiras cólicas abdominais com diarreia mas sem febre.

Feito o inquérito epidemiológico, averiguamos estes factos do maior interesse na valorização do tempo de demora no consumo do mesmo alimento.

Pelas 9,30 o empregado da leitaria fez cerca de 2 dúzias de «sandwiches» com o presunto rolado, habitualmente conservado no frigorífico e colocou-as na vitrina do balcão, autêntica estufa dado o intenso calor desse dia de verão.

Cerca das 11 horas, dois vendedores de jornais ingeriram cada um duas delas e não apresentaram quaisquer manifestações, mas a análise das fezes revelou a presença de *S. cólera suis*.

Dos vários fregueses sujeitos ao contágio ainda se identificaram mais 5 e somente os 2 já referidos, que ingeriram as «sandwiches» cerca das 18 horas, apresentaram leves manifestações, ao contrário das três doentes com manifestações severas que as haviam ingerido por volta da meia-noite. Quere dizer, apesar de infectado, o presunto não conduziu a manifestações patológicas senão depois de várias horas de «incubação» na vitrina da leitaria e com uma acentuação proporcional ao tempo de demora no consumo do referido alimento.

Vemos assim um fiel paradigma da efectivação espontânea das condições experimentais estudadas por Mc Cullough e Eisele a que já fizemos referência.

3 — TEMPERATURA FAVORÁVEL — Apesar das diferenças de temperatura adequada ao desenvolvimento das várias espécies de bactérias, os limites de 25° a 35° constituem geralmente uma zona de óptimo crescimento e daí a razão da maior frequência das toxinfecções alimentares nos meses quentes do ano.

4 — HUMIDADE SUFICIENTE — Por isso os alimentos pastosos e ricos em água constituem óptimos meios de cultura. Pelo contrário os produtos dissecados não permitem luxuriante desenvolvimento, como acontece por ex. com o pão, e não são por isso frequentes causas de toxinfecções alimentares. Elucidativo a este respeito foi o que se passou com os ovos em pó exportados, em larga escala, dos E. U. A., do Canadá, etc., sobretudo durante a última guerra. Apesar de infectados, em notável



percentagem, com várias espécies de almonelas, só produzem infecções alimentares quando, reconstituídos com água ou leite, eram consumidos várias horas depois. Bastava a hidratação assim produzida para desenvolver perigosamente a contaminação existente. Ingeridos imediatamente após a sua reconstituição não produzem qualquer malefício.

5 — MEIO DE CULTURA APROPRIADO — O sal e o açúcar concentrados assim como a acidez do meio inibem o desenvolvimento bacteriano, pelo contrário a presença de proteínas, por ex., favorece esse crescimento e daí a propensão ou não de certos alimentos para originar toxinfecções.

Feita assim uma rápida revisão das principais causas desencadeantes, comuns a todas as toxinfecções alimentares (T. I. A.). Vejamos agora algumas particularidades da sua etiologia e fenomenologia. Deixaremos para final algumas considerações sobre diagnóstico, tratamento, inquérito epidemiológico e profilaxia.

A) — T. I. A. POR ENTEROTOXINA ESTAFILOCÓCICA

A T. I. A. por enterotoxina estafilocócica, tal como o botulismo, é produzida por uma toxina termoestável, preformada no alimento antes da sua ingestão.

Apesar dos trabalhos pioneiros de Denys em 1894, de Barber em 1914, devem-se a Dack e Jordan em 1931 os primeiros trabalhos demonstrativos do poder patogénico da enterotoxina secretada por determinadas estirpes de estafilococos.

Mas o enorme interesse despertado pela investigação das Salmonelas e, por outro lado, a difusão ubiqüitária do estafilococo, contribuíram para que a descoberta de Dack não tivesse nos países europeus o acolhimento que merecia.

Sómente nos últimos anos se tem vindo a verificar que nem todas as estirpes virulentas de estafilococos aureus ou albus são produtoras de enteroxina mesmo quando secretoras de outras toxinas como as  $\alpha$  e  $\beta$  lisinas. Ainda mesmo na hora actual não existe qualquer método laboratorial absolutamente fidedigno, que permita demonstrar e dosear o poder patogénico da enterotoxina produzida por determinada estirpe e estas dificuldades explicam a morosidade no avanço dos nossos conhecimentos. Resta como única prova demonstrativa o recurso a voluntários humanos o que nem sempre é fácil.

Se recordarmos que mais de 40 % da população normal alberga S. aureus na mucosa nasal e 10 a 20 % na pele das mãos é fácil de deduzir a frequência com que podem surgir resultados na sua interpretação. Se na verdade todas as estirpes virulentas positivas nos exames bacteriológicos e o cuidado que é preciso são cuagulase-positivas é certo que nem todas as cuagulase-positivas são enterotoxino produtoras. A própria identificação das estirpes de estafilococos por intermédio dos fagos não assenta ainda em bases seguras.

Daqui se deduz que a relação causal entre determinada estirpe de estafilococos isolada, das fauces dum cozinheiro, do alimento e do conteúdo gástrico ou das fezes dos doentes, deve ser deduzida por convergência dos dados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais.

A fonte de contágio é, salvo raríssimas excepções, a contaminação dos alimentos com estafilococos de portadores humanos.

SINTOMATOLOGIA

A característica clínica mais importante deste tipo de T.I.A. é a sua incubação extraordinariamente curta, que oscila em geral entre 2 a 6 horas com a média de 3 horas, tempo absolutamente insuficiente para o desenvolvimento de qualquer infecção microbiana. A este respeito pode semelhar as intoxicações químicas embora a incubação nestes casos seja em geral ainda mais curta.

Outras características importantes são o carácter explosivo dos surtos epidémicos, a intensidade alarmante dos sintomas iniciais e a rapidez com que sobreveem a cura completa.

Geralmente o primeiro sintoma observado é a salivacção intensa, seguida de náuseas, vômitos incoercíveis, cefaleias terebrantes, epigastralgias e só mais tarde e nem sempre, diarreia. Nas formas mais graves os vômitos podem ser sanguinolentos,

surgem caímbrias musculares, sudação, ansiedade e tendência para estados colapsiformes. Nestes casos pode surgir febre moderada.

Mas a este começo tumultuoso segue-se um restabelecimento completo dentro de 24 horas ou pouco mais.

Os poucos casos de morte incidiram em doentes já depauperados anteriormente, velhos ou crianças pequenas.

Para melhor concretizar o decurso espectacular deste tipo de T. I. A. citaremos um exemplo ocorrido recentemente em Lisboa.

Duas a quatro horas e meia após um «lunch» de casamento, servido por uma das mais afamadas pastelarias de Lisboa, mais de 2/3 dos convidados adoecia bruscamente com náuseas seguidas de vômitos incoercíveis, intensas gastralgias e diarreia profusa acompanhada de cólicas violentas.

A doença surgiu em alarmante onda explosiva quando ainda a maioria dos convidados se encontrava no salão da festa e assim se poderá calcular a apavorante confusão provocada pela ocorrência.

De cerca de uma centena de convidados 43 tiveram de procurar socorros imediatos e 28 adoeceram, poucas horas depois, nas respectivas residências.

Nenhum dos doentes teve febre, em oito produziram-se estados de colapso e em 36 horas todos estavam restabelecidos.

Simultaneamente foram notificados à Delegação de Saúde dois surtos de toxinfecção ocorridos em agregados familiares diferentes e provocados pela ingestão de doce de ovos proveniente da mesma pastelaria fornecedora do «lunch» de casamento.

Os exames laboratoriais do doce de ovos suspeito, do vômito de dois doentes e das fezes de seis, mostraram a presença de estafilococos aureus coagulase-positivos.

O inquérito epidemiológico ainda revelou os seguintes factos: 1) os fios de ovos tinham sido confeccionados cerca de 48 horas antes da sua ingestão; 2) todo o pessoal que compartilhou da confecção era antigo na casa e saudável, à excepção duma auxiliar eventual que, nesse dia de maior serviço, «armou» os doces antes do arranjo final; 3) os exames bacteriológicos do exsudado da oro e rinofaringe de todo o pessoal manipulador foram negativos à excepção dos obtidos na auxiliar eventual que, aliás, sofria de sinusite maxilar desde há vários anos; 4) nesta manipuladora as culturas do exsudado da rinofaringe mostraram a presença de estafilococos aureus coagulase-positivos; 5) os doces já preparados estiveram, *excepcionalmente*, mais de 24 horas em prateleiras, dum anexo da cozinha, à temperatura de mais de 30°.

Assim se pode compreender a convergência de factores que desencadeou a intensa contaminação dos doces incriminados.

Para evitarmos repetições deixaremos as normas de tratamento para quando nos referirmos às salmoneloses.

B) — SALMONELOSES

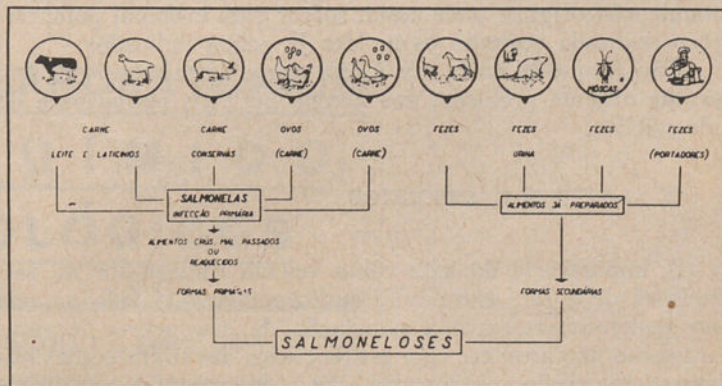
I

FONTES DE CONTÁGIO

Para melhor sistematização do assunto servir-nos-emos do quadro I:

QUADRO I

FONTES DE CONTÁGIO DAS SALMONELOSES



As salmoneloses podem ser transmitidas ao homem por dois mecanismos diferentes: por ingestão de alimentos crus, mal passados ou reaquecidos, provenientes de animais doentes ou com infecções inaparentes — FORMAS PRIMÁRIAS; por ingestão de alimentos já preparados mas expostos durante certo tempo à contaminação posterior por intermédio de hospedeiros inter-



mediários (cães, gatos, ratos, baratas e também, embora menos frequentemente, portadores humanos são ou convalescentes) — FORMAS SECUNDÁRIAS.

No entanto, diremos desde já que existe enorme discrepância entre a frequência destas afecções nos animais domésticos usados na alimentação humana e a relativa raridade com que surgem T. f. A. A explicação do facto parece estar no grande número de bactérias necessárias para desencadear no homem uma infecção aparente.

#### a) — Formas primárias:

##### 1 — CARNE

Desde os tempos de Gärtner se conhece o perigo especial do consumo da carne de animais doentes abatidos clandestinamente. Cerca de 4/5 das toxinfecções alimentares provocadas na Alemanha por ingestão de carne estiveram relacionadas com o consumo público de carne proveniente de animais moribundos, sofrendo de infecções cépticas ou enteríticas e abatidos clandestinamente.

Porém, com a centralização e melhoria das condições higiénicas dos matadouros, mas, principalmente com o aumento do rigor na inspecção veterinária dos animais, antes, durante e após o abate, foi possível debelar parcialmente em todos os países civilizados, essa ameaça. Contudo para se apreciar a complexidade da resolução total deste problema basta citar que, pelo exame bacteriológico dos gânglios mesentéricos de animais considerados são na inspecção sanitária, um grande número de investigadores, Savage (1932); Scott (1940); Rubin and oth. (1942); Edwards and Bruner (1943); etc., etc., verificou a existência de salmonelas patogénicas em percentagens que variaram entre 10 e 50 % dos animais investigados.

Confirmada assim a larga difusão deste tipo de infecções no reino animal, onde quase todas as espécies utilizadas na alimentação humana, podem ser hospedeiras de gérmens deste grupo, em regime simbiótico, ressalta como utópica a pretensão de irradiar a infecção na origem, por métodos profilácticos usados em pecuária.

Por isso se atribue modernamente um enorme interesse sanitário à averiguação quantitativa das bactérias encontradas, por unidade de peso, na carne dos animais abatidos, que será maciça e, portanto, perigosa nos animais previamente doentes e muito discreta e inofensiva nos casos de contaminação acidental durante os trabalhos de matadouro. No entanto, mesmo sem estes dispendiosos exames bacteriológicos executados post-mortem nos matadouros, o consumo de carne fresca devidamente inspeccionada e recentemente cozinhada não envolve habitualmente quaisquer perigos.

O mesmo não poderemos afirmar acerca dos produtos de conserva (enchidos, fiambre, presunto, carne salgada, etc.), pois mesmo quando provenientes de animais aparentemente sadios (com infecções inaparentes ou portadores são) podem originar graves toxinfecções, por não sofrerem, em muitos casos, durante a sua preparação industrial esterilização suficiente. A inofensiva contaminação original pode assim sofrer uma eventual potencialização realizada segundo os moldes já acima indicados.

Tão frequente entre nós é esta causa de salmoneloses que constitue urgente problema dos nossos Serviços pecuários e de saúde pública.

##### 2 — LEITE E LACTICINIOS

A importância do leite como veículo transmissor de salmoneloses deve ser, entre nós, muito reduzida devido ao uso quase generalizado entre a população da sua prévia fervura. Já o mesmo não acontece com o tipo tóxico das toxinfecções alimentares sobretudo relacionadas com a enterotoxina estafilocócica pois, dada a termoresistência desta, há a possibilidade do leite proveniente de vacas com mastite estafilocócica ou contaminado durante as manobras do ordenho por um operário com piodermite, rinite, etc., estafilocócica, poder desenvolver uma intensa poluição bacteriana antes de chegar à estação de pasteurização ou à fervura doméstica. Nestas condições o leite, mesmo pasteurizado, poderá provocar alarmantes toxinfecções

sem que as análises do produto causador, das fezes dos doentes ou do seu conteúdo gástrico, revelem qualquer agente bacteriano.

Se esta possibilidade se vai tornando cada vez mais rara à medida que as condições higiénicas das vacarias e do pessoal, a recolha do leite e a rapidez do seu transporte até às estações de pasteurização, vão melhorando, o mesmo não acontece com certos alimentos que incluem o leite na sua preparação ou dele são derivados.

Desejamos referir-nos em primeiro lugar aos *gelados* pois, segundo os dados de que dispomos, representam no nosso meio uma das causas mais frequentes de toxinfecções alimentares estivais. Seria injusto incriminar os gelados provenientes de fábricas instaladas higiénicamente, com laboração fiscalizada de produtos patenteados, certamente isentos de suspeição. Referimo-nos tão somente aos produtos *anónimos* vendidos ao público em anacrónicos veículos, por vendedores ambulantes isentos de fiscalização sanitária e provenientes, na sua maior parte, de instalações caseiras rudimentares e sem os mais elementares preceitos de higiene. Nesta base e dadas as óptimas condições de desenvolvimento bacteriano do leite, nata, etc., e a facilidade de contaminação acidental durante a preparação dos cremes, não é difícil aceitar a urgente necessidade de rever este problema, subordinando a preparação e venda de gelados a normas sanitárias apropriadas.

Outro tanto podemos dizer dos *lacticínios*.

Se na verdade as grandes empresas industriais atingiram um nível técnico equiparado às melhores do estrangeiro, o mesmo não acontece com os produtos de fabrico caseiro. Estes produtos de *procedência anónima*, sobretudo o queijo fresco, são responsáveis, entre nós, de volumosa quota parte na eclosão de salmoneloses humanas. Para melhor elucidação referiremos, em curta resenha, um surto de salmonelose typhimurium por nós investigado recentemente.

Em 23 de Fevereiro último, foi recebida na estação da Amadora, como era habitual, uma remessa de 150 kgs. de queijo fresco, tipo cabreiro, proveniente de determinado concelho do distrito de Castelo Branco. A remessa foi distribuída por 13 mercearias da Amadora, Queluz e Lisboa. Nos dias 24 e 25 surgiu em onda explosiva uma epidemia de 94 casos de toxinfecção alimentar, distribuídos em 33 agregados das 3 localidades referidas. Dos casos mais alarmantes 2 foram internados no nosso Serviço do H. C. C. e serviram de ponto de partida para a investigação etiológica e respectivo inquérito epidemiológico. As análises das fezes dos doentes e de várias amostras de queijo revelaram a presença de *S. typhimurium*. Identificado o intermediário, que havia expedido a remessa do queijo incriminado, foi pedida a colaboração das autoridades sanitárias locais no sentido de se apurar a proveniência desse queijo e de se tentar averiguar se seria resultante de leite originalmente infectado (epizootia caprina) ou acidentalmente contaminado na queijaria (contaminação com urina de ratos, etc.).

Infelizmente nada foi possível esclarecer.

Esse intermediário vai periodicamente de queijaria em queijaria e faz a recolha do produto, amontuando as várias porções numa furgoneta. Quando chega ao fim da colecta diária dirige-se directamente à estação de caminho de ferro mais próxima e despacha todo esse lote heterogénio para vários destinatários. Daí a dificuldade intransponível na identificação da causa primária do acidente e portanto da sua resolução sanitária e daí a *nossa afirmação categórica de que enquanto for permitida a venda de produtos alimentares, de consumo cru, de procedência anónima o problema profiláctico não tem solução.*

##### 3 — CRIAÇÃO. OVOS.

Comprovada suficientemente a larga difusão de salmoneloses, na maioria das aves domésticas, podemos deduzir o perigo potencial resultante do seu consumo humano, se se tratar de animais sacrificados em plena doença evolutiva. Daí a importância cada vez maior atribuída ao funcionamento de matadouros para a criação abatida para alimentação humana, com a respectiva inspecção veterinária antes e depois do abate.

No entanto, dadas as condições habituais do seu consumo, a sua esterilização durante a preparação culinária consegue preservar a maioria dos acidentes relacionados com esta causa. Apesar disso surgem, por vezes, brotes epidémicos relacionados com a acentuada termoresistência de determinadas espécies de salmonelas. Citaremos como elucidação um acidente ocorrido em



# ENTEROBIÓTICO

Antibiótico-sulfamidoterápia associada para tratamento entérico

## COMPOSIÇÃO

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de sulfato)	0,015 Grs.
Bacitracina . . . . .	600 U. I.
Sulfato de Neomicina . . . . .	0,0075 Grs.
Ftalilsulfacetimida . . . . .	0,500 Grs.
Excipiente q. b. p. . . . .	1 comprimido

Em virtude de nenhum dos componentes do Enterobiótico ser absorvível pela corrente sanguínea em extensão apreciável, permite que seja utilizado em doses maciças sem qualquer perigo de efeitos tóxicos.

## APRESENTAÇÃO

Tubo de 20 comprimidos . . . . . **Esc. 42\$00**



**LABORATÓRIOS**  
**QUÍMICO**  
**BIOLÓGICOS**

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



# ESTREPTOMICINA

HIGIENE

ASSOCIAÇÃO, EM PARTES IGUAIS, DE SULFATOS DE  
ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA  
COM EQUIVALÊNCIA A 1g DE BASE

ATENUAÇÃO DOS EFEITOS NEUROTÓXICOS DESTE ANTIBIÓTICO  
SEM PREJUÍZO DA SUA ACÇÃO TERAPÊUTICA E DA TOLERÂNCIA LOCAL

●

— APRESENTAÇÃO: —

EMBALAGENS DE 1 DOSE  
EMBALAGENS DE 5 DOSES  
EMBALAGENS DE 10 DOSES

A CADA DOSE CORRESPONDE 1 AMPOLA DE 5 Cm<sup>3</sup> DE SORO FISIOLÓGICO

ESTE PRODUTO PODE SER ADQUIRIDO NAS FARMÁCIAS  
COMO QUALQUER OUTRO MEDICAMENTO

— LABORATÓRIOS DA COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE —





Lisboa em princípios de Agosto de 1952, relacionado com a ingestão de pombo cozido e provocado por *S. enteritidis*.

Sete a treze horas após uma refeição colectiva, adoeceram com violento quadro febril de gastroenterite aguda, 9 de 11 pessoas dum agregado familiar. As análises de fezes revelaram a presença de *S. enteritidis*. Entretanto do inquérito epidemiológico se concluiu a responsabilidade de pombos cozidos, que haviam sido adquiridos a uma servizal da vizinhança. Visitado o respectivo pombal, infelizmente foi encontrado deserto, mas obteve-se a informação de que, até 2 semanas antes, existiam ali 23 pombos correios que foram progressivamente dizimados por mortifera epizootia e dos quais os últimos 4 foram entregues à referida servizal para que os vendesse.

Portanto, neste caso, mais uma vez ressalta o perigo da ingestão de carne de animais doentes e, por outro lado, a possibilidade nessas condições da ineficácia da esterilização durante a preparação culinária.

Mas entre os alimentos mais frequentemente responsáveis por surtos de salmonelose ocupam os ovos posição relevante.

Desde há muito se conhecia o perigo da ingestão de ovos de pata pela frequência com que estão infectados por múltiplas espécies de salmonelas e certamente relacionado com os hábitos anti-higiênicos dessas aves. Mas por investigações sistemáticas, em vários países, se comprovou recentemente uma importante percentagem de infecções desta natureza também nos ovos de galinha. Tratando-se dum alimento de largo consumo público, muitas vezes ingerido cru ou insuficientemente esterilizado (escalado por ex.), compreende-se a sua particular importância casual.

A infecção dos ovos produz-se durante a sua formação no oviducto, mas está provado igualmente a possibilidade da sua contaminação posterior através da casca.

Pela relativa frequência com que estão, duma ou doutra maneira, infectados e pelo óptimo meio de desenvolvimento que constituem, os ovos são especialmente perigosos quando, batidos em numeroso conjunto, ficam algumas horas a temperatura ambiente favorável. Nestas condições, basta 1 ou somente poucos infectados para que o conjunto atinja rapidamente a fase logarítmica de crescimento bacteriano. A partir deste momento o pessoal de cozinha passa a contaminar, todos os alimentos já preparados ou não, todos os utensílios, louças e vidros com cultura pura de salmonelas. Assim se compreende facilmente uma das principais razões das dificuldades de inquérito epidemiológico quando a infecção alimentar surge após a ingestão dos mais variados alimentos durante um banquete, num hospital, etc.

#### b) — *Formas secundárias*

Mas os alimentos já preparados e insuficientemente preservados, podem sofrer uma contaminação accidental por intermédio dum vector intermediário portador são ou convalescente de salmonelas. Citaremos os mais frequentes.

São inúmeros os trabalhos já publicados sobre a frequência de formas inaparentes de salmoneloses em cães e gatos. Ora, sobretudo nos grandes aglomerados urbanos, onde cada vez mais os cães se misturam com os homens, não é exagero suspeitar das possíveis consequências desta excessiva intimidade.

Outros vectores importantes são os ratos. Enquanto a ratazana constitue hospedeiro frequente de *S. enteritidis* e o ratinho alberga mais vezes a *S. typhimurium*, podem, uns e outros, excretar estas ou outras variedades de salmonelas pelas fezes e urina durante períodos consideráveis.

Enorme perigo de difusão deste tipo de infecções representou o uso de «vírus» vivos como raticidas e que incluíam, quase todos, estirpes altamente virulentas de *S. enteritidis*. Na verdade, mortíferas epizootias murinas se produziam, mas os muitos que resistiam vieram avolumar perigosamente a legião de tão perigosos portadores.

Daí a proibição em quase todos os países desses raticidas bacterianos.

Outro grupo importante de vectores intermediários é formado pelos insectos.

Se a responsabilidade da mosca doméstica não parece ser muito acentuada o mesmo não acontece com as baratas. Com efeito, vários trabalhos recentes demonstraram a possibilidade de

infecção inaparente destes insectos por salmonelas patogénicas e se recordarmos a sua frequência e densa infestação em muitas cozinhas colectivas e industriais, poderemos deduzir a sua especial importância causal.

Para melhor elucidação citaremos um exemplo publicado recentemente:

Em determinada escola inglesa surgiram repetidas vezes, entre os alunos e o pessoal, surtos de *S. typhimurium*.

Feitos os respectivos inquéritos epidemiológicos, sucessivos alimentos foram incriminados. Tomadas as medidas profilácticas apropriadas os casos de salmonelose continuaram a eclodir.

Registada a infestação da cozinha e dispensa por baratas, procederam os autores ao exame bacteriológico do conteúdo intestinal de alguns insectos e encontraram com notável frequência *S. typhimurium*. A desinfestação periódica com Gamexane resolveu definitivamente o problema.

E para terminar este importante capítulo das fontes de contágio de salmoneloses vamos referir-nos aos *portadores humanos*.

Em síntese o problema pode ser posto do seguinte modo. Parece não haver dúvidas na actualidade de que todas as espécies de salmonelas, embora em percentagem diferente, podem originar no homem 3 tipos de quadro mórbido: 1 — infecções septicémicas com metástases supuradas em vários órgãos, mais frequentes com a *S. cólera suis*; 2 — quadros febris prolongados com toxemia, semelhando a febre tifóide; 3 — formas de gastro-enterite aguda de benignidade manifesta.

Se nestas últimas formas a eliminação bacilar pelas fezes e urina se limita quase sempre a um curto período de convalescência, o mesmo não acontece nas formas septicémicas e nas que evoluem com um quadro tífico em que as alterações histopatológicas semelham as do grupo tifo-paratífico.

Em tais formas clínicas se criam condições histopatológicas e patogénicas sobreponíveis às deste último grupo de afecções e com elas a maior probabilidade de originarem portadores crónicos.

Por outro lado, tem vindo a ser anotado em todo o mundo uma maior frequência de formas septicémicas de salmoneloses na espécie humana, principalmente em crianças, o que permite prever um aumento progressivo da responsabilidade dos portadores crónicos humanos na difusão destas afecções.

## II

### FENOMENOLOGIA

Começaremos por insistir num dos aspectos clínicos mais importantes das salmoneloses — o *período de incubação*.

Pode dizer-se, dum modo geral, que períodos de incubação inferiores a 1 hora estão relacionados com tóxicos químicos, de 1 a 4 horas com toxinas, principalmente com a enterotoxina estafilocócica e superiores a 4 horas com salmonelas. Neste último caso ainda existe um outro aspecto muito característico: como os sintomas estão relacionados com uma infecção, seguem a lei geral de que a multiplicação de germens no organismo, além de exigir um certo tempo, este é amplamente variável com o diferente grau de resistência individual e daí a grande variação do período de incubação nos vários indivíduos sujeitos ao contágio. Ao contrário do que acontece com a ingestão de toxinas já elaboradas em que o surto epidémico surge dum modo mais explosivo.

Pròpriamente sobre a sintomatologia dispensamo-nos de descrever os quadros típicos e septicémicos, sobejamente conhecidos e onde é possível isolar o agente por hemocultura (5 casos na nossa casuística).

As formas gastroenteríticas iniciam-se quase sempre por cefaleias, intensos arrepios a que se seguem rapidamente vômitos mais ou menos intensos, diarreia profusa e cólicas abdominais. Em breve todo o quadro clínico é dominado por acentuada desidratação, rápida diminuição da volemia que predispõe ao colapso vascular e intensa redução da clorémia que desencadeia fortes caimbras musculares. Assim, se geram quadros mórbidos alarmantes que podem conduzir à morte, sobretudo em crianças, velhos e indivíduos de saúde anterior precária, se não intervém rapidamente uma enérgica terapêutica com abundante adminis-



tração intravenosa e subcutânea de soros salinos, apoiada em potentes analépticos (sympatol por ex.), associados a desoxicorticoesterona de preferência solúvel.

Mas na maioria dos casos, mesmo espontaneamente, toda a sintomatologia cede em 1 a 3 dias e o doente entra rapidamente em convalescença.

Nas formas mais severas o esforço do vômito conduz à eliminação do suco gástrico sanguinolento e o mesmo acontece por vezes com o aspecto das fezes. A febre pode atingir graus elevados, mas raras vezes se mantém mais de 2 dias.

Embora não exista nas salmoneloses um quadro gastroenterítico diferenciável do das outras toxinfecções alimentares, dum modo geral pode dizer-se que nelas a componente de enterite é mais pronunciada, ao contrário das formas produzidas por enterotoxina estafilocócica em que dominam, pelo menos de início, as manifestações de gastrite.

Neste último caso não existe habitualmente febre e a evolução, embora muito tempestuosa de início, extingue-se em poucas horas.

### III

## TRATAMENTO

Temos de insurgir-nos desde já contra a prejudicial rotina da prescrição imediata de antibióticos a que não escapa este grupo de afecções. Está seguramente averiguado experimental e clinicamente que ainda não existe na hora actual qualquer antibiótico capaz de actuar eficazmente na maioria das salmoneloses do grupo de que estamos tratando.

De facto o cloranfenicol tem consolidado o brilhantismo dos seus resultados na febre tifóide, mas tem uma acção muito discreta nas paratifóides e é quase desprovido de acção nas restantes salmoneloses. Quanto à acção dos outros antibióticos de largo espectro de acção (aureomicina, terramicina, ezitromicina, etc.), ainda é mais insegura.

Além disso dificilmente se compreenderia, mesmo que tivessem acção específica, que qualquer desses antibióticos pudesse actuar em pleno fastígio dos sintomas gastroenteríticos dada a segura impossibilidade da sua absorção nessa fase da doença.

Representa por isso uma falta de técnica, que mais agrava o padecimento dos doentes, a administração inicial nas salmoneloses de qualquer antibiótico.

O problema crucial que urge resolver é, como já dissemos, a correcção das sérias perturbações do equilíbrio hidrosalino certamente existente.

Usamos no nosso Serviço hospitalar a administração imediata em fleboclise de 1 a 2 litros duma mistura em partes iguais de soro fisiológico e glucosado isotónico a que juntamos 10 a 20 mgs. dum preparado solúvel de D.O.C.A. (Percortene hidrosolúvel, Cortiron hidrosolúvel, etc.).

O aquecimento do doente, a administração de analépticos (sympatol, coramina 5 cc., etc.) e a dieta absoluta, mesmo de líquidos, completam o tratamento nas primeiras horas.

Extintos os vômitos poderá iniciar-se uma dieta adstringente com farináceos e caldos de carne com massa fina a que se junta sal em quantidade suportável pelo paladar do doente.

Se a diarreia persiste no 2.º dia de evolução e a hemocultura foi positiva é a oportunidade de ensaiar, sem demasiada convicção, o cloranfenicol, em doses elevadas, 100 a 200 mgrs./kg. de peso, distribuídas em doses fraccionadas de 4 em 4 horas. Em nossa experiência, mais de 90 % dos casos curam sem qualquer antibiótico e nos restantes os resultados não convencem, quando se comparam com o brilhantismo dos resultados na *S. typhi*.

### C) — T. I. A. DE VARIADA E MAL DEFINIDA ETIOLOGIA

Além das toxinfecções alimentares bacterianas incluídas nos dois grupos anteriores, etiológicamente bem definidas, têm sido descritos raros surtos epidémicos ligados a outros sub-grupos das Enterobacteriaceae (*Escherichia*, *Klebsiella*, etc.) ou de *Clo-*

*tridium*, *Proteus*, etc. Trata-se, no entanto, de acidentes muito mais raros e nem sempre isentos de crítica quanto à valorização da respectiva etiologia. O seu interesse prático é, portanto, muito limitado e por isso nos dispensamos de mais detalhes.

## PROFILAXIA

Demonstrada a importância sanitária das T. I. A., constitui um importante problema de Saúde Pública a sua prevenção. Mas a elaboração dum plano nacional apropriado exige o prévio conhecimento da sua incidência no nosso País e sobretudo das espécies bacterianas mais responsáveis e respectivos veículos de transmissão.

Assim, embora não se trate de doença de notificação obrigatória, seria do maior interesse que os clínicos procedessem à imediata participação de ocorrências desta natureza à autoridade sanitária mais próxima, tomando desde logo a valiosa precaução de fazer *resguardar os restos do alimento suspeito*.

Competirá à autoridade sanitária local a elaboração do respectivo inquérito epidemiológico e a colheita de produtos para a análise. No intuito de satisfazer a curiosidade de alguns interessados apresentaremos no final deste trabalho o modelo da ficha de inquérito inicial por nós utilizada na Delegação de Saúde de Lisboa.

Própriamente sobre normas preventivas, além dos princípios gerais deduzidos da nossa exposição, competirá aos Serviços de Saúde em íntima colaboração com os Serviços Pecuários, a detalhada elaboração das normas de produção industrial e das condições de venda ao público, sobretudo de alimentos de consumo cru, de forma a elucidar as pessoas de boa fé e a responsabilizar implacavelmente os prevaricadores.

A complexidade do problema exige aturado estudo e por isso aguardamos com excepcional interesse a anunciada realização, entre nós, dum Simposium que abranja todos os aspectos deste palpitante tema a que não soubemos dar o brilhantismo que merecia.

## RESUMO

As toxinfecções alimentares bacterianas têm aumentado, recentemente, mesmo em países de modelar sanidade e a causa do insucesso está mais ligada a novos hábitos alimentares da população do que ao aumento de alimentos originalmente infectados.

As causas fundamentais desse são: a demora no consumo dos alimentos preparados com antecedência; a defeituosa conservação e refrigeração dos alimentos já preparados; o consumo de alimentos crus preparados em más condições de higiene geral; matéria prima impura e muitas vezes clandestina; insuficiente protecção de contaminações acidentais dos alimentos já preparados para a venda ao público; *procedência anónima* da maioria desses produtos.

Os quadros clínicos das diferentes formas de T. I. A. são dominados por uma gastroenterite aguda mais ou menos intensa e em que o período de incubação é o melhor elemento de distinção. Entre 2 e 6 horas para a enterotoxina estafilocócica e mais de 6 horas para as salmonelas. Nas primeiras a evolução é apirética e nas segundas febril embora durante um período variável.

Sob o aspecto terapêutico basta, na maioria dos casos, corrigir as perturbações do equilíbrio hidro-salino com soro fisiológico em alta dose e a tendência ao colapso com analépticos (sympatol, por ex.) associados a um preparado hidrosolúvel de D. O. C. A. (cortiron solúvel, por ex.). Quanto ao valor dos antibióticos nas salmoneloses, os resultados experimentais não são de molde a inspirar qualquer confiança e, além de tudo, são quase sempre dispensáveis, dada a rápida tendência para a cura espontânea.

Para elucidação etiológica é indispensável *resguardar os restos do alimento suspeito* e enviá-los com os produtos colhidos nos doentes (vômito, zaragatoa rectal, etc.) para o laboratório.

(Lição proferida no V Curso de Aperfeiçoamento Médico Sanitário, organizado pelo Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos).



**ANEXO**

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE

DELEGAÇÃO DE SAÚDE DE LISBOA

SERVIÇO DE PROFILAXIA DO DISTRITO

**INQUÉRITO DE TOXI-INFEÇÃO ALIMENTAR**

Caso N.º ..... freguesia .....

Concelho .....

Origem da Toxi-infecção .....

Data do inquérito .....

Por .....

Nome .....

Idade ..... Sexo .....

Morada .....

Profissão ..... Espécie de trabalho .....

**DADOS CLINICOS**

1.º sintoma ..... surgiu às .....

horas do dia ..... Outros sintomas iniciais:

Vómitos ..... ; Diarreia .....

de aspecto ..... Cefaleias .....

Dores abdominais ..... Tipo .....

Caimbras musculares .....

Colapso ..... T. A. .... às .....

do dia ..... Temperatura .....

NOTA: Marcados segundo a intensidade (-); (++++) (+++)  
(++-- -) (+----).

Duração total da evolução .....

Resultado .....

**EXAMES LABORATORIAIS (\*)**

Tipo da análise	Material colhido	Resultado	Data	Laboratório
Cultura de fezes	Fezes .....			
	Zaragatoa rectal			
Reacção de Widal				
Outras análises (Suco gástrico, etc.)				

(\*) A executar antes do emprego de qualquer indicação.  
As análises serão feitas gratuitamente pelo Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge por intermédio das Delegações ou Sub-Delegações de Saúde.

**INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO**

1) **Penúltima refeição** — Ingerida às ..... horas

do dia .....

— Confeccionada às ..... horas

por .....

**AGREGADO FAMILIAR E COMENSAIS DA PENÚLTIMA REFEIÇÃO**

CONSTITUIÇÃO DA REFEIÇÃO DE CADA UM DOS COMPONENTES

NOME	Alimentos ingeridos individualmente						
	Carne	Enchidos	Peixe (Mariscos)	Ovos	Gelados	Outros (Bolos, etc)	Outros (Queijo, etc)
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							

Alimentos comuns .....

2) **Última refeição** — Ingerida às ..... horas

do dia .....

— Confeccionada às ..... horas

por .....

**COMENSAIS DA ÚLTIMA REFEIÇÃO E EMENTAS INDIVIDUAIS**

NOME	Ementas individuais						
	Carne	Enchidos	Peixe	Ovos	Gelados	Outros	Outros
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							

Alimentos comuns .....

Alimento suspeito .....

adquirido em ..... / ..... / ..... / 19 ..... Fornecido por .....

..... Morada .....

Fabricado por .....

..... Morada .....



### POSSÍVEIS FONTES DE INFECÇÃO

Doenças recentes no agregado familiar (data, natureza, resultado de análises):

.....  
.....  
.....

#### PESSOAL QUE TRABALHA NA COSINHA

NOME	Data da ent. serv.	Doenças recentes	Data
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

#### DETALHES SOBRE A CONFECÇÃO DO ALIMENTO SUSPEITO

Início da preparação às ..... horas do dia .....; terminada às .....

Servida às ..... horas. Foi utilizada refrigeração? ..... das .....

horas às ..... horas. Foram utilizados alimentos servidos em

refeição anterior? .....

Quais? .....

Outros detalhes de preparação e conservação .....

#### EXAMES LABORATORIAIS DOS COMENSAIS

NOME	Zaragatoa Rectal	Fezes	Urina	Exs. faríngeo	Sangue	Data
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

#### ALIMENTOS SUSPEITOS

Alimento suspeito	Exames Bacteriológicos	Exame químico	Exame biológico	Data
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

### CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA COSINHA

Limpeza: Boa .....; Má .....

Iluminação: Boa .....; Má .....; Péssima .....

Animais: Gatos .....; Cães .....; Papagaio .....

Canários .....; Outros ..... Lavatório na cozinha:

..... Pia de despejo privativa .....

Recipiente do lixo: ..... Fechado ..... Limpo .....

Moscas: ..... Armários ou redes .....

Frigorífico: ..... Estado de limpeza .....

Contém alimentos em má conservação? .....

Foram sequestrados? ..... Data .....

#### DISPENSA E COPA

Limpeza: Boa .....; Má .....

Existem tulhas individuais? ..... Fechadas? .....

Protecção suficiente contra os ratos .....

Contra as moscas ..... Usam habitual-

mente preparados desinfectantes? ..... Quais? .....

Raticidas? ..... Formicidas? .....

Foram encontrados recentemente ratos mortos? .....

Observações: .....

.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....

Inquérito executado em ..... de ..... de ..... às ..... horas.  
por .....



# MOVIMENTO MÉDICO

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

## ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

### Tratamento da Insuficiência Cardíaca Congestiva

O tratamento, eficaz, do edema provocado por insuficiência congestiva deve estar directamente relacionado com as perturbações básicas fundamentais. Os modernos investigadores senhores de melhores técnicas, incluindo a cateterização cardíaca, mostraram que a causa da insuficiência cardíaca congestiva está no próprio coração. A debilidade do miocárdio, que se manifesta por uma contractibilidade inadequada, inicia o quadro da insuficiência congestiva. Dentro de largos limites, os ventrículos direito e esquerdo são capazes de receber, durante a diástole, maiores quantidades de sangue e expulsar esses maiores volumes para as circulações pulmonar e geral.

No início da insuficiência cardíaca, o ventrículo já não consegue esvaziar-se, completamente, durante a sístole, não enchendo os vasos, é a «insuficiência a juzante». O sangue residual dos ventrículos, no final da sístole, impede o enchimento diastólico. O sangue acumula-se nas aurículas, veias pulmonares, circulação geral e nos pulmões é a «insuficiência a montante». Portanto, a incapacidade dos ventrículos leva simultaneamente à «insuficiência a montante e a juzante».

#### MEDIDAS GERAIS

O edema da insuficiência congestiva pode tratar-se, obtendo-se resultados satisfatórios com: repouso, digitálicos, diuréticos, equilíbrio salino, restrição de água, sedativos e eliminação do edema por paracentese.

O repouso tanto físico como emocional continua a ser um princípio terapêutico fundamental, no tratamento da insuficiência congestiva. As melhoras obtidas pelo repouso são proporcionais à redução das actividades. Geralmente, obtém-se o máximo efeito com o completo repouso, na cama, estando o doente semi-deitado ou sentado.

As necessidades metabólicas do corpo ficam, assim, reduzidas; o trabalho cardíaco é menor, diminuindo também o trabalho ventricular; o pulso melhora e a eficiência cardíaca aumenta.

Com esta medida, a dispneia e a cianose vão desaparecendo e, por vezes, surge uma diurese abundante. Esta diurese é fisiológica, mantém-se a isotonicidade dos fluidos do corpo, pois as perdas de cationes e aniões são equivalentes.

**Digitálicos.** São as drogas mais importantes, no tratamento da insuficiência congestiva, porque melhoram a fraca contracção cardíaca, sua causa fundamental, que origina, por exemplo, o edema e a dispneia. Aumentam o vigor da sístole cardíaca e diminuem a dilatação do coração. A eficiência cardíaca melhora.

Empregam-se, actualmente, com bons resultados, diversos preparados. Os vários glicosídeos digitálicos têm, qualitativamente, uma acção semelhante, e uma margem idêntica entre a dose terapêutica e a dose tóxica. O internista deve escolher só um ou dois destes medicamentos, e, pelo seu uso contínuo, familiarizar-se intimamente com as suas características farmacológicas nas mais diversas circunstâncias e nos diferentes doentes. São necessárias drogas de acção prolongada e outras de acção rápida; estas para situações de urgência, e que possam ser administradas por via endovenosa.

A digitoxina é, quando se tem em vista uma acção prolongada, um dos medicamentos escolhidos. A sua standardização é mais perfeita e a sua potência mais uniforme do que a da

folha de dedaleira; a irritação gástrica é menor, a absorção é mais completa e rápida, e o preço é, só, ligeiramente superior ao do das folhas. Quando dada pela boca, a acção da digitoxina faz-se, geralmente sentir ao fim de 30 minutos, o seu máximo efeito obtém-se ao fim de 6 a 8 horas. A relação entre a dose terapêutica e a dose tóxica é, aproximadamente, a das folhas de dedaleira.

A digitoxina é eficaz em doses de 0,05 mg, 0,1 mg, 0,15 mg e 0,2 mg que equivalem, grosso modo, a 0,05 g, 0,15 g e 0,2 g de folhas de dedaleira, isto é uma razão de 1 para 1.000.

A dose média de «digitalização», para um hipotético doente de 70 quilos, é de 1 a 2 mg de digitoxina, contudo doentes que necessitam quantidades menores, podem sofrer uma intoxicação com essa dose; outros exigem uma dose, duas ou mesmo três vezes maior do que a dose média, para obterem efeitos terapêuticos. Para a maior parte dos doentes, a determinação da dose conveniente de digitálicos deve estar de acordo com a frase clássica de Withering: «...continuar a sua administração até actuar nos rins, no estômago, no pulso ou nos intestinos; parar ao primeiro sinal da sua acção num destes órgãos».

Devemos observar, com cuidado, o aparecimento da anorexia, pois é o primeiro sinal da toxicidade, sendo desnecessário esperar por outras manifestações mais sérias e penosas de intoxicação pelos digitálicos. Deve, em certas circunstâncias, tentar-se o risco da hiper-digitalização, embora estejam descritos casos em que o primeiro sinal de hiperdigitalização foi grave ou mesmo fatal.

Aconselha-se aos doentes que não tenham tomado nenhum preparado digitálico, nos últimos 10 dias, e que não estejam em situação de urgência, uma dose inicial de 0,4 mg, seguida de doses de 0,2 a 0,4 mg com 4 a 12 horas de intervalo, conforme a urgência da situação, peso do doente e resposta terapêutica. Se o doente tem fibrilhação auricular, completa-nos estas informações o pulso e a frequência ventricular.

Para a continuação da digitalização deve determinar-se a dose de manutenção. Alguns doentes precisam de 0,1 mg diário, outros de 0,3 mg. A resposta terapêutica é-nos dada por sinais e sintomas clínicos, e especialmente: diminuição da ingurgitação venosa, da dispneia, cianose e da frequência cardíaca e aumento da diurese. Nalguns casos podem aparecer alterações electrocardiográficas motivadas por digitalização incompleta.

Em situações de emergência, em que é necessário fazer uma digitalização rápida e se desconhece a quantidade de digitálicos que o doente já tomou, está indicado um preparado de acção rápida como a Digoxina ou a Onabaina. O lanatosido C pode ser dado endovenosamente numa primeira dose de 0,8 mg, seguida de 2 a 3 doses de 0,4 mg com 2 a 6 horas de intervalo, até se atingir o máximo efeito terapêutico. A dose média total é de 1 a 4 mg. A sua acção dura, aproximadamente, 12 a 36 horas. Idênticamente, a digoxina pode ser dada numa dose inicial de 0,5 mg, seguida de doses de 0,25 mg de hora a hora. A dose média total é cerca de 1,5 mg.

Em geral, não é aconselhável a administração intramuscular, pois a absorção é incerta e pode haver irritação local; excepto nas situações de urgência, a administração da digitoxina pela boca satisfaz.

**Sedativos.** Usam-se geralmente a «Meperidene», um dos barbitúricos ou o hidrato de cloral. Os sais de sódio dos barbituratos ou de outras substâncias não devem ser receitados aos doentes, submetidos a dietas pobres de sal.



Tanto a morfina, como os seus equivalentes devem ser evitados, devido ao seu efeito depressor, da respiração e do reflexo da tosse, excepto em determinados casos como seja o edema pulmonar. No enfisema pulmonar intenso, o seu emprego é perigoso.

*Oxigenoterapia* é útil quer por máscara, cateter nasal ou tenda. Escolhe-se o método de administração conforme as reacções do doente; com a máscara, alguns acusam aumento da dispneia, agitação e hiperventilação. Nos doentes com enfisema pulmonar e com cianose intensa, o oxigénio, em altas concentrações tais como 90 %, pode remover os estímulos anóxicos da respiração e assim originar depressão respiratória, coma ou mesmo morte.

*Diuréticos, Sal e Água.* Consideremos agora o nosso tratamento do edema propriamente dito. Deve-se calcular a medida em que o doente vai perdendo o edema em resposta à terapêutica. O processo mais simples e mais exacto é o da determinação do peso do indivíduo, todas as manhãs, antes das refeições; estas pesagens devem ficar registadas. A medicação diária da urina é aconselhável, mas não essencial. Nos estados de insuficiência congestiva está aumentada a susceptibilidade a infecções pulmonares ou mesmo a outras. Pode dar-se como medida profiláctica injeções intramusculares de penicilina-procaína nas doses de 300.000 U com intervalos de 12 a 24 horas.

Apesar de não nos ser possível fazer, neste artigo, uma discussão completa sobre a patogenia do edema, devemos ter presente alguns dos factores fundamentais. Como vimos anteriormente, a diminuição do fluxo para juzante e a acumulação para montante, com o aumento da ingurgitação venosa e da pressão, predispõe à acumulação de água e de electrólitos em todos os tecidos do corpo. Os efeitos desta hemodinâmica anormal são muito importantes, especialmente nos rins; o factor renal na insuficiência congestiva é de decisiva importância.

Quando a saída de sangue para os tecidos se reduz, a quantidade cedida aos rins baixa desproporcionalmente ao resto do corpo. Aparece, também, estase nas veias dos rins; o volume do filtrado glomerular é muito reduzido. Além deste volume reduzido de filtrado glomerular que desce para os túbulos, dá-se uma reabsorção maior do que a normal, de bases fixas tais como de sódio, e a água regressa à corrente sanguínea.

A menor filtração glomerular e a maior reabsorção tubular são de importância capital na patogenia da insuficiência congestiva e exigem uma correcção terapêutica. Os digitálicos provocam o aumento da corrente sanguínea e da filtração glomerular; os diuréticos diminuem a reabsorção tubular.

*Deve prescrever-se a diminuição da ingestão de sal.* De início e, particularmente, se o doente é obeso ou bem nutrido pode aconselhar-se uma dieta simples de 4 a 6 copos de leite, isto é 1.000 a 1.500 cc. diários; são administradas aproximadamente 1.000 a 1.500 calorias e 500 a 750 mg de sódio. Não são, geralmente, necessárias dietas só com 200 a 500 mg de sódio. Dietas pobres de sal e contendo maiores quantidades de calorias, vitaminas e de outras substâncias fundamentais podem ser receitadas de acordo com as necessidades individuais do doente. Usam-se com vantagem dietas já feitas «Recipes for a Low Salt Diet» do American Heart Association. Podem ser permitidas, por vezes, quantidades de cloreto de sódio superiores a 2 e 3 g, para conservar o peso do indivíduo, especialmente, se este está subnutrido ou se tem hipoproteinémia. É, frequentemente, aconselhável o aumento da ingestão de proteínas e vitaminas suplementares.

*Água.* É permitida, no regimen de restrição de sal, a quantidade de água suficiente para que o doente se sinta bem disposto, geralmente volumes superiores a 2.000 ou 3.000 cc.; grandes limitações são desnecessárias e indesejáveis; quantidades de 6 l. ou mais, como já têm sido aconselhadas, não beneficiam nada e acarretam alguns riscos.

*Diuréticos.* Os diuréticos mercuriais são, geralmente, essenciais para o tratamento do edema. Os diuréticos de xantina são relativamente fracos e a sua administração oral é vantajosa só como auxiliar, no intervalo das injeções. Os sais de sódio ao contrário dos sais de cálcio, podem ser usados para este fim. Um dos preparados mercuriais, contendo mercúrio orgânicamente ligado à teofilina, pode ser dado em injeções intramusculares profundas, na dose de 2 cc. É aconselhável, a sua administração de manhã cedo com o fim de se obterem diurese, predominantemente, durante o dia. Se se desconhece a reacção do

doente deve ser dada uma dose inicial de 0,5 ou 1 cc. Nos doentes, com fraca absorção nas áreas edematosas deve empregar-se a mercaptomerina («Thiomerin») que pode ser injectada no deltoide. Pode também dar-se subcutaneamente (provoca uma ligeira dor), podendo ser injectada pelo próprio doente, se for necessário. Quando são administradas, primeiramente, ao doente 3 a 4 g de cloreto de amónio, durante um ou mais dias, intensifica-se a acção dos diuréticos mercuriais. Nalguns pacientes, a frequência das injeções pode ser reduzida, dando cloreto de amónio, intermitentemente, isto é, durante três ou quatro dias a seguir, todas as semanas. Grandes doses provocam sintomas gastro-intestinais e retenção de cloretos com acidose.

Alguns doentes apresentam sensibilidade ou idiosincrasia aos diuréticos mercuriais. Podem aparecer pruridos, erupções cutâneas, estomatites, sabor metálico, perturbações gastro-intestinais, dor local prolongada e endurecimento no local da injeção. Por vezes, estas desagradáveis reacções podem ser evitadas com o emprego de preparados diferentes e em doses mais pequenas. Os anti-histamínicos são, com frequência eficazes no tratamento das manifestações cutâneas. O «British anti-Lewisite» (BAL) pode ser usado no tratamento das manifestações tóxicas, mas não deve ser utilizado, simultaneamente, com os mercuriais pois bloqueia a acção diurética renal tubular.

## TRATAMENTO DA EVOLUÇÃO CLÍNICA

Deixemos este assunto e voltemos ao nosso doente e supunhamos que está confortavelmente sentado na cama ou numa cadeira, conforme preferir. Se o nosso exame clínico revelar dispneia e dificuldade respiratória, devido a derrame pleural ou ascite, está indicada uma paracênese. Se o doente está seriamente mal, se a tensão venosa, traduzida por um ingurgitamento das veias do pescoço e de outras, é elevada, se a cianose é intensa e se a hemoglobina tem valor normal ou elevado está indicado uma sangria de 250 a 500 cc. A flebotomia pode, por vezes, estar contra-indicada em doentes com cor pulmonale e secundariamente com policitemia compensadora.

Depois de se iniciar o tratamento pelo repouso, estão indicados os digitálicos, diuréticos, dieta, sedativos e oxigenoterapia conforme o estado do doente o regimen terapêutico pode ser regularizado ou ampliado de acordo com as necessidades do enfermo.

O principal guia para se obter um regimen óptimo é a resposta ao tratamento dos sinais e sintomas clínicos de insuficiência cardíaca; são de particular importância a pesagem diária do doente e a medição de urina, também, diária. As determinações da capacidade vital, podem ser úteis nos doentes que sofrem, previamente, de congestão pulmonar. Nos casos de edema muito acentuado é preferível às grandes diurese, mas irregulares, uma perda de peso de 1 a 2 quilos por dia; especialmente, nos doentes idosos do sexo masculino, nos quais uma grande diurese pode originar uma distensão aguda da bexiga e uma retenção urinária. A perda repentina de grandes volumes do edema pode ser acompanhada de perdas consideráveis de bases e entre elas de sódio, de potássio e cálcio. Os espasmos musculares, a astenia, as náuseas e os vômitos juntam-se às outras queixas do doente. Também, tem sido referido, nestas circunstâncias a predisposição ao infarto pulmonar; se o mau estar é considerável e se é provocado, sem sombras de dúvidas, pelas diurese irregulares, deve administrar-se 1 a 2 g de cloreto de sódio pela boca ou se existe náusea, parentericamente. Nalguns doentes que se queixam de náuseas com os diuréticos mercuriais, deve administrar-se sumo de laranja ou cloreto ou citrato de potássio, pela boca, na dose de 1 a 2 g durante as 24 horas, a seguir à injeção.

Na maior parte dos casos, 1 a 2 cm<sup>3</sup> de diuréticos mercuriais podem originar uma perda de 1,3 a 1,6 quilos; devem ser dados dia sim, dia não, num total de 2 a 4 doses, juntando-se-lhe, se for necessário, um dos sais acidificantes. Quando todos os sinais de edema tiverem desaparecido e o peso não estiver sujeito a oscilações, conseguiu-se o «peso seco» (dry weight) do doente. O intervalo entre as doses pode, então, ser prolongado por um ou dois dias se o doente não recuperar mais de 500 g nas seguintes 48 horas. Devem-se tentar todos os esforços para manter o doente com o seu «peso seco». Durante este longo período de cuidados, nos doentes crónicos, o peso seco pode diminuir vagarosa e gradualmente devido à caquexia; os



# QUIMIOTERAPIA DA TUBERCULOSE

## NEOESTREPTOMICINA

**ESTREPTOMICINA BASE (sob a forma de sulfato) . 0,5 GR.**  
**DIHIDROESTREPTOMICINA BASE (sob a forma de sulf.) 0,5 GR.**  
**NUM FRASCO**

A associação dos dois sais de estreptomicina em partes iguais, melhora a tolerância local, reduz a toxicidade e aumenta a eficiência.

...Algumas espécies de bacilos de tuberculose, desenvolvem rapidamente resistência a esta droga parecendo vantajoso que esta seja usada com a estreptomicina, ou provavelmente a concorrente ministração das três drogas (Estreptomicina + P. A. S. + Isoniazide), que provou ser o regime terapêutico mais activo...

*David T. Carr*

*J. A. M. A. 150:1170 (22 de Novembro de 1952)*

...que a associação entre si destes três medicamentos (Estreptomicina - P.A.S. e Isoniazide) aumentava a sua eficácia e enfraquecia sensivelmente os riscos de resistência.

*Fernand Cardis*

*Revue Médicale de la Suisse Romande, Fevereiro de 1953*

## SANIDRAZIDE

**ISONIAZIDE 0,050 GR.**

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

## APAS

**P. A. S. CÁLCICO A 0,50 GR.**

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

## CALCIDRAZIDE

**IZONIAZIDE . . . . . 0,015 GR.**  
**P. A. S. CÁLCICO . . . 0,50 GR.**

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

# LABORATÓRIO SANITAS



Um produto "ANDRÓMACO"

# TALIPECTIN

ANDRÓMACO

**Para a quimioterapia das afecções intestinais  
de origem bacteriana**

Ftalilsulfacetamida — Pectina

Caulino coloidal

**Em forma de emulsão. Isento de açúcar.  
De fácil administração em medicina infantil.**

## INDICAÇÕES:

Colites ulcerosas. Disenterias bacilares. Enterites disenteriformes infantis. Intoxicações alimentares. Salmoneloses. Fase pre-operatória cirúrgica, etc.

PREPARADO NOS

LABORATÓRIOS



ANDRÓMACO, L.ª

Rua Arco do Cego, 90

Lisboa — Portugal



líquidos extra-celulares não visíveis podem acumular-se. Por isso o verdadeiro peso seco deve ser avaliado todos os meses. A quantidade de líquido reacumulado não deve exceder a que pode ser removida com uma simples administração de 1 ou 2 cc. de um diurético mercurial. Com o decorrer do tempo, é muitas vezes possível, uma dieta mais liberal sem a necessidade de aumentar a frequência dos mercuriais. O emprego de substitutos do sal agrava, nalguns doentes o gosto da dieta. Outros condimentos tais como pimenta, mostarda, vinagre, canela, alhos são permitidos e até úteis.

É muito importante não dar nenhum diurético mercurial a doentes com nefrite activa. É, por vezes, muito difícil reconhecê-la, particularmente, se existe no sedimento albuminúria, leucócitos ou glóbulos vermelhos, e se os valores do azoto não proteico, no sangue, sobem a 70 ou 80 mg por 100 cc.; estes sinais podem aparecer na insuficiência congestiva, mesmo quando não existe doença renal intrínseca. A densidade da urina é-nos muito útil; uma densidade elevada é a favor de insuficiência congestiva enquanto que uma densidade baixa de 10, 12 ou menos, na presença de oligúria, aumenta a suspeita de doença renal. Nestas circunstâncias devem ser dadas doses pequenas de mercuriais, como por exemplo 0,5 cc., e verificado durante 12 horas os seus efeitos na urina, e o peso do corpo do doente na manhã seguinte. Deve recordar-se, que nos doentes com insuficiência congestiva, a ausência da resposta terapêutica aos diuréticos mercuriais é provavelmente devida a acumulações tóxicas. Nestes casos devem receitar-se as xantinas nas doses de 0,5 g a 1 g de aminofilina pela boca ou em supositórios. Os sais de cálcio («Theocalcin») em quatro doses diárias de 0,5 g cada, são melhor tolerados e mais eficazes nalguns doentes. Em comparação com os diuréticos mercuriais, os diuréticos de xantrina são menos potentes e de acção mais irregular. O emprego dos diuréticos mercuriais pela boca, com o fim de manter o «peso seco» do doente tem sido estudado e aconselhado por alguns. Nalguns doentes, os resultados são satisfatórios, reduz a frequência das injecções parentéricas e permite, algumas vezes, a ingestão de maiores quantidade de sódio e de dietas mais nutritivas. Mas sempre que, nos doentes que toleram satisfatoriamente tais regimens durante muitas semanas, aparecem sintomas gastro-intestinais — náuseas, vômitos, espasmos abdominais — de irritação renal, e, por vezes, de grave envenenamento pelo mercúrio e doença renal, este processo de terapêutica tem de ser limitado. Os preparados mercuriais podem ser dados, pela boca, intermitentemente, isto é, todos os meses: três, quatro ou cinco dias durante uma ou três semanas, para obstar à acumulação do mercúrio. Não podem ser usados quando existe doença renal intrínseca. Preparados mais modernos têm sido eficazes, mas o seu valor não foi completamente avaliado até agora.

Em geral, o nosso objectivo é manter o doente em «peso seco», com um regimen agradável, se for possível, de dieta, diuréticos e de actividades diárias. O peso diário é o principal ponto de referência. Esperar pelo aumento da dispneia, do edema das pernas ou da angústia no quadrante superior direito é o mesmo que tratar um diabético com insulina só quando se torna acidótico ou tem glicosúrias abundantes. Os doentes podem adquirir 2,5 ou 5 quilos de líquido do edema antes de se tornar evidente o edema das pernas ou os fervores dos pulmões.

Para determinar um regimen óptimo para cada doente é necessário equilíbrio das diversas medidas, de acordo com as necessidades individuais. E assim alguns doentes podem ter uma dieta mais liberal ou uma maior actividade física, com injecções mais frequentes de diuréticos ou reforçando a acção destes com sais acidificantes tais como o cloreto de amónio.

Durante os últimos anos, a substituição do catião pelas resinas tem sido muito estudada. Esta engenhosa terapêutica, na dose habitual, elimina 2 a 4 g de sódio, diariamente, pelo tubo gastro-intestinal e consequentemente não são necessárias injecções tão frequentes de diuréticos. O entusiasmo por esta terapêutica auxiliar, tem no entanto esmorecido. Não se pode esperar que as resinas permitam um livre uso de sal. Os preparados são desagradáveis ao paladar para muitos doentes e provocam perturbações gastro-intestinais. A dificuldade em manter um regimen satisfatório sem sérios distúrbios electrolíticos de cálcio, potássio e sódio é da maior importância. Quando as resinas são empregadas, deve analisar-se a função renal e quando esta está deprimida, as resinas só devem ser usadas com grande precaução. Geralmente, são preferíveis, os regimens de pouco sal ou mesmo

os dos substitutos do sal e, quando necessário, um maior número de injecções de mercuriais.

## INSUFICIÊNCIA VENTRICULAR ESQUERDA AGUDA

*Edema Pulmonar Agudo.* Esta situação de emergência médica aparece, mais vulgarmente, em pacientes com doença cardíaca hipertensiva. Pode também surgir durante ou depois de um acto cirúrgico, especialmente, se foram administradas soluções salinas ou transfusões de sangue, rapidamente ou em grandes quantidades. Estudos postoperatórios da dinâmica circulatória, em doentes cardíacos, por Altschule e Gilligan mostraram que o soro fisiológico ou a solução a 5 % de glucose administrados em quantidades inferiores a 15 cc. por minuto evitam o aumento, anormalmente grande ou prolongado, da pressão venosa e do volume sanguíneo. A par dos seus efeitos imediatos, as injecções endovenosas, repetidas durante muitos dias, favorecem o desenvolvimento do edema periférico e pulmonar e da dor cardíaca. A dispneia paroxística e a tosse podem progredir rapidamente até ao edema pulmonar com cianose intensa, respiração estertorosa, roncós e sibilos, expectoração hemoptóica e escarros espumosos.

Deve colocar-se o doente em posição de Fowler ou sentá-lo numa poltrona onde, geralmente, se sente mais confortável do que na cama. Se o doente estiver excitado, 15 a 30 mg de sulfato de morfina, dados hipodermicamente, podem salvar-lhe a vida. Se o ataque do doente foi observado precocemente e se a situação é de urgência, estão indicadas 15 a 30 mg de morfina injectadas endovenosamente. Para combater o espasmo brônquico é, por vezes, eficaz a aminofilina, na dose de 0,25 a 0,5 g, endovenosa.

Se o doente não tiver feito tratamento digitalico nos últimos dez dias, pode receitar-se lanatosido C: uma primeira dose de 0,6 a 0,8 mg, endovenosamente, seguida de outras de 0,4 mg de hora a hora até se obter uma resposta favorável. Alguns clínicos preferem, para uma digitalização rápida, a ouabaina ou a digoxina.

A terapêutica pelo oxigénio está urgentemente indicada. Pode ser dada com máscara de oxigénio; um volume de oxigénio de 8 a 10 litros por minuto origina uma concentração de oxigénio de 40 a 60 por cento. Quando se emprega a tenda é necessário um fluxo de oxigénio de 12 litros, por minuto, para atingir uma concentração de 50 a 60 por cento.

Se é impossível utilizar estes métodos, deve-se empregar um cateter nasal ou mesmo um cateter nasal duplo, no caso de os doentes o tolerarem. A administração de álcool etílico juntamente com o oxigénio, com o fim de reduzir a superfície tensional do transudado pulmonar, foi proposta por Luizada, obtendo-se bons resultados.

A estase venosa periférica intensa pode originar uma remoção muito rápida de 500 cc. de sangue. A «flebotomia exangue» é eficaz nesta circunstância. São aplicadas nas quatro extremidades as braçadeiras dos esfigmomanómetros. Insuflam-se ao mesmo tempo e de cada vez três destas braçadeiras até valores ligeiramente superiores aos da pressão diastólica do doente. Se estas pressões ocasionarem mau estar, empregam-se pressões mais baixas. Ao fim de 15 minutos, de compressão, diminui-se, gradualmente, em cada membro, por sua vez a pressão da braçadeira para permitir o restabelecimento da circulação normal, voltando-se a aplicar a compressão, se for preciso, passado uns minutos.

Os diuréticos mercuriais têm, frequentemente, um valor adicional e se não houver contra-indicações devem ser administrados por via intramuscular ou subcutânea, lentamente, depois das medidas descritas acima terem sido iniciadas.

## ESTADOS REFRACTÁRIOS

Por vezes a insuficiência congestiva resiste obstinadamente às medidas terapêuticas habituais e temos, portanto, de rever, cuidadosamente, o esquema de tratamento. Antes de aceitarmos a possibilidade de o doente não reagir devido a uma debilidade cardíaca inrente e irremediável devemos fazer a nós próprios as seguintes perguntas:

1. Será o estado refractário devido a condições etiológicas específicas que possam ser corrigidas?



Certas situações aumentam as necessidades do corpo, em sangue. *Hipertiroidismo, anemia, gravidez, béri-béri, aneurismas artério-venozos e algumas malformações congénitas* tais como a *persistência do canal arterial* podem ser responsáveis pela insuficiência congestiva refractária, pois exigem um aumento do trabalho cardíaco. O tratamento dessas situações pode fazer desaparecer as necessidades, extra, do coração. As *arritmias cardíacas* reduzem a eficiência cardíaca.

Deve-se investigar, também, a existência de um *derrame pericárdio* ou de uma *pericardite constrictiva*.

A *hipoproteinémia* predispõe, não poucas vezes, ao edema nos doentes cardíacos com anorexia e com uma dieta pobre em sódio ou que sofram simultaneamente de doença hepática ou renal.

As *infecções intercorrentes* têm uma acção perniciosa sobre o miocárdio. Deve ter-se sempre em mente a febre reumática, as infecções pulmonares e outras. Deve ser despistada a possibilidade de uma endocardite bacteriana subaguda ou aguda.

A *embolia e o infarto pulmonar* podem, por vezes, ser os responsáveis do estado refractário. Quando existe uma tromboflebite, está indicado o emprego de heparina e de dicumarol. A grande percentagem de embolias pulmonares nos doentes, com insuficiência congestiva, retidos na cama, tem feito que seja receitada uma terapêutica anticoagulante em todos estes doentes desde que não existam contra-indicações específicas e quando, com facilidade, se possam efectuar as análises laboratoriais necessárias.

## 2. *Terá sido a digitalização insuficiente?*

Doses pequenas de digitálicos podem compensar o cardíaco, em repouso mas não quando faz esforços. É necessária uma completa digitalização nos casos refractários. Por vezes, deve-se levar a digitalização até ao aparecimento da toxicidade, apesar de ser uma atitude arriscada e de produzir mau estar.

O aumento, mesmo ligeiro, da dose, como seja o de 0,1 mg de digitoxina em dias alternados pode originar melhoras intensas. A gitalina foi considerada por Hetjmáncik e Hermann como uma droga, particularmente eficaz na insuficiência congestiva refractária. A dose de digitalização é, habitualmente, de 6 a 7 mg e a de manutenção de 0,5 a 1 mg.

Finalmente, devemos lembrar que uma digitalização em excesso, e, em especial, quando provoca extrasístoles pode contribuir para a existência do estado refractário.

## 3. *Trará vantagens um repouso mais completo?*

É essencial para os doentes o emprego moderado de sedativos, durante o dia e o repouso total à noite. Os doentes devem estar comodamente recostados numa cama ou sentados numa grande e confortável cadeira. Devem usar meias elásticas com o fim de diminuir o mau estar provocado pelo edema e de evitar a tromboflebite. Auxilia o restabelecimento do doente, a acalmia da angústia, a proibição de visitas pela excitação que provocam e os cuidados de uma enfermagem agradável.

## 4. *Terá havido uma restrição suficiente do sódio?*

O aumento da retenção do sódio pelos rins tem como consequência a congestão e o edema dos pulmões, vísceras abdominais e extremidades. Deve ensaiar-se, uma dieta muito pobre em sódio; a de Karrell constituída de 800 ou 1.000 cc. de leite tem 400 a 500 mg de sódio; esta dose, diária, de sódio é muito exagerada para os doentes refractários ou gravemente descompensados.

Deve tentar-se uma dieta com 50 a 100 mg de sódio diárias, mas com quantidades adequadas de cloreto de potássio, proteínas e calorias. Esta dieta consiste em 2.000 cc. da fórmula de Lonlac bem dissolvida, perfumada com baunilha e ingerida fria. Devem ser administrados 400 cc. cinco vezes ao dia, e 250 cc. de sumo de laranja duas vezes ao dia.

Só raramente é necessário prolongar esta dieta por mais de uma semana.

O emprego das resinas, por intervirem na absorção do sódio, tem sido muito estudado e discutido. Nos casos refractá-

rios não é aconselhável, a menos que haja facilidade de analisar, com frequência, pelo menos uma vez por semana, os valores do sódio, potássio e cálcio no soro. Quando as dietas pobres em sal e os diuréticos já não são eficazes podem ensaiar-se as resinas. Ainda não foram determinadas as doses óptimas, mas são geralmente administradas, aos doentes que ingerem diariamente 1 a 4 g de cloreto de sódio, 15 g de resina, três vezes ao dia, com as refeições. Para a maior parte dos doentes refractários é preferível e tem menos riscos o emprego de dietas pobres em sal com ou sem os substitutos do sal.

## 5. *Terá sido feito um tratamento completo com os diuréticos?*

Quando o edema da insuficiência congestiva é refractário aos diuréticos há várias hipóteses a considerar. A absorção do diurético mercurial pode ter sido deficiente por a injeção ter sido dada numa área edematosa; está indicado, neste caso, o emprego de «Thiomerin» nos braços ou na face anterior das coxas. Potencializa a acção do diurético mercurial a administração de sais acidificantes como o cloreto de amónio ou o emprego de aminofilina oral ou rectalmente. As xantinas ou a ureia só raramente são eficazes, nestes casos. Pode provocar aumento da diurese a permanência no leito desde 12 horas antes da injeção do diurético mercurial até 18 horas após.

Por vezes, a situação é de tal urgência ou o doente é de tal modo refractário ao tratamento habitual que é justificável a administração endovenosa de diuréticos que podem, no entanto, embora só em muito raras ocasiões, ocasionar a morte. Deve dar-se, nestes casos, o diurético mercurial diluído num volume de 20 cc. e injectado, lentamente, durante 10 minutos. Julga-se que os mercuriais orgânicos como por exemplo a mereaptomerin (Thiomerin) que não contém teofilina causam menos vezes morte rápida são por este motivo os escolhidos para uso endovenoso.

## 6. *Será o estado refractário devido a «Hipossalémia» ou a qualquer outra alteração electrolítica?*

Deve suspeitar-se da existência do síndrome de «hipossalémia» ou de outra perturbação no equilíbrio electrolítico quando o volume urinário é pequeno e não aumenta com os diuréticos; os doentes apresentam um ou mais dos seguintes sintomas; astenia, sonolência, cefaleias, náuseas, vômitos, perda de apetite, ansiedade, vertigens, síncope, espasmos musculares ou abdominais, aumento de peso e aumento da frequência cardíaca. A psicose cardíaca pode ser uma das principais consequências deste síndrome e pode melhorar com a terapêutica. O volume urinário diminui, geralmente, três a quatro dias antes do início destes sintomas e está associado com o aumento de peso e com o maior número de pulsações cardíacas. Estas manifestações são devidas à perda anormal de cloretos, de sódio, de potássio, de cálcio e de magnésio e à acidose resultante com ou sem perda de bases fixas. Quando não se obtém resposta favorável à administração de diuréticos mercuriais, não se deve insistir neles até que tenha sido corrigido qualquer possível distúrbio electrolítico e que tenha sido cuidadosamente examinado o estado clínico do doente e, em especial, dos rins.

O *síndrome de «hipossalémia»* é caracterizado pelos valores reduzidos de sódio, cloretos e dióxido de carbono, no soro. O azoto não proteico ou o azoto da ureia, no sangue, está elevado. Os valores normais de, aproximadamente, 140 mEq. de sódio, 100 mEq de cloreto e 25 mEq de dióxido de carbono (50 a 60 por cento) podem baixar para valores respectivamente de 125 mEq, 85 mEq e 14mEq (30 volumes por cento). Este síndrome pode ser motivado pela existência simultânea de uma nefrite com a sua subsequente perda de sais ou pelas injeções, muito repetidas, de diuréticos mercuriais, especialmente quando há diminuição da ingestão de sal, administração de resinas em perspiração excessiva. A injeção de diuréticos mercuriais, em casos de hipossalémia, pode levar a um envenenamento mercurial dos rins, com resultados fatais. Os fluídos do corpo tornam-se hipotónicos em virtude da grande excreção de sais, motivada pela nefrite ou pela diurese mercurial anterior. Em casos avançados aparece shock e o prognóstico é grave. O tratamento consiste, na substituição imediata do sal; para isso, injecta-se, lentamente, por via endovenosa, uma solução hipertónica a 5 %;



um soluto isotónico provoca, simplesmente, o aumento do edema sem melhorar a hipotonocidade dos fluídos ou as concentrações electrolíticas do soro. A quantidade de sal a administrar, deste modo deve ser calculada depois de se determinar a grandeza do déficit existente no soro. A água, do corpo, intra e extracelular é cerca de 70 % do peso do corpo. Se o sódio no soro se reduz de 10 mEq, o déficit total de sódio, num doente com 75 quilos será de 525 mEq. Cem centímetros cúbicos de um soluto salino a 5 por cento contém 86 mEq de sódio, são portanto, teoricamente, necessários cerca de 600 cc. Metade desta quantidade deve ser administrada no primeiro dia. O aumento excessivo ou rápido do volume do líquido extracelular pode originar ou aumentar a congestão pulmonar. Frequentemente, restabelecem-se os valores normais no soro e os doentes passam a dar respostas satisfatórias aos mercuriais, depois da administração de quantidades de sal, mesmo inferiores às calculadas. Isto não nos surpreende porque os cálculos foram baseados num peso de água total igual a 70 por cento do peso do corpo, mas o fluído intersticial e o plasma constituem 20 por cento do peso do corpo. Como existe, em geral, associado um déficit de potássio deve administrar-se diariamente 2 a 6 g de citrato ou cloreto de potássio por via oral.

O *síndrome de hipoclorémia* ou alcalose hipoclorémica é, geralmente, uma consequência da diurese mercurial. Primeiramente, a diurese mercurial é acompanhada da diminuição da reabsorção renal tubular dos cloretos, do sódio e do potássio com a resultante perda destes iões na urina, e com o aumento do volume urinário. Geralmente, há uma maior perda de cloretos do que de sódio, o que dá origem à alcalose hipoclorémica. Quando os valores do cloreto plasmático caem de cerca de 100 mEq ou menos, por litro, praticamente todo o cloreto já esteve sujeito à reabsorção tubular, a diurese é inibida e os diuréticos mercuriais tornam-se ineficazes. A ingestão de menores quantidades de alimentos e a perda dos cloretos pelos vômitos são factores contribuintes importantes a ajudarem a desencadear a alcalose hipoclorémica. A alcalose hipoclorémica apresenta baixas concentrações de cloretos no soro, aumento da concentração do dióxido de carbono, também, no soro; os valores de sódio, no soro, são geralmente baixos, mas podem estar normais. Este síndrome pode ser corrigido com 2 a 4 g de cloreto de amónio diárias, estas doses são bem toleradas quando tomadas às refeições; por vezes são necessárias doses maiores. Quando a administração por via oral não é possível, por produzir náuseas ou vômitos, pode dar-se por via endovenosa 200 cc. de uma solução a dois por cento, com uma velocidade de 5 a 10 cc. por minuto.

O *síndrome de hiponatrémia* ou acidose hiponatrémica aparece especialmente nos doentes renais, e com uma frequência desnecessária devida à moda das dietas pobres em sal e da terapêutica enérgica pelos diuréticos mercuriais. Geralmente os aniões são excretados sob a forma de sais de amónio. Mas, em casos de insuficiência renal, a amónia não é aproveitada; são então usadas as bases fixas e especialmente as de Na<sup>+</sup>. Pode dar-se a depleção do sódio do corpo e por vezes de outras bases fixas, tais como as de potássio e de cálcio. Os sintomas e sinais clínicos do síndrome de hipossalémia, o pequeno volume urinário, a acção nula dos diuréticos e a presença de uma doença renal fazem suspeitar da existência do síndrome de hiponatrémia. Confirma-se o diagnóstico pela diminuição de sódio do soro, dos seus valores normais de aproximadamente 140 mEq para 125 mEq, ou menos, por litro. O dióxido de carbono hemático é geralmente inferior a 30 volumes por cento. Os cloretos no soro estão com frequência baixos, mas podem estar relativamente altos se foi administrado cloreto de amónio. Trata-se este síndrome pela administração endovenosa de bicarbonato de sódio, de lactado de sódio ou mesmo, por vezes, de cloreto de sódio, tanto para restabelecer os valores normais dos cloretos como os do sódio. Se o cloreto de sódio é dado por via endovenosa usa-se uma solução a cinco por cento como já foi dito acima. Se não houver irreversibilidade, as concentrações no soro voltam ao normal, a função renal também se normaliza e os diuréticos mercuriais tornam-se eficazes.

*Hipopotassémia e depleção do potássio tissular* pode também aparecer com ou sem hiponatrémia. Os sintomas destas duas situações são idênticos. Pode haver uma hipocalcémia com hipoclorémia. O diagnóstico é feito pela análise dos valores de potássio no plasma que são inferiores aos normais (valor normal 4 a 5 mEq por litro) ou pela observação das alterações

características electrocardiográficas. A resposta terapêutica aos diuréticos mercuriais pode melhorar com a administração de 2 a 3 g de cloreto de potássio ou de citrato de potássio, quatro vezes ao dia.

A *acidose hiperclorémica grave* pode ser causada pela administração de cloreto de amónio a doentes com insuficiência congestiva e nefrite nos quais está diminuída a capacidade renal para excretar urina nitidamente ácida. A perda de bases fixas assim como a acidose intensa pode ser devida à administração de 6 a 8 g de cloreto de amónio durante sete ou mais dias. Este síndrome difere do síndrome de hipossalémia; neste não se observa acidose e os valores dos cloretos são geralmente baixos. Os doentes com acidose provocada pelo cloreto de amónio podem apresentar lassidão ou estupor, dispneia do tipo de Kussmaul, valores muito elevados dos cloretos no sangue, diminuição da concentração do dióxido de carbono e azotémia intensa. Está indicada a administração de bicarbonato de sódio ou de uma solução de lactado de sódio por via endovenosa. Segundo Heisenger e Freedberg todo os doentes com insuficiência congestiva e, simultaneamente, doença renal intrínseca ou diminuição da função renal obtêm rápidas melhoras com o abandono do tratamento pelo cloreto de amónio e com a administração diária de três litros de uma solução 1/6 N de lactado de sódio durante um a três dias ou pelo uso, oral de bicarbonato de sódio associado, por vezes, à administração endovenosa de uma solução de glucose a cinco por cento. Devem-se fazer determinações frequentes no soro do dióxido de carbono, dos cloretos e do azoto não proteico; o conhecimento destes valores é muito importante para se avaliar qual a quantidade e a duração da terapêutica a administrar.

#### 7. Será o estado refractário motivado por deficiências da nutrição?

A anorexia e especialmente um regímen dietético pobre conduz a deficiências várias. O béri-béri provoca, insidiosamente, doença cardíaca e é o responsável pelo estado refractário. A administração de Thiamina inicia as melhoras. Outras deficiências vitamínicas podem ser causadas pela perda de vitaminas hidrossolúveis durante a diurese. Idênticamente, dietas pobres em proteínas, a perda de proteínas na urina ou nos líquidos torácicos ou abdominais e a disfunção hepática das insuficiências congestivas podem levar à hipoproteinémia. Esta pode ser aumentada pela hipercolémia que reduz a concentração proteica. Está indicado, como tratamento, a administração de albuminas do soro, de proteínas hidrolizadas, de plasma ou de sangue, mas os resultados são, geralmente, desanimadores.

#### 8. Estarão indicadas medidas mecânicas, cirúrgicas ou outras?

A toracocentese e a paracocentese abdominal aumentam, por vezes, a diurese e encurtam a convalescença. O edema subcutâneo pode ser drenado com tubos de Sonthey ou agulhas de calibre 14 que se introduzem nos tecidos subcutâneos acima dos tornozelos. As agulhas devem ser mudadas ao fim de alguns minutos.

Perdem-se grandes quantidades de proteínas com estas manobras e portanto a drenagem não deve ser feita amiudadas vezes e a dieta do doente deve ser rica em proteínas. Injectam-se, intramuscularmente 300.000 U de penicilina-procaína uma ou duas vezes ao dia para evitar as infecções.

Em certos doentes com aperto mitral é aconselhável a commissurotomia.

Como a diminuição do metabolismo traz, como consequência, a diminuição das exigências do corpo, em sangue, deprime-se a função da tiroideia com iodo radioactivo o que origina melhoras em muitos doentes como verificaram Jaffee Wolfert e seus colaboradores e o autor e seus colaboradores.



## Comissurotomia Mitral no Aperto Mitral Seleção e Tratamento Médico dos Doentes

Os doentes só devem ser submetidos à comissurotomia mitral depois de se ter feito um estudo cuidadoso de todas as manifestações da sua doença reumática. Deve estar sempre presente a possibilidade do tratamento conservador, e, ninguém deve ser operado sem sinais evidentes de aumento da tensão pulmonar e de insuficiência cardíaca direita. A preparação do doente, o tratamento das arritmias durante o acto cirúrgico e os cuidados post-operatórios são de inteira responsabilidade do médico. Um grupo formado por fisiologistas, cardiologistas e cirurgiões deve trabalhar em conjunto.

Uma geração, nova, de cirurgiões e fisiologistas dinâmicos teve oportunidade de estudar, por cateterização cardíaca, problemas hemodinâmicos entre os quais o originado pelo aperto mitral. Num grupo muito grande de indivíduos, a evolução clínica da estenose mitral leva progressiva e vagarosamente à insuficiência cardíaca permanente. O desenvolvimento da fibrilhação auricular e das tromboembolias aumenta as possibilidades de invalidez e conduz, segundo Levine, a uma duração média de vida de 46 anos, apenas. Esta situação clínica é caracterizada pela elevada pressão, a montante da válvula mitral estenosada.

Para se estabelecer uma circulação pulmonar arterial satisfatória, a pressão arterial pulmonar eleva-se, terminando, este ciclo vicioso na hipertrofia, dilatação e falência do ventrículo direito. O internista e o cardiologista devem classificar os doentes com aperto mitral, para submeterem ao acto cirúrgico os que melhorem com ele, obstarem que a cirurgia intervenha num grande grupo de doentes, para os quais seria inútil e que podem ser tratados medicamente e impedirem a intervenção cirúrgica nos doentes para os quais seria perigosa.

Uma classificação conscienciosa depende de muitas manifestações, além das provocadas pelo orifício mitral estreitado.

### SELEÇÃO DOS DOENTES PARA COMISSUROTOMIA MITRAL

1. *História da doença.* — Na febre reumática aguda, aparece cardite reumática activa em 100 por cento dos casos mas não é aparente, no primeiro surto, em mais de 50 a 60 por cento dos doentes. Existe uma verdadeira dificuldade em verificar quando a actividade reumática cessa e se torna completamente muda. Há muitos doentes que nunca tiveram sinais evidentes de actividade reumática, mas nos quais apareceu, mais tarde, uma doença valvular. Hall demonstrou que 97 por cento dos doentes com aperto da válvula aórtica tinham sinais evidentes de cardite reumática activa mesmo quando nunca tiveram, durante a vida, qualquer sinal de febre reumática. Não se deve pôr, completamente de lado a existência de um surto reumático, na ausência de artrite, coreia, febre, taquicardia ou mesmo na ausência do aumento da velocidade de sedimentação. Como a febre reumática é mais vulgar nas primeiras três décadas da vida e tende a desaparecer na terceira, há muito menos perigo de surgir actividade reumática na terceira década ou depois dela. Por esta razão, os doentes com mais de 25 anos são, de preferência, os escolhidos para a intervenção cirúrgica.

2. *Lesões valvulares múltiplas.* — A insuficiência aórtica é considerada, actualmente, como uma contra-indicação; mas muitos doentes, com aperto mitral, têm um sopro diastólico suave audível ao longo do bordo esquerdo do esterno — é o sopro de Graham Steele — provocado por hipertensão pulmonar, e, a não ser que exista, concomitantemente, pulso Corrigan e outros sinais periféricos de regurgitação aórtica, a operação não está contra indicada. No entanto, o aperto aórtico é uma contra-indicação definitiva para a cirurgia. A insuficiência da pulmonar não é uma contra-indicação para a comissurotomia mitral. A insuficiência orgânica da tricúspida origina perturbações permanentes do fígado, aumentando deste modo, o risco da intervenção cirúrgica.

3. *Insuficiência da válvula mitral.* — É, sem dúvida, o factor mais importante, desde que haja regurgitação em grau

elevado é uma ameaça grave para o êxito operatório, e por vezes, é uma contra-indicação definitiva da comissurotomia mitral. São sinais muito importantes de insuficiência mitral um sopro sistólico muito intenso na área mitral conjuntamente com um ventrículo esquerdo grande e com o aumento da contractibilidade auricular (quando observado em posição oblíqua direita). A franca regurgitação mitral, mesmo quando associada, só, a uma ligeira estenose mitral provoca um grande aumento da aurícula esquerda. No aperto mitral relativamente puro, com uma regurgitação mínima, é de regra o aumento da aurícula esquerda com hipertrofia da musculatura auricular. Uma aurícula esquerda muito grande é geralmente provocada por: lesões reumáticas da musculatura, uma grande insuficiência mitral e fibrilhação auricular associada. A existência de sinais de regurgitação mitral, mesmo moderada, é uma contra-indicação para a comissurotomia mitral.

4. *Calcificação da válvula mitral.* — A válvula mitral de muitos dos doentes, mais velhos, mostra alguns sinais de calcificação, o que perturba a função valvular e dificulta a cirurgia, especialmente, por aumentar as possibilidades de trombose e embolia. A calcificação da válvula mitral, quando muito marcada, é uma contra-indicação, mas presentemente não é uma contra-indicação absoluta pois as comissuras da mitral podem ser separadas sem muita dificuldade, mesmo que as válvulas anteriores e posteriores estejam calcificadas. O perigo é o da embolia de uma placa calcificada.

5. *Hipertensão pulmonar.* — A primeira consequência do aperto mitral é o aumento da pressão na aurícula esquerda e nos vasos pulmonares. Os valores da pressão arterial pulmonar podem subir até atingir valores quase idênticos aos da pressão arterial da circulação geral. O grau da hipertensão pulmonar é muito difícil de avaliar clinicamente, sendo melhor determinado por cateterização cardíaca. A estenose mitral intensa é por vezes acompanhada de uma pressão arterial normal; em todos os casos foi encontrada, mais tarde, uma cardite reumática activa. Os nossos melhores resultados obtiveram-se, nos doentes em que a operação provocou uma grande queda da pressão arterial pulmonar. É muito importante conhecer os valores da pressão arterial pulmonar e quando não se pode executar uma cateterização cardíaca, devemos ter em conta o seguinte:

- a) Considerar-se que acima de 40 mm de Hg a pressão arterial pulmonar é alta e abaixo é moderadamente elevada. O ritmo sinusal normal tanto aparece nos grupos com pressões altas como nos de pressões moderadamente altas. A fibrilhação auricular aparece com maior frequência nos de pressão superior a 40 mm de Hg.
- b) Os doentes com uma história de insuficiência ocasional encontram-se frequentemente nos grupos com pressão moderadamente elevada enquanto que os doentes com insuficiência crónica pertencem, quase sempre, ao grupo com pressões altas.
- c) Corações de dimensões normais pertencem, geralmente, ao grupo com pressão moderadamente elevada. Doentes com corações aumentados estão no grupo de altas pressões.
- d) O mesmo se aplica aos doentes com electrocardiogramas normais, isto é, electrocardiogramas normais encontram-se muito mais frequentemente nos que têm uma pressão moderadamente elevada, enquanto que electrocardiogramas com sinais evidentes de hipertrofia ventricular estão quase inteiramente no grupo com altas pressões.

Se o médico empregar estes dados clínicos, facilmente utilizáveis, poderá avaliar quando é necessária a cateterização cardíaca e seleccionará os doentes para a comissurotomia mitral. Os benefícios da comissurotomia mitral são melhor determinados pelas medidas fisiológicas de volume do sangue expulso pelo



coração e pelas pressões arteriais pulmonares tiradas antes e depois da operação.

6. *Febrilhação auricular.*— A febrilhação auricular indica que o tempo óptimo para a cirurgia já passou. Se existe fibrilhação auricular, há muito tempo, a dilatação é proporcionalmente maior do que a hipertrofia da musculatura cardíaca. No entanto, se não houver insuficiência congestiva e se o miocárdio estiver relativamente são, a fibrilhação auricular tratada, não é uma contra-indicação para a comissurotomia mitral.

7. *Insuficiência cardíaca direita.*— Nos doentes com aperto mitral, hemoptises e edema pulmonar aparecem sinais evidentes de hipertrofia ventricular direita e insuficiência ventricular direita, intermitente; trata-se de grave hipertensão pulmonar. Não é uma contra-indicação se a insuficiência for tratada. Neste estado, a comissurotomia mitral pode dar grandes alívios. No entanto, em fases mais avançadas em que existe insuficiência ventricular direita, crónica e incontável com insuficiência tricúspida, aumento da pressão venosa, aumento do fígado, ascite e edema, a comissurotomia mitral está definitivamente contra-indicada.

Nem toda a sintomatologia do aperto mitral é devida à acção mecânica da obstrução, mas originada pelas alterações do músculo cardíaco; estas são uma contra-indicação para a comissurotomia mitral. Quando o ventrículo esquerdo não suporta o aumento da carga da obstrução, resulta um alívio. É importante avaliar qual a ocasião óptima em que uma estenose mitral pode ainda ser beneficiada, isto é, antes de se terem produzido modificações irreversíveis nos vasos pulmonares, no coração e, finalmente, no miocárdio.

8. *Aumento da incapacidade.*— Segundo a «American Heart Association Classification», a capacidade funcional do coração para efectuar trabalho é o factor mais importante para a escolha dos doentes a serem submetidos a comissurotomia mitral. As classes I e II, em que a doença orgânica acarreta só pequenas limitações à capacidade de trabalho, não são escolhidas. A classe III é constituída por um grupo de doentes cuja capacidade de trabalho está limitada aos movimentos necessários à vida. É muito importante verificar se houve uma redução gradual da capacidade de trabalho, isto é, se o doente passou da classe II para a classe III. Por outro lado muitos doentes transitam da classe III para a IV e tornam-se totalmente incapazes, exigindo repouso na cama e um armazém inteiro de medicamentos para conservarem a vida. Se os doentes da classe IV forem completamente compensados regressam, em pouco tempo à classe III e pode, então, tentar-se a cirurgia. O critério mais importante é o da avaliação do grau de incapacidade de cada doente.

9. *Tromboembolias.*— A existência de fenómenos tromboembólicos é uma das indicações para a comissurotomia mitral. Se existe uma história recente de embolia arterial ou venosa, há uma boa razão para reduzir a estase na aurícula esquerda. O aumento da quantidade de sangue expulso pelo coração diminui o perigo da tromboembolia venosa. A amputação do apêndice auricular esquerdo é uma das grandes vantagens da comissurotomia mitral.

#### TRATAMENTO DOS DOENTES SELECIONADOS PARA A COMISSUROTOMIA MITRAL

É tarefa do internista e do cardiologista. A nutrição e a sensação de bem-estar de cada indivíduo devem atingir o seu nível máximo. Doentes incapazes de desempenharem funções normais aceitam, espontaneamente, as possíveis vantagens da cirurgia. O cardiologista deve traçar um programa para que a fibrilhação auricular e a insuficiência congestiva sejam compensadas. É necessário uma digitalização para que o número de pulsações ventriculares ande à volta de 70 a 80, uma dieta que elimine o excesso de sal e água e a ingestão de grandes quantidades de proteínas para melhorar a função hepática. Este objectivo pode ser atingido com uma dieta, composta de 1,5 g de proteínas, 2 g de hidratos de carbono e 1 g de gordura por cada quilo de peso do corpo, não se deve ingerir mais de 2 g de cloreto de sódio por dia. Pode beber-se água destilada, ad libitum. Os diuréticos devem ser empregados com cuidado para produzi-

rem diurese, mas nunca desidratação, pois é durante os estados de desidratação que aumenta o perigo da trombose. Se a insuficiência cardíaca não se reduziu com este regime, deve receber-se, então, uma dieta líquida constituída por 250 g de Lonalac, 100 g de Protenum, 150 g de sacarose em 2.000 cc. de água destilada, adicionando-se ainda 500 cc. de sumo de laranja. Estas doses são para cada 24 horas. Esta fórmula é boa para melhorar a função hepática enquanto se está efectuando a compensação cardíaca.

O doente não deve ser submetido à intervenção cirúrgica, se houver sinais evidentes de insuficiência congestiva, aumento do fígado ou irritabilidade do miocárdio, como por exemplo a fibrilhação auricular. O tratamento pré-operatório, além do empregado para melhorar a frequência cardíaca e a insuficiência congestiva pode ser mínimo. É suficiente 50 a 75 mg de Demerol.

O cardiologista deve ter o doente sob observação durante a anestesia e o acto operatório. Um grupo formado pelo anestesista, cirurgião e cardiologista deve trabalhar estreitamente unido. Só deste modo qualquer perturbação hemodinâmica do doente cirúrgico pode ser rapidamente tratada, e a sua causa determinada. Se o número de pulsações cardíacas diminui muito, está indicada a injeção endovenosa de atropina ou de isopropilnorepinefrina. Quando a pressão arterial cai e há sinais electrocardiográficos evidentes de insuficiência coronária, deve administrar-se uma droga vasopressora como seja a metoxamina na dose de 5 mg, por via endovenosa. Se surge uma fibrilhação auricular rápida dá-se onabaína vagarosa e endovenosamente enquanto o cirurgião espera que se obtenha o controle. Quando aparece uma irritabilidade ventricular, o cirurgião também deve esperar, e se ela não desaparece rapidamente deve dar-se endovenosamente 500 a 1.000 mg de amidoprocaína. Por outras palavras, o cirurgião deve estar livre para se concentrar, só, no seu trabalho enquanto o anestesista mantém a melhor anestesia e o cardiologista é responsável pela função cardíaca. Para prevenir o shock são injectados, quando necessário, sangue ou plasma.

O cardiologista continua, no post-operatório, com toda a responsabilidade do estado fisiológico do coração. Deve manter-se a hidratação para prevenir a febre, a taquicardia e a tromboembolia. Deve reinstalar-se a dieta pré-operatória e a digitalina dentro de 12 a 24 horas. Deve elevar-se ligeiramente a cabeceira da cama logo que o doente recupere a consciência. Deve-se, também, obrigá-lo a fazer respirações profundas e movimentos das pernas e braços e transportá-lo para fora da cama dentro de 4 a 6 dias. É necessário tirar uma radiografia e um electrocardiograma do doente antes que ele saia do hospital. O tempo médio de hospitalização é de 5 dias antes da operação e de 10 dias após a operação. Em casa, se não houver sinais de insuficiência, o doente permanecerá na cama, durante 10 dias, retomando então gradualmente a sua actividade física.

Seis horas depois da operação deve dar-se, intramuscularmente 200 mg em doses iguais de Depo-Heparina; esta injeção deve repetir-se de 18 em 18 horas durante três a quatro dias quando se encontrarem trombos na aurícula. Não se deve tentar transformar a fibrilhação auricular em ritmo sinusal senão passados um ou dois meses.

#### RESULTADOS

Dos primeiros 35 doentes submetidos a comissurotomia mitral morreram oito. Não morreu nenhum nas últimas 39 operações. Pensa-se que se conseguirá obter uma taxa menor de mortalidade com uma selecção cuidadosa, preparação pré-operatória, um grupo constituído pelo cardiologista, anestesista e cirurgião trabalhando em conjunto durante o acto operatório e cuidados post-operatórios cuidadosamente dirigidos.

A comissurotomia mitral foi executada em 74 doentes antes de 15 de Maio de 1952. Deste número, fez-se cateterização cardíaca, antes da operação em 31 e depois da operação em 8. Os doentes foram observados pelo cardiologista, fisiologista e cirurgião que se reuniam uma vez por semana verificando que um terço dos 74 doentes melhoraram muito, outro terço está também nitidamente melhor, e os próprios doentes se sentem melhorar; os restantes mostram poucos ou nenhuns sinais de alterações dos sopros ou das funções fisiológicas do coração e levam tempo a restabelecer-se da cirurgia. Nenhum dos doentes piorou se exceptuarmos dois que sofreram uma ligeira reactivação da febre reumática. Como já foi dito, houve oito mortes.



Durante a intervenção cirúrgica o coração pode parar, e isto é um problema grave que deve ser tratado com prontidão quer por meios farmacológicos, quer cirúrgicos.

Em muitos doentes surgem arritmias, mas verificou-se que desaparecem rapidamente, tirando o dedo da área valvular. A embolia representa uma grave ameaça para o bom êxito da operação. Pelo menos, em metade dos nossos casos havia trombos na aurícula esquerda, os trombos que se destacavam e corriam para o apêndice auricular; ocasionalmente, passavam pequenos êmbolos através a válvula mitral. Numa ocasião, uma placa calcificada desalojou-se da válvula mitral, passou para a artéria cerebral mediana causando paralisia e rapidamente a morte. Deu-se um caso de insuficiência cardíaca congestiva aguda porque as válvulas sofreram uma ruptura, do que resultou uma insuficiência mitral aguda. Um outro doente morreu de ruptura da aurícula esquerda, não foi por culpa do cirurgião, mas sim do cardiologista que enviou este doente para o cirurgião com uma aurícula esquerda gigante. Quando aparece desidratação depois do acto operatório e especialmente nos doentes com hipo-

tensão, a trombose cerebral é um perigo real. Um destes doentes morreu.

As complicações em que o cardiologista se verá forçado a intervir foram relatadas acima. Com o título de «Tratamento» mencionamos o uso da atropina e do isopropilnorepinefrina nas bradicárdias. As arritmias auriculares devem ser de preferência tratadas com digitálicos ou com preparados idênticos à digitalis como a onobaína. Para as arritmias ventriculares deve empregar-se 500 a 1.000 mg de amido-procaína por via endovenosa. A hipotensão é tratada com os compostos da metoxamina tais como «Vasoxyl» ou «Wyamina»; a hemorragia pela sua substituição terapêutica. Para a tromboembolia deve empregar-se anti-coagulantes antes da intervenção cirúrgica naqueles doentes que tiveram embolias recentes. Deve dar-se anticoagulantes 24 a 36 horas antes da operação, reinstituindo a dose 6 horas depois, usando Depo-Heparina. As complicações provocadas pelo acto cirúrgico serão tratadas pelo clínico com repouso no leito, digitalização, dietas e diuréticos mercuriais.

GEORGE C. GRIFFITH E OUTROS — *Circulation* — VII:30; Jan. 1953.

## As concentrações de PAS no sangue após ingestão oral de diversos granulados de PAS-cálcico

M. C. SANZ e A. MÜLLER

Desde que o PAS é utilizado em terapêutica, muito frequentemente se tem discutido o problema da sua forma de administração mais favorável. Logo de início porém, se utilizou os seus sais em lugar do ácido livre, especialmente o PAS sódico e ultimamente, e cada vez mais, o sal cálcico ( $C_6H_5. NH_2. OH. COO$ )<sub>2</sub> Ca. Igualmente tem sido proposto o sal básico de cálcio  $C_6H_5. NH_2. OH. COOCa-OH$ .

A forma farmacêutica tem igualmente dado lugar a diversas investigações em que foram utilizadas as soluções, as substâncias sob a forma de pó, os comprimidos, supositórios, cápsulas, drágeas e granulados, assim como combinações (1) destas diversas formas.

A maioria dos autores dão hoje preferência ao PAS cálcico sob a forma granulada (2-9) devido à sua boa tolerância, à sua apresentação agradável e ao nível sanguíneo elevado que permite obter. *Böhme* (8) demonstrou especialmente a superioridade do granulado de PAS cálcico quanto à concentração no sangue e à boa tolerância.

A velocidade de reabsorção do PAS sob a forma de granulado, depende grandemente da constituição deste último e sobretudo da camada superficial. Esta deve ser suficientemente resistente para proteger a parte central contendo o PAS no decurso do transporte e contra a humidade, bem como para esconder o mau gosto da preparação. Por outro lado, ela deve destruir-se rapidamente para que a reabsorção do PAS no tubo digestivo seja tão rápida quanto possível.

Alguns exemplos vão mostrar a grande importância que tem para a reabsorção, a constituição da camada que reveste o granulado. No decurso destas experiências, utilizou-se igualmente drágeas de PAS sódico e de PAS cálcico, granulado não revestido e um granulado revestido numa camada resistente ao suco gástrico segundo uma fórmula do suplemento da Ph.H.V.

Paralelamente a estes exames, determinou-se em alguns casos as concentrações de cálcio do plasma.

**Método de experimentação:** 6 indivíduos do sexo masculino, de boa saúde, ingeriram de 4 em 4 horas (às 8 às 12 e às 16,10 horas) diversas preparações de PAS correspondendo sempre a 3 g. de PAS ácido por dose.

O pequeno almoço foi tomado imediatamente após a primeira dose, o almoço imediatamente após a segunda e uma ligeira refeição após a ingestão da terceira dose de PAS, cerca das 16 horas.

Para determinar as concentrações sanguíneas, colheu-se sangue por punção venosa às 9, 10, 12, 14, 16, e 18 horas; determinou-se a quantidade total de PAS no soro com o reagente de Ehrlich, segundo o método de *Ragaz* (10).

Os factores exteriores como a alimentação, a duração de trabalho, a temperatura externa e os esforços físicos, foram os mesmos para todos os indivíduos em experimentação.

O intervalo entre duas experiências foi de 6 dias, no mínimo.

**Gráficos diários (fig. 1-8):**

Ordenada: mg de PAS ácido em 100 c.c. de soro = mg.% de PAS total.

Abcissa: duração da experiência em horas.

A curva do meio em traço largo representa a média aritmética dos 6 indivíduos.

As curvas finas em cima e em baixo, indicam a dispersão da média aritmética calculada estatisticamente com uma probabilidade de 95%. A superfície de traços verticais (Str.) delimitada por estas duas curvas, é uma medida das variações individuais da velocidade de reabsorção: a dispersão.

A superfície de traços horizontais (W.) representa a medida da acção terapêutica. A concentração plasmática de 2 mg.% é considerada como limite inferior da acção terapêutica.

Os tempos de destruição foram determinados a 37 num suco gástrico artificial, segundo as prescrições do suplemento I da Ph.H.V. (método de Trunkel).

A determinação das concentrações de cálcio foi feita segundo o método do oxalato.

**Resultados e discussão.** Relativamente à acção terapêutica, não se constata qualquer diferença entre o Na-PAS e o Ca-PAS sob a forma de drágeas (fig. 1 e 2). A dispersão é acentuada nas duas preparações, sobretudo para o Na-PAS.

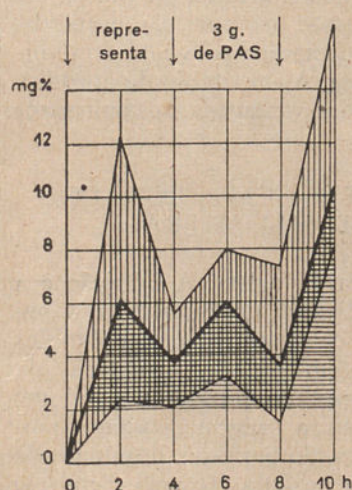


Fig. 1. Na-PAS drágeas.  
E = 29,8, Spr. = 56,2.

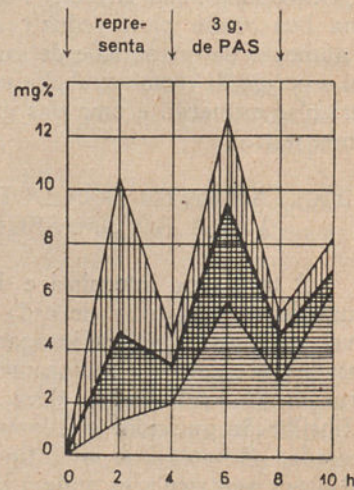


Fig. 2. 2 Ca-PAS drágeas.  
E = 30,4, Spr. = 44,0.

As duas formas não revestidas de granulado de Ca-PAS (fig. 3 e 4) têm quase a mesma acção terapêutica, acção todavia nitidamente superior à das drágeas acima citadas. A dispersão muito maior do sal básico dificilmente solúvel, é notável.



Os granulados de Ca-PAS revestidos (fig. 5 e 7) mostram nitidamente a importância da influência da superfície de revestimento sobre a velocidade de reabsorção.

Modificações muito ligeiras da composição e do método de aplicação da superfície envolvente, provocam um aumento da acção terapêutica atingindo quase o dobro (comparar fig. 6 e 7). O núcleo do granulado é idêntico em todas as preparações.

É muito interessante comparar a acção terapêutica com os tempos de destruição no suco gástrico artificial. Não parece haver aí, qualquer paralelismo entre estes dois dados porque por um lado as grandes diferenças dos tempos de destruição (fig. 5 e 6) acompanham-se de acção terapêutica quase semelhante, por outro lado os revestimentos II e III têm os mesmos tempos de destruição enquanto que as suas acções terapêuticas são muito diferentes.

O granulado preparado com um revestimento resistente ao suco gástrico segundo prescrição da farmacopeia (não destruído após 6 horas no suco gástrico artificial, destruído em 20 minutos no suco duodenal artificial) não possui qualquer acção terapêutica. A reabsorção intestinal faz-se provavelmente tão lentamente, que a rápida eliminação do PAS impede a concentração sanguínea de atingir um valor eficaz.

As concentrações de cálcio no plasma foram determinadas após ingestão de granulado de Ca-PAS não revestido e de granulados com revestimento I e II. Estas concentrações permane-

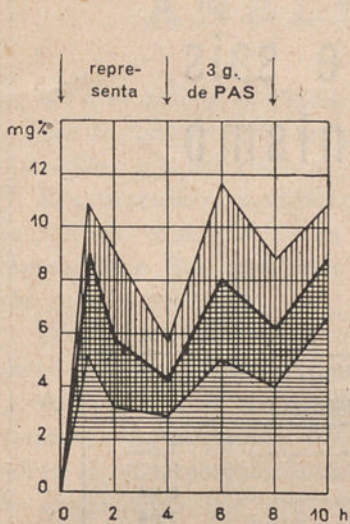


Fig. 3. Granulado de PAS cálcico, sem revestimento. E = 43,2, Spr. = 47,0.

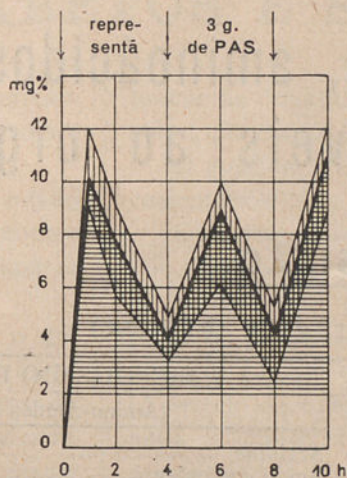


Fig. 4. Granulado de PAS cálcico, sem revestimento. E = 42,7, Spr. = 28,2. Tempos de desagregação: 1. 14,5 min. e 2. 30 min.

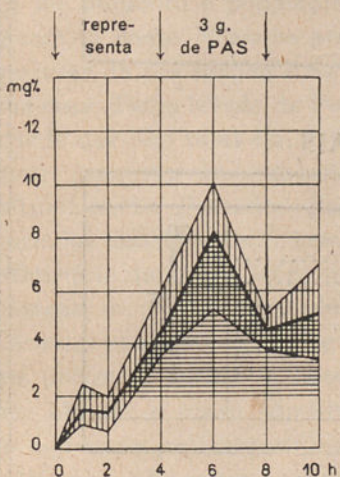


Fig. 5. Granulado de PAS cálcico, revestimento No. I. E = 24,4, Spr. = 24,4. Tempos de desagregação: 1. 97 min. 2. 86 min.

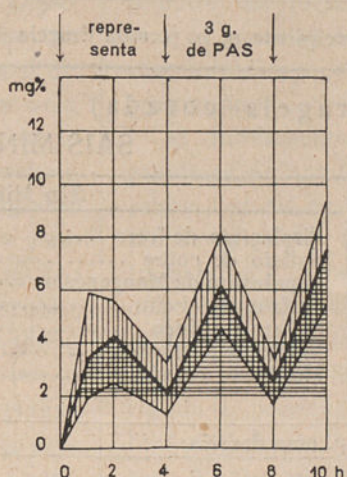


Fig. 6. Granulado de PAS cálcico, revestimento No. II. E = 20,0, Spr. = 27,3. Tempos de desagregação: 1. 42 min. 2. 40 min.

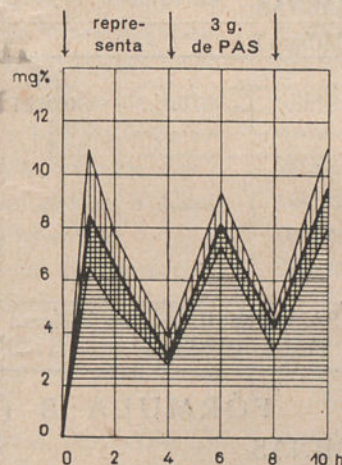


Fig. 7. Granulado de PAS cálcico, revestimento No. III. E = 38,9, Spr. = 20,0. Tempos de desagregação: 40 min.

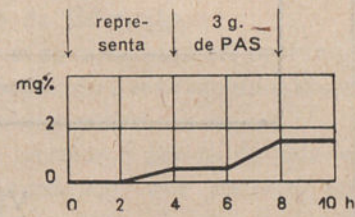


Fig. 8. Granulado de PAS cálcico, revestimento gastro-resistente. Efeito terapêutico = 0.

A evolução das diversas curvas é característica. O revestimento I destrói-se lentamente mas de uma maneira completa. Como a eliminação do PAS é muito rápida, resulta uma elevação prolongada mas, uma concentração sanguínea fraca.

O revestimento II é provavelmente desigual. Uma parte do granulado destrói-se relativamente depressa enquanto que o resto se destrói muito lentamente ou não se destrói. Resulta uma curva diária semelhante à duma pequena dose de PAS bem reabsorvido.

O granulado com o revestimento III, mostra uma curva diária ideal com os cumes muito acentuados e uma dispersão extraordinariamente pequena (velocidade de reabsorção idêntica em todos os indivíduos). \*

ceram quase constantes durante o decurso das experiências ou apenas mostraram em alguns casos uma ligeira elevação atingindo um máximo de 1,0 mg. %.

O fornecimento de cerca de 0,9 g. de cálcio por dose, não provocou portanto, qualquer elevação da concentração sanguínea; não se sabe se este facto deve ser considerado como resultante duma muito ligeira reabsorção do cálcio no decurso destas experiências, ou se se trata dum efeito dos mecanismos reguladores da calcémia.

**Resumo.** O estudo de curvas diárias da concentração sérica do PAS nos indivíduos sãos, após ingestão oral de 3x3 g. de PAS sob a forma de granulado de Ca-PAS mostra que a natureza da superfície de revestimento dos granulados determina em larga medida, a eficácia terapêutica do granulado. Um revestimento resistente ao suco gástrico segundo o suplemento da Ph.H.V. tem por efeito baixar a concentração sérica do PAS a níveis absolutamente insuficientes.

Não existe qualquer paralelismo entre a duração da destruição determinada segundo o suplemento I da Ph.H.V. e a velocidade de reabsorção.

A ingestão de Ca-PAS não é seguida de qualquer elevação do nível da calcémia, mesmo se as concentrações de PAS são relativamente elevadas.

\* Esta preparação é vendida sob o nome de Aminacyl granulado Wander.



# POLIDELTA

Complexo de vitaminas, aminoácidos e sais minerais indispensáveis ao organismo

## COMPOSIÇÃO

### FÓRMULA A (Drageia branca)

VITAMINAS (Em Miligrs.)		HIDROLIZADO DE PROTEÍNA (Amino-Ácidos em Miligrs.)	
Vitamina A (5.000 U. I.) .....	0,005	Arginina .....	1,425
Vitamina D <sub>2</sub> (500 U. I.) .....	0,0125	Ácido glutâmico .....	8,175
Vitamina E .....	0,5	Histidina .....	0,94
Vitamina C .....	37,5	Leucina e Isoleucina .....	1,64
		Lisina .....	2,365
		Metionina .....	2,365
		Fenilalanina .....	1,465
		Trionina .....	1,5
		Triptofana .....	0,45
		Valina .....	2,965
SAIS MINERAIS (Em Miligrs.)		Excipiente q. b. p. uma drageia	
Fosfato dicálcico.....50			

### FÓRMULA B (Drageia corada)

VITAMINAS (Em Miligrs.)		SAIS MINERAIS (Em Miligrs.)	
Vitamina B <sub>1</sub> .....	1,5	Pirofosfato de ferro .....	30
Vitamina B <sub>2</sub> .....	1,5	Sulfato de cobre .....	1
Vitamina B <sub>6</sub> .....	0,1	Hipofosfito de Manganésio .....	3
Vitamina B <sub>12</sub> .....	0,001	Sulfato de cobalto .....	0,5
Vitamina PP .....	5	Sulfato de zinco .....	1
Pantotenato de Cálcio .....	1	Iodeto de potássio .....	0,1
Bitartarato de colina .....	50	Molibdato de sódio .....	1
Inositol .....	25		
Excipiente q. b. p. uma drageia			

## APRESENTAÇÃO

Uma embalagem contendo um frasco de 25 drageias da fórmula **A** e um frasco de 25 drageias da fórmula **B**



**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



## S U P L E M E N T O

### ANALFABETOS E SEMI-ANALFABETOS

Os dois índices que melhor marcam o grau de civilização de um povo são a instrução e a saúde pública.

Era necessário modificar o estado de cousas existentes, num e noutro campo, para nos podermos equiparar aos países civilizados:

Neste sentido o esforço que o governo tem dispendido nos últimos anos.

A percentagem de analfabetos do nosso país é assustadora. Não podemos referir os números que possuímos diante de estrangeiros que nos visitam, sob pena de sermos considerados um país atrasado, equiparável aos povos colonizáveis de África e Ásia.

Conta-se que há uns anos, quando de um inquérito à população da Dinamarca, o nosso Ministro preencheu os verbetes da sua família e do pessoal de sua casa. Tinha levado de Portugal uma criada que não sabia ler, e com sinceridade inscreveu no respectivo verbete «Analfabeta». Passados dias surgiram variados funcionários da estatística e do Ministério da Instrução para ver tal fenómeno, e o Ministério da Instrução Dinamarquez prontificou-se a mandar um professor ensinar a criada a ler, o que obrigou o nosso Ministro a transformar-se em professor de instrução primária para não sofrer a vergonha de ter um professor estrangeiro em casa.

Na Dinamarca, como em outros países nórdicos se a taxa de analfabetismo dos adultos não é de 0 é porque há insuficientes mentais incapazes de aprender a ler e a escrever.

Todos os sacrifícios para que as pessoas aprendam a ler são poucos.

Ainda não há muitos meses houve no parlamento britânico uma interpelação muito curiosa e significativa.

O Ministério tinha mandado encerrar uma escola de uma pequena aldeia perdida nos montes, porque só tinha dois alunos, o que não justificava a presença de um professor. Violentamente atacado pelo deputado local, o Ministro declarou que isso não impediria que aquelas duas crianças tivessem a sua instrução igual a todas as outras do país e que estava em negociações para que um taxi de uma cidade perto fosse diariamente ao monte, a 30 quilómetros,

buscar as crianças para as levar à escola e pôr outra vez em sua casa.

O episódio merece meditação e não comentários.

Compreende-se bem o entusiasmo que a campanha lançada pelo Governo de intensificação da instrução primária possa ter despertado entre todos os que pensam um pouco nestes problemas. O decreto em execução honra sobremaneira o Ministério da Educação. Pensamos que de uma forma ou de outra todos nós que temos a felicidade de ter uma educação superior devemos dar o nosso apoio e o nosso auxílio à Campanha contra o Analfabetismo.

Não se resolve de um momento para o outro um problema desta natureza, mas as bases estão lançadas para que, com perseverança, ele se resolva em poucos anos.

É fundamental esta resolução do problema do analfabetismo, mas não se julgue que ele por si só resolva a questão da educação. *O saber ler é um instrumento e não um fim em si.* É preciso que seja um instrumento útil para o próprio e para a Sociedade.

Com o saber ler aumenta-se a capacidade de produção e ganham-se possibilidades de melhoria moral e intelectual. A categoria do homem aumenta em todos os sentidos.

Ao programa de ensino da leitura é necessário seguir-se um programa de aumento da educação. À avidéz natural do conhecimento que se segue ao saber ler, é necessário satisfazer com a criação de programas úteis e educativos de jornais, livros, revistas e mesmo cinema,

que desenvolvam um bom sentido à ciência recém-adquirida. Esta campanha traz problemas ainda mais delicados do que o dos analfabetos — o problema dos semi-analfabetos.

Será papel do Ministério da Educação e será papel do Secretariado Nacional de Informação o influir na possibilidade e expansão de livros e revistas instrutivas a preços acessíveis ou mesmo gratuitamente, para que a generosa campanha se não perca. Aqui também deve ser estimulada a criação de bibliotecas seleccionadas, em sindicatos, juntas de freguesia, clubes desportivos e outras agremiações sob a fiscalização do Ministério da Educação.

Só assim se trabalhará em profundidade, conseguindo o rendimento máximo do esforço dispendido.

E não teremos o perigo de cair no extremo, anedótico, que contarei em breves palavras:

Um amigo meu tem um empregado, trabalhador rural, na sua quinta dos confins do Alentejo, que é mostrado como curiosidade às visitas da casa.

A conversa, que espanta, segue sempre as mesmas normas. O patrão mostrando um jornal pede ao homem para ler, ao que ele responde:

«Não sou capaz».

«Ouve lá, mas tu disseste-me que tinhas feito há muitos anos o exame do 2.º grau».

«Pois é verdade, mas como não pratiquei, esqueci-me»

J. ANDRESEN LEITÃO

## CALDAS DE AREGOS

ÁGUA HIPERtermal,  
Sulfúrea Sódica,  
Carbonatada Sódica  
e Mixtas, etc.

As melhores no tratamento do reumatismo, nas doenças catarrais e alérgicas do aparelho respiratório, certas dermatoses e doenças utero-anexiais

Balneário inteiramente novo, modelar, entre os melhores do país, dotado de aparelhagem moderna para todas as aplicações, banhos de imersão, de bolhas de ar e carbo-gasosos, duchas simples, duchas sub-aquáticas, ducha massagem de Vichy, irrigações vaginais, etc., tratamentos fisioterápicos diversos. Instalação moderna e completa para tratamento das vias respiratórias superiores (inalatório colectivo de água mineral pulverizada e vaporizada); inalações e pulverizações individuais.

Médico Director — Dr. Jaime de Magalhães Médico adjunto — Dr. Manuel Esteves



# A MEDICINA DO ULTRAMAR

## Trinta anos ao serviço da Medicina em Angola

Depois de trinta anos de trabalho em Angola, acaba de passar à situação de reforma o Dr. Francisco Simões do Amaral que há bastantes anos vinha exercendo, com superior distinção, o alto cargo de director dos Serviços de Saúde e Higiene de Angola.

E se não fora a doença que nos últimos tempos o tem teimosamente acompanhado, estou certo, de que, por mais alguns anos, ainda a direcção desses Serviços continuaria — e muito bem — nas suas mãos honradas.

Eu sei bem que não é sem grande emoção que o Dr. Simões do Amaral se despede da terra onde por tão dilatado período serviu exemplarmente. Mas sei bem, também, que não é sem emoção menor que todos os seus amigos de Angola vão ter conhecimento desta notícia que priva a grande província ultramarina de um dos seus mais dedicados e ilustres servidores, a quem sempre os governantes dispensaram merecidas proyas de apreço.

Desembarcado em Luanda no dia de S. João do ano já distante de 1923, desde então o Dr. Simões do Amaral nunca mais deixou de prestar serviço em Angola, dedicando-se de alma e coração à sua missão de médico.

Serviu, de norte a sul, por terras de Malange, da Lunda, de Caconda, do Cuanza-Sul, de Maquela, do Dondo e de Benguela e, mais tarde, já na direcção dos Serviços de Saúde, pôde percorrer de lés a lés o território da Província, cujos problemas sanitários e gerais conheceu profundamente, permitindo-lhe exercer assim muitas altas funções, sempre com grande aprumo e competência.

Como médico dos serviços de combate à doença do sono, o Dr. Simões do Amaral pertenceu à geração da *época heróica* e teve abnegada actuação nas inóspitas regiões de Massanganó e do Dondo onde, com sacrifício manifesto da sua saúde,

trabalhou dedicadamente, cumprindo nobremente a sua missão de médico.

A sua passagem pela direcção dos Serviços de Saúde, onde se conservou



DR. FRANCISCO SIMÕES DO AMARAL

cerca de oito anos, deu ensejo a que se confirmassem plenamente as suas qualidades de saber, de carácter e de ponderação.

Mais do que um chefe, o Dr. Simões do Amaral soube sempre ser um amigo e por isso avalio bem a mágoa que neste momento devem sentir todos os que se encontram agora privados da sua esclarecida orientação.

Durante muitos anos tive a honra de servir em Angola sob as ordens do Dr. Simões do Amaral, podendo assim apreciar de perto o valor da sua personalidade.

Desse convívio nasceu uma amizade que muito prezo. E neste momento em

que ele deixa, infelizmente por motivos de saúde, o alto cargo em que tão bem soube servir Angola e a Nação, é-me particularmente grato, testemunhar-lhe publicamente o meu altíssimo apreço e prestar homenagem à sua figura tão grande como modesta de nobre servidor de uma causa a que, no largo período de trinta anos, soube dar devotadamente toda a sua inteligência e todo o seu magnânimo coração.

ALEXANDRE SARMENTO

## Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica

Sob a presidência do Prof. Aleu Saldanha, reuniu-se no dia 27 de Maio a Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica, tendo sido apresentadas quatro importantes comunicações. Antes, porém, da ordem dos trabalhos, o presidente fez o relatório do Curso de Aperfeiçoamento de Radiologia, ultimamente realizado, dando conhecimento das elogiosas referências que lhe têm sido feitas pelos colegas estrangeiros.

Entrando-se na ordem da noite, o Prof. Carlos Santos apresentou uma nota prévia sobre um dispositivo da sua autoria, que permite irradiar, com centragem exacta e perfeitamente limitada, pequenas zonas do conteúdo craniano, como seja só a hipófise ou mesmo só o seu lobo anterior, por exemplo.

Seguiu-se o Prof. Aires de Sousa, que se referiu à miosite ossificante progressiva, que leva à morte por compromisso progressivo dos músculos respiratórios, falando do problema da sua patogenia não completamente esclarecido. O Dr. Corte Real, que falou depois, ocupou-se de um caso de «melorreostose de Léri», que supõe ser o primeiro diagnóstico em Portugal, dizendo que se trata de uma afecção óssea rara, da qual só se encontram publicados cinquenta casos na literatura mundial.

Por último, o Prof. Aleu Saldanha fez a distinção entre a pneumonia estafilocócica e a estafilocócica pulmonar hematogénea, afecção não muito rara, que produz imagens radiológicas complexas, de interpretação difícil, que se podem confundir com outras afecções pulmonares.

MARTINHO & C<sup>LA</sup>

Tudo o que interessa na  
à medicina e cirurgia

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



# 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

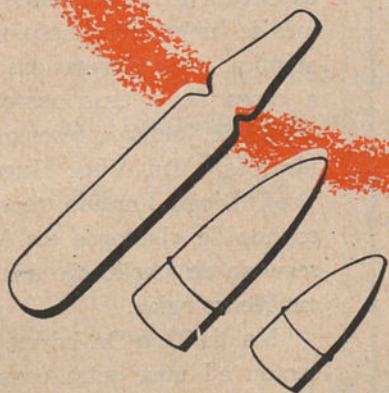
COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

#### EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS





# ECOS E COMENTÁRIOS

PROF. ALMEIDA GARRETT

Desde há 27 anos — completou-os há pouco — tem servido, ininterruptamente, com ilimitada dedicação, primeiro na Junta Geral do Distrito do Porto e depois no organismo que lhe sucedeu (a Junta da Província do Douro Litoral) o Prof. Almeida Garrett, que também há mais de 20 anos é director da Faculdade de Medicina do Porto e há cerca de 40 trabalha devotadamente no jornalismo médico, dirigindo, desde a sua fundação, a excelente revista «Portugal Médico». Estes números, só por si, traduzem um aspecto, que deve ser salientado, da personalidade do insigne mestre, que é também ilustre pediatra e higienista, orador fluente e óptimo publicista: que ele é capaz de se dar, desinteressadamente, com raro espírito de sacrificio e de civismo, a obras que representem interesse geral.

Também pertença à Junta da Província do Douro Litoral, em sucessivos mandatos, desde que se estabeleceu o regime de eleições para o provimento dos cargos. Tenho, pois, acompanhado, durante muitos anos, na referida Junta, o Prof. Almeida Garrett, como também tive ocasião de apreciar as suas raras qualidades durante os anos em que servi com ele no Conselho Geral da Ordem dos Médicos.

O Prof. Almeida Garrett é dos homens bons (como aliás muitos outros), cujos méritos e cujos serviços não têm sido devidamente apreciados nem aproveitados por todos aqueles de quem depende a escolha de pessoas para lugares de chefia. Quantos videirinhos, quantos inúteis, quantos medíocres — se colocam em lugares de destaque e de direcção, desprezando-se — porque não pedem, porque não intrigam, porque não são desleais e têm personalidade — pessoas que se impoariam para tais altos cargos, da ténpera e da envergadura e com as qualidades de organizadores como o Prof. Almeida Garrett. Embora disponha de raras qualidades de orador — despreza o palavriado, os ruídos da propaganda e dos elogios (tantas vezes organizados!) que levam ao galarim certos clínicos de nomeada e certos políticos, cujo valor intrínseco é nulo, e só mostram, aliás, aptidões para arranjar dinheiro seja como for. O trabalho e as realizações do Prof. Almeida Garrett — realizações que justamente envidesceriam outro — têm-as como deveres cívicos, que não merecem encómios. E, no entanto, poucos se poderão ufanar de terem conseguido, ape-

sar dos minguados recursos que lhe têm sido fornecidos, uma obra de tão grande projecção; basta citar a organização da puericultura no Porto, a escola de pediatria de que é chefe, a sua obra de jornalista médico e em defesa dos interesses profissionais e a sua incansável presidência na Junta de Província do Douro Litoral.

Precisamente, comemorando o 26.º aniversário dessa presidência, nós, os colegas do Prof. Almeida Garrett na Junta da Província, quisemos homena-

giá-lo, reunindo-nos num almoço que se realizou no dia 1 do corrente, a que assistiu, também, o Governador Civil do Porto, Dr. Braga da Cruz. Depois, fomos à sede da Junta da Província e ali colocamos o retrato de quem tão devotadamente tem servido o País num organismo onde se presta assistência a muitas centenas de crianças — as crianças, precisamente, que têm sido, durante toda a sua vida, a grande preocupação e o enlevo do Prof. Almeida Garrett.

Foi com emoção que me associei à homenagem e tive ocasião de desabafar, dizendo algumas palavras, não só de justiça e de amizade, mas que traduzissem também o meu sentir e os meus reparos. São, essencialmente, as que deixo escritas.

M. C.

## SEMI-ANALFABETOS

Em corolário do que dissemos no Editorial de hoje, apresentamos um ofício em papel timbrado que recebemos há uns dias enviado pelo presidente de um Sindicato e autenticado com o selo em branco sobre a assinatura:

## DECLARAÇÃO

### PARA OS DEVIDOS e FETOS SE DECLARA

qui o sR. Antonio Larmjeira  
Não Trabalho hoje dia 6 de julho de 1953: emvirtde de sirpresentar no posto medeco da companhia de seguros

Pela copia

J. A. L.

## Na Ordem dos Engenheiros

### Simpósio sobre energia atómica

A secção de engenharia electrotécnica da Ordem dos Engenheiros promoveu, no mês de Junho, um simpósio sobre energia atómica, tendo algumas das sessões ficado a cargo de colegas nossos. Assim, no dia 19 de Junho, apresentaram ali comunicações o Dr. Vítor Hugo Franco e o Prof. Diogo Furtado, tendo o primeiro tratado de «Isótopos em Medicina» e o segundo de «Aplicação dos radioisótopos em Neurologia».

No dia 22, o Dr. Iriarte Peixoto apresentou ali uma outra comunicação intitulada «Radioisótopos em Medicina Interna», temas que daremos, desenvolvidamente, num dos nossos próximos números.

## 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**



# 6.<sup>a</sup> ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE

Genebra — Maio de 1953

Antes de relatar os factos mais salientes que decorreram durante a 6.<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde parece-nos interessante fixar a traços largos a posição actual dessa Organização Mundial. Já tivemos ocasião de expor em pormenor a estrutura orgânica e regras de funcionamento desta organização internacional em artigo anteriormente publicado (1).

A Organização Mundial da Saúde recebeu heranças valiosas de outras organizações antecedentes que englobou, e posto que ainda jovem no terreno internacional, conseguiu não só não desmerecer, mas ainda firmar novos créditos em alguns aspectos.

Podemos considerar como padrões sólidamente lançados, durante a sua curta existência, várias actividades como sejam:

1.<sup>o</sup> — Acção no campo internacional, na luta contra a epidemia da cólera no Egipto (Setembro de 1947), que foi rapidamente julgada, conseguindo-se que ela decorrê-se com uma morta-

lidade 7 vezes inferior à da última epidemia antecedente e ainda que ela não tivesse provocado um único caso de cólera fóra do continente egípcio.

2.<sup>o</sup> — Publicação do Regulamento N.<sup>o</sup> 1 (1948) relativo à Nomenclatura (incluindo a compilação e publicação de estatísticas) de doenças e causas de morte. Como anexo publicou-se o «Manuel de classificação estatística internacional de doenças, traumatismos e causas de morte».

Desta resolução, resultaram as Comissões Nacionais de Estatísticas Demográfico-Sanitárias nos diferentes países e portanto um importante trabalho de estudo, através da unificação de critérios, que permite a comparação e avaliação de conjunto.

3.<sup>o</sup> — Publicação do Regulamento Sanitário Internacional — Regulamento N.<sup>o</sup> 2 da O. M. S. (1951). Este regulamento veio substituir todas as Convenções Sanitárias Internacionais existentes e permitiu não só a revisão e actualização de con-

ceitos epidemiológicos internacionais, mas também a adopção de regras fixas e permanentes, só modificáveis pelas Assembleias de Saúde.

4.<sup>o</sup> — A organização permanente de Informações Epidemiológicas (rede de comunicações epidemiológicas rádio-telegráficas), que nos permite o conhecimento rápido do estado endemio-epidémico em todas as regiões do Globo, como base fundamental da Profilaxia Internacional.

O desenvolvimento progressivo das actividades da O. M. S., tem vindo a desenrolar-se no campo das realizações, graças ao trabalho do Secretariado permanente, sob a autoridade do Director Geral e seguindo directrizes do Conselho Executivo, como órgão mandatário da Assembleia Geral. Trabalham nos diferentes sectores Peritos permanentes, assistidos pelas Comissões de Peritos Internacionais que reúnem esporadicamente. São já numerosas estas comissões de peritos e de grande valor um grande número de Relatórios de Peritos que já estão publicados.

O trabalho da Organização projec-

(1) Boletim Clínico dos Hospitais Civis de Lisboa — Vol. 13 — Nos 2, 3, 4 — 1949.

## CERI-NUTRINA

Extracto concentrado de cereais, leguminosas e suco de cenouras, rico em glúcidos, prótidos, vitaminas, fósforo e cálcio

Alimento completo e de fácil digestão

## HEPAR-BÊ-DOZE

NORMAL E EXTRA-FORTE

Extracto espleno-hepático concentrado + Vitaminas do Complexo B (Actividade mínima correspondente a 15 e 30 unidades U. S. P. por empola)

Anti-anémicos de efeitos seguros

LABORATÓRIOS ESTÁCIO  
PORTO



ta-se em vários ramos de actividade e podemos citar como interessantes meios de trabalho, por exemplo: a) — concessão de bolsas de estudo individuais e colectivas; b) — organização de «Grupos itinerantes de estudo», colóquios, simposia e cursos internacionais; c) — organização de missões sanitárias; d) — campanhas sanitárias de grande âmbito, etc.

Começa-se agora o estudo de Programas de acção nacional e internacional dirigidos contra determinadas doenças.

Não é possível no curto espaço de um simples artigo, pormenorizar todo este trabalho, mas seja-nos permitido afirmar que dentro deste programa temos assistido a muitas realizações de verdadeira e incontestável utilidade. Haverá sem dúvida, que melhorar, afinar certos aspectos, mas a obra no seu conjunto é valiosa.

Trabalha ainda a O. M. S., como participante no «Programa alargado de assistência técnica em vista do desenvolvimento económico» da O. N. U., bem como em programas de colaboração com outras Organizações especializadas tais como, por exemplo, a F. A. O., a U. N. I. C. E. F. e a U. N. E. S. C. O.

Enveredou a Organização Mundial da Saúde, pelo caminho da Regionalização, previsto na sua Constituição e estabelecendo assim a descentralização da sua actividade por intermédio de 6 Organizações Regionais, cada uma das quais interfere directamente nos problemas sanitários que lhes dizem respeito.

Neste grande trabalho de conjunto, como é natural, vislumbram-se aqui e ali, defeitos de pormenor, mas temos a impressão que as concepções iniciais, progressivamente desembaraçadas de algumas ideias iniciais algo utópicas, vão amadurecendo e caminhando num sentido mais realista, mais prático e mais

exequível. Compete às Assembleias anuais, justamente, emitir críticas e directrizes gerais, susceptíveis de estabelecer critérios, concepção, orgânica e actividade, no plano mundial, é certo, mas realistas nas suas possibilidades, subordinando-se aos orçamentos de saúde dos diferentes países.

Não temos de resto a pretensão de expor um estudo crítico completo desta Organização mas apenas fixar um instantâneo da sua posição actual, que em somatório, quanto a nós, apresenta um activo nitidamente positivo e do maior interesse.

O trabalho sanitário de fundo, contínuo, é pois realizado pela secção permanente da Organização (Secretariado e seus anexos). As Assembleias Mundiais anuais, estabelecem apenas directrizes gerais de programa.

A diferença essencial está em que os membros do Conselho Executivo e Secretariado, são funcionários internacionais e portanto com actividade pessoal e independente, ao passo que as Assembleias Mundiais são constituídas por representantes dos Governos, munidos de plenos poderes e subordinados a instruções governamentais. Não admira pois que nestas Assembleias, as discussões ligadas a problemas gerais de Administração Sanitária se entrelacem com aspectos políticos e mesmo que, por vezes, estes assumam inevitavelmente lugar predominante e com certo paralelismo com problemas de Política Internacional geral.

#### 6.<sup>a</sup> ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE

Quem acompanha, há 6 anos, o desenrolar de sucessivas Assembleias, não pode ter deixado de notar, na actual, um desejo marcado de resolver, aplanar ou encaminhar, diversos problemas que

se arrastavam, sem solução, através de reuniões anteriores.

Podemos assim dizer, que este ano, de uma forma geral, se fez trabalho construtivo.

Estiveram presentes, delegações oficiais de 65 Estados-Membros e 2 Membros Associados. Também compareceram 4 Observadores de Estados não Membros, 9 Observadores das Nações Unidas e suas organizações especializadas, 4 Observadores de Organizações inter-governamentais e 21 Observadores de Organizações não-governamentais.

Não iremos fazer um relato pormenorizado de todas as sessões plenárias e das comissões que seria extremamente longo, mas apenas apresentar algumas notas de maior interesse. Embora os aspectos políticos revestissem principal vulto e muitos de grande interesse para nós, também os não traremos para aqui.

Iniciou-se a reunião, consagrando 3 dias exclusivamente a «discussões técnicas» em 2 sessões diárias. Subordinaram-se estas a 3 temas, previamente anunciados, Sífilis, Tuberculose e Febre Tifóide, encarados sob o ponto de vista da Administração Sanitária. Para isso se estabeleceram 3 grupos de trabalho, subordinados a inscrição e trabalhando concomitantemente em salas separadas. Estas discussões técnicas, bastante concorridas, têm indiscutível interesse, embora o assunto se dilua frequentemente, por ser tratado no plano mundial, com a colaboração de representantes de regiões não comparáveis sob o ponto de vista de desenvolvimento, de organização e actividade sanitária, de necessidades.

Estamos porém convencidos que com os ajustamentos e afinação de organização que vão sendo ano a ano introduzidos, este aspecto de trabalho se irá tornando sucessivamente mais frutuoso. Terá sempre todavia o supremo interesse de uma troca livre de impressões, sincera, à mesa redonda, que intensifica contactos pessoais, permite comparações, conhecimento do que se passa em casa dos outros, apreciação de verdadeiras realidades e, tantas vezes tem a virtude de acalmar espíritos insatisfeitos, desejosos do óptimo, ao verificar que a comparação não é tão desfavorável quanto o desconhecimento de outras realidades; poderia fazer supor. Quantas vezes se surpreenderão sugestões geradoras de melhores métodos de acção.

Realiza-se assim, no terreno puramente técnico, um dos resultados mais benéficos das reuniões internacionais — o contacto pessoal directo e através dele o conhecimento do que se passa fora do ambiente estreito em que se vive, verdadeira «lavagem de miolos», alargando o campo de observação e referendo para segundo plano tantas verdadeiras «teias de aranha» que se desenvolvem em horizontes apertados.

Eleito o Presidente da Assembleia, cuja escolha não deixou de decorrer sem as inevitáveis lutas de interesse político, assumiu a Presidência o representante da Síria, Dr. M. Khater.

NAS DOENÇAS DA BOCA  
E DA OROFARINGE

# ODONCLOR

Contém etilmercuritiosalicilato de sódio,  
poderoso bactericida e fungicida

FRASCO DE 50 c. c. de ELIXIR

LABORATÓRIO FIDELIS



Tornou-se necessário este ano, por terminação do mandato do Dr. Chisholm, preencher o cargo importante de Director Geral da O. M. S.. O Dr. Chisholm, figura de incontestável relevo, que dirigiu os primeiros passos da O. M. S., e criou e desenvolveu os serviços existentes, com mão firme e tenaz, recusou persistentemente a re-eleição e assim foi eleito para o substituir o Dr. Marcolino Gomez Candau, do Brasil, figura simpática e insinuante, já bastante conhecida por importantes cargos anteriormente desempenhados na O. M. S. e ultimamente na oficina Sanitária pan-americana.

De entre os assuntos que figuravam na longa Ordem do Dia da Assembleia, mereceram especial atenção e importância aqueles que se ligavam às Organizações Regionais.

Historiando um pouco, aliás resumidamente, lembramos que na 1.<sup>a</sup> Assembleia (1948) se estabeleceram os limites geográficos das 6 Regiões que foram consideradas (Europa, África, América, Ásia do Sudeste, Mediterraneo Oriental, Pacífico Ocidental).

As Organizações Regionais compreendem o «Comité Regional» (que funciona como assembleia regional) e o «Bureau Regional» (que funciona como secretaria permanente). Este trabalho de regionalização foi-se arrastando através de várias vicissitudes até ao ponto de só recentemente estar terminado, com a instalação dos 6 «Bureaux» e reunião anual dos 6 «Comités».

Sobre este assunto pode ler-se no

Relatório do Director Geral da O. M. S. referente a 1952: «Esta descentralização e o seu corolário, a transferência de responsabilidade para os «bureaux regionaux» da execução dos programas nas suas respectivas regiões, deveria deixar maior liberdade à sede da Organização, para exercer as suas funções, isto é para elaborar os planos de grande envergadura e assegurar a coordenação e direcção de todos os trabalhos técnicos. Contudo a descentralização também tem suscitado dificuldades sob o ponto de vista de repartição de responsabilidades. Levada muito longe, ela arriscaria a pôr em perigo a existência da O. M. S. na sua qualidade de autoridade verdadeiramente internacional no domínio sanitário e poderia conduzir a uma desintegração».

Esta síntese põe bem em evidência, por um lado as vantagens do desdobramento regional da Organização, mas também por outro lado os seus perigos no que se refere a unidade de acção internacional e coordenação.

A história de todo este lento trabalho de regionalização é longa e não a iremos pormenorizar embora por dever a tenhamos acompanhado passo a passo.

Para nós, em consequência da nossa grande projecção territorial no Mundo, a ponto do nosso País pertencer a 4 das 6 organizações Regionais, e ainda em resultado de certas correntes internacionais desfavoráveis a extensões territoriais extra-metropolitanas, associando-se a invejas e apetites inconsidera-

dos, o assunto revestiu e reveste a necessidade de especial atenção.

De uma forma muito genérica, apontaremos como problemas de maior cuidado aqueles que se referem a: a) critério de ligação dos diferentes países e territórios às regiões; b) posição dos diferentes territórios dentro das organizações regionais no que se refere a direitos, privilégios e obrigações; c) direitos e obrigações dos Membros Associados nas organizações regionais.

Cada um destes pontos atinge grande complexidade e melindre no seu desenvolvimento, que não podemos para aqui trazer.

É óbvio que a delegação portuguesa, acompanha desde a 1.<sup>a</sup> Assembleia todos estes assuntos, procurando sempre marcar persistentemente a posição especial do nosso País, relacionado com o seu Estatuto Constitucional, mais vinculadamente definida após a reforma Constitucional de 1951 e até aqui temos sido possível assegurar a posição que nos compete.

Apresentou-se este ano para discussão a proposta de algumas delegações para que as Assembleias Mundiais passassem a realizar-se de 2 em 2 anos. Esta proposta, que determinaria a revisão de vários artigos da Constituição, apresentava vários inconvenientes ponderados por outros Governos e entre estes o nosso. O assunto foi bastante discutido e resolveu-se finalmente não aprovar as emendas constitucionais propostas, diferindo a discussão para Assembleia ulterior.

# REUMATISMO?

*A experiência demonstra que*



CREME ANTI-REUMÁTICO,  
ANALGÉSICO E ANTIFLOGÍSTICO

*dá bons resultados*

- ACALMA AS DORES
- DESINFLAMA AS ARTICULAÇÕES
- ACTUA RÁPIDA E PROGRESSIVAMENTE

*Davi*  
LISBOA



Entre as resoluções adoptadas merece referência aquela que resultou de uma proposta tendente a admitir relações directas da O. M. S. com o Comité Internacional das Associações Católicas de Enfermeiras e Assistentes Médico-Sociais. Este assunto que já vinha de Assembleias anteriores, foi agora resolvido pela aprovação em princípios de «pluralidade de relações com organizações afins», quando as suas condições e importância o justifiquem.

Como outro assunto de interesse geral apreciado na Assembleia figura o «Código de Direito Internacional Médico», proposta de grande transcendência como seja a «codificação das regras de ética médica internacional em tempo de paz e de guerra». Envolve necessá-

riamente aspectos de mais elevada importância como sejam: a jurisprudência do direito à saúde, os princípios de deontologia médica, a aplicação de determinadas descobertas científicas, o estatuto jurídico dos direitos e deveres dos médicos (incluindo necessariamente problemas como, eutanásia, inseminação artificial, limitação de nascimentos, aplicações de genética, etc.) etc., etc.

Por outro lado o exercício da medicina em tempo de guerra cria novos problemas; haja em vista o que se passou na última guerra e atenda-se às chamadas «armas médicas de guerra» e à necessidade de rever as convenções internacionais sobre feridos e doentes.

Foi aprovado que a O. M. S. empreendesse este estudo, sendo no en-

tanto prematuro prever, desde já, a extensão, o âmbito e a forma das conclusões a que serão conduzidos aqueles que forem encarregados de uma primeira prospecção do problema.

Foram ainda apreciados, entre outros, os seguintes assuntos:

- a) — desenvolvimento do Programa do Ensino e Formação profissional;
- b) — Recomendação para proibir a importação e fabricação de Heroína examinando as recomendações do «Comité de Peritos das drogas susceptíveis de engendrar a toxicomania» e considerando que a Heroína não é um medicamento insubstituível na prática médica;
- c) — escolha de denominações comuns para os medicamentos — foi convidado o Conselho Executivo a rever e a precisar o processo que convém seguir para este efeito, tendo em vista que a aceitação de denominações comuns para os medicamentos, corresponde aos interesses superiores da Saúde Mundial e favorece o desenvolvimento do comércio internacional desses produtos, assegurando a protecção de direitos legítimos;
- d) — normalização das provas de laboratório para o controle de géneros alimentares — convidou-se o Conselho Executivo a estudar esta questão, principalmente em relação com o emprego de substâncias químicas na indústria alimentar;
- e) — programa de Higiene dentária — cuja inclusão no programa para 1955, foi recomendada para estudo pelo Director-Geral;
- f) — campanha mundial contra a varíola — também se recomendou o seu estudo aprofundado pelo Conselho Executivo.

Passaram-se assim rapidamente em revista os aspectos mais importantes, em relação com os assuntos tratados na 6.<sup>a</sup> Assembleia Mundial de Saúde, que no seu conjunto contribuirão para dar uma ideia da importância deste Organismo internacional e do papel orientador e coordenador que ele vem representando nos assuntos de Saúde Mundial. É bom contudo ter presente, que tratando-se de uma Organização Internacional permanente, cuja Constituição está rectificada pelos Governos, os efeitos das Assembleias Mundiais constituídas por delegados governamentais, só admitidos quando munidos dos respectivos poderes, são em muitos casos decisivos.

Julho de 1953.

**AUGUSTO TRAVASSOS**

(Director Geral de Saúde)

## NA MODERNA SULFAMIDOTERAPIA INTESTINAL

TRÊS PRODUTOS «CELSUS»

DE COMPROVADA SUPERIORIDADE

# FTALIL-TIAZOL

# FTALIL-TIAMIDA

# FTALIL-KAPA

LABORATÓRIOS «CELSUS»

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA



EM 1950: PROMICINA

EM 1953: ATOXIMICINA

Sinergismo de acção sem efeitos secundários

*Nova associação de antibióticos:*

Sulfato de dihidroestreptomicina — Sulfato de estreptomicina

Procaína penicilina G — Penicilina G potássica

*Vantagens:*

MAIOR EFICIENCIA

NEUROTOXICIDADE PRATICAMENTE NULA

# *Atoximicina*

Como a Estreptomicina, na sua toxicidade, tem particular preferência pelo ramo vestibular do VIII par e a Dihidroestreptomicina pelo ramo coclear do mesmo, a associação destes dois sais, em partes iguais, reduz consideravelmente os seus fenómenos neurotóxicos.

**RECONHECIDO EFEITO TERAPÊUTICO**

ADULTOS

FORTE

INFANTIL

Caixas com 1, 3 e 5 frascos

Caixa com 1 frasco

Caixas com 1 e 3 frascos

*Instituto Luso-Fármaco • Lisboa*



## II Curso de Aperfeiçoamento de Bacteriologia

No Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, onde decorreram todas as lições, terminou no dia 29 de Maio o II Curso de Aperfeiçoamento de Bacteriologia para Médicos e Bacteriologistas, que o Prof. Cândido de Oliveira, director daquele Instituto promoveu e dirigiu.

O referido Curso, que compreendia doze lições teóricas, acompanhadas de trabalhos práticos, teve início no dia 4 de Maio, com uma lição intitulada «Citologia das Enterobacteriáceas. Classificação», pelo Prof. Cândido de Oliveira, a que se seguiu, no dia imediato, uma aula destinada a trabalhos práticos subordinados ao tema desenvolvido na véspera.

Foi, ainda, ao Prof. Cândido de Oliveira que coube fazer a segunda lição, no dia 6, na qual versou o tema «Salmonela. Biologia Geral. Análise antigénica». Depois de acentuar a importância dos microorganismos do grupo Salmonela, em patologia humana, descreveu os aspectos fundamentais da sua biologia e acentuou a importância do estudo da constituição antigénica e a grande complexidade de que o assunto hoje se reveste. Por esse motivo — acentuou — há centros de estudo especializados em cada país, dependentes do Centro Internacional de Copenhague, sendo o Instituto Câmara Pestana que, em Portugal, desempenha tal papel. O conferencista terminou por descrever os estudos químicos e o isolamento e caracterização das toxinas.

No dia 8, o Dr. Mendes Silva fez a terceira lição, falando de «Salmonela. Diagnóstico das doenças no homem». O conferencista começou por se referir à impossibilidade da diferenciação dos tipos dentro do grupo pelos métodos bioquímicos, passando, depois, a descrever a classificação serológica, baseada no conhecimento dos diferentes antígenos e nos fenómenos de variação bacteriana. Descreveu, ainda, os métodos práticos de classificação serológica utilizados, aludiu aos tipos especiais de variação e à sua importância para a compreensão da filogenia das salmonelas, e terminou por estabelecer o diagnóstico laboratorial das salmoneloses humanas.

A lição seguinte foi feita pelo Prof. Cândido de Oliveira e versou o tema «Salmonela. Aspectos epidemiológicos. Acção dos Bacteriófagos. Grupos Arizona, Ballerup-Bethesda». O conferencista principiou por apresentar os tipos de infecção produzidos no homem e as salmonelas que lhes dão origem e distinguiu, na epidemiologia daquelas doenças, dois aspectos fundamentais: a caracterização das estirpes pelos bacteriófagos e a pesquisa de aglutininas  $V_1$ .

O Dr. Torres Pereira fez a quinta lição, tendo falado de «Escherichia, Biologia Geral, Análise Antigénica». Após a definição do grupo e o estudo sumário da morfologia, analisou alguns fenómenos de cruzamento genético em relação com a sensibilidade às colicinas. Seguida e sucessivamente, abordou os problemas dos caracteres culturais e bioquímicos, a análise antigénica e a variação dissociativa da Escherichia, tendo, neste último

capítulo, procurado tirar ilações para serem aproveitadas na compreensão da patogenicidade daquelas bactérias. Por fim e depois de leves alusões aos bacteriófagos, concluiu com o estudo descritivo do fenómeno geral da elaboração de antibióticos (colicinas) pelas bactérias da família das Enterobacteriáceas.

O mesmo orador fez, ainda a lição seguinte, falando de «Escherichia; Classificação; Acção patogénica para o homem; Grupo Alkalescens-Dispar». Começou por discutir os dois critérios (bioquímico e urológico), sobre os quais tem assentado a classificação das bactérias dos diferentes grupos de Enterobacteriá-

ceas. Descrita a classificação, encarou a Escherichia como agente soprofita e, depois, como agente patogénico, tendo desenvolvido os aspectos bacteriológicos das diarreias infantis. Por fim, e após o estudo dos métodos laboratoriais de diagnóstico das infecções produzidas pelo Escherichia, concluiu a lição com um resumo das características do grupo Alkalescens-Dispar.


Da sétima lição ocupou-se o Dr. Machado Vaz, que versou o tema «Klebsiella, sua biologia». Depois de uma revisão das características morfológicas, culturais, bioquímicas e antigénicas, que à luz dos actuais conhecimentos definem o grupo Klebsiella adentro das enterobacteriáceas, o Dr. Machado Vaz passou a tratar de aspectos particulares da bacteriofagia com bactérias desse grupo e aludiu à acção dos antibióticos. Referiu-se, por fim, à importância das infecções por Klebsiella e ao papel relevante dos novos conhecimentos bacteriológicos na diagnose.

As duas lições seguintes estiveram a cargo do Dr. Mendes Silva, que, nelas versou, respectivamente, os temas «Shigella; Biologia Geral; Análise antigénica» e «Shigella; Classificação; Diagnóstico das doenças no homem». Na primeira destas lições o orador começou por definir o grupo «Shigella e estabelecer as suas restrições, ocupando-se dos caracteres bioquímicos que permitem uma primeira divisão do mesmo grupo, e afirmou a seguir a necessidade do estudo antigénico para a classificação. Depois de falar dos antígenos K e O estabeleceu as relações antigénicas com o grupo «Escherichia». Por último, e depois de se referir aos diferentes aspectos da variação bacteriana e à sua importância, aludiu à acção patogénica provocada pelas endotoxinas.

Na seguinte, o conferencista começou por se referir à classificação baseada nos caracteres bioquímicos e na constituição antigénica da Shigella, e descreveu, depois, os diferentes critérios adoptados pelos vários autores, discutindo-os. Aludiu, ainda aos novos tipos de Shigella e terminou por comentar os métodos utilizados do diagnóstico laboratorial.

O Prof. Henrique de Oliveira ocupou-se da lição seguinte, que intitulou «Proteus. Sua Biologia. Grupo Providence». O autor referiu-se, sumariamente, à localização topográfica dos grupos Proteus e Providence no diagrama da vasta Família das Enterobacteriáceas. Disse, depois, qual a orientação seguida nessa separação, e, referindo-se por fim, ao grupo Providence, de autonomia recente e provisória, que o estudo biológico foi conduzido segundo a mesma orientação geral seguida para o grupo Proteus.

Da penúltima lição encarregou-se o Dr. Mendes Alves, versando o tema «Acção dos antibióticos sobre as enterobacteriáceas». O conferencista começou por descrever a evolução da terapêutica das afeções por enterobacteriáceas, indicando as características dos antibióticos nelas utilizados. Passou depois a fazer o balanço dos actuais conhecimentos sobre




**MIOCILINA A**

Supensão aquosa de procaína  
penicilina G em *frasco*  
*siliconado.*

Administração cómoda—Estável  
à temperatura ambiente por  
cerca de 1 ano.

300.000 U. . . .	Cx. 1 . . . .	11\$00
500.000 U. . . .	Cx. 1 . . . .	13\$00
1.500.000 U. . . .	Cx. 1 . . . .	23\$00



**LABORATÓRIOS**  
DO  
**INSTITUTO**  
**PASTEUR DE LISBOA**



mecanismo bioquímico do modo de acção e estudou as diversas particularidades do seu efeito, expondo ainda as ideias aventadas sobre as causas respectivas. Por último, apontou alguns dados sobre a influência no organismo, do desaparecimento das bactérias que normalmente nele existem.

O Curso foi encerrado com uma lição em que o Prof. Cândido de Oliveira tratou das «Relações entre os grupos de Enterobacteriaceas». O conferencista apresentou o estudo crítico das diferentes propriedades que separam os grupos das enterobacteriaceas e das relações comuns que os unem. A terminar a sua lição, justificou a classificação actualmente adoptada, mostrando que não tem carácter definitivo, mas presta já bom auxílio ao médico bacteriologista.

Finalmente, o Prof. Cândido de Oliveira declarou o Curso encerrado, congratulando-se com o interesse que os alunos mostraram durante as aulas teóricas e práticas; distribuiu, depois, os diplomas aos médicos e biólogos inscritos.

Todas as lições foram seguidas de trabalhos práticos, durante os quais foram desenvolvidos os temas expostos naquelas.

## Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa

Reuniu no dia 22 de Junho a Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, para escutar uma conferência do Dr. António Paúl, adjunto da Delegação de Saúde do Porto e director do serviço de Profilaxia Estomatológica do Dispensário de Higiene Social daquela cidade. Presidiu o Prof. Xaxier Morato, que fez a apresentação do conferencista.

O Dr. António Paúl, ao iniciar a sua exposição, em que versou o tema «Trabalhadores de tenra idade (subsídio para um plano nacional de higiene nas primeiras idades)», prestou homenagem ao Prof. Costa Sacadura, pelas obras a que se tem devotado, tais como a assistência à maternidade e à infância e, depois de lembrar que a legislação portuguesa já em 1871 dedicava um decreto à protecção dos menores nas indústrias, analisou o estado actual da assistência no período escolar, afirmando que nas três principais cidades do País há 5.000 alunos primários, em média, para um único médico. Demorou-se, depois, na descrição dos pontos que, em seu entender, são dignos de maior consideração nas medidas de protecção aos menores trabalhadores, citando, a propósito, a notável obra do Instituto António Aurélio da Costa Ferreira e do Instituto de Orientação Profissional.

A conferência foi largamente documentada com projecções e com uma exposição de quadros e cartazes.

\*

A Sociedade voltou a reunir, no dia 7, também sob a presidência do Prof. Xavier Morato, para ouvir duas comunicações, estas da autoria do Prof. Costa Sacadura, intitulada «Para a história duma rara espécie bibliográfica médica

(Zodiaco Lusitano)», e do Dr. Fernando Correia, sobre «Um sanitarista português — Carlos d'Arruda Furtado». Na assistência viam-se a viúva do Dr. Arruda Furtado e o director e uma deputação da Escola de Enfermagem «Artur Ravares», de que aquele malogrado clínico foi director.

Antes da ordem da noite, o Prof. Costa Sacadura comunicou o falecimento do Prof. Kreiss, de Estrasburgo, sócio correspondente da Sociedade, autor da nova escola do «parto médico», que revolucionou a assistência ao parto. Depois de algumas considerações sobre a figura científica do falecido, propôs que se registasse um voto de sentimento na acta e que se comunicasse à viúva. Aprovada a sugestão, o Prof. Sacadura deu então início à sua comunicação, dedicada ao «Zodiaco Lusitano», o primeiro jornal médico português, publicado em Janeiro de 1749, devido à iniciativa do célebre médico nortenho Manuel Gomes de Lima Bezerra.

O orador fez referência aos vários assuntos publicados no único número do

«Zodiaco» até há pouco conhecido, e deu conta de ter encontrado um segundo exemplar daquele jornal, que se encontra na Biblioteca Nacional de Lisboa, encadernado em miscelânea com outras publicações de Manuel Gomes de Lima. Acrescentou que é apenas certa a existência de dois exemplares do «Zodiaco», e, para ilustrar o que afirmara, publicou uma reprodução gráfica do rosto do referido jornal.

Falou a seguir o Dr. Fernando Correia, para fazer a apologia do Dr. Carlos d'Arruda Furtado, «um dos mais sólidos valores dos serviços de Saúde Pública contemporâneos portugueses». Pouca gente conhecia — disse — e raros compreendiam a psicologia complexa, por vezes contraditória daquele homem culto, trabalhador e de vivíssima inteligência e pronta memória, a um tempo forte e tímido, frio e sentimental até às lágrimas. Filho do notável biólogo Francisco d'Arruda Furtado, exerceu as mais complexas missões e deixou mais de cinquenta trabalhos publicados, todos do maior interesse e valor.

E.

PARA UMA ACÇÃO ENZIMÁTICA REALMENTE POLIVALENTE...

# Pantozyme


**WANDER**

PREPARAÇÃO CONTENDO LIPASE, AMILASE, PROTEASE, CELULASE, PEPSINA — TODOS OS ENZIMAS PANCREÁTICOS SOB UMA FORMA MUITO ACTIVA

UM PROCESSO ESPECIAL ASSEGURA A PLENA EFICÁCIA DOS FERMENTOS QUE ACTUAM EM MEIO ÁCIDO E EM MEIO ALCALINO

PARTICULARMENTE INDICADO NAS ENTERO-COLITES CRÔNICAS, DIARREIAS GASTROGÉNICAS, EXCESSOS ALIMENTARES, INSUFICIÊNCIA DIGESTIVA AGUDA OU CRÔNICA, METEORISMO, ETC.

APRESENTADO EM FRASCOS COM 30 DRÁGEAS





# VIDA MÉDICA

## EFEMÉRIDES

### Portugal

(De 26 de Julho a 2 de Agosto)

**Dia 26** — O Dr. Castro Soares, inspector superior de Saúde representa, em Amesterdão, o nosso País no Congresso da Organização Mundial de Saúde.

**27** — Em Lisboa o Dr. Arturo Guzman, médico chileno, profere uma conferência sobre o cancro.

**28** — Noticia-se que a Comissão do Porto, da Liga Portuguesa Contra o Cancro tem como membros os Profs. Hernâni Monteiro e Álvaro Rodrigues.

**29** — Chama-se a atenção do público, através da Imprensa diária, das dificuldades financeiras em que se debate o Hospital de Sousa Freire, da Misericórdia de Louzada.

— Noticia-se que até 31 de Agosto está

aberta a inscrição para admissão à Escola de Auxiliares Sociais de S. Pedro de Alcântara, devendo as pessoas interessadas dirigir-se à secretaria respectiva instalada na Inspeção da Assistência Social, Largo do Rato, edifício da Assistência, para obterem os esclarecimentos necessários.

— Em Lisboa, sob a presidência do director, coronel médico Dr. João Pedro de Faria, realiza-se a habitual reunião mensal do corpo clínico do Hospital do Ultramar, em que são apresentadas duas comunicações: «Lucite solar crónica», pelos Drs. Bastos da Luz e Henrique Moutinho, e «A física na clínica e no laboratório (microscopia e ultra-sons)», pelo Dr. Domingos Filipe.

— É emitido pela Procuradoria Geral da República o seguinte parecer:

«1.º — Entre as associações e organizações que se constituírem com qualquer fim religioso, de harmonia com as normas da hierarquia e disciplina da religião católica, há umas que obedecem aos requisitos da definição de associações religiosas formulada no artigo 449.º do Código Administra-

tivo e outras que não estão nestas condições:

2.º — No entanto, todas elas são reconhecidas pelo direito português, encontrando-se, quando simultânea ou completamente com fins religiosos prossigam fins de assistência ou beneficência, submetidas ao regime estabelecido no artigo 453.º do Código Administrativo, por força desta disposição legal e da segunda parte do artigo 4.º da Concordata de 1940;

3.º — Os institutos de assistência ou beneficência fundados, dirigidos ou sustentados por aquelas associações e organizações encontram-se submetidos ao regime do artigo 554.º do Código Administrativo, por força desta disposição legal e da segunda parte do artigo 4.º da Concordata».

30 — O Dr. Carvalho Dias, director do Instituto da A. N. P., vai a Paris tomar parte nas reuniões da comissão de secretários da União Internacional Contra a Tuberculose e do conselho de direcção do mesmo organismo.

— Como bolseiro do Instituto de Alta Cultura, parte para Inglaterra, onde permanecerá em missão de estudo, durante três meses, o Dr. Matos Sousa, primeiro assistente do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto.

31 — Em Lisboa a Sociedade Portuguesa de Ciências Veterinárias promove, uma reunião científica com as seguintes comunicações: «A propósito de um caso de encefalomyelite em leitões», pelo Prof. Dr. Eugénio Tropa e A. Correia Madeira; «Cisticercose ovina», pelos Prof. Eugénio Tropa, Drs. Aives da Cruz e Torres, Fevereiro.

31 — Em Coimbra, para encerramento do ano escolar da Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, é celebrada missa na capela da Universidade, pelo rev. Eugénio Martins, capelão dos Hospitais da Universidade, acto a que assistem os alunos daquela escola, vários professores, além doutras entidades.

Pelas 16 horas, na sala dos enfermeiros daqueles hospitais, realiza-se uma sessão sclene à qual preside o Prof. Dr. João Porto, director daquela escola, ladeado pela madre directora da Escola Normal Social; pela sr.ª D. Maria da Graça, monitara da Escola de Enfermagem da Rainha Santa Isabel; dr. Hermínio Cardoso, e Dr. Coriolano Ferreira, administrador dos Hospitais da Universidade.

Segue-se depois o compromisso de Honra dos novos enfermeiros, jurado por todos, e seguidamente a distribuição de prémios.

**Dia 1** — De Lisboa partem para Madagascar os Prof. Dr. Mendes Correia, deputado e presidente da Junta de Investigações do Ultramar, e eng. Fernando Mouta, que constituem a delegação oficial portuguesa ao Conselho Científico da África do Sul do Saará, que se reúne de 5 a 12 do corrente naquela possessão francesa.

De Madagascar, o Prof. Mendes Correia seguirá para Timor em missão oficial de estudo daquela junta com vista à organização de trabalhos de investigação científica.

## AGENDA

### Portugal

Depois da reunião efectuada na sede da Cruz Vermelha Portuguesa, no dia 16 do mês findo, na qual tomaram parte o presidente nacional da instituição e uma comissão representando as forças vivas de Coimbra, presidida pelo governador civil sr. Dr. Eugénio de Lemos, e portadora de uma mensagem com mais de duzentas assinaturas, pedindo a criação de uma delegação da Cruz Vermelha Portuguesa naquela cidade, ficou assente que se intensificariam

Em dores intensas

# POLAMIDON»C«

»HOECHST«

Bem tolerado devido a um componente de acção vagolítica

Especialmente apropriado á clínica quotidiana

#### Embalagens:

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

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



FARBWERKE HOECHST

*vormals Meister Lucius & Brüning*

Frankfurt (M)-Hoechst



Representantes para Portugal:

*Mecius Lda.*

Rua do Telhal, 8-1.º — LISBOA



# DELTAMICINA

2 estreptomicinas e 2 penicilinas em associação sinérgica para anular os efeitos tóxicos e exaltar o seu poder antibiótico

## COMPOSIÇÕES

### ADULTO

Cada dose contém :

Estreptomicina base (Sob a forma de sulfato) . . . . .	0,25 Grs.
Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de sulfato) . . . . .	0,25 Grs.
Procaína Penicilina G Cristalizada . . . . .	300.000 U. O.
Penicilina G potássica cristalizada . . . . .	100.000 U. O.
Soro fisiológico apirogénico . . . . .	3 c. c.

### INFANTIL

Cada dose contém :

Estreptomicina base (Sob a forma de sulfato) . . . . .	0,125 Grs.
Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de sulfato) . . . . .	0,125 Grs.
Procaína Penicilina G Cristalizada . . . . .	300.000 U. O.
Penicilina G potássica cristalizada . . . . .	100.000 U. O.
Soro fisiológico apirogénico . . . . .	3 c. c.

## APRESENTAÇÃO

Embalagem de 1 dose Adulto . . . . .	<b>Esc. 19\$50</b>
Embalagem de 1 dose Infantil . . . . .	<b>Esc. 14\$00</b>



**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



os trabalhos para que a mesma fosse criada o mais breve possível.

Para mostrar à velha Cidade Universitária quanto a Cruz Vermelha Portuguesa lhe pretende ser agradável e útil e quanto a penhorou a mensagem enviada, vai deslocar-se a Coimbra, nos princípios deste mês, o adjunto do presidente nacional, sr. coronel Vitorino Galvão, a fim de, com a coadjuvação de todos os interessados, tratar da organização da nova delegação.

— A Associação Portuguesa para o Progresso das Ciências informa-nos que o prazo de inscrição no XV Congresso Luso-Espanhol a realizar em Oviedo, de 27 de Setembro a 4 de Outubro do corrente ano, termina impreterivelmente no dia 15 de Agosto, pelo que deverão os interessados dirigir os seus pedidos de inscrição à sua sede, Praça do Príncipe Real, em Lisboa, ao Instituto de Antropologia do Porto, ou ao Instituto Botânico de Coimbra.

A mesma Associação informa ainda os congressistas de que os textos completos, resumos ou apenas a indicação dos títulos das suas comunicações devem ser remetidos àqueles locais dentro do prazo referido.

## Estrangeiro

De 1 a 5 de Outubro realiza-se, em Erian, umas Jornadas Médicas e o II Congresso internacional de Medicina Hipocrática.

— Em Roma o VI Congresso internacional de Microbiologia, dias 6 a 12 de Outubro.

— Em Valência reúne a Secção Neuropsiquiátrica da U. Médica-Mediterrânica, no dia 14 de Outubro.

— Em Zurique (Basileia), realizam-se as 2.<sup>as</sup> Jornadas de Dietética, dias 26 de Setembro a 3 de Outubro.

— Em Augsburg — Simposium sobre reumatismos nos dias 26 e 27 de Setembro.

— Em Curitiba, Brasil, de 27 de Setembro a 3 de Outubro, realizam-se as IV Jornadas brasileiras de Radiologia.

# NOTICIÁRIO OFICIAL

## Diário do Governo

(De 24-7 a 29-7-953)

24-7

Dr. António de Almeida Garrett, professor catedrático da Faculdade de Medicina do Porto — considerado em missão oficial fora do País de 29 de Junho findo a 19 do corrente.

— Dr. Carlos Sílvio Pareto Rebelo Alves, chefe do serviço de radiologia do Instituto Português de Oncologia — concedida equiparação a bolseiro fora do País durante dois meses, a contar de 1 do corrente.

— Dr. Vítor Hugo Moreira Fontes, professor catedrático da Faculdade de Medicina de Lisboa e director do Instituto António Aurélio da Costa Ferreira — considerado em missão oficial fora do País durante quarenta e cinco dias, a contar de 23 do corrente.

— Dr. Eugénio Rocha Santos — renovada por mais um ano, a sua nomeação, em comissão de serviço, para o lugar de director dos serviços técnicos, do quadro do pessoal técnico da Direcção Geral de Saúde.

28-7

Dr. António Augusto Vilas-Bôas Carneiro, cirurgião dos H. C. L. — autorizado a ausentar-se do País durante 30 dias, a fim de visitar clínicas cirúrgicas da Alemanha Ocidental, França, Suíça, Itália e

Bélgica, sendo 5 dias em comissão gratuita de serviço.

— Dr. Aires dos Santos Brígido, médico de 2.<sup>a</sup> classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado na provincia de Macau — nomeado definitivamente para aquele lugar.

— Dr. Fernando Ferreira Henriques, médico de 2.<sup>a</sup> classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado na provincia de Angola — nomeado definitivamente para aquele lugar.

— Dr. Miguel Alberto da Costa, médico de 2.<sup>a</sup> classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado na provincia de Macau — nomeado definitivamente para aquele lugar.

— Dr. Ernesto da Silva Brito, médico de 2.<sup>a</sup> classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado na provincia de Macau — nomeado definitivamente para aquele lugar.

29-7

Dr. Carlos Miguéis Carvalho Dias, director do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos — encarregado de tomar parte nas reuniões da comissão de secretários da União Internacional Contra a Tuberculose e do conselho de direcção do mesmo organismo, que se efectuarão em Paris, de 7 a 12 do próximo mês de Setembro.

## FALECIMENTOS

### Dr. Armando Henriques de Carvalho Lima

Faleceu em Lisboa o major-médico Dr. Armando Henriques de Carvalho Lima, de 71 anos, natural de Vila Nova de Poaires. O extinto foi combatente da Grande Guerra, em África, e, durante muitos anos, director da clínica de estomatologia do Hospital Militar Principal de Lisboa.

O corpo do Dr. Armando Lima ficou depositado no cemitério da Ajuda.

### Faleceram:

Em Lisboa, o Sr. Vasco Rui de Lacerda, filho do Dr. Vasco de Lacerda, médico na capital.

— Em Coimbra, o Dr. Germano Antunes do Amaral, advogado e notário em Benguela, irmão do major-médico Dr. Antero Antunes do Amaral e tio do médico daquela cidade, Dr. Brito do Amaral.

— Em Lisboa, o sr. António Eugénio Patacho Ribeiro de Almeida, filho do médico Dr. Eugénio Ribeiro de Almeida.

— Em Ponta Delgada, o Dr. Veríssimo Freitas da Silva, de 69 anos, que serviu como médico do C. E. P., na guerra de 1914-1918, e também na Cruz Cruz Vermelha e na Assistência Nacional aos Tuberculosos.

— No Fundão, a sr.<sup>a</sup> D. Maria da Luz Oliveira Salgueiro, mãe do Dr. Júlio de Oliveira Salgueiro, médico na capital.

— Em Lisboa, o Dr. José de Azevedo Antunes, de 58 anos, médico na capital.

— Em Almeirim, o Dr. António Afonso Lucas, de 56 anos, médico naquela vila e subdelegado de Saúde. Era pai do Dr. José Manuel Sousa Galvão Lucas, médico em Lisboa.

## Partidas e Chegadas

### Prof. Lopes de Andrade

Regressou do estrangeiro o Prof. Lopes de Andrade, director do Instituto Oftalmológico Gama Pinto, que, em missão oficial do I. A. C., fora tomar parte em congressos de oftalmologia em Itália e França.

### Prof. Cruz Ferreira

Partiu para Genebra o Prof. Cruz Ferreira, do I. M. T., que, em comissão de serviço, vai colaborar no plano da O. M. S., elaborado para o combate à malária e tronematoses na República da Libéria, para onde seguiu directamente da Suíça.

### Dr. Jorge de Melo Rego

Partiu para a Argentina o Dr. Jorge de Melo Rego, que, sob o patrocínio do I. A. C., vai fazer naquele país e nos E. U. A. um largo estágio em clínicas de ginecologia. Por tal motivo, um grupo de colegas seus, dos H. C. L. e da Faculdade de Medicina, ofereceram-lhe, dias antes da partida, num restaurante da capital, um jantar de despedida e de homenagem.

### Dr. Cavaleiro de Ferreira

Regressou de Roma, Florença e Paris, onde fora, em missão do I. A. C., tomar parte nos Congressos Internacionais de Oftalmologia, o Dr. Avelino Cavaleiro de Ferreira, médico oftalmologista dos H. C. L.

### Dr. Henrique Moutinho

Partiu para Roma o Dr. Henrique Moutinho, director da clínica oftalmológica do Hospital Militar Principal, que foi representar Portugal e o Serviço de Saúde do Exército, no Congresso Internacional Latino de Oftalmologia, realizado naquela cidade. Dali, seguiu depois para Paris, a participar no Congresso da Sociedade Francesa de Oftalmologia, de que é de legado permanente.

## Desastres

Na estrada do Patel, no Cacém, chocaram aparatosamente, no dia 14 de Junho, dois automóveis, um dos quais era conduzido pelo seu proprietário, o Dr. Renato Mansinho da Graça, que se fazia acompanhar de sua esposa, sr.<sup>a</sup> D. Maria Celeste Pinheiro da Graça, e de um vizinho e o filho deste.

Do choque resultou ficarem feridos todos os ocupantes dos dois veículos, tendo ficado internados o Dr. Mansinho da Graça, sua esposa e o vizinho, sendo o estado dos dois primeiros de molde a inspirar cuidados.



# O MÉDICO

SEMANARIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. 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.ª assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bessa (chefe da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA  
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroude, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de 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), 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 Dispen. de Higiene Social), Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emílio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.to António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.to António, José Aroso, J. Frazão 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 Hosp. de S.to António) — PORTO

Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Dir. do Sanat. Sousa Martins da Guarda), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matozinhos), J. Pimenta Presado (Deleg. de Saúde de Portalegre), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), M. Santos Silva (Dir. do Hosp.-Col. Rovisco Pais — Tocha), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Vila Real)

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

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

DELEGADOS: MADEIRA — Celestino Maia (Funchal); ANGOLA — Lavrador Ribeiro (Luanda); MOÇAMBIQUE — Francisco Fernandes J.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 Gynecologica 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.



# Intogine



ÓVULOS

DE PEQUENAS DIMENSÕES  
E COM INTERMÉDIO HIDROSSOLÚVEL

PENICILINA G POTÁSSICA 50.000 U. I.  
SULFANILAMIDA . . . . . 0,5 g.  
SULFATIAZOL . . . . . 0,5 g.

Por óvulo

Caixas de 6 e de 12

INFECCÕES GENITAIS FEMININAS  
VULVITES, VAGINITES, VULVO-VAGINITES  
CERVICITES, ULCERAÇÕES DA VAGINA  
ULCERAÇÕES DO COLO, LEUCORREIAS