

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

V ANO — N.º 151
22 de Julho de 1954

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

NA ALTURA DA FASE MENSTRUAL



ADYSMENE

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

Tubos de 6 comprimidos 20\$00



CILAG, -S. A. -SCHAFFHOUSE -SUÍÇA

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

SUMÁRIO

Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
FERNANDO DE MELO CAEIRO — <i>Alguns aspectos do diagnóstico e tratamento da febre tifóide</i>	<i>Folclore Médico do coração</i> — CASTILLO DE LUCAS	515
EUGÉNIO MARQUES LITO — <i>A cultura do M. Tuberculosis no diagnóstico bacteriológico da tuberculose</i>	<i>Ecos e Comentários</i>	518
MOVIMENTO MÉDICO — <i>ACTUALIDADES CLINICAS E CIENTIFICAS</i> — <i>O repto dos trópicos</i>	<i>A Saúde na Finlândia</i>	519
<i>Resumos da Imprensa Médica</i>	<i>Homenagem ao Dr. Mário Lage</i>	522
	<i>União Internacional da Imprensa Médica</i>	523
	<i>O Homem — esse louco que se envenena a si próprio</i>	526
	<i>Sociedade Portuguesa de Endocrinologia</i>	528
	<i>Noticiário diverso.</i>	

NÃO HÁ NECESSIDADE DE QUEBRAR
OS COMPRIMIDOS



NÃO ENTOPE O BICO
DO BIBERON



NÃO DEIXA RESÍDUOS
NO BIBERON



AS GOTAS PERMITEM UMA DOSIFICAÇÃO EXACTA

CECON gotas simplifica consideravelmente a administração do ácido ascórbico nas crianças. A única coisa que as mães têm de fazer será deitar gota a gota o CECON no biberon, cereais ou outros alimentos, e misturar o alimento. Assim misturado, passa despercebido, pois não tem sabor nem cheiro. A dose exacta é obtida por meio de conta-gotas especial que acompanha cada frasco; este conta-gotas é calibrado de forma a fornecer em cada gota 2,5 mg. de ácido ascórbico. Por essa razão, o clínico deverá apenas especificar o número de gotas que o doente deverá tomar. CECON gotas não coagula o leite, não se oxida, nem forma sedimento; não é pegajoso, não aderindo nem ao biberon nem ao conta-gotas. Não requiere refrigeração. Pode ser guardado durante vários meses sem que perca a sua potência; as últimas gotas do frasco contêm a mesma concentração de ácido ascórbico que a obtida no frasco recém-aberto. • CECON gotas é especialmente indicado para os lactantes, podendo também ser receitado aos adultos. O produto é apresentado em frascos de 10 c. c. e 50 c. c., acompanhado de um conta-gotas que fornece 2,5 mg. de ácido ascórbico por gota.

CECON GOTAS

Marca registada

(Solução de ácido ascórbico a 10 % em Propilena Glicol)

Para informações mais completas e literatura pormenorizada dirijam-se a:

ABBOTT LABORATÓRIOS, LDA.

R. Joaquim António de Aguiar, 43 - r. c. Dto — LISBOA

Telefone 4 4073 — End telegráfico Abbottlab — Lisboa

Alguns aspectos do diagnóstico e tratamento da febre tifóide



FERNANDO DE MELO CAEIRO

(Médico - adjunto da Direcção - Geral de Saúde e Interno Graduado dos Hospitais C. de Lisboa)

O panorama do diagnóstico e tratamento da febre tifóide é, de tal modo vasto, que não temos a veleidade, numa sessão, de o encarar em todos os seus aspectos. A ter que me limitar nalguns, resolvi omitir aqui o diagnóstico clínico — incluindo o diagnóstico diferencial — e reter mais a nossa atenção no aspecto laboratorial como auxiliar do primeiro. Aliás não é demais que num curso médico-sanitário para subdelegados de Saúde, releguemos para segundo plano os aspectos puramente clínicos do problema, para nos dedicarmos mais à sua feição sanitária. Não se tratando de um curso de patologia médica esta só nos interessará naqueles aspectos que sirvam ao sanitarista.

Posto isto entremos no âmago da questão passando ao estudo do diagnóstico laboratorial da febre tifóide que convém digã-mo-lo desde já — generalizar, para que o benefício colhido pelo doente considerado individualmente, possa igualmente ter projecção sanitária e social. Refiro-me à necessidade de aliviarmos a nossa estatística de morbilidade, eliminando os casos de doença não confirmada. E o inverso interesse tem do mesmo modo: a importância sanitária do rastreio das formas sub-clínicas e ambulatorias da doença que de outro modo nunca seriam despistadas, as quais são, tal como as formas clássicas, outros tantos focos de disseminação da doença.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Consideramos uma imprudência empreender o tratamento de um doente suspeito de ser portador de febre tifóide, sem nos termos rodeado de todos os meios ao nosso alcance para obter a confirmação laboratorial do diagnóstico clínico, tantas são as situações enganadoras e embaraçosas a que dá origem a falta de um diagnóstico correcto, quer para os doentes quer em relação ao meio ambiente — pois como porta-bacilos não identificados podem levantar sérios problemas às autoridades sanitárias.

Sem desprimor para os nossos colegas, a maior parte aliás com grande experiência adquirida em largos anos de prática médica — não há «olho clínico» que no caso em discussão possa ou deva dispensar 5 cc. de sangue do doente e o seu envio ao laboratório para fazer, pelo menos, uma Reacção de Widal — porque das formas ambulatorias da doença, do «tifo levíssimo, da febre tifóide simulando granúleas, etc., etc., ninguém pode fazer a destrição apenas com os limitados recursos da clínica, à cabeceira do doente.

E quando nos encontramos perante um quadro de meningismo numa Febre tifóide, ou de um «meningo-tifus»?

... enfim não necessito decerto, para me justificar, de me embrenhar no extenso capítulo do diagnóstico diferencial da febre tifóide, que me afastaria aliás por completo do tema proposto.

Passemos pois à discussão das provas laboratoriais a usar, sua oportunidade e significado, para o que se torna necessário passar um rápido golpe de vista sobre a fisiopatologia da infecção para assim podermos compreender melhor o momento em que se devem pedir esclarecimentos ao laboratório e interpretar os resultados obtidos.

Lembremos que a porta de entrada da Eberthella Typhi parece ser o intestino. Daí, por via linfática, alcança os gânglios mesentéricos e pelo canal torácico atinge a grande circulação, por intermédio da qual se dissemina pelo organismo; é no S. R. E., em particular do fígado e baço, que se faz a sua fixação e multiplicação. Esta primeira bacteriémia é muito fugaz e corresponde à fase pré-clínica da doença, ao período de incubação e por consequência não identificável.

Só depois tem lugar uma segunda bacteriémia que leva à

disseminação das bactérias pelo organismo com especial tropismo pelo intestino; daí a formação das placas de Payer, para se eliminarem por fim, pela bile, pelo intestino e pela urina. Com esta bacteriémia se inicia a doença agora identificável clínica e laboratorialmente. É a fase em que podemos surpreender a bactéria no sangue.

São vários os meios utilizados. O mais vulgarizado é a hemocultura em bile de boi, esterilizada, porquanto tem a vantagem de impedir a coagulação do sangue, ao mesmo tempo que inibe a multiplicação dos coccus gram-positivos que porventura possam ter inquinado o sangue por deficiência de técnica no momento da colheita.

Como sabem bastam 2 a 5 cc. de sangue em 3 cc. de bile.

Incubada a 37° durante 5 dias, diàriamente se fazem passagens para meio sólido (meio de Endo ou de Desoxycolato) nos quais se identificam colónias de salmonelas que são então classificadas por métodos serológicos (soros específicos para as várias salmonelas) ou por métodos bioquímicos.

A hemocultura é positiva em 90 % dos casos durante a 1.ª semana, em 70 a 80 % dos casos na 2.ª semana e em 50 % na 3.ª semana. É raro isolar o B. tífico no sangue depois da 4.ª semana, e em qualquer fase da doença depois dos primeiros dias do emprego do cloroanfenicol. Por isso aqui deixo aos meus colegas desde já este conselho: não podem pôr ainda um diagnóstico certo mas necessitam — não importa porque razões — iniciar o tratamento rapidamente? Pois bem, colham sangue para «Kaiser» e «Widal» antes de iniciar a aplicação do antibiótico e também 12 a 24 horas depois para a hipótese de «falhar» a primeira hemocultura — o doente não deixará de iniciar a cura a «tempo e horas», e o clínico não perderá a oportunidade de fazer um diagnóstico correcto.

É como sabem uma prova de diagnóstico decisiva de doença e infecção activa, mas a inversa não é verdadeira: nalguns casos (10 % na 1.ª semana; 20-30 % na 2.ª e 50 % na 3.ª semana) não conseguimos surpreender a bactéria no sangue circulante e todavia o doente é portador de uma febre tifóide.

É o momento de lançarmos mão da coprocultura ou do sero-diagnóstico (R. de Widal).

Com efeito há eliminação de bacilos de Eberth pelas fezes — eliminados pela bile ou pelas placas de Payer — durante toda a doença (em maior percentagem durante a 2.ª e 3.ª semanas), em menor percentagem durante a convalescença e só nalguns casos depois dela (portadores).

Daí a necessidade de valorizar esta prova com o exame clínico, dado que a presença de bacilos nas fezes nem sempre traduz actividade de infecção. Ela pode realmente servir para diagnóstico actual, mas, dado o «compasso de espera» a que obriga a sua realização, ela tem sobretudo valor retrospectivo e tem para nós a maior importância no campo epidemiológico (porta-germens) — cada eliminador de bacilos é uma fonte de infecção. Torna-se portanto necessário fazer preceder a alta de cada doente, de duas coproculturas negativas, com um intervalo de dias, sem que o convalescente não deve ser restituido à sua vida quotidiana. As responsabilidades do clínico e em particular do sanitarista neste pormenor, são muito grandes.

Mas pròpriamente para fins de diagnóstico, onde a coprocultura tem um particular interesse é na criança, na qual a punção venosa é mais difícil e por vezes até impossível.

Resta-nos examinar e discutir o valor do sero-diagnóstico. Como sabem, a presença do antigéneo bacteriano determina o aparecimento de anti-corpos demonstráveis no soro dos doentes, por mais leve que seja o quadro clínico. Para tanto basta que decorram alguns dias de incubação. É mais, a sua «concentra-

ção» aumenta com o tempo. Partindo do zero, o seu título vai aumentando (a bacteriemia e a taxa de aglutininas no soro são inversamente proporcionais: à medida que diminui a primeira, aumenta a segunda), a não ser que, segundo parece, um tratamento precoce ou maciço dificulte ou iniba a formação de anticorpos pela inibição do antigénio (lise bacteriana). Daí a necessidade de uma R. de Widal no início da doença — como meio diagnóstico mais valorizada ainda no caso das outras provas serem negativas — tanto mais que nós nem sempre sabemos quando teve início a doença e por consequência ser para nós uma incógnita o momento a partir do qual passaremos a encontrar aglutininas no soro.

Estas aglutininas são de três tipos: O-H e Vi.

Na febre tifóide as aglutininas H por via de regra só aparecem tardiamente. Nas infecções paratíficas estão quase sempre presentes.

As aglutininas O são as que se encontram mais frequentemente e a títulos mais elevados.

Quanto às aglutininas Vi têm menos interesse para diagnóstico pois são mais inconstantes que as primeiras.

A reacção de Widal é todavia uma arma de dois gumes e que por isso tem que ser cuidadosamente interpretada. Várias circunstâncias concorrem para que assim seja.

As aglutininas aparecem no sangue entre o 3.º e 7.º dias de doença, aumentando daí em diante e atingindo o seu máximo entre a 2.ª e 4.ª semanas; depois diminuem lentamente de sorte que se podem demonstrar durante semanas e meses depois da convalescência, desaparecendo primeiro o antigénio O (somático) e só posteriormente o antigénio H (flagelar).

Esta prova é a que para nós deve merecer mais cuidados na sua interpretação e significado. Senão vejamos.

A R. de Widal é positiva nos doentes de F. T. e nos vacinados. No primeiro caso já se considera significativo o título baixo (1/50-1/100) que sofre uma subida apreciável passados dias ou semanas (daí o interesse das análises seriadas). Nuns e noutros os títulos regressam com o tempo e pela ordem acima indicada, primeiro o «O» e depois o «H».

Nos indivíduos vacinados o título em aglutininas H atinge por vezes valores muito elevados, ao invés do que sucede com as aglutininas O. Por isso para o diagnóstico de febre tifóide em indivíduos previamente vacinados é sempre de boa norma atribuir mais importância às aglutininas somáticas do que às flagelares.

Todavia as variações nos títulos são de tal ordem que só as restantes provas podem valorizar, a par dos exames serológicos seriados que permitam elaborar uma curva de aglutininas.

A presença de aglutininas Vi na presença de quadro febril é igualmente demonstrativo de infecção activa. A sua demonstração na ausência de infecção actual sugere a hipótese de que estamos frente a um porta-bacilos. A sua pesquisa tem, portanto, grande importância no rastreio dos porta-gérmens.

Com frequência surgem Reacções de Widal positivas simultaneamente para o tífico e paratífico a títulos variáveis: a infecção mista só pode ser demonstrada todavia, ou pela presença simultânea dos agentes nas fezes ou no sangue porquanto o fenómeno da paraaglutinação surge a cada passo mercê do similar mosaico antigénico destas salmonelas, ou ainda pela repetição seriada da reacção serológica que revela simultânea subida de ambos os títulos. Se a subida se verifica só para um antigénio é esse o responsável da infecção actual — o outro surge por coaglutinação ou aglutinação de grupo.

É assim como uma R. de Widal negativa não pode negar uma F. T. (primeiros dias de doença e alguns casos, raros, de F. T. sem aglutininas demonstráveis no sangue circulante), uma reacção positiva nem sempre é sinal da doença: pode traduzir uma reacção anamnésica provocada por uma intercorrência febril num vacinado ou num indivíduo que já teve uma F. T. A valorização do serodiagnóstico só se fará então em presença do quadro clínico e mediante as demais provas laboratoriais, incluindo as reacções serológicas seriadas (Reacção de Widal). Note-se que as aglutininas flagelares são as mais susceptíveis de dar a reacção anamnésica.

Por último, para complicar ainda mais este problema de interpretação da Reacção de Widal temos que tomar em consideração o emprego precoce ou maciço do cloroanfenicol, o qual, cortando o estímulo antigénico parece inibir a formação de anticorpos ou a subida do título aglutinante. Daí a necessidade de apurarmos tanto quanto possível o diagnóstico, antes de iniciar-

mos a administração do antibiótico ou nas primeiras horas depois dela.

TRATAMENTO

Vamos agora encarar o problema do estado actual do tratamento da febre tifóide para a qual a ninguém oferece dúvidas a eficácia do cloroanfenicol. Mas já são divergentes em considerável número de detalhes as opiniões acerca da biologia e da clínica desta afecção que o emprego deste antibiótico suscitou. Evidentemente que não vamos entrar nos pormenores de tal discussão, mas consideramos indispensável ter bem presente na nossa memória a fisiopatologia da doença que expuzemos atrás, no início desta palestra. Só assim nos poderemos aperceber, em toda a sua amplitude, dos detalhes terapêuticos que importa conhecer para uma actuação eficiente e segura. A concepção da doença, acima exposta, é perfeitamente racional, pelo menos à luz dos conhecimentos actuais sobre este antibiótico e que a prática clínica abona em seu favor.

Na realidade o dilema que se põe é este: Inibir «ab initio» o granuloma infeccioso do reservatório do agente, no S. R. E. do baço, do fígado, dos gânglios íleo-cecais, etc., ou mantê-lo «Sub Judice». Por outras palavras — inibir ou conservar o antigénio — fonte determinante do aparecimento dos anticorpos protectores a que deve dar origem.

No primeiro caso duvida-se em primeiro lugar da sua possibilidade dada a dificuldade de acesso do antibiótico ao granuloma. Mas ainda que seja viável, levanta-se o problema de que o benefício duma destruição precoce do agente seja minimizado e até anulado pela dificuldade ou impossibilidade do aparecimento dos fenómenos imunitários.

No segundo caso a manutenção do foco, favorecendo o aparecimento dos anticorpos protectores a expensas do antigénio sempre é uma garantia de cura através dos fenómenos imunitários — todavia uma medalha com o seu reverso: o perigo das recaídas.

Parece-nos portanto que «in medius est virtus», e por consequência a melhor atitude seria suprimir a bacteriemia inicial pela administração contínua ou descontínua do cloroanfenicol que permitisse anular os prejuízos da bacteriemia (e bem assim toda a fenomenologia que a acompanha) sem detrimento da potencialidade antigénica do foco para que os fenómenos imunitários não sejam interrompidos e se obtenham assim as máximas garantias para o impedimento duma recaída. Trata-se portanto de procurar uma situação de equilíbrio, aliás nem sempre fácil de conseguir, de um impedimento de nova difusão de gérmens, que é dizer, de criar uma doença inaparente mas de suficiente duração para que possam surgir os fenómenos imunitários defensivos. Todavia quando a recaída se produz pela taxa insuficiente de antibiótico administrado, clinicamente nem por isso o mal será grande porquanto a segunda septicémia será tão facilmente julgada como a primeira.

Com base neste raciocínio o uso da «dose de carga» (1,5 a 3 gr. da droga na primeira administração) do tipo da usada na quimioterapia pelas sulfamidas, não se justifica não só por ser desnecessária (não se vê que o seu emprego tenha grande influência na queda da temperatura e evolução da doença) mas também por interromper os fenómenos imunitários em curso. Mas, o que é mais importante, ela é sobretudo perigosa. Alguns casos de colapso tantas vezes mortal se atribuíram ao emprego desta técnica pela desintegração rápida de uma grande quantidade de corpos bacterianos (lise bacteriana) com a consequente libertação em massa de endotoxina tífica.

Daí a nossa preferência pelas doses moderadas e periódicas de 0,25 e 0,50 gr. no adulto e de 0,125 gr. na criança todas as 3, 4 ou 6 horas consoante o período de evolução da doença e o peso do doente.

O esquema terapêutico usado no serviço de Isolamento do Hospital Curry Cabral em Lisboa, há mais de 2 anos, num número de doentes que ultrapassou já o milhar, é o que passamos a descrever.

Antes disso porém não quero deixar de referir que — registámo-lo com agrado, quando do nosso recente estágio no Hospital de Doenças Infecciosas de Paris (Hospital Claude Bernard) — o Prof. Mollaret e seus colaboradores, bem como na clínica Pasteur nos Hospitais da Universidade de Montpellier, o Prof. Jambon e colaboradores, preconizavam um esquema terapêutico idêntico ao nosso e pelas mesmas razões já referidas.

A dose por 24 horas deve orçar pelos 30 a 40 mg. por quilo de peso, administrada em doses parciais de 0,25 ou 0,50 (adulto) e 0,125 (criança). Por exemplo, num adulto de peso médio (60-70 kg.) poderemos administrar o cloroanfenicol, à razão de 1 cápsula (0,25) de 3/3 horas, 2 cápsulas de 6/6 horas (0,50) (2 gr. diários) durante os primeiros dias de doença. Uma vez obtida a queda da temperatura, cerca de 24/48 horas depois, pode-se baixar a dose para 1 cápsula (0,25) de 4/4 horas (1,5 gr. nas 24 horas) pauta esta que se pode prolongar até ao fim do tratamento, salvo nos doentes em que o peso fica abaixo da média, circunstância esta que mantém ainda eficaz no período terminal do tratamento a administração de 1 cápsula (0,25) de 6/6 horas (1 gr. diário) apenas.

Na criança a dose anda por metade da do adulto.

De qualquer modo o nosso propósito é prolongar suficientemente o tratamento dentro dos limites da tolerância, no firme propósito de evitar a recaída; a duração do tratamento está na razão inversa da prontidão com que se iniciou: períodos mais longos de administração do antibiótico são exigidos pelos casos em que a terapêutica se iniciou precocemente. Desta afirmação aparentemente paradoxal se infere que, dificultado o estabelecimento da imunidade pelo emprego precoce do antibiótico, há que prolongar suficientemente o período de administração a fim de reduzir ao mínimo a frequência das recaídas. Por isso é de aconselhar que se prolongue o tratamento por cerca de 14 a 18 dias, consoante os casos, dado que a insuficiência de tratamento ou a sua supressão precoce é a razão capital das recaídas, as quais devem ser controladas laboratorialmente e tratadas com cloroanfenicol segundo as mesmas regras como se de um ataque inicial se tratasse.

Sucedem porém que com certa frequência surge intolerância à droga (vómitos) que obriga à sua suspensão. Este incidente que, não sabemos porquê, é mais frequente na enfermaria de mulheres e raro na enfermaria de homens, obriga à administração descontínua que se pode aliás pôr em prática logo de início e sem ser por essa razão. Uma pauta deste tipo é aconselhada por Woodward e Swadel: períodos de tratamento e de repouso, de 5 dias cada, alternadamente, à razão de 2 gr. d. durante duas a três semanas. Repetimos, esta pauta é sobretudo útil no caso dos vómitos pois a interrupção da droga é absolutamente necessária dados os perigos da hipocloremia, desidratação e colapso (a todo o doente na emergência de colapso ou já em colapso se deve obrigatoriamente suspender o cloroanfenicol). E, reparo importante, uma vez vencida a crise de intolerância, os doentes posteriormente toleram muito melhor o antibiótico.

*

Ao contrário, há ainda quem preconize doses elevadas de cloroanfenicol no tratamento da febre tifóide. Dentro deste critério não quero deixar de citar os dois esquemas descritos na última edição de 1954 da «Current Terapy».

Um é o esquema preconizado por Robert T. Parker da Universidade de Maryland (Baltimore), e o outro de Francisco Ruiz Sanchez, de Guadalajara, México.

O primeiro compreende «uma dose de carga de 50 mg. por Kg. de peso, seguida de doses de 0,75 gr. (3 cápsulas) cada 6 horas ou 1,00 gr. (4 cápsulas) cada 8 horas, até dois dias depois da normalização da temperatura reduzindo-se então a dose para 0,5 (2 cápsulas) de 6/6 horas, esquema que se prolonga por 14 dias». Dentro das mesmas doses fazem também por vezes o esquema de administração descontínua, que atrás falamos.

Quanto ao segundo método utiliza doses de 40 a 50 mg. por quilo de peso por frações em cada 6 ou 8 horas, reduzindo-as todavia a metade às 24 horas de apirexia, não sem prolongar o tratamento por um lapso de tempo de 14 a 18 dias.

*

Analisemos agora o problema tão discutido do emprego da vacinação como profilático da recaída, pois as bases em que assenta não são perfeitamente seguras, ainda que com todo o fundamento teórico.

Já sabemos que um tratamento insuficiente sobretudo na sua duração é capaz de impedir nova bacteriemia, e portanto, a recaída. Por outro lado um tratamento precoce e prolongado anula as possibilidades patogêneas da Eberthella Tiphy mas a

lise bacteriana faria desaparecer precocemente o estímulo antigénico da bactéria infectante.

Se o cloroanfenicol dificulta a formação de anticorpos, não o sabemos ao certo. Pelo menos aqueles demonstráveis pelos métodos actuais ao nosso alcance parecem experimentar uma certa dificuldade na subida dos títulos e às vezes mesmo a impossibilidade do seu aparecimento.

Daí o fundamento teórico do emprego da vacinação antitífica acelerada na profilaxia das recaídas na F. T., que consiste em estimular a rápida formação artificial dos anticorpos enquanto o doente está sob a acção do cloroanfenicol que impediria o efeito antigénico natural.

Como contra-indicações citam-se as formas hipertóxicas e graves da doença — de aceitar, e a existência da fase negativa, anérgica da doença — de discutir, pois já hoje não é aceite pela maioria.

Robert T. Parker da Universidade de Maryland (Baltimore), empregou o método num número reduzido de doentes, sem reacções desagradáveis, segundo o esquema: 0,1 cc. de TAB, por via subcutânea, durante 8 dias a começar no 3.º dia de defervescência.

Entre nós temos feito uso desta técnica sem termos verificado acidentes.

O esquema utilizado no Serviço de Isolamento do Hospital Curry Cabral, consiste na administração de vacina antitífica-paratífica (TAB), com 3 a 5 dias de intervalo, em três doses parciais de 0,5 cada, com início às 48 horas depois da queda da temperatura ainda e sempre sob a «protecção» da cloromicetina havendo, portanto, tempo para prosseguir na administração desta, mesmo depois da última dose de vacina.

É evidente que, baseados no conceito teórico apresentado, esta técnica é desprovida de interesse em todo o doente que inicia o tratamento pelo cloroanfenicol em fase avançada da doença. Aí já a vacina não pode fazer a sua prova pois os fenómenos imunitários já estavam em curso, quiza nalguns casos em fase avançada; por isso não tem interesse nem fundamento teórico o emprego da vacinação em tais circunstâncias que também não ousamos aplicar nas formas hipertóxicas e graves da F. T., pois tememos — em fase tão importante da evolução da doença — comprometer a capacidade defensiva do paciente, aumentando as exigências a um organismo já de si empenhado em luta tão dura.

Laporte e Mollaret, no Hospital Claud Bernard, em Paris, em nenhuma circunstância usam a vacinação antitífica na F. T., afirmando mesmo aquele autor que «aplicada só é perigosa, acompanhada do antibiótico não tem interesse prático».

Quanto a nós, apesar de termos sido um dos discípulos do segundo, durante a nossa estadia no seu serviço, não partilhámos da mesma opinião pela experiência adquirida no Hospital Curry Cabral.

Mas como em medicina nada há melhor do que a experiência pessoal sobre os assuntos em discussão aqui deixo aos colegas o tema para estudarem, comunicando-nos depois a vossa opinião e experiência pessoal.

Quanto ao regimen dietético de há muito que foi abandonado o velho sistema das restrições drásticas. O tífico deve ter uma alimentação rica em calorías (aproximadamente 3.000) e princípios activos, com generosa administração de líquidos, sem maltratar o intestino com um regimen «trabalhoso» ou que favoreça a sua distensão pelos gases. Assim devem ser diminuídas as gorduras, abolidos os frutos ricos em celulose, as hortaliças e saladas, o pão corrente, em suma os alimentos com muitos «detritos». Devem-se fornecer proteínas em quantidade superior ao mínimo proteico, cerca de 2 grs. por quilo de peso, dadas as necessidades calóricas requeridas por tão prolongada doença, suprimindo o restante com hidratos de carbono, a base da dieta, sobretudo no início: arroz, massas, batata, farinhas, em caldos e purés, compotas, marmelada, bolachas, biscoitos, bolos secos, etc. De um modo geral as necessidades calóricas devem ser fornecidas nas seguintes proporções: 10 a 15 % em proteínas, 25 a 30 % em gorduras e 50 a 60 % em hidratos de carbono.

Os factores vitamínicos são assegurados pela fruta e sumos de fruta (sumo de laranja, banana, uvas, rejeitando a casca, sumo de ananás, etc., etc.), aconselhando-se a administração de complexo B por via parentérica por virtude do emprego prolongado do antibiótico dificultar a síntese do complexo B no intestino por esterilização relativa do meio intestinal.

Quanto às proteínas, de início preferir as vegetais administradas por intermédio dos legumes (ervilhas, favas, puré de feijão, etc.), mas após a defervescência podem-se consentir o peixe cozido e grelhado, bem como as carnes ditas «brancas» e «vermelhas» mas cozinhadas «raspadas» bem cozidas a fim de fracturar convenientemente as fibras musculares.

Abolir «carnes gordas» e, das gorduras (azeite e manteiga), tolerar o mínimo para confecção dos alimentos que devem ser de bom paladar.

Consentidos o leite, o chá e até um pouco de vinho diluído em água para acompanhar as refeições.

E para as formas habituais da doença, com o cloroanfenicol e uma dietética apropriada temos o problema terapêutico resolvido. O resto são os habituais cuidados de enfermagem.

Só nas formas graves, sobretudo nas hipertóxicas, na emergência de colapso ou já no Shock temos que ir mais além.

Em primeiro lugar manejar com cautela a dose de cloroanfenicol suprimindo-o, mesmo nas duas últimas situações.

A hipótese mais plausível para explicar esta perigosa complicação é o fenómeno da lise bacteriana. O colapso seria devido aos efeitos tóxicos exercidos sobre o sistema nervoso vegetativo, pelas endotoxinas tíficas libertadas em grande quantidade devido aos fenómenos de lise bacteriana que a cloromicetina determina. Outros pensam que o colapso seria determinado directamente pela droga, mas o que é facto é que as situações de Shock diminuíram à medida que o antibiótico era manejado com mais cuidado e sobretudo depois de se ter abandonado a técnica da dose de carga.

Prosseguindo nas nossas recomendações não devemos esquecer a hidratação do doente com soro fisiológico ou glucosado isotónico subcutâneo ou intravenoso (de preferir o soro com coramina ou cardiazol, gota-a-gota em Venoclise), o soro cloretado hipertónico intravenoso nos doentes com vômitos incoercíveis para cortar o ciclo vicioso da hipoclorémia — vômitos (ou diarreia profusa) — hipoclorémia.

Não esquecer também os cárdio-vasculares (coramina-cardiazol efedrina-sympatol-veritol, etc.), e os extractos da cápsula suprarrenal-11-Desoxicorticosterona (percorten) hormona particularmente indicada nos estados de hipotensão e também como medicação anti-infecciosa.

Finalmente em todas as situações graves, para tratamento da toxémia muito particularmente nas situações de colapso ou na emergência de colapso, aquisições recentes indicam que é indispensável o emprego da cortisona. As doses são variáveis e dependem da gravidade da situação requerendo o seu manejo os cuidados habituais a ter na sua aplicação, devendo suspender-se o seu emprego uma vez ultrapassado o período crítico não só por ser desnecessária como também por comprometer os fenómenos imunitários. Por via de regra são suficientes, no adulto, 500 mgs. no total: 300 mgs. de início, seguidos de 100 mgs. cada 6 horas, por duas doses.

A cortisona será empregada simultaneamente com o cloroanfenicol e em nenhuma circunstância deverá ser dada sem tratamento coetâneo do antibiótico. O efeito anergizante da hormona deverá ser contrabalançado pela presença do antibiótico. Só assim o doente ficará protegido.

Quanto ao gelo no ventre pertence à história, pois tem tanto de inútil quanto incómodo e só tem interesse — relativo — o seu emprego nos ventres muito distendidos pelo meteorismo abdominal exagerado.

A hora vai adiantada pelo que às complicações da febre tifóide apenas quero dedicar algumas palavras para orientação. Com a nossa admiração lemos na última edição da «Current Terapy» de 1954 que o uso do cloroanfenicol não baixou a frequência das complicações, e digo com admiração porquanto temos pessoalmente a impressão que entre nós o uso deste antibiótico, e em particular a precocidade do seu emprego fez cair a percentagem das complicações da febre tifóide.

Com efeito no serviço 2 do Hospital Curry Cabral onde há anos venho seguindo doentes de febre tifóide, são raras as enterorragias, as colecistites, as flebitis ou as osteíteis tíficas bem como as perfurações intestinais. Esta última situação então quase que desapareceu da estatística dos cirurgiões do Banco, já pela sua raridade já porque hoje a tendência é para a terapêutica conservadora e espectante. A tendência exclusivamente cirúrgica de outros tempos e que se mantêm hoje só nos casos de perfuração franca em peritонеo livre (como é difícil fazer um

diagnóstico correcto em tais circunstâncias!), opõe-se a tendência médica actual de expectativa armada, a cura sem intervenção, pela associação do cloroanfenicol a outros antibióticos agindo sobre os germens intestinais, muito particularmente a estreptomicina que, limitando o processo inflamatório local vai favorecer o papel defensivo do peritонеo que auxiliado com antiperistálticos (antiespasmódicos e gelo), encapsula o foco, limita-o, transformando o acidente como que numa perfuração coberta mais fácil de dominar. Se nos lembrarmos da dificuldade em suturar, numa laparotomia, os tecidos friáveis do segmento íleo-cecal do intestino, onde se encontram as placas de Payer, da facilidade com que garram as suturas em tais condições não teremos relutância em reservar a atitude intervencionista para situações, digamos, absolutamente definidas de grande perfuração de víscera ôca em peritонеo livre. Concordamos todavia em que, na prática, é muito difícil decidir, sobre se se deve ou não intervir cirúrgicamente. Tão embaraçoso é por vezes o quadro que se nos depara, que nem mesmo um perfeito critério clínico consegue por vezes decidir a questão.

Apesar de trabalharmos num serviço da especialidade, dada a raridade das perfurações nestes últimos anos pelas razões expostas, a nossa experiência pessoal é bem reduzida. Todavia, através dos casos observados ficou-nos a tendência conservadora da atitude espectante pelo emprego dos antibióticos e terapêutica coadjuvante condicionando a atitude intervencionista à evolução do acidente durante as 24 e 48 horas que se seguem à suspeita de perfuração intestinal.

Quanto ao tratamento das enterorragias, chamo em primeiro lugar a atenção para o facto de que a administração do cloroanfenicol deve prosseguir, mas é de boa norma suspender a alimentação, ou melhor reduzi-la a pequenas quantidades de leite, água e sumo de laranja, colocando assim o intestino em repouso.

Aplique-se um saco de gelo no ventre e administrem-se sedantes e antiperistálticos (laudano de Seydenheim, etc.). Eventualmente teremos que hidratar o doente com soros ou plasma, ou mesmo recorrer a transfusões com fins hemostático e supletivo.

Quanto às flebitis tíficas, colecistites tíficas, osteíteis tíficas, etc., não me ocuparei, pois além de saírem do âmbito deste trabalho, não disponho já de tempo para tal, no que não me lamento aliás, pois encontram-se bem dentro dos princípios habituais da terapêutica destas afecções e que os meus colegas bem conhecem.

Duas palavras apenas para o tratamento dos porta-bacilos.

A negatização das coproculturas que ocorre ordinariamente na convalescença é argumento de que se servem os mais crédulos na apreciação deste problema.

Frequentemente alguns doentes continuam a eliminar bacilos pelas fezes por mais algumas semanas após a cura, mas nesses, com ou sem cloromicetina, o desaparecimento do bacilo tífico das fezes ao fim de algum tempo é a regra.

Todavia a apreciação final depende aliás do conceito de porta-germens e rigorosamente só os que ficam eliminando bacilos por muitos meses e até anos, o são verdadeiramente e só esses é que constituem o grande problema que continua sem solução.

Dos casos que conhecemos, portadores há mais de 1 a 2 anos, não temos visto que o deixem de ser, com o emprego da cloromicetina mesmo com doses altas e tratamentos repetidos.

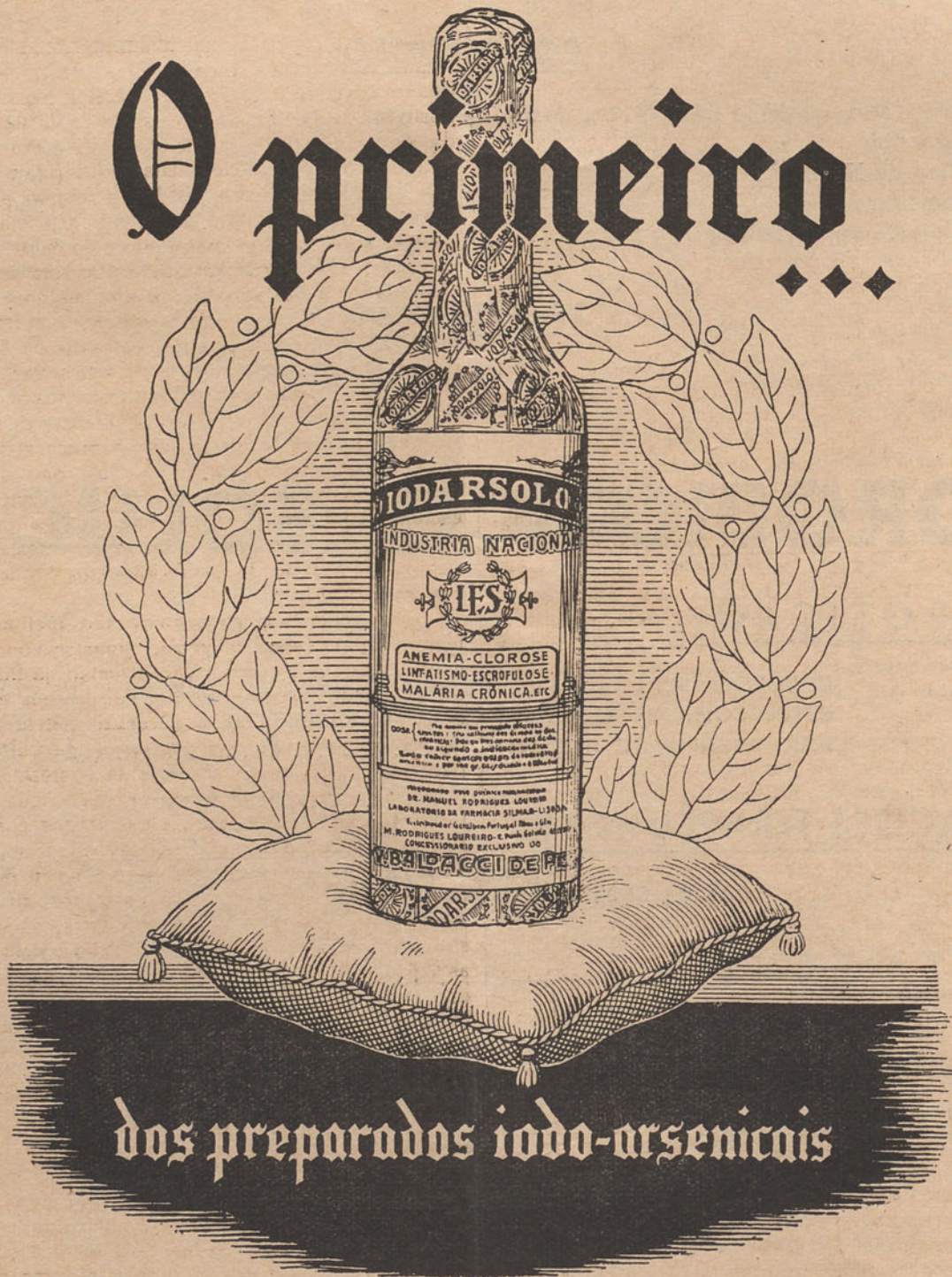
*

Vou terminar. Não quero porém, deixar de dizer que as considerações que acabais de ouvir constituem como que uma síntese dos nossos conhecimentos à luz da sua aplicação em mais de um milhar de doentes tratados no Hospital Curry Cabral.

Propositadamente me dispensei da parte estatística, poupando-os aos números, sempre fastidiosos, mas que farão parte de um trabalho que será oportunamente publicado.

(Lição proferida no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, no dia 2 de Junho de 1954 no X Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde).

O primeiro



dos preparados iodo-arsenicais

M. RODRIGUES LOUREIRO
— RUA DUARTE GALVÃO, 44 - LISBOA —

A cultura do *M. Tuberculosis* no diagnóstico bacteriológico da tuberculose

EUGÊNIO MARQUES LITO

Médico analista

O bacilo da tuberculose tem sob o aspecto biológico duas grandes características que o separam da maioria dos restantes agentes patogêneos para o homem: o seu desenvolvimento lento, tanto «in vitro» como «in vivo», e a sua difícil destruição ou inibição pelas defesas naturais do organismo ou pelos meios artificiais. É condição necessária e suficiente para afirmar a etiologia tuberculosa de quaisquer lesões, demonstrar a presença do bacilo de Koch, quer por exame directo, quer por métodos muito mais sensíveis como são as culturas ou as inoculações aos animais de experiência.

Em geral a escolha do meio de cultura a empregar no isolamento das bactérias, quaisquer que elas sejam, obedece a determinados princípios dos quais destacamos os seguintes: em primeiro lugar, o meio deve satisfazer as exigências nutritivas e metabólicas do agente, aproximando-se tanto quanto possível das mesmas condições biológicas que o organismo parasitado lhe oferece; impõe-se, depois, que seja de fácil preparação e acessível à maioria dos laboratórios e bem assim assegure um rápido desenvolvimento das bactérias, e convido, além disso, ser o mais possível selectivo para o isolamento que pretendemos, mantendo boa conservação e estabilidade com o tempo. A maioria dos meios de isolamento das bactérias são sólidos ou por coagulação das albuminas sob a acção do calor, como o soro de Löffler, meio de Löwenstein ou pela adição de substâncias que são sólidas à temperatura de 37° c. como o agar-agar e a gelatina, para permitirem obter colónias individualizadas.

Para cada bactéria, e sobretudo para as de maiores exigências nutritivas, têm sido descritos muitos meios de cultura e métodos de isolamento mais ou menos complicados, cada um deles com os seus defensores e opositores, dada a dificuldade de reunir num só, todas as condições enunciadas para um bom meio de cultura. A maior sensibilidade de certos meios de cultura posta em confronto com um meio menos sensível, não beneficia os resultados finais em virtude das maiores complicações de manejo e assim as diferenças que podem verificar-se, não são compensadoras.

A esta diversidade não escapam os meios propostos para o isolamento e cultura do *Mycobacterium Tuberculosis*, já hoje em número tão elevado, quer os originais, quer modificações mais ou menos acentuadas. De todos os meios estudados, aquele que tem sido mais divulgado e empregado nos laboratórios de diagnóstico e manutenção de estirpes do bacilo de Koch é o de Löwenstein com a modificação introduzida por Jensen. A sua manipulação afigura-se-me ainda um pouco complicada para as condições de trabalho da maioria dos nossos laboratórios de análises e não se adapta com facilidade para os testes de sensibilidade aos antibióticos e quimioterápicos da tuberculose, de que a clínica de hoje tanto espera.

Os maiores progressos na cultura de *M. T.* têm sido mais nos aperfeiçoamentos da composição do meio, do que na redução do tempo de incubação necessário para o seu desenvolvimento, isto é, no aceleração da multiplicação da bactéria, apesar do melhor conhecimento de certas substâncias aceleradoras do crescimento ou segundo outros da destruição ou inactivação de certos inibidores. Mesmo a micro-cultura em lâmina, segundo a técnica original de Pryce ou suas simplificações, exige um largo período de incubação para nos pronunciarmos definitivamente sobre os resultados. Apesar da cultura do *M. T.* ser desde há longos anos praticada nos trabalhos de investigação laboratorial, só recentemente ela entrou no campo da utilidade prática como técnica de diagnóstico da tuberculose, com resultados muito próximos das inoculações, portanto muito mais sensível que os simples exames bacterioscópicos. Sellors, diz que o Ziehl só é positivo quando existe mais do que 100.000 bacilos por ml. enquanto que a cultura tem probabilidades de ser positiva de 1 a 1.000 bacilos

por ml. Entre estes dois métodos situa-se em sensibilidade, a microscopia por fluorescência. Pelo estudo bacteriológico quantitativo verifica-se que a maior percentagem de culturas positivas de produtos com baciloscopia negativa, isto é, cerca de 40 %, tem 1 a 10 colónias. A cultura começa a falhar quando a concentração bacilar é inferior a 20 por ml.

Foi Robert Koch (1884) que obteve as primeiras culturas positivas desta bactéria nos meios artificiais, constituídos por simples soro humano coagulado pelo calor. Mais tarde Nocard e Roux (1887) verificam que a glicerina de 6 a 8 % em caldo peptonado ou no soro de cavalo, melhora muito o desenvolvimento do *M. T.* Logo a seguir, Pawlowisky (1888) enriquece os meios adicionando extracto de batata, e Capaldi e outros (1896) sugerem pela primeira vez o emprego do ovo como elemento energético fundamental com que Dorset (1902) elaborou o seu meio de cultura. Depois destes sucessos outros se lhe seguiram, sendo grande o número de meios estudados, mais ou menos diferentes uns dos outros, tornando-se hoje difícil a quem se inicia na técnica de cultura desta bactéria, escolher aquele que maior número de vantagens reúne. Todos os meios têm vantagens e inconvenientes, pelo que a ponderação e o critério do bacteriologista é que imperam mais na sua escolha.

Se se tivesse conseguido tão facilmente o desenvolvimento rápido desta bactéria, como se conseguiu fazer variar mais ou menos a composição do meio, já hoje se poderia fazer o diagnóstico laboratorial, por cultura, em muito menos espaço de tempo do que o ainda necessário, dentro das boas normas da técnica. Mesmo com os meios de cultura mais perfeitos para as exigências metabólicas da bactéria, para que têm contribuído muito o estudo dos lipóides, seus constituintes celulares, o tempo de espera de resultados é ainda muito longo. Entre as substâncias activadoras do desenvolvimento do *M. T.* mais eficazes, pode citar-se o Tween 80 (amino álcool de cadeia longa, derivado dum ester sorbítico do ácido mono-oleico) na concentração de 0,05 grs. %/100. O mecanismo da sua acção é explicado por uma acção tensio-activa, facilitando as trocas metabólicas entre a bactéria e o meio de cultura, o que aumenta o seu poder de multiplicação. Do que foi dito se conclui, apesar de tudo, só muito raramente as técnicas de que actualmente dispõe o bacteriologista, permitem fazer o diagnóstico rápido e precoce da infecção tuberculosa, como seria de desejar.

Entre as mais recentes técnicas para a cultura do *B. K.* ensaiadas e uma das mais divulgadas nos laboratórios especializados é a de Pryce, proposta pelo autor em 1941 por permitir dar respostas dentro de uma a duas semanas; todavia pela sua extrema delicadeza e dificuldade de execução por parte dos menos experientes, essa técnica encontra obstáculos à sua maior generalização. Consiste numa microcultura sobre lâmina onde é estendido o produto em delgado filme que depois é tratado pelo ácido sulfúrico a 15 % durante 5 minutos para destruir a flora associada, seguidamente lavado muito bem com água estéril e finalmente introduzida a lâmina em placa ou tubo com o meio de cultura líquido esterilizado. As microcolónias desenvolvem-se à superfície da lâmina e são reveladas, depois de fixadas pelo calor com a coloração de Ziehl-Neelsen seguida da observação microscópica. Na prática este método além das dificuldades de execução e de observação dos resultados é muito trabalhoso e em grandes séries de exames torna-se menos praticável, sendo ainda duma menor sensibilidade que os macrométodos por ser muito reduzido o volume de produto empregado. Daí a razão de não ser tão usado como seria de esperar apesar de abreviar o tempo de incubação da cultura a menos de metade do tempo dos outros métodos.

Nos últimos anos, muitos investigadores têm dedicado

todos os seus esforços para determinar o valor relativo dos diversos meios empregados na cultura do bacilo da tuberculose. Entre eles podemos citar Schwalbacher (1937) e Sahai (1941) e muito especialmente a «equipa» do Comittee of the American Trudeau Society (1942-1946) tendo-se chegado unânimeamente à conclusão de que os meios mais ricos, como os de Petragani, Löwenstein ou suas modificações ou ainda outros como o de Dorset e Corper-Cohn estudados por Collins (1952), dão maior número de positivities em primo-inoculações dos produtos das infecções de origem humana ou animal muito embora nas subculturas os meios menos completos ofereçam resultados sensivelmente idênticos, diferenças estas desprezíveis, na prática corrente laboratorial. Os meios sólidos são melhores para o serviço de rotina do que os líquidos, não só por se contaminarem com menor facilidade pelos germes associados, mas também por ser necessário fazer flutuar o inóculo à superfície do meio líquido o que nem sempre é fácil com o produto proveniente do doente. Os meios sólidos permitem além disso fazer o estudo da morfologia das colónias desenvolvidas.

Mac Nelly e Riddell (1949) referem o enriquecimento dos produtos para inoculação animal, por injeção directa na gema de ovo ou na membrana corio-alantoidea do embrião de galinha com os mesmos resultados que em qualquer outro meio, técnica que pode servir também, com vantagens de maior sensibilidade, no enriquecimento do inóculo das culturas já que até certo ponto quanto mais bactérias A. A. R. tem, mais rápido poderá ser dado o resultado.

Holm e Lester (1947) concluem que a cultura é um método mais sensível para o diagnóstico e para isolamento do bacilo tipo humano enquanto que a inoculação ao cobaio é para o tipo bovino; em cerca de 200.000 exames a cultura do bacilo tipo humano faliu em 8,6 % enquanto que a inoculação animal atingiu 22,2 % e as culturas de produtos contaminados pelo bacilo tipo bovino foram negativas em 16,6 % enquanto que a inoculação o foi só em 12,2 %. Jensen e Bindsvlev (1946) explicam estes factos pela maior acção dos agentes homogenizantes e destruidores da flora associada sobre a virulência do que sobre a viabilidade do bacilo humano. É óbvio que sendo possível realizar a cultura e inoculação em todos os casos, os resultados serão mais satisfatórios do que qualquer deles isoladamente.

Depois destas breves considerações sobre os meios de cultura, podemos já dizer resumidamente que o melhor é aquele que se adapte mais facilmente aos fins a que se destina, às condições de trabalho de cada laboratório, e que reúna maiores facilidades de preparação e economia, visto que duma forma geral o M. T. é menos exigente quanto à qualidade do meio do que quanto ao tempo necessário para se desenvolver.

Para as bactérias não A. A. R. a gelose sangue é o meio mais simples e praticável em qualquer laboratório, permitindo o desenvolvimento das bactérias aeróbias mesmo as mais exigentes tais como, Haemophilus, N. Gonorrhoeae. Paralelamente, para o M. Tuberculosis, podemos citar o meio de Herrold (1931) ou suas modificações chamado também gelose-ovo o qual satisfaz plenamente as exigências nutritivas do B. K. mesmo em primo-isolamento e com a grande vantagem de ser praticável em qualquer laboratório por mais modesto que seja. Além disso não se destroem por aquecimento, como sucede com os outros, certos factores de crescimento termolábeis, existentes no ovo, e ainda se lhe pode adicionar bacteriostáticos quer para a inibição da flora associada (penicilina), quer ainda os tuberculostáticos no estudo da determinação das sensibilidades deste agente aos diferentes produtos empregados na terapêutica, sem também lhes causar qualquer perda de actividade por aquecimento.

Muito recentemente Tarshis e Clark estudaram meios sólidos à base de sangue total e plasma-agar com glicerina, com tão bons resultados como os outros meios e desenvolvimentos por vezes já na primeira semana, reconhecendo ao sangue maior valor nutritivo do que ao ovo.

Pretendemos neste nosso estudo apresentar uma revisão de conjunto dos trabalhos sobre cultura do M. T. e salientar as vantagens que alguns deles oferecem, no intuito de orientarmos quem pretenda iniciar-se nas suas técnicas e bem assim aconselhar os que parecem mais indicados a satisfazer a maioria das necessidades do trabalho laboratorial de rotina, servidos em nosso propósito por alguma experiência adquirida

em algumas centenas de exames, efectuados nos laboratórios da I. A. N. T. (Sanatório da Flamengo) e no laboratório particular do autor.

Na cultura do M. T. devemos considerar como pontos capitais os seguintes problemas dos quais dependem os resultados, e que podemos resumir em:

- Escolha do meio de cultura.
- Técnica da inoculação do meio.
- Concentração e purificação do inóculo.

A — MÉTODOS

Meio de cultura

Entre todos os meios sólidos estudados e ensaiados parece-nos mais aconselhável o de Beenwkes (1951) que tem por base a solução mineral do meio de Löwenstein, a que é adicionado agar-agar e duas gemas de ovos frescos por cada 100 c.c. de meio base, ou mais simples ainda o de Karlson e Needham (1948) em que a base é constituída simplesmente por uma gelose, extracto de carne peptonado e glicerina, a que se adiciona uma só gema por 120 c.c. do meio base.

Estes meios têm, além de algumas das vantagens já apontadas, a de permitirem facilmente e com rapidez fazer os tubos para sementeiras, tendo o meio base previamente esterilizado em porções de volume conhecido, a que se juntam as gemas na proporção conveniente, permitindo sempre a possibilidade de ter meios frescos, tal como é aconselhado pela maioria dos autores.

Damos agora em resumo a constituição destes dois meios, tendo o primeiro em relação ao segundo e mesmo ao de Löwenstein-Jensen, a vantagem de dar desenvolvimentos mais rápidos e exigir um menor período de incubação, conclusão a que chegou o seu autor em estudos comparativos.

Preparação do meio base: — Segundo a técnica de Beenwkes prepara-se a seguinte solução:

fosfato monopotássico	4 grs.
sulfato de magnésio	0,4 »
citrato de magnésio	1 »
asparagina	6 »
glicerina	20 cc.
água destilada	1.000 »

Acertar o PH 6,5, juntar 15 grs. de amido e aquecer para cozer, até formar uma espécie de gel. Adicionar 20 grs. de extracto acetónico de agar «Difco», fundir em B. M. e repartir em balões de 100 cc. Esterilizar 10 minutos a 110° C. O agar extraído pela acetona é obtido juntando acetona em excesso ao agar, deixando em contacto durante 20 horas, findas as quais se filtra por papel e se deixa secar à temperatura ambiente. Esta extracção tem por fim eliminar possíveis inibidores existentes no agar, solúveis na acetona, a que algumas estirpes são particularmente sensíveis. No momento de utilizar, liquefazer bem o meio em banho fervente e arrefecê-lo a 55° C. em B. M. Adicionar a cada 100 cc., 1 cc. de solução aquosa estéril a 2 % de verde de malaquite e misturar com duas gemas de ovos frescos homogenizadas com pérolas de vidro, evitando forte agitação para que não fique o meio arejado e consequentemente forme bolhas de ar na superfície do meio. Nesta fase de preparação podem juntar-se quaisquer tuberculostáticos a ensaiar em provas de sensibilidade, ou a penicilina potássica, como inibidora de flora associada do inóculo, na concentração de 50 a 100 U. O./cc. O agar contido no meio permite uma superfície suficientemente dura para permitir a sementeira com ansa de platina, sem grande risco de o ferir.

Segundo a técnica de Karlson e Needham a preparação é ainda mais simples e menos dispendiosa e os resultados finais sensivelmente os mesmos, tal como pode concluir-se dos milhares de exames praticados pelos autores na clínica Mayo.

extracto de carne	3 grs.
peptona	10 »
glicerina	10 cc.
agar-agar	20 grs.
água destilada	1.000 cc.

SUSPENSÃO ORAL - XAROPE

PALMITATO

DE
CLOROANFENICOL
PARA USO INFANTIL

Febres tifoide e paratifoide e outras salmoneloses.
Febre de Malta. Rickettsioses.

TOSSE CONVULSA

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

Chlorotifina

SUSPENSÃO ORAL
(Xarope)

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

Fácil administração — Idêntica actividade

SABOR AGRADÁVEL
PRODUTO SÁPIDO

e completamente absorvido pelo tracto digestivo.

INSTITUTO LUSO-FARMACO — LISBOA





REBITE POLIVITAMÍNICO DA RESISTÊNCIA ORGÂNICA

VICOMBIL

Bial

DRAGEIAS — XAROPE

VITAMINA A . . .	5.000 U. I.	VITAMINA B ₂ . . .	0,002 g.
VITAMINA D ₂ . . .	500 U. I.	VITAMINA B ₆ . . .	0,003 g.
VITAMINA C . . .	0,075 g.	VITAMINA B ₁₂ . . .	0,001 mg.
VITAMINA E . . .	0,01 g.	VITAMINA P. P. . .	0,02 g.
VITAMINA B ₁ . . .	0,003 g.	ÁCIDO FÓLICO . . .	0,2 mg.
PANTOTENATO DE CÁLCIO . . .		0,005 g.	

Por drageia
ou
Por colher das de sobremesa = 10 g.

Drageias: Frascos de 20 e de 50
Xarope: Frascos de 100 e de 200 g.

ESTADOS NORMAIS E PATOLÓGICOS: DESENVOLVIMENTO, ESFORÇOS FÍSICOS E INTELCTUAIS, FADIGA, FALTA DE FORÇAS, ESGOTAMENTO, GRAVIDEZ, AMAMENTAÇÃO, PERTURBAÇÕES GASTROINTESTINAIS E ALIMENTARES, INFECÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS, CONVALESCENÇAS

Depois de estar uma hora em infusão, aquecer em B. M. fervente para homogenizar e acertar o PH a 7, e repartir em balões com 120 cc. cada. Esterilizar 15 minutos a 120° C. Tal, como o anterior, este meio-base pode guardar-se na geleira ou à temperatura ambiente por largo tempo, em balão para-afinado ou com rolha de borracha a fim de evitar a desidratação. Igualmente depois de bem fundido em B. M. e a temperatura reduzida a 50° C. junta-se uma gema de ovo homogenizada por cada 120 cc. de meio base, distribuindo-se em tubos com os mesmos cuidados já apontados de não fazer bolhas de ar que prejudicam a superfície do meio. Deixar arrefecer em posição o mais inclinada possível a fim de obter uma maior superfície de cultura. Se o meio se destina à determinação da sensibilidade aos antibióticos, adicionam-se estes nas concentrações convenientes, ainda na fase líquida.

Como facilmente se depreende, o primeiro meio citado é mais rico, tanto na sua base como no suplemento ovo que se lhe adiciona, (correspondente a cerca de 30 %, de gema de ovo), e mais recomendável para os isolamentos, enquanto o segundo tendo só cerca de 12 %, é mais indicado para as subculturas.

Temos praticado algumas dezenas de ensaios em paralelo com os meios de Löwenstein-Jensen, Karlson e Needham e Beenwkes, não só em primo-culturas de vários produtos suspeitos, mas também em subculturas de estirpes isoladas e em provas de sensibilidade, tendo chegado à conclusão de que o último satisfaz completamente pelos melhores resultados, é de fácil leitura macro e microscópica, sendo, por isso, o que aconselhamos para o trabalho corrente do laboratório de análises clínicas.

Preparação dos ovos: Os ovos de galinha, frescos e não infectados (por vezes podem estar contaminados com salmonelas) são lavados com água e sabão à escova. Seguidamente são metidos em álcool a 70° durante pelo menos 15 minutos. Retira-se o ovo do banho e com pinça estéril ou de bicos queimados, quebra-se a casca do lado da câmara de ar — polo mais largo do ovo — fazendo uma larga janela por onde se faz sair com cuidado a clara. Separadas as gemas, deitam-se em frasco com pérolas de vidro esterilizadas e agita-se para homogenizar. Esta massa de gemas junta-se então ao meio-base nas proporções indicadas depois de fundido e mantido a 50° para seguidamente se fazer a sua distribuição por tubos de ensaio esterilizados que se deixam arrefecer em posição bastante inclinada. Em tubos de 0,18×20 cm. deitam-se cerca de 10 cc. com o cuidado de deixar escorrer o meio ao longo da parede do tubo, inclinándolo para esse mesmo lado, a fim de evitar que o meio aderente às paredes do tubo, tape a visibilidade da superfície do meio.

A distribuição deve ser feita com rapidez, para evitar a solidificação dentro do recipiente antes da repartição; se tal acontecer é desnecessário tentar a fusão de novo, porque isso coagularia as gemas, alterando consequentemente as propriedades do meio e tornando impossível a distribuição pela formação de coágulos.

Preparação do inóculo: Se o produto contém muitos bacilos ao exame microscópico directo, a sementeira pode fazer-se directamente com ansa de platina, mas se é negativo, tal como acontece na maioria dos exames para que a cultura é pedida, convém fazer uma homogenização e concentração para que seja maior a probabilidade de êxito da cultura. O factor de concentração é em geral proporcional à complexidade do método e esta acarreta sempre um maior risco de contaminação do material e do manipulador. Quando os produtos são estéreis, como sucede com urinas colhidas assépticamente, líquidos articulares, pleurais ou ascíticos, basta fazer uma centrifugação prolongada, mais de 30 minutos a 3.500 r. p. m. e inocular o meio com ansa ou melhor com pipeta Pasteur. No caso do L. C. R. convém semear o retículo, se existe, colhido com a ansa e procurando desfazê-lo sobre a superfície do meio.

De todos os produtos onde é pesquisado o B. K., o mais frequente é a expectoração dos doentes com tuberculose pulmonar, a qual por via de regra está contaminada com uma flora associada mais ou menos abundante e variada, pelo que tem de sofrer preparação especial. Se no meio for incorporada a penicilina numa concentração de 50 a 100 U.O./cc., a expectora-

ção pode ser semeada directamente se o exame bacterioscópico é positivo, mas se é negativo aconselhamos a homogenização por diluição, com cerca de 5 vezes o seu volume de soro fisiológico seguida de enérgica agitação e centrifugação, método que quanto a nós parece ser o que menos altera a viabilidade do bacilo.

Menos prática para muitos exames em série, mas muito mais eficiente, podemos ainda citar a técnica de concentração por espumação, a que ultimamente se têm dedicado muitos investigadores e com a qual obtêm óptimos resultados, especialmente nos produtos paucibacilares. Estudos feitos em alguns milhares de casos negativos às clássicas homogenizações revelaram ainda 40 % de positividade com a técnica de concentração por espumação, a qual consiste essencialmente em provocar espuma por borbulhamento de qualquer gás (ar ou oxigénio) no seio do líquido, recolhendo em seguida a espuma resultante com que se praticam os exames habituais: bacterioscópico, culturas ou inoculação.

A concentração de 50 a 100 U.O./cc. de penicilina não exerce qualquer efeito bacteriostático sobre o B. K. e não altera a sua morfologia ou afinidades tintoriais, pelo que não há nenhuma desvantagem na sua utilização. Por vezes crescem ainda raras colónias de bactérias gram negativas, mas não prejudicam o desenvolvimento da flora específica, e a percentagem não vai além da que a maioria dos autores referem para as clássicas homogenizações. O tratamento da expectoração pela Na. OH a 4 % ou H₂ SO₄ a 6 % em volume duplo da amostra, durante 15 minutos, seguido de 30 m. de centrifugação e neutralização do sedimento segundo Dubos, afecta em regra mais ou menos a viabilidade do bacilo ao mesmo tempo que muitas vezes não esteriliza totalmente a flora associada gram negativa e especialmente os fungos.

Tanto com a urina como com a expectoração, não convém fazer inóculos muito fortes, semeando abundantemente com pipeta Pasteur, porque estes produtos contêm normalmente grande quantidade de inibidores do desenvolvimento do bacilo, os quais podem influir no resultado final.

A fim de evitar perda de tempo, é aconselhável fazer sempre a inoculação de mais de um tubo, de preferência 4, com o mesmo produto, não só para poder eliminar algum que apresente inquinação, como ainda para fazer sementeiras com inóculos diferentes e podermos fazer exames microscópicos periódicos após a 1.^a semana de incubação. Em regra fazemos a sementeira em quadruplicado com inóculos forte e fraco. (I e IV gotas do sedimento).

Estando hoje tão generalizado o exame broncoscópico, parece-nos que a colheita directa das secreções brônquicas não só nos daria um maior número de resultados positivos pela maior probabilidade de se encontrar o bacilo, como ainda reduziria muito a percentagem das inquinações, que apesar de tudo nos invadem os meios de cultura. Esta técnica tem sido aconselhada por muitos dos investigadores modernos e é praticada em alguns laboratórios de diagnóstico da tuberculose. Embora não tão vantajosa, certos autores preconizam ainda a colheita por meio de zaragatoa laringea, de que não temos qualquer experiência, mas que se nos afigura pouco praticável por dificuldade de execução e trazer um maior perigo de contaminação do operador, pela projecção de gotículas da tosse que a manobra provoca.

Para o suco gástrico aconselhamos os mesmos procedimentos que para a expectoração, isto é, diluição com S. F. e centrifugação demorada ou homogenização por ácido ou base, seguida de centrifugação e neutralização do sedimento. Saxholm muito recentemente preconiza como homogenizante a mistura de pancreatina a 2 % em água com desogene também a 2 % em partes iguais. O produto a homogenizar adicionado com igual volume desta solução, durante 24 horas a 20-24° C., dá resultados idênticos à soda, em positivities e menos 2 % de contaminações.

B — RESULTADOS

Exame das culturas: Os tubos são periódicamente observados após a primeira semana de incubação a 37° C. com forte foco luminoso incidindo na superfície do meio, a fim de tornar mais nítida qualquer pequena colónia já desenvolvida, anotando-se o seu aspecto e fazendo em seguida esfregaços corados pelo método de Ziehl-Neelsen. Os tubos

fortemente infectados por bactérias saprófitas ou fungos são eliminados. O emprego de pequenas dedeiras de borracha na boca dos tubos para evitar a desidratação do meio durante o largo período de incubação, não só diminui as inquinações de fungos cujos esporos acidentalmente possam atravessar a rolha de algodão, como ainda são de mais fácil manejo de tirar e pôr, e subsequentemente mais económicas do que a parafinação das rolhas.

Só se devem dar resultados negativos ao fim de cinco semanas de incubação a 37° C. e ainda que possa haver um desenvolvimento tardio entre a 6.^a e 8.^a semanas, a maior percentagem de positividade aparece entre a 2.^a e 3.^a semana com o aparecimento de colónias macroscópicas típicas.

Em estudo comparativo das sensibilidades do meio de Löwenstein-Jensen e do que aconselhamos neste trabalho (Beenwkes), numa série de mais de 200 exames com expectativas de baciloscopia directa negativa, obtivemos as seguintes percentagens de positividade:

	1. ^a semana	2. ^a semana	3. ^a semana	4. ^a semana	5. ^a semana	Total
Meio de Löwenstein-Jensen	6 %	10 %	50 %	19 %	11 %	96 %
Meio de Beenwkes	10 %	12 %	65 %	6 %	1 %	93 %

Estes números referem-se a culturas com colónias microscópicamente visíveis, e deles se pode concluir que o meio mais simples, embora menos sensível, é ligeiramente mais precoce no desenvolvimento.

Embora algumas vezes a morfologia das colónias não seja nitidamente característica, elas podem permitir fazer a determinação presuntiva da variedade do bacilo, o que tem grande interesse epidemiológico na determinação das prováveis fontes de infecção.

Tal como as outras bactérias, o M. T. nos meios de cultura pode dissociar-se e originar duas variedades, as formas R. e S., formando colónias bem distintas. As formas R, ou rugosas dão colónias granulosas, de contornos irregulares e nos meios líquidos sedimentam facilmente, são auto-aglutináveis em soro fisiológico e são virulentas. As formas S, ou lisas caracterizam-se essencialmente por uma estrutura arredondada, lisa, contornos regulares e homogêneos, convexas, húmidas e com crescimento luxuriante, dando culturas homogêneas nos meios líquidos, não auto-aglutináveis em soro fisiológico e são a forma a virulenta.

São três as principais espécies de M. T., das quais é o tipo humano o mais difundido na natureza. O desenvolvimento do M. T. tipo humano é por via de regra abundante nos meios artificiais e particularmente naqueles que contêm glicerina, isto é, eugónico devido ao seu glicerofilismo, o que segundo Long e Campbell origina a maior ou menor formação das ceras dos bacilos A. A. R. Pode produzir com maior ou menor intensidade um pigmento amarelado e quando injectado em coelhos é de baixa patogeneidade. As colónias são do tipo R. e o seu aparecimento é mais precoce, mas nas sub-culturas, raramente podem aparecer formas S.

O tipo bovino, com desenvolvimento disgónico, cresce mal nos meios artificiais sem qualquer preferência para os meios glicerinados, não produz qualquer pigmento e tem grande patogeneidade para o coelho. As suas colónias são do tipo S, mas podem transformar-se no tipo R ou mesmo serem desde início do tipo R, e eugónico quando cultivadas em meio com ovo tratado pela acção de certos agentes químicos ou físicos.

O tipo aviário é em regra eugónico, do tipo S e virulento. de crescimento rápido, podendo facilmente transformar-se em R.

Empregando a mesma terminologia para o género «Micobacterium», das bactérias não A. A. R. as formas S. geralmente virulentas são para o M. T. avirulentas, enquanto que as R normalmente avirulentas são as patogêneas neste género de bactérias.

C — CONCLUSÕES

Em resumo podemos dizer que os meios sólidos são preferidos aos líquidos para os isolamentos ou primas culturas, não só por permitirem mais facilmente o estudo dos tipos de colónias desenvolvidas, mas também por serem menos sujeitos às contaminações por outros agentes associados existentes na maioria dos produtos patológicos. Têm ainda a vantagem de poderem servir a subsequentes provas de determinação da sensibilidade aos antibióticos e quimioterápicos.

Entre as maiores vantagens do método cultural do M. T. no diagnóstico da tuberculose, podemos referir como principais as seguintes:

- 1) Mais económico e mais praticável em larga escala, nos laboratórios de sanatórios, hospitais e casas de saúde do que as inoculações animais.
- 2) Muito mais sensível do que o exame bacterioscópico ou após concentração, embora menos que a inoculação.
- 3) Permitir o estudo morfológico das estirpes infectantes pelo aspecto das colónias e pelo exame microscópico.
- 4) Estudar a virulência quer pelo aspecto particular que tomam os bacilos em cordas, resultante da sua divisão celular transversal, quer ainda pela reacção cito-química de Dubos.
- 5) Provas simultâneas ou subsequentes, permitem a determinação da sensibilidade do M. T. aos antibióticos e quimioterápicos mais facilmente do que «in vivo», quer directamente quando o exame bacterioscópico é positivo, quer após uma primocultura quando aquele exame é negativo.

RESUMO

Numa revisão de conjunto do diagnóstico da tuberculose pela cultura do bacilo, referimo-nos a alguns dos principais trabalhos que maior progresso têm realizado neste campo. Entre os muitos meios de cultura estudados e propostos para o isolamento do agente, a partir dos diversos produtos patológicos, é destacado o meio de gelose-ovo de Beenwkes pela sua simplicidade e fácil manejo, aliada a tão grande sensibilidade de positividade de cultura como o de Löwenstein-Jensen, e que além disso reduz em grande parte de vezes o tempo de incubação por acelerar o crescimento em relação ao primeiro.

Tem ainda a vantagem de se poder adicionar sem perda de actividade bacteriostática, qualquer antibiótico ou quimioterápico para a determinação da sensibilidade do bacilo de Koch a estes produtos terapêuticos.

REFERÊNCIAS

- 1 — Beenwkes, H. (1951) Acta Tub. Scand. 25, 200.
- 2 — Clark, M. E. (1953) Am. J. Clin. Path. 23, 671.
- 3 — Collins, C. H. (1952) Acta Tub. Scand. 27, 66.
- 4 — Dubos, R. J.; Bacterial and Micotic infections of man 2.^a Ed. Lippincott (1952).
- 5 — Herrold, R. D. (1931) J. Infec. Dis. 48, 236.
- 6 — Holm, J. e Lester, V. (1947) Pub. H. Rep. Whas, 62, 847.
- 7 — Jensen, K. A. e Bindslev J. (1946) Acta Tub. Scand. 20, 46.
- 8 — Karlson, A. G. e Needham, G. M. (1948); Proc. St. Meet. Mayo Clinic 23, 401.
- 9 — Karlson, A. G. An. Inst. Past. (1950), 78, 97.
- 10 — Kirby — Soc. Exp. Biol. Med. (1947) 66, 120.
- 11 — Koch, R. (1884) Mitt. Kaiser Ges. 2, 66.
- 12 — Long, E. e Campbell (1922) Am. Rev. Tub. 6, 636.
- 13 — MacNelly, E. e Riddell, W. A. (1949) Am. J. Publ. H. 39, 1463.
- 14 — Nocard, M. and Roux, E. (1887) An. Inst. Past. 1, 19.
- 15 — Paulowsky, A. D. (1888) An. Inst. Past. 2, 303.
- 16 — Pryce, D. M. (1941) J. Path. Bact. 53, 327.
- 17 — Sahai, L. (1941), Vet. Y. 97, 213.
- 18 — Saxholm, R. (1954) Am. Rev. Tub. 69, 304.
- 19 — Schwalbacher, H. (1937). Tubercle, Lond 18, 199.
- 20 — Sellors, T. H.: Modern Practice in Tuberculosis, Ed. Butterworth (1952).
- 21 — Tarshis, M. S. (1953) Am. J. Clin. Path. 23, 661.



A PENICILINA EM QUE
O MEDICO CONFIA

PENICILINA

WANDER

NOVA PENICILINA PROCAÍNICA
EM SUSPENSÃO AQUOSA ULTRA FLUÍDA
P R O N T A A A P L I C A R

- INJEÇÃO PRATICAMENTE INDOLOR
- GRANDE FACILIDADE DE ADMINISTRAÇÃO
- NÃO ENTOPE AS AGULHAS
- NÍVEIS TERAPEUTICOS DURANTE PELO MENOS 24 HORAS.

A EXCEPCIONAL FLUIDEZ DA SUSPENSÃO
DA NOVA **WANDERCILINA** DISTINGUE-A
DA GENERALIDADE DAS PREPARAÇÕES

AS PENICILINAS WANDER NÃO CUSTAM MAIS DO QUE AS OUTRAS

WANDERCILINA

FRASCOS DE	400.000	10\$00
	600.000	11\$00
	800.000	12\$00
	2.000.000	19\$00
	3.000.000	25\$00

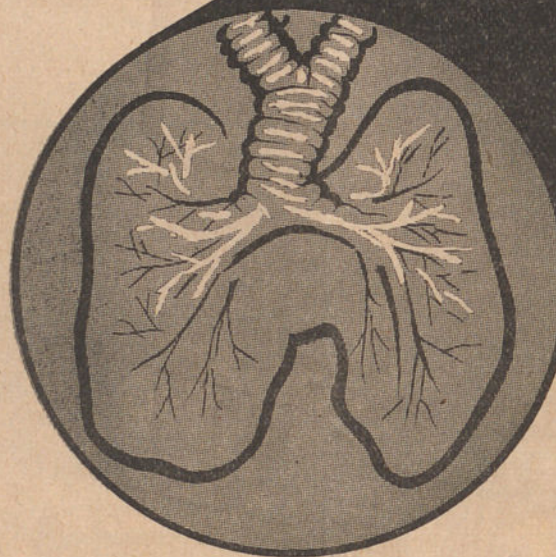
PENICILINA POTASSICA G

FRASCOS DE	100.000	7\$50
	200.000	8\$00
	300.000	9\$50
	1.000.000	12\$00

Sociedade Portuguesa de Produtos Wander, L.^{da}

PELA PRIMEIRA VEZ, PREPARADO EM PORTUGAL, A PARTIR DA PENICILINA,
POR PROCESSO ORIGINAL ESTUDADO NOS NOSSOS LABORATÓRIOS

PULMAXIL N



Iodidrato do éster β -dietilamino-etílico de benzilpenicilina
PARA SUSPENSÃO AQUOSA

Acumulação electiva de penicilina no tecido pulmonar

Caixa de 1 frasco de 500.000 U.
(+ 1 ampola de excipiente)



LABORATÓRIOS
DO

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

O repto dos trópicos

Não basta a Medicina

Dr. M. VAUCEL

(Inspector Geral dos Institutos Pasteur nos Territórios do Ultramar)

As famosas doenças tropicais, tão temidas pelo branco no século XIX e que pareciam opor-se à sua presença e limitar sua estadia nas regiões tropicais, já não causam o temor de antanho.

Quase que sem excepção, o agente patológico de doenças é conhecido, assim como o é o método de tratamento e prevenção.

Pode-se mesmo dizer que é chegado o momento em que já não existe obstáculo de natureza sanitária que se oponha à presença do europeu em territórios que há pouco tempo eram denominados «inóspitos».

Mas, é justo que sejamos optimistas no que diz respeito às populações aborígenes? Será verdade que nossos conhecimentos médicos e actividades tenham trazido a eles os mesmos benefícios?

Parece-me que não. Mas procurarei demonstrar que o retardamento destes benefícios não podem ser imputados unicamente à medicina.

É chegado o momento em que condições sociais constituem um obstáculo ao bom êxito dos métodos que têm produzido resultados em circunstâncias diferentes.

A transfiguração por quem têm passado as condições de vida do elemento europeu, pequeno e importado, não abarca a população aborígine; sua evolução, arraigada ao solo e à tradição, é paulatina.

Em primeiro lugar, cabe notar que a doença não afecta o branco e o aborígine da mesma forma, nem são idênticos os danos. Por outro lado, o aborígine não aufere do conhecimento moderno os mesmos benefícios.

Consideremos, por exemplo, os danos causados em Tonquim, Conchinchina, pela amebíase que é ainda responsável pelo número elevadíssimo de hospitalizados, causando recaídas e sequelas que constituem o desespero de pacientes e médicos.

Os antibióticos que se espera venham a curar hoje em dia a amebíase com rapidez pouco adiantam para os povos da Ásia e da África, pois neles (mais de 50 % são portadores) as infecções não apresentam sintomas clínicos.

A febre amarela já desapareceu. É verdade — mas apenas na forma espectacular que era o terror dos europeus em Sengal, nas Índias Ocidentais e Guiana, onde, durante epidemias dramáticas de um a dois terços da população sucumbiam.

Já no tempo de semelhantes surtos as populações aborígenes encontravam-se relativamente protegidas e nossa profilaxia do mosquito, essencial à erradicação das epidemias urbanas, não é aplicável nas numerosas aldeias onde persiste o vírus da febre amarela rural e onde a inoculação com este vírus — muitas vezes fatal — confere imunidade àqueles que escapam, como ficou comprovado durante surtos epidémicos urbanos.

As campanhas modernas de vacinação estão modificando esta situação, mas, é preciso reconhecer que as popu-

lações aborígenes não auferiram os mesmos benefícios que o europeu do desaparecimento do vírus da febre amarela urbana.

A descoberta feita por Yersin, no tocante ao agente etiológico da peste, assim como o trabalho de Girard e Robic no que diz respeito ao preparo da vacina, foram feitos científicos de primeira ordem. (Por exemplo, em Madagascar, o número anual de casos de peste baixou de 4.000 em 1935 a 100).

Mas, tem mesmo havido progresso social, uma vez que não melhoraram os alojamentos aborígenes, uma vez que continuam os rituais antiquêrrimos e a ignorância no tocante às condições propícias à transmissão da doença, perpetuando a existência do vírus e deixando abertas as portas a surtos epidémicos que respeitam o europeu por estar protegido pela higiene?

Se examinarmos o cólera, que encontraremos? Desconhecido na África tropical, onde assolou uma única vez em forma grave (1863-1876), na Ásia apresenta-se em ciclos, dentre as populações indigentes que estão sujeitas à infecção em virtude do estado precário de higiene.

E, contudo, conhecemos bem o agente etiológico; sabemos como nos devemos proteger. A verdade é que enquanto perdurarem as condições sociais existentes nas regiões endémicas no nosso êxito será parcial.

A malária já não oferece perigo ao branco, conquanto sejam tomadas certas precauções.

Contudo, o progresso feito no campo da quimioterapia e quimioprofilaxia não protege as populações aborígenes, com excepção de alguns milhares apenas que desfrutam de certo adiantamento e de algumas populações que se encontram sob vigilância.

Para as massas a situação pouco mudou até o advento das campanhas de controle do mosquito por meio de insecticidas.

No entanto, com frequência — principalmente na África — os dados demográficos constatarem ser elevado o índice de mortalidade infantil nas zonas endémicas e as repercussões sociais são graves nas zonas onde a endemicidade desaparece periódicamente, de acordo com as estações do ano.

Quanto à tripanosomíase a situação é outra. Na África Equatorial Francesa, África Ocidental Francesa e Cameroun Francês, têm sido levados a cabo projectos de longo alcance contra a doença do sono, graças às facilidades com que contam os serviços sanitários, trazendo excelentes resultados.

Isto se deve a duas razões principais: a campanha utilizou a maioria dos recursos sanitários e funcionários disponíveis, e, graças às medidas terapêuticas empregadas foi possível obter óptimos resultados sem necessidade de contar com a participação dos habitantes, apenas com a sua presença.

Os efeitos da campanha fazem-se notar actualmente na

espectacular redução dos índices de morbidade e mortalidade. O sucesso foi alcançado, no entanto, unicamente mediante acção médica e exige a manutenção de actividades médicas ininterruptas e dispendiosas.

Existem ainda as mesmas moscas tsê-tsê, que continuam a morde os habitantes que vivem ainda nas mesmas condições de higiene.

Só a acção ininterrupta por parte de equipas que passam e repassam pelas mesmas aldeias afim de reduzir o número de portadores do vírus é capaz de reduzir o índice da infecção causada pela mosca tsê-tsê e, portanto, a incidência da doença dentre a população.

Trata-se, pois, de um sucesso mal alicerçado, sem permanência. Isto ficou comprovado há poucos anos quando distúrbios de natureza política privaram o povo, em nome da liberdade, da protecção médica.

É preciso que o progresso médico caminhe lado a lado com o avanço social, económico e político se há-de alcançar resultados duradouros. Existem, em realidade, regiões civilizadas onde o desaparecimento espontâneo da doença — devido ao melhoramento do meio-ambiente — tem sido atribuído erroneamente à medicina.

Os esforços dispendidos no controle da tripanosomíase acarretam certas repercussões sociais quando salvam da morte pela doença do sono a centenas de milhares de indivíduos, que tenham sido detidos como portadores do vírus, quer tenham sido protegidos contra a doença pela redução dos reservatórios do vírus.

Não obstante, o modo de vida destas gentes em nada tem mudado, apesar dos avanços feitos no campo da medicina. Continuam expostos a todos os riscos que resultam deste modo de vida e cujas consequências não podem deixar de transpirar mais cedo ou mais tarde.

Já fiz menção dos mesquinhos benefícios auferidos pelas populações aborígenes do progresso feito em certos campos e pelo qual nos congratulamos: no tocante à amebíase e à febre amarela, cuja incidência dentre elas não é alarmante mesmo nas condições actuais da aldeia típica.

Por outro lado, populações rurais continuam expostas a surtos de cólera, peste e, sobretudo, àquele flagelo incomensurável, a malária endémica. A malária tem, provavelmente, repercussões as mais chocantes de natureza social-demográfica.

Além da malária, no entanto, existem inúmeras doenças de menor importância, jamais temidas pelo europeu, que delas geralmente escapa, mas que fazem parte imprescindível da vida do aborígene.

É-lhe impossível evitá-las; são responsáveis pela sua incapacidade para o trabalho, pela invalidez e, às vezes, mutilação. Sob o ponto de vista social, que nos preocupa no momento, suas repercussões são gravíssimas.

Comparadas com os grandes flagelos epidémicos que têm ocupado a atenção do europeu, estas doenças de menor importância talvez pareçam de somenos. Não o são, absolutamente.

Uma vez mais, muito embora tenhamos conhecimento suficiente destas doenças dos germes, parasitas ou vírus que são agentes etiológicos, assim como temos conhecimento das precauções a serem tomadas, não tem sido possível pôr nosso conhecimento médico em prática.

As populações entregues ao nosso cuidado são nossas contemporâneas, mas não vivem no mesmo século. Seria fútil, por exemplo, julgar o estado de adiantamento da África por algumas dezenas de milhares, cuja instrução e inteligência nos causam óptima impressão.

Ao lado destes existem milhões de pessoas arraigadas ao solo e aos rituais da tribo, cujas vidas seguem normas pre-valentes há muitos séculos.

Em última análise, a causa real e verdadeira do estado precário de saúde destes povos, com todos os seus atributos sociais, é a perpetração de uma vida diária e de um conceito de vida baseado em rituais vetustos e imutáveis, num meio-ambiente imutável.

E, como se não bastassem as doenças tropicais, doenças

cosmopolitas, tais como a meningite cerebro-espinhal, vêm nestes últimos anos, assolando regiões de clima sudanês.

Temos visto o papel que desempenha o anófeles na transmissão da malária e a mosca tsê-tsê na doença do sono no ambiente tradicional e nos matagais. Tem-se feito muita referência aos aspectos sociais destas duas doenças endémicas.

Mas, existem outros insectos contra os quais não existem medidas a ser tomadas em virtude de sua diversidade e da extensão territorial a ser tratada.

Dentre as doenças transmissíveis, as filariases, pelo menos uma delas, *O. volvulus*, vem, há alguns anos já, causando preocupação do ponto de vista social, obscurecendo, em realidade, os únicos efeitos relativamente daninhos da *W. bancrofti* que é conhecida principalmente pela aparência chocante da elefantíase.

Os encantadores de serpente, portadores de *O. volvulus*, no entanto, deveriam chamar a mesma atenção que os sofrendores de elefantíase. Além disso, existem milhares de cegos, vítimas do *O. volvulus*, dentre os milhões de pessoas expostas a esta terrível infecção.

Existem focos em que de 80 a 100 % da população são portadores desta filária, sendo que de 40 a 50 % deles sofrem de doenças dos olhos.

Seria possível organizar equipas de controle do volvulus? E qual seria o resultado? Sabemos, por acaso, quantos quilómetros quadrados teriam que ser tratados com D.D.T. — e quantas vezes?

Esta causa de cegueira (além da cegueira causada pelo tracoma nas regiões secas) aumenta a população cega que é uma das características das regiões «subdesenvolvidas».

Outra filária *Dracunculus medinensis*, transmitida pela água, aumenta o número de inválidos, permanente ou temporariamente. Milhares e milhares de pessoas faltam ao trabalho durante semanas e meses e não podem ganhar o pão de cada dia.

Neste caso, o factor principal é o suprimento de água potável e doméstica. Imagine-se o número de poços a serem cavados e protegidos! É preciso evitar a todo custo o uso de água infestada de larvas de esquistosomas.

Do problema da água envolve o pensamento aos perigos constituídos pelo excremento e a helmintíase intestinal, que se pode dizer é tão séria para o aborígene quanto a disenteria amebiana para o europeu.

Milhões de indivíduos são portadores de um ou mais tipos de parasitas intestinais. O recém-nascido que escapa à infecção nos primeiros dias de vida cai vítima assim que deixa os braços da mãe.

Não conhecemos com precisão o número de vidas que se perdem em virtude de invasões repetidas dos órgãos pelos helmintos que infestam os intestinos.

Ocupados que estamos com a questão de surtos fatais das doenças mais espectaculares, não damos ainda atenção suficiente a estas enfermidades, que são causa de todo o dia.

A incapacidade para o trabalho é facilmente explicada por parte de milhões de aborígenes que vivem em condições favoráveis a tais infecções. Mesmo quando não é perturbado o equilíbrio que se estabelece entre o hospedeiro e o parasito, a condição leva à diminuição de capacidade e à deficiência.

É muito difícil para os serviços sanitários minorar esta situação. O tratamento em massa foi empreendido muitas vezes, mas só é eficaz quando repetido periodicamente e aplicado a milhões de indivíduos. Onde os funcionários e as verbas para levar a cabo estes empreendimentos?

Nas condições actuais a reinfestação após o tratamento é a regra. A falta de higiene (água que não é tratada, falta de latrinas), a sobrevivência de embriões e larvas ao ar livre em virtude do calor e humidade, mantêm um estado permanente de poluição e a infecção é inevitável (uma *Ascaris* fêmea produz 10 milhões de ovos por ano).

A estas doenças, transmitidas por insectos, água ou excrementos, é preciso aqregar a *phagedaena*, ou úlcera de rápida disseminação, e a boubá, que constituem prova ainda mais

ACÇÃO ANTIBIÓTICA COM REFORÇO DAS DEFESAS NATURAIS

IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE DE PNEUMOCOCOS,
MICROCOCOS CATARRAIS, ESTAFILOCOCCOS, ESTREPTOCOCOS,
ENTEROCOCOS, B. DE PFEIFFER E B. DE FRIEDLANDER.

IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + DIHIDROESTREPTOMICINA +
LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE DE PNEUMOCOCOS, MICROCOCCOS
CATARRAIS, ESTAFILOCOCCOS, ESTREPTOCOCOS, ENTEROCOCOS
B. DE PFEIFFER E B. DE FRIEDLANDER.

APRESENTAÇÃO:

IMUNOBIÓTICO

PENICILINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA
Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA
Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA
Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA

IMUNOBIÓTICO-E

PENICILINA + ESTREPTOMICINA + LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

Fr. com 200.000 U. I. de PENICILINA + 0,25 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA (INFANTIL)
Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA
Fr. com 600.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA
Fr. com 800.000 U. I. de PENICILINA + 0,50 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA
Fr. com 400.000 U. I. de PENICILINA + 1 g. de ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA (FORTE)

A CADA FRASCO CORRESPONDE UMA AMPOLA
DE LISADO BACTÉRICO IMUNIZANTE

CAIXAS DE 1, 3, 5 e 10 DOSES

LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.

C. CORREIO VELHO, 8 - LISBOA

DEPÓSITO EM ANGOLA: JALBER, L.ª - CAIXA POSTAL, 710 - LUANDA

NOVIDADE!

ESTIMULANTE ANTIALÉRGICO PARA USO DIURNO O ANTIALÉRGICO PARA AS PESSOAS QUE TRABALHAM



Plimasina^{*}
Drageias

*Efeito antialérgico intenso
com acção estimulante central*

Produtos CIBA, Limitada — Lisboa

irrefutável da falta de higiene, pois aparecem geralmente onde existe excesso de população, pobreza e imundície.

Este tipo de úlcera é uma das desordens mais frequentes e é raro encontrar uma aldeia onde não exista pelo menos um caso, imobilizado por muitas semanas e meses.

Mesmo dentre os grupos relativamente supervisados, tais como os que se encontram trabalhando em obras públicas, a úlcera é responsável por um número incrível de casos hospitalizados e incapacitados.

A boubá, como a úlcera, reflecte o estado de higiene, da pobreza e do modo de vida primitivo.

A doença não só é repugnante: as lesões na sola do pé causam ostealgias e artrite que imobilizam o jovem adulto. Na África Ocidental Francesa calcula-se que existam nada menos de 500.000 casos novos de boubá cada ano.

Examinemos também o problema da desnutrição. É bem possível que este flagelo em si favoreça e perpetue as doenças de que vimos tratando.

É caso sabido que doenças causadas por deficiências de origem alimentar são muito comuns nas regiões tropicais e aumenta o rol destas doenças à medida que aumentam os nossos conhecimentos.

As doenças clássicas é preciso adccionar uma lista enorme de sintomas que revelam deficiências.

Dentre estas desordens vale mencionar o «kwashiorkor», ou policarência infantil, que, ao afectar a criança lança os alicerces para a cirrose do adulto e o cancer do fígado.

É preciso realçar não tão somente cada deficiência, senão a insuficiência generalizada de proteína e gordura na alimentação da maioria das populações tropicais.

Esta deficiência verifica-se não só na quantidade, senão na quantidade, devido à produção insuficiente nas regiões da Ásia onde existe excesso de população, insuficiência de géneros alimentícios em outras partes (solo pobre, assolado pela erosão, falta de adubo) e uma certa aborrecência pelo trabalho agrícola.

Esta falta de entusiasmo e inabilidade de fazer um esforço tem raízes na condição precária de vida de que já tratamos.

Finalmente, foi só há pouco tempo que tomamos conhecimento dos resultados desastrosos da «sickleemia» (células sanguíneas em forma de foice) que causa anemias graves e fatais na criança.

Dos 400 milhões de habitantes da África, 20 milhões vêm-se afectados, dois milhões sofrendo de anemia e outras desordens.

Estas cifras são muito dramáticas que as das «grandes endemias» que cremos haver combatido com tanta eficácia.

Neste relato tenho procurado comparar a importância das famosas doenças tropicais endêmicas e seus surtos epidêmicos com o seu número de doenças menos espectaculares, inseparáveis da condição de vida do aborígene e que, em minha opinião, apresentam evidências sociais de maior importância.

Não nos deixemos levar pelos sucessos alcançados no campo da terapia e profilaxia que têm transformado a vida do europeu que reside nos trópicos. Estes sucessos beneficiam apenas o europeu, que constitui a grande minoria.

A erradicação das grandes epidemias — sucesso exclusivamente médico — em nada tem alterado o modo de vida das populações aborígenes. O modo de vida diária desta grande massa da população, que desconhece «os riscos de somenos», é a causa verdadeira das doenças sociais.

A acção exclusivamente médica é de natureza defensiva (vacinação, eliminação dos reservatórios de vírus, tratamento individual). É chegado o momento de empregar métodos de ofensiva:

Aos esforços pela destruição do agente causal... é preciso agregar a educação sanitária, os ensinamentos de higiene, o melhoramento das condições de vida, enfim, triunfar sobre a natureza por meio do progresso económico e social.

Poços e latrinas nas aldeias, bem como sapatos para os habitantes, trariam resultados tão fabulosos quanto os descobrimentos científicos.

Roupa, melhor alojamento, melhor alimentação, erradicação de insectos vectores são todos factores essenciais ao melhor estado de saúde, mas que, contudo, não se encontram exclusivamente sob a jurisdição da medicina.

(«Noticiário da O.M.S.» — Abril de 1954).

RESUMOS DA IMPRENSA MÉDICA

Complicações verificadas durante transfusões de sangue conservado em que se desenvolveram toxinas — HEILMEYER, L., MARQUARDT, P., CARL e MATTHES, M., in Deutsche Medic. Woch. Stuttgart, 78: 931; 1953—ref. e coment. em inglês in J. A. M. A., 153 (10): 983; 1953.

Heilmeyer e colaboradores referem a bibliografia, norte-americana e germânica, dos acidentes transfusionais devidos a massivas contaminações bacterianas de sangue conservado, que, entretanto, não se apresenta, macroscopicamente, alterado, em aparência.

Fazem notar que, enquanto que a maioria dos casos citados na literatura norte-americana parecem ser devidos a contaminação por bactérias gram-negativas, os casos alemães têm sido, sobretudo, devido a contaminações por cocos gram-positivos.

O quadro clínico de tais complicações é especialmente caracterizado por um quadro de *shock* com marcado colapso periférico e sinais gerais de toxemia. O seu diagnóstico correcto, só se poderá, entretanto, fazer depois de se ter podido excluir, seguramente, qualquer forma de incompatibilidade grupal ou de ocorrência de auto-hemaglutininas.

Os AA. crêem que aqueles casos, de toxemia e colapso por contaminação bacteriana do sangue conservado são mais frequentes do que habitualmente se pensa e que

muitas vezes terão sido erroneamente rotuladas de incompatibilidades sanguíneas, hemaglutininas anómalas, etc..

A patogenia daquele tipo de acidentes transfusionais não está, entretanto, completamente bem esclarecida, uma vez que muitos dos microorganismos que proliferam no sangue conservado não são, frequentemente, patogénicos, nem produtores de toxinas. Heilmeyer e colaboradores pensam que, em tais casos, as toxinas que se desenvolvem no sangue e que são responsáveis pelos graves quadros clínicos, não raramente mortais, que surgem nos doentes que as recebem, se podem formar no sangue (bem como no plasma e até no soro), por acções enzimáticas indirectas daqueles microorganismos sobre as proteínas plasmáticas.

Falam em uma «toxina precoce», que se poderia desenvolver no sangue, ou derivados, por simples hidrólise enzimática, devida a quaisquer agentes microbianos (mesmo não patogénicos) ou, até, a quaisquer outros factores não vivos que produzam decomposições proteicas (certos enzimas). Tal clivagem proteica pode, na realidade, ser produzida no seio de sangue, ou de plasma, conservados a 2°-6° C., por microorganismos, por adicção de certas substâncias, ou, até, pelos próprios componentes do sangue, em situações ainda mal conhecidas, mas que importa esclarecer para melhor conhecimento da etiopatogenia e, pois, da profilaxia de tais acidentes transfusionais.

L. C. M.

ESTREPTOMIFON

UM NOVO PROGRESSO NA QUIMIOTERAPIA DA TUBERCULOSE



ISONICOTILHIDRAZONA DE ESTREPTOMICINA
EQUIVALENTE A:

ISONIAZIDA	0,236 GR.
ESTREPTOMICINA	1 GR.

- Os dois mais activos medicamentos antituberculosos numa única fórmula química.
- Aumento de eficiência por sinergismo medicamentoso.
- Grande redução do número de estirpes resistentes.

«Um ponto está esclarecido com clareza: nenhuma das drogas eficientes presentemente conhecidas deve ser usada isoladamente. Elas devem ser normalmente usadas em combinações que se sabe limitarem o aparecimento de estirpes resistentes».

*Advances in the treatment of respiratory disorders — Pulmonary tuberculosis.
J. G. Scadding. The Practitioner — Out. de 1953.*

LABORATÓRIO SANITAS

SUPLEMENTO

FOLCLORE MÉDICO DO CORAÇÃO

Ao Dr. João Porto, ilustre
cardiólogo e amigo cordial.

É tradicional simbolizar-se a forma do coração por uma figura cônica, achatada, com chanfraduras na base e a ponta oblíqua para a esquerda; o tamanho é o de um punho. O povo sabe que o coração é ôco, que abriga sangue e o movimento, mas sobretudo que é o órgão vital, pois tão rapidamente se fere como o indivíduo morre. Demais é o centro de todos os sentimentos e nele localiza o amor — por isso que os namorados, como sinal de fidelidade, gravam os seus nomes, na casca das árvores, dentro de um coração ou de dois atravessados pela mesma flecha de Cupido.

Oferecer uma jóia em forma de coração é promessa de amor ou, mais humildemente, bordar um coração no lenço que se oferece ao amado; na falta de copla espanhola, sirva esta bela quadra portuguesa:

Abre esse lenço e verás
quatro ramos floridos
e lá no meio acharás
nossos corações unidos (1).

Todas estas funções orgânicas e espirituais expressa-as o povo em locuções, rifões, coplas, adivinhas, etc., com sentido tão liberal como metafórico.

Os enigmas e adivinhas são, no fundo, a mesma coisa, os primeiros são eruditos e os segundos populares, e ambos com sentido oculto exprimem uma ideia em termos que obrigam a discorrer sobre o seu significado. O Dr. Pérez de Herrera (2), no seu livro de enigmas, publica este sobre o coração:

Quien te causa ser viviente,
Siendo origen de tu ser,
Y te da brío, y poder;
Hácete flaco, o valiente
estar triste, o con placer?

Assim discorre o autor: «O coração é (segundo afirmam muitos autores) a primeira parte principal, que no animal tem vida, e a última que morre, por nela residir a faculdade vital, e os homens que o têm dilatado, estes são os mais valentes, e animosos, e o contrário, muito embora não falta quem diga, que os mais valentes e fortes têm os corações mais pequenos. Por algumas emanações de humor melancólico e outros acidentes, costuma afligir o sujeito muitas vezes, manifestando-o com suspiros; e outras fazem-no estar alegre, por ter descanso, saúde e bons sucessos nos seus negó-

cios». Como próprio do coração, pode considerar-se este:

«Preso em oscura mansión,
estoy sempre em movimiento,
lanzo torrente sangriento
y fuente de vida soy».

Mas os aspectos mais interessantes, sobre o conceito popular das funções do coração, são o de ser centro de sentimentos e núcleo vital.

CENTRO DE SENTIMENTOS

O coração experimenta todas as emoções e reflecte a alegria, a dor, as paixões, a estes choques psíquicos que o agitam até «sair do peito», «desbocar-se», que no fundo significa bater com violência e ter palpitações, que indubitavelmente podem determinar alterações orgânicas. Estas ideias expressa-as o povo em copiosa fraseologia:

Afecto: — *A donde el corazón se inclina, el pie camina*; o que corresponde no adagiário português ao «Lá vão os pés onde o coração (3).

Aplicação: — *Meter el corazón, en un puño*, isto é, apertar-se ou encolher-se o coração.

Alegria: — *Reventar de gozo el corazón* ou pular de alegria, de satisfação.

Amor: — *Entregar el corazón, querer de corazón* (também do fundo do coração) e *tenerle junto a su corazón* (conservar junto do ou no coração).

Apaixonado: — *De la abundancia del corazón, habla la boca*; pela boca fala o coração. *Mentri lu cori havi la frevi, la lingua é malata*, pois não se raciocina com a paixão, esta tira o conhecimento (4).

Arrependimento: — *Dolor de corazón; Corazón arrependido quiere Dios*.

Bondade: — *Tener buen corazón* (ter bom coração); *corazón de oro* (de ouro); *ser blando de corazón* (ser brando ou doce de coração), etc.

Compaixão: — *Llegar al corazón* (tocar o coração); *mover el corazón...*

Compreensão: — *De gran corazón el sufrir y de gran seso el oír* (o sofrer é dos grandes corações e o ouvir dos ajuizados).

Crítério: — *Cada uno juzga por su corazón el ajeno* (julgam-se os outros si, como se diz em português).

Crueldade: — *Tener el corazón de piedra; ser duro de corazón; tener pelos*

en el corazón; corazón de tigre, de leos, etc., (locuções iguais em português e que não necessitam de tradução).

Espontaneidade: — *Lo que en el corazón se fragua por la boca se desagua* (o que nasce no coração pela boca se revela).

Esquecimento: — *Ausência enemiga de amor* (a ausência é inimiga do amor, faz esquecer); *cuan lejos de ojos, cuan lejos de corazón* (longe da vista, longe do coração, no adágio português).

Fragilidade: — *Si el corazón fuese de acero no lo vencería el dinero* (se o coração fosse de aço não o venceria o dinheiro).

Generosidade: — Ter coração e dar do coração são iguais em espanhol.

Hipocrisia: — *Al que le falta corazón le sobra lengua* (sobra-lhe na língua o que lhe falta no coração).

Inconstância: — *Quieres cosa que te asombre? El corazón del hombre!* Neste adágio podem-se encontrar, certamente, outros sentidos, embora o da inconstância seja o mais usado.

Medo: — *Encoger-se el corazón* (aqui, tal como na aflição também se encolhe o coração).

Ódio: — *Aborrecer de corazón, el que ha muerto en el corazón de outro* (morrer no coração de outrém).

Optimismo: — *Corazón contento, gran talento* (coração contente é grande talento).

Personalidade: — *Cada uno tien su corazón* (cada um tem o seu coração, isto é, como Deus o fez).

Pesar: — *Hecho malo al corazón y al cuerpo hace daño* (o que o coração atinge o corpo fere).

Presentimento: — *Tener una corazónada* (ter um impulso do coração, um palpito do coração); *mediò al corazón* (o coração o adivinhou); *el corazón nunca engaña* (o coração nunca engana).

Prudência: — *El corazón brama, aunque la lengua calla* (o coração grita, ainda que a língua emudeça).

Psicológico: — *Del hombre la razón, de la mujer el corazón* (ao homem a razão, à mulher o coração); *el corazón manda en la mujer* (a mulher vive pelo sentimento, pelo coração).

Sinceridade: — *Mas vale vergüenza en cara que dolor de corazón* (cujo sentido é, de antes pudor que remorso);

hablar con el corazón en la mano (falar com o coração nas mãos).

Sofrimento: — *Arrancar el corazón* (arrancar-se, ou partir-se ou despedaçar-se o coração); *desgarrar por una pena* (dilacerar-se por uma dor).

Vingança: — *La ofensa de corazón dura hasta la muerte si no se la vengá* (a ofensa do coração dura até à morte se se não vingá).

Os cantares populares, já expressivos por si de todos os sentimentos humanos, empregam frequentemente a palavra coração. Eis aqui dois exemplos (5):

Fidelidade:

Dentro de mi corazón
no puedo admitir a nadie,
porque tiene un candadito (7)
y mi amor tiene la llave.

O «candadito» é o cadeado com alquete, cuja chave pertence ao namorado.

Firmeza:

Mi corazón y el tuyo
se han consultado,
y dicen que no pueden
ser separados.

A religião católica simboliza no culto dos Sagrados Corações de Jesus e Maria todo o amor divino pela humanidade.

A ferida do coração é mortal, desgradamente este efeito fulminante conhece-o o povo e expressão terrível é, nas lutas ou na vingança, estar disposto a *partir-se o coração* ou a arrancar-se o coração radicalmente. O sítio de eleição para o suicídio ou agressão que atinja o coração é a região precordial, em torno do mamilo esquerdo. Sem embargo, já antigamente os gladiadores sabiam que pelo lado direito se podia atingir o coração, desviando a arma para a esquerda dentro do tórax. Esta é a razão que o Dr. Lopez Gomez (6) dá para explicar que a lançada que Longuinhos deu a Jesus no lado direito foi para o acabar, ferindo o coração, pois, segundo a lei judia, os crucificados não podiam morrer ao sábado, por isso aos ladrões que ladeavam Jesus quebraram-lhes as pernas, para que, não podendo mover-se, morressem depois por asfixia, determinada pela hiperestensão dos braços e queda do corpo pelo próprio peso; diz a Escritura que do lado do Senhor saiu sangue e água, não podendo esta deixar de ser mais que o líquido do pericárdio que se produz na

agonia, e o sangue deveria ser do coração ao ferir-se a aurícula direita; esta prática de atacar o coração pelo lado direito era hábito, pois todos os lutadores protegiam o próprio coração com o escudo ou rodela.

O amoroso ciumento exprime a sua vingança com esta copla:

Si supiera niña hermosa,
que otro galán te adoraba,
con un penetrante acero
el corazón le pasara.

Esta ideia de ferir o coração faz-se também por *magia de simpatia* e chama-se, entre as bruxas, provocar o mal do desmedro do coração; consiste no atravessar com alfinetes ou agulhas o coração de uma galinha preta, ao mesmo tempo que se proferem maldições e esconjuros contra a pessoa odiada ou, também, cravando estes alfinetes numa figura de barro, que represente a pessoa sobre quem se exerce vingança (7).

Estas práticas realizavam-nas as feiticeiras, geralmente por encargo de amantes desdenhados.

O duque de Maura refere muitas feitiçarias deste género nos séculos XVI e XVII e que constam do Arquivo Histórico Nacional, na secção de Processos da Inquisição (8).

Na França, de um indivíduo que cravou um punhal do lado do coração uma efígie do Cardeal Richelieu conta-se que este dispôs-se a libertá-lo, já que satisfizera a vingança no retrato... e não na sua pessoa...

Etiologia — As causas morais são, para o povo, as principalmente determinantes das doenças do coração. Os desgostos, as contrariedades e todas as paixões, produzem agitação, «golpes en la tabla del pecho», golpes na tábua do peito como diríamos em português, como se quisesse sair o *coração pela boca*, palpitações que levam até à síncope e à morte. Os cumes, segundo uma poesia, ocasionam este mal:

Mi corazón tengo herido.
y la sangre, la provoco
desde que te vi ayer tarde,
pelar la pava con otro.

Também as funções nutritivas tem correlação funcional cardíaca: *tripas llevan corazón, que pies non*, é um provérbio que tem todavia a parte afectiva do estímulo da gratidão.

Nas doenças orgânicas não reconhece

própriamente o povo todas as relações, como temos dito, com os sofrimentos da vida e das más paixões, sem embargo algumas vezes ouve-se dizer que está doente do coração pela dor que no mesmo tem. Nos obesos, julgam que a fadiga se deve à gordura ou gorduras que comprimindo o coração não o deixam mover-se.

Os ataques de epilepsia (epilépticos e nervosos em geral) também se atribuem a doença do coração.

Tratamento — Apenas há tratamentos naturais, pois a digitalis ou dedaleira ou luva da Virgem, etc., não a emprega o povo como medicação cardíaca, antes para colocar as suas flores, na janela ou na porta, para afugentar o demónio, dada a sua forma de sineta.

Para que o coração não paralize nos ataques de epilepsia é costume puxar pelo dedo médio ou do coração, e, para evitar o *mal do coração*, é prática antiga usar um anel de ferro forjado em Quinta-feira Santa na hora dos ofícios.

Segundo Bouza Brey o costume de «matar o bicho» (para o que se toma um copo de aguardente em jejum), tinha por fim matar um bicho que havia no estômago e que atacava o coração.

O alívio moral e, ainda, a cura completa consegue-a a reconciliação dos amantes: *o coração chagado, não o cura o médico nem o boticário* e, dizia-se, porque desconhecendo-se as lesões orgânicas só se acreditava em causas afectivas, como o esclarece este outro rifão: «A chaga do coração só a cura quem a causou». Daqui o ter-se mais de uma vez dito aos que sofriam de melancolia, depressão e tristeza, por ter o coração aflito:

Acabaram-se as paixões
que tanto nos molestavam
uniram-se os corações
como antigamente estavam.

CASTILLO DE LUCAS

(Prof. da Faculdade de Medicina de Madrid)

BIBLIOGRAFIA

- (1) *Chaves, Luis*. — Arte dos Namorados. Cap. de Vida e Arte do povo português — Lisboa, 1940.
- (2) *Perez de Herrera*. — Provérbios morales... y enigmas filosoficos — Madrid, 1733.
- (3) *Pires de Lima, J. A.* — O corpo humano no adagiário português — Porto, 1946.
Neste livro figuram ordenadamente os rifões portugueses, brasileiros e castelhanos. A concordância dos ditos e rifões referentes ao coração, são pois muito fáceis de encontrar nesta importante obra.
- (4) *Pitre, Giuseppe*. — Medicina popolare siciliana. Reedición Firenze, 1949. Entre páginas 121 a 123 figuram muitos ditos e provérbios sobre o coração que, em próximo trabalho, glosaremos com as concordâncias castelhanas.
- (5) *Rodriguez Marin*. — Cantos populares — Sevilha, 1857.
- (6) *Lopez Gomez, Leopoldo*. — La pasión corporal de Jesus Cristo, vista por un médico legista a la luz del Santo Sudario de Turin. (Conferen. Real Academia Medicina, 1954).
- (7) *Sanchez Perez*. — Supersticiones Españolas, 1948.
- (8) *Cirac Estopeñán*. — Los procesos de hechicerias en la Inquisición de Castilla la Nueva. C. S. I. C. — Madrid, 1942.



E. TOSSE & C.^A
HAMBURGO

VALODIGAN

“TOSSE”

Tonificação do coração em doses de digitalis extremamente pequenas e sossego simultâneo do doente.
Eficácia óptima e de compatibilidade excelente.

REPRESENTANTE GERAL: SALGADO LENCART
Rua de Santo António, 203 — PORTO
SUB AGENTE: A. G. GALVAN — R. da Madalena, 66-2.º — LISBOA

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

PROPULMIL
Bial

PROPULMIL

INJECTÁVEL

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

PROPULMIL

SUPOSITÓRIOS

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

PROPULMIL INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

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

ECOS E COMENTÁRIOS

SERVIÇOS DE URGÊNCIA NOS SEGUROS SOCIAIS

Temo-nos referido aos serviços de urgência para os beneficiários dos seguros sociais, manifestando a nossa opinião de que a «Federação» e outros organismos de previdência não deviam assegurar visitas de urgência. Para evitar abusos, dificuldades e desprestígio para os serviços, melhor será que as visitas de urgência fiquem a cargo dos próprios doentes, que, em todos os casos, sempre poderão pagá-las. Quanto aos serviços especializados de urgência (e mesmo para outros) o que está indicado é aproveitar os organismos que actualmente funcionam, com os quais se poderia estabelecer combinações adequadas.

Vem isto a propósito da notícia, que nos chega, segundo a qual os Serviços Médico-Sociais — Federação das Caixas de Previdência vão iniciar, em breve, nas cidades de Lisboa, Porto e Coimbra, serviços nocturnos de urgência (das 21 às 8 horas) e nos domingos e dias feriados. Julgamos que todos os recursos de que a Federação possa dispor devem ser aproveitados para ampliar os benefícios aos doentes, sobretudo para o internamento hospitalar nos casos de cirurgia e de tuberculose.

Não podemos deixar ainda de fazer reparos às insignificantes remunerações que se anunciam para os médicos dos projectados serviços de urgência da Federação: 600\$00 mensais. Mesmo em relação ao que se paga noutros serviços, da mesma Federação, esta remuneração é, evidentemente, muito baixa. A Ordem dos Médicos deve intervir, neste assunto, assegurando que os médicos não assinem contratos desprestígiados para a classe. É claro que estes como outros serviços da Federação não podem ser comparados com outros oficiais, nos quais os médicos trabalham com baixas remunerações, pois se trata de estágios destinados a valorizar cientificamente os médicos e a prepará-los para futuras situações melhores. Na Federação, do que se trata é de exercer clínica, que, ali, em regime especial de colectivismo médico, se substitue à clínica livre, de que ainda há poucos anos viviam a maior parte dos médicos de Portugal.

M. C.

ENCARGOS E PREVIDÊNCIA

Se algumas das verbas que oneram o orçamento da nossa Caixa de Previdência, tão estimada por todos nós em função dos auxílios que nos promete e das garantias que nos assegura, são de molde a fazer-nos meditar, uma há, entre muitas, que nos dá a noção do cuidado havido na sua administração.

Não queremos referir-nos, nem de longe, aos 190 contos de vencimentos do seu pessoal, por certo insuficientes para assegurar eficazmente o caminhar desta obra monumental. Também não visamos, nem

por engano, os encargos que nos cabem para assegurar a previdência desse mesmo funcionalismo, só pedindo aos deuses que lhe sejam de útil garantia, nas incertezas do futuro, os 38 contos anuais que essa previdência nos custa. Também não afloramos aqui, nem ao de leve, os 2.500 escudos anualmente gastos em publicidade. Queremos apenas citar os 1.200 escudos que, sobre o mais, o funcionalismo desta Caixa sobre nós faz impender como encargo para o termos no seguro. Seguro contra acidentes de trabalho, contra acidentes pessoais, contra acidentes de via-

ção? Ignoramos e não no-lo diz o Relatório da sua ilustre Direcção. Seguro, em suma, o que é próprio de quem é previdente, como a nossa Caixa não podia deixar de ser, pois por natureza e definição ela é de Previdência.

*

E, a propósito de Previdência, não seria previdente estabelecer-se que os lugares do seu quadro de funcionalismo, de mais a mais tão seguro, só pudessem ser providos em Médicos?

M. M.

MEDITANDO...

Do elucidativo relatório da Caixa de Previdência dos Médicos Portugueses parece oportuno extrair algumas lições.

Vejamos, desde já, que em 1953 aquela Caixa liquidou subsídios por morte no valor de 117 contos, que dispendeu mais de 28 contos em pensões de invalidez, que distribuiu, sob a forma de assistência, 53 contos e pouco mais, num total aproximado de 198 mil escudos.

Não parece talvez muito, mas representa, no fundo, ainda algo mais do que aquilo que a Caixa dispense anualmente com os vencimentos do seu funcionalismo!

*

Não será o que os ambiciosos desejariam, mas corresponde na verdade, e sempre segundo o aludido Relatório, a cerca de quatro vezes o total dos encargos administrativos previstos no Orçamento para 1954!


*

Não será o que os visionários teriam sonhado, mas o total de subsídios concedidos no decurso do ano quase consegue ser o quádruplo do que a Caixa gasta no mesmo espaço de tempo com os encargos de cobrança!

*

Ora se estes últimos, por si só, ainda não justificam a existência da Caixa, pois representam apenas 15 % do seu Orçamento de despesa, somados aos dispêndios anotados sob as rubricas de «Encargos Administrativos e de Instalações», do seu Orçamento, já atinge o vulto necessário para que, com a sua participação de 33 % para o total de despesas, possamos sentir o orgulho de ver erguer-se obra de tal quilate!

M. M.




SULFAMETIL-TIODIAZOL

Tratamento da colibacilose das vias urinárias

Sulfametil-tiodiazol . . 0,1 g.

Boião de 20 comprimidos



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

A SAÚDE NA FINLÂNDIA

A população da Finlândia, cerca de 4.117.000 a 31 de Dezembro de 1952, é rural em grande parte, apesar da urbanização crescente. Apenas 1.076.000, ou 25 % dos habitantes, vivem nas cidades.

Entre a população das cidades e a população estritamente rural, temos a população das vilas: 277.000, ou 7 % dos habitantes vivem em comunidades industriais, vilas centrais, povoações de estação de estrada de ferro: cerca de 400.000, ou 10 %. O grupo não-agricultor da população nas zonas rurais aumenta constantemente e as estatísticas de profissão



Em lugares como este que Silja Laaksonen, enfermeira rural de 23 anos de idade, trabalha na Lapónia. Geralmente, de Novembro a Abril, Silja faz as suas visitas em esqui ou trenó.

em 1950 indicavam que 38 % da população são fazendeiros ou pequenos proprietários, ou membros destas famílias.

A Finlândia tem um litoral extenso e acidentado e uma região lacústica típica da região. Estes factores combinados com o hábito finlandês de evitar a aglomeração de aldeias, explica a necessidade de ter em mente as longas distâncias, como explica porque é necessário contar com uma forma de governo local a fim de os serviços públicos sejam eficazes.

Como grande parte da população vive

fora das poucas cidades grandes, é natural que as condições peculiares das zonas rurais não tenham sido negligenciadas. Isto se diz também da administração de saúde pública.

A primeira Lei Sanitária da Finlândia em 1879 teve em conta as condições divergentes encontradas nas cidades e nas zonas rurais e entregou às comunidades rurais, assim como aos médicos pagos pelo estado, a reponsabilidade pela luta contra doenças epidémicas, contróle do saneamento do meio, organização de campanhas de vacinação contra a varíola — que mais tarde passou a ser compulsória — e a direcção do trabalho desempenhado pelas parteiras adestradas.

Graças a este sistema, a varíola foi irradiada dentro de poucas décadas, ao passo que a cólera proveniente do oriente limitou-se a alguns casos nos anos de 1893 a 1895 e foi expulsa das fronteiras finlandesas em 1910.

Durante os anos de 1890 a 1910 foi estudado o problema relativo ao cuidado médico nas zonas rurais. O estudo foi feito por dois comités estaduais e foi estabelecido na Lapónia e comunidades mais pobres da fronteira oriental um sistema segundo o qual foi nomeado um médico e criado um hospital com verbas estaduais. Foi, portanto, naquela época iniciado o sistema dos médicos da comunidade assim como os dispensários gratuitos de tuberculose para as zonas rurais.

Mas, de maneira geral, no conceito dos sanitaristas até 1930 as cidades eram consideradas como as zonas perigosas em matéria de saúde. No entanto, a actividade dos líderes da comunidade com seus recursos financeiros veio mudar esta atitude. Em 1920, mais ou menos, o índice de mortalidade que era elevadíssimo nas cidades, principalmente em matéria de mortalidade infantil baixou espectacularmente e ficou muito à quem do índice equivalente nas zonas rurais.

Nos anos que se seguiram a 1930, a grande crise que afectou principalmente a indústria de madeira e que grandes prejuízos causou aos pequenos proprietários, veio revelar o padrão incrivelmente baixo, social e de saúde nesta esfera da população rural, chamando a atenção das autoridades governamentais.

Durante os cinco anos, de 1935 a 1940, um comité estadual preparou um programa para o desenvolvimento de sis-

teams de assistência médica nas zonas rurais. Os resultados do trabalho deste comité foram publicados em 1940 e as propostas dele emanadas — realizadas hoje em grande parte — constituem os alicerces da legislação sanitária da Finlândia de hoje e representam o pensamento finlandês no campo da saúde rural.

Antes de descrever a situação actual é bom lembrar que os anos de guerra, 1939 a 1945, contra a Rússia e contra a Alemanha, deixaram a Finlândia com o que restou da população evacuada, ou seja 10 %, ao passo que a parte norte



Silja visita um lar camponês a 5, 10 ou mais de 15 milhas de distância. Os objectos curvos de madeira, que estão pendurados na parede são sobresalentes para o trenó da família.

do país ficou completamente destruída, como ficaram reduzidos os recursos com que contávamos para executar reformas planeadas antes da guerra.

Por outro lado, os anos de guerra abriram os olhos do povo e seus representantes no parlamento para o valor da saúde. Graças a isto, durante a guerra e imediatamente após, entraram em vigor muitas leis sanitárias.

Os serviços sanitários directos são responsabilidade das administrações governamentais de cada comunidade. Em

IBÁLSAMO BIENGUIÉ

O ANALGÉSICO DE EFICIÊNCIA CONSTANTE PARA O TRATAMENTO LOCAL DAS AFECÇÕES REUMÁTICAS E DAS NEURALGIAS

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

princípio, não existe diferença entre a responsabilidade e autoridade das comunidades municipais e rurais.

O país está dividido em 549 comunas, das quais 35 são cidades. As comunidades rurais têm uma população de 2.000 a 20.000 habitantes, geralmente de 3.000 a 9.000.

O tamanho das comunidades varia grandemente, de alguns quilómetros quadrados a mais de 10.000 na Lapónia. Ao oeste e ao sul em geral são menores e ao leste e ao norte vão aumentando em tamanho.

Cada comuna tem uma aldeia central que serve de centro administrativo e comercial, mas a maior parte da população vive em fazendas ou pequenas casas, separadas por florestas e lagos.



Silja e a sua colega vivem juntas numa casa com três dependências, que é mantida pela comunidade que servem. Tem electricidade e gás e é mobilada com gosto e simplicidade. Ao lado dessas dependências existe um pequeno consultório-clínica, que funciona de noite e de dia; está sempre de serviço uma das enfermeiras.

Cada comuna na Finlândia conta com governo próprio e tem direito a cobrar impostos locais. As responsabilidades são determinadas por legislação nacional. Os habitantes das comunas elegem representantes pelo período de três anos. A estes cabe aprovar o orçamento anual, eleger membros junto ao conselho da comunidade e juntas especiais, tais como a junta de saúde, eleger os altos funcionários da comuna, etc.

O conselho da comuna encarrega-se das actividades rotineiras e coordena o trabalho das diferentes juntas.

A junta de saúde é compulsória e tem direitos claramente definidos por lei, mas está também sujeita a um código sanitário local. Este código pode diferir, no tocante a detalhes, de comuna a comuna, mas, em linhas gerais segue um código modelo, elaborado e revisado em cooperação com a Junta Médica Estadual e os organismos centrais da comuna.

Os membros da junta são leigos, eleitos muitas vezes em virtude do interesse demonstrado em assuntos de saúde pública, às vezes em virtude de campanhas políticas. O médico e o veterinário (quando é nomeado) da comuna são membros ex-officio.

Todo e qualquer assunto sanitário que diz respeito à comunidade passa pela junta. A junta é responsável, em parte, perante o conselho, mas, no tocante a certos assuntos, responde directamente às autoridades sanitárias estaduais. De conformidade com a prática actual, os serviços médicos assistenciais da comuna são: contróle do saneamento do meio, inclusive higiene de alimentos; prevenção e tratamento de doenças epidémicas; higiene materno-infantil; higiene escolar; profilaxia e tratamento da tuberculose; profilaxia e tratamento de doenças venéreas; tratamento e cuidado de doentes mentais; organização de serviços de assistência médica e transporte de doentes; formação de normas hospitalares e direcção das instituições locais.

A fim de cumprir com estes deveres a junta sanitária precisa de sanitaristas a tempo parcial ou integral. A comuna pode também delegar parte de suas responsabilidades às federações locais que contam com funcionários próprios, como por exemplo no caso de unidades ambulantes de Raio X usadas na profilaxia da tuberculose. Existe actualmente uma tendência no sentido de delegar cada vez a responsabilidade aos membros leigos destas juntas para aliviar os profissionais, principalmente o médico, do pesado fardo que lhes tocava antigamente.

Existem dois grupos de sanitaristas nas comunidades; os funcionários, que recebem um subsídio estadual para manutenção além do salário e outros pagos pela própria comunidade, que recebem, às vezes, um subsídio menor e variável por parte do estado.

Os sanitaristas requeridos por lei são o médico da comunidade, a enfermeira de saúde pública e a parteira. Legislação nacional governa a nomeação, responsabilidades, aprovação e supervisão estadual, etc., destes funcionários. São adestrados pelo estado.

Médico da comunidade. O médico da comunidade que é, geralmente, o único

médico no posto, é responsável pelas actividades médicas e sanitárias da comunidade. Ele, ou ela, é empregado pago pela comunidade, com verba proveniente do orçamento da comuna e recebe da comunidade casa de graça, consultório com o equipamento necessário, aparelhos de Raio X, etc.

Suas responsabilidades incluem encarregar-se do trabalho sanitário e da higiene da comunidade; agir na qualidade de médico escolar, médico do centro de higiene materno-infantil e médico da junta de bem-estar; proporcionar assistência médica aos habitantes da comunidade e dirigir o trabalho das enfermeiras de saúde pública, parteiras, sanitaristas e outros.

Existem actualmente cerca de 400 médicos de comunidade.

Enfermeira de Saúde Pública e Parteira. Cada comunidade deve ter pelo menos uma enfermeira de saúde pública e uma parteira. Três quartos de seus salários são pagos por subsídios estaduais.

Nas comunidades maiores é preciso contar com mais uma enfermeira de saúde pública por 4.000 habitantes e mais uma parteira por 5.000 habitantes. Por exemplo, numa comunidade de 9.000 habitantes existem três enfermeiras de saúde pública e duas parteiras.

As enfermeiras de saúde pública fazem trabalhos diversos, inclusive no campo da tuberculose, higiene infantil, higiene escolar, assistência a domicílio; as parteiras fazem trabalhos maternos e obstétricos, partos domiciliários que dão direito a visitas ao médico quando necessário, assim como assistência post-natal.

Existem 852 enfermeiras de saúde pública e 910 parteiras a serviço das comunidades.

Sanitarista. O cargo de inspector sanitário profissional não é compulsório nas comunas, mas é preciso contar pelo menos com sanitaristas leigos — professores, fazendeiros, ou outras pessoas entusiastas — que desempenhem em seu distrito da comunidade as funções de representantes da junta sanitária e façam visitas de inspecção aos armazéns, escolas, leitarias, etc. Os inspectores profissionais são ainda bastante raros.

Uma das reformas prementes em nosso sistema actual é tornar compulsório o posto de inspectores adestrados a tempo integral que se possam encarregar da inspecção sanitária e de alimentos e que recebam subsídios. Existem actualmente 231 inspectores sanitários profissionais na Finlândia.

Não existem *veterinários* e *dentistas* suficientes. Não tem sido possível, portanto, fazer com que as comunidades rurais (as cidades contam com estes especialistas) sejam obrigadas a nomear veterinários e dentistas escolares, apesar de que as comunas recebem subsídios destinados a financiar seus salários e taxas.

O país conta com um quadro de veterinários pagos pelo estado e encarregados de controlar e combater doenças animais.

Aproximadamente 50% das comunidades rurais proporcionam serviço dentário escolar e organismos filantrópicos proporcionam serviços de ambulatório às

Um **NOVO** e Superior

Antibiótico

de amplo espectro



ACROMICINA

TETRACICLINA **Lederle**

**Absorção mais rápida. Reações Secundárias mínimas.
Maior estabilidade.**

A **ACROMICINA**, um novo antibiótico de amplo espectro, produzido pela equipa de investigação Lederle, tem demonstrado uma maior eficácia em experiências clínicas, com as vantagens de uma mais rápida absorção, de uma mais pronta difusão nos tecidos e nos líquidos orgânicos, duma tolerância superior e de uma maior estabilidade, resultando em níveis sanguíneos altos e prolongados.

A **ACROMICINA** pode agora adquirir-se nas seguintes formas farmacêuticas: Cápsulas de 250 mg., 100 mg., e 50 mg.; Spersoids*, Pó Dispersível, 50 mg. por cada colher das de chá, cheia (3,0 g.); Intravenosa, de 500 mg., 250 mg. e 100 mg.

Outras formas de dosagem serão postas à disposição das Ex.^{mas} Classes Médica e Farmacêutica, tão depressa a investigação o permita.

* Marca Comercial Registrada



**Um nome que simboliza
supremacia na investigação
e na produção farmacêuticas**

Lederle Laboratories Division, AMERICAN Cyanamid COMPANY
30, Rockefeller Plaza, New York 20, N. Y.

Representantes Exclusivos para Portugal e Ilhas:
ABECASSIS (IRMÃOS) & C.^A
RUA CONDE REDONDO, 64-3.º — LISBOA

HOMENAGEM AO DR. MÁRIO LAGE

No Hotel Porto-Mar, em Matozinhos, realizou-se, no dia 28 de Junho último, um jantar de homenagem ao Dr. Mário Lage, promovido pelo corpo clínico do Hospital local. Presidiu o Dr. Fernando Aroso, presidente da Câmara Municipal de Matozinhos, que se referiu, com grandes elogios, à acção que o homenageado teve naquele concelho, primeiro como médico municipal e subdelegado de saúde e depois como chefe da circunscrição marítima dos portos de Leixões e Douro, lugar do qual agora se aposentou. Lamentando que o Dr. Mário Lage abandone Matozinhos, deixando a actividade médica que tão brilhantemente exerceu durante algumas dezenas de anos, o Dr. Fernando Aroso faz votos por que o homenageado se encontre feliz em outra actividade a que agora deseja entregar-se e que há muito tam-

bém se dedicava nas horas vagas: a agricultura.

A seguir, o Dr. Mário Cardia, director-clínico do Hospital do qual era subdirector o Dr. Mário Lage, disse que ele e todos os seus colegas muito lamentavam a retirada de tão distinto camarada, com o qual manteve as melhores relações durante muitos anos. Há cerca de 20 anos que é director clínico, sempre encontrando no Dr. Mário Lage um colaborador leal, zeloso e competente. Referindo-se ao início das sessões de estudo, que em breve se realizarão, promovidas pelo corpo clínico do Hospital de Ma-

tozinhos, e que, certamente, contribuirão para aumentar o prestígio daquele Hospital, diz que o Dr. Mário Lage, que seguramente virá, de vez em quando, visitar os numerosos amigos que tem neste concelho, muito gosto daria aos seus colegas se viesse assistir a essas sessões de estudo, colaborando nos seus trabalhos.

O Dr. Alcino Pinto, começa por saudar o Dr. Fernando Aroso, que preside a esta justa homenagem, recordando os grandes serviços que tem prestado ao Hospital de Matozinhos e à luta anti-tracomatosa que chefia no Norte do País. A propósito, salienta também o papel preponderante que neste aspecto tem tido o Dr. Mário Cardia, a quem também saúda, pondo em destaque as suas raras qualidades, grandes serviços que tem prestado ao Hospital e as atenções que sempre dispensa a todos os seus colaboradores. Por fim, refere-se ao homenageado, que saúda efusivamente, e, a propósito do Dr. Mário Lage abandonar as actividades médicas em que tanto brilhou, refere-se a vários problemas relacionados com a agricultura, por que tanto se interessa o homenageado.

O Dr. Mendonça e Moura referiu-se à acção do Dr. Mário Lage como sanitaria, salientando os excelentes serviços que prestou, primeiro como subdelegado de saúde e depois como guarda-mor e chefe da circunscrição sanitária dos portos de Leixões e do Douro.

Finalmente, agradece a homenagem que os seus colegas lhe quiseram prestar o Dr. Mário Lage, que diz sair de Matozinhos e especialmente abandonar o Hospital com enorme saudade, pois ali sempre encontrou uma camaradagem e condições de trabalho que são actualmente raras e, por isso, devem ser postas em destaque. Agradece a homenagem e todas as provas de amizade que lhe têm sido prestadas e declara que voltará muitas vezes a Matozinhos, não deixando, então, de visitar os colegas do Hospital.

comunidades que não contam com dentista próprio.

Existe um quadro de enfermeiras hospitalares nas comunidades rurais que contam com hospital ou maternidade. Na maioria dos casos o médico da comunidade actua na qualidade de médico do hospital, mas, quando o hospital tem médico próprio, os demais médicos da comunidade têm direito a fazer uso do hospital.

A Lei de Tuberculose de 1949 obriga as comunas a organizar campanhas de prevenção da tuberculose, de vacinação por BCG (voluntária em essência) e de exames radiográficos compulsórios para pessoas de mais de 15 anos de idade.

A parteira ou a enfermeira de saúde pública encarrega-se, por exemplo, da vacinação por BCG do recém-nascido, ao passo que a parte médica do contróle de casos de tuberculose é responsabilidade dos dispensários de distrito, estabelecidos pelas federações das comunidades em todo o país.

Uma equipa que faz parte dos dispensários viaja pelas comunidades 4 ou 12 vezes por ano e o médico da comunidade pode, a qualquer momento, enviar pacientes aos dispensários. A mesma Lei estabelece sanatórios centrais para tuberculosos, sob a jurisdição colectiva das comunidades que formam uma federação.

Sistema semelhante — existente em matéria de tuberculose — está em fase de elaboração no tocante a doenças mentais e deverá proporcionar hospitais e dispensários para o tratamento preventivo e curativo de doenças mentais. Os hospitais centrais gerais encontram-se ainda sob a jurisdição do estado, mas é bem possível que todos os hospitais sejam incorporados num sistema uniforme, proporcionando subsídios estaduais aos hospitais de propriedade local e sob orientação local.

(«Noticiário da O. M. S.»—Maio de 1954).



COLORFILINAS, DERIVADOS
HIDROSSOLÚVEIS DA CLO-
ROFILA, ESPECIALMENTE
PREPARADAS PARA EXERCE-
REM UMA ACÇÃO DESODO-
RIZANTE

TUBO PLÁSTICO DE 10 GRAJEIAS



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

Centro de Profilaxia da Velhice

No dia 10 do mês passado, o Prof. Henrique de Vilhena proferiu uma conferência no Centro de Profilaxia da Velhice, na qual tratou da personalidade do falecido Prof. José António Serrano, seu antecessor na regência da cadeira de Anatomia da Faculdade de Medicina de Lisboa.

O orador fez um rasgado elogio do professor António Serrano, revelando, a propósito, algumas facetas da sua vida de homem de ciência a quem muito interessavam os vários problemas ligados à profilaxia da velhice.

UNIÃO INTERNACIONAL DA IMPRENSA MÉDICA

O primeiro congresso da União Internacional da Imprensa Médica, criada em Bruxelas em 6 de Junho de 1953, realizou-se em Turim, enquadrado na II Reunião médico-cirúrgica internacional, no domingo 30 de Maio de 1954, sob a dupla presidência do Prof. T. Oliaro, presidente do Congresso, e o Prof. Loeper, presidente da União.

Após um discurso de boas-vindas pronunciado pelo representante do governo italiano, o Prof. Loeper historiou a organização internacional da imprensa médica cuja primeira ideia remonta a 1894 e primeira realização a 1900, em Paris, agrupando 16 países europeus e extra-europeus. Depois da primeira guerra mundial, a Federação da imprensa médica latina fundou-se em Paris, por iniciativa do Dr. Piera em 1925, e originou uma publicação internacional: a «Acta Médica Latina». A segunda guerra mundial encerrou a sua actividade. Foi, quase, simultaneamente em Atenas e em Veneza que em 1952 se retomou a ideia. Mas foi em Turim que, neste ano, a União Internacional teve a sua consagração. Atendendo ao enorme aumento do número de jornais médicos em todo o mundo, espera a União um trabalho mais vasto e mais duro. É necessário desejar que outros países se juntem a ela e que útilmente cooperem com a Associação Médica Mundial nos problemas comuns.

O Prof. Oliaro, depois de ter dado boas-vindas a todos os congressistas, inaugurou os trabalhos do Congresso. O Dr. Mystakidis, delegado da Grécia, expôs a situação da imprensa médica no seu país. Esta padece de insuficiente desenvolvimento devido a numerosas causas e particularmente a insuficiente auxílio dos anunciantes farmacêuticos. Faz votos, também, de que a União edite uma revista de revistas em três línguas, e outorgue à imprensa médica as mesmas regalias de que beneficia a imprensa quotidiana.

É concedida, em seguida, a palavra a sr.^a de Fiessinger (Le Monde) para apresentar a sua comunicação sobre a informação médica do grande público e o papel da imprensa médica, como conselheira dos órgãos da imprensa e de grande informação. Refere que as informações médicas há alguns anos, se multiplicam na imprensa diária e semanal, nos livros e nas películas. A educação do público neste domínio é uma das necessidades da época: é necessário informar um povo das suas necessidades sanitárias se se deseja obter os investimentos financeiros necessários. Mas o público não possui os conhecimentos mínimos que lhe permitam compreender realmente os problemas que se lhe expõe.

É preciso não criar angústias ou esperanças exageradas, que arriscam impossibilitar a aplicação das terapêuticas clá-

sicas. Seria necessário dar antes uma noção das dificuldades e da complexidade que encontra o médico moderno e menos a ideia do grande poder da medicina. São em parte os médicos os responsáveis por estes erros, pois reservam a verdade só para os «iniciados». Os jornais têm de atender às necessidades da tiragem, da concorrência; recebem das agências informativas notícias de origem a mais vária. Os cuidados do corpo médico devem incidir sobre a fonte dessas notícias. A interessante iniciativa do Conselho Nacional da Ordem falhou em França porque os seus comunicados estavam muito longe da actualidade. Na Grã-Bretanha, existe um serviço de ligação entre a imprensa médica e as agências, e realiza um exame semanal das notícias. Sugere, pois, que em França se realizem, periodicamente, conferências de imprensa, durante as quais os jornalistas poderiam fazer perguntas, como recentemente o fez a Liga Contra o Cancro. Poder-se-ia por outro lado, criar um centro de documentação aberto à grande imprensa.

O Dr. Lederer (Bélgica) refere também, na sua comunicação, o interesse do público pelos assuntos médicos. A crónica médica bem feita é útil mas os abusos são numerosos. As descobertas anunciadas são muitas vezes contrariadas pelos factos. Em França propôs-se a censura médica, mas o princípio da liberdade da imprensa a isso se opôs. A informação dirigida, igualmente tentada em França pelo Conselho Nacional da Ordem, teve um acolhimento pouco encorajante, devido ao pouco interesse e actualidade dos artigos fornecidos.

Na Bélgica tentou-se com sucesso a colaboração entre a Associação da imprensa médica belga e a grande imprensa. Esta colaboração construtiva é de desejar entre duas profissões ambas presas, tomadas de liberdade. O orador diferencia as crónicas médicas das notícias, e deseja que estas crónicas evitem a terapêutica e abordem principalmente os problemas de higiene alimentar ou análogos. Os apelos para se obter um medicamento raro devem ser publicados com a maior prudência, principalmente se o pedido do doente é feito na ignorância do médico assistente. Quanto às consultas médicas acha-as muito perigosas. As associações de imprensa médica devem intervir junto dos médicos autores dessas consultas e dos directores dos jornais para os pôr de sobreaviso.

O orador deseja, em conclusão, uma colaboração entre a grande imprensa e a União internacional da Imprensa médica.

A respeito da proposição do Prof. Loeper, redigem uma moção comum os dois oradores, que o Congresso adopta. Nesta reconhece-se a necessidade de informação médica para o grande público, mostram-se os perigos, formulam-se os votos de que se estabeleçam contactos entre as associações de imprensa médica e

os jornais a este propósito, e preconiza o recurso a conselhos médicos junto de cada jornal, podendo ser útilmente consultados pelos jornalistas que abordem tais temas.

O Dr. Gillon (Concours Medical-França) apresenta depois uma comunicação muito técnica e muito documentada sobre a imprensa médica, instrumento de conhecimento da opinião médica pelo método das sondagens de opiniões. A opinião dos médicos é com efeito muito dispar quer sobre os problemas científicos quer profissionais. Existem decerto órgãos representativos, mas não saberiam expressar todas as diferenças ou tendências, nem dar a conhecer a evolução desta opinião em dado momento. Os jornais médicos estão em contacto com os seus leitores através da correspondência que recebem. Mas é difícil tirar conclusões aproveitáveis de tais ou quais reacções espontâneas. Os questionários que o jornal insere têm poucas respostas. O método preferível é o que se inspira na técnica das sondagens de opinião, cujo rendimento é tanto melhor quanto a sondagem beneficia da amizade dos leitores pelo seu jornal.

O orador precisa os princípios gerais dos inquéritos por sondagem: questionário enviado a um número limitado de correspondentes, previamente estabelecido por uma pequena Comissão, e experimentado sobre um grupo restrito. Estes podem ser preenchidos anonimamente, mas com algumas informações sobre o estado civil, forma e lugar do exercício. Um aviso é enviado depois de três semanas. Depois os questionários são codificados e classificados pelo sistema mecanográfico. As respostas são apresentadas por um lado em percentagens globais, e por outro em função da idade, títulos, forma de exercício, etc... A escolha do modelo é função do assunto.

Deve por outro lado tentar-se verificar os resultados do inquérito por diversos modos de fracionamento. Em conclusão, os inquéritos por sondagens trazem às organizações profissionais ou científicas, como aos poderes públicos, indispensáveis complementos de informação. Permitem o estudo do dinamismo das opiniões e incitam ao respeito da opinião dos outros. É um método objectivo de informação.

O relator formula votos de que, graças à União Internacional da Imprensa Médica, tais inquéritos possam realizar-se simultaneamente sobre um mesmo assunto, nos diferentes países.

O Dr. I. W. P. Thompson (British Medical Journal) apresentou seguidamente a comunicação do Dr. H. A. Clegg (British Medical Journal) assim como a sua própria sobre o importante assunto: «Os resumos de artigos, sua definição — Diferenças entre resumos, análises, introduções e conclusões — O papel dos resumos no intercâmbio de informações

entre os diversos países». Os dois relatos evidenciam, com exemplos colhidos na imprensa médica de língua inglesa, a diferença entre o resumo de um artigo feito pelo seu autor e o sumário do mesmo artigo redigido pelo redactor do jornal. No que respeita ao intercâmbio entre os diferentes países, os autores insistem nas dificuldades devidas às línguas, e mostram a vantagem que se poderia conseguir se se recorresse a uma língua científica internacional. Tal como a interlíngua. Depois de traduzir para francês as duas comunicações referidas, o Dr. Ângela (Minerva Médica, Itália) expõe os pontos de vista do seu jornal a este propósito.

O Dr. Plichet (Press Médicale-França) estuda o papel das películas na difusão do pensamento médico. Depois de esboço histórico da película, onde lembra os trabalhos de Marrey, Commanon e Painlevé, classifica as películas em três categorias: ensino, demonstração e investigação. Insiste sobre a técnica da tomada de vistas e da montagem e recorda as recomendações da Associação Internacional do Cinema Científico, adoptadas durante o Congresso de Londres, em 18 de Setembro de 1953. O autor deve atender, durante a realização, à natureza da assistência e precisar a finalidade da película. Será o cinema científico um método de ensino valioso, e qual é o seu futuro? O relator entende que é necessário sofrer para aprender e que o filme não substitui nem o esforço da abstracção da leitura, nem o trabalho prático. Tem, segundo ele, um valor de auxílio. Não constitui para a imprensa um concorrente real e imediato. Mas não se deve desprezar este novo meio de ensino. Criaram-se nos E. U. e na França firmas industriais para a realização de tal género de películas. Acaba de fundar-se na França uma Associação. É necessário não descurar este assunto.

Os microfilmes ou «microcartes» constituem por outro lado um real perigo para os editores de revistas. São indispensáveis para se conseguir a reconstituição de bibliotecas, reproduzir livros que se não encontram. Mas um centro privado pode com um só exemplar difundir os artigos de uma revista. Tal possibilidade é perigosa para o futuro do pen-

samento científico, se o editor guarda só para si os encargos havidos com a composição e impressão das revistas. A regulamentação do copyright parece poder-se aplicar e a jurisprudência assim o entendeu no referente à distribuição gratuita de um só exemplar, mas nada existe que possa obrigar a respeitar esta regulamentação. O melhor parece, nomeadamente sob o ponto de vista internacional, referir-se às convenções e organização existentes sobre a música registada.

Em resumo, segundo o relator, a película não criou concorrência temível à imprensa, pode até favorecer a leitura. O microfilme é, pelo contrário, um perigo contra o qual uma protecção se deve promover, uma protecção mais eficaz em benefício dos autores e dos editores.

Ao Congresso seguiu-se, de tarde, a posse da Assembleia Geral da União. Depois de uma alocução do Presidente e a apresentação do relatório moral pelos dois Secretários gerais, Drs. Charles Mayer e J. Mignon, procedeu-se à admissão de novos membros. A Assembleia compunha-se, assim, de representantes dos seguintes países: Alemanha, Inglaterra, Bélgica, Espanha, França, Grécia, Itália. Portugal e o Luxemburgo, já membros, fizeram-se representar.

A Suíça participou na qualidade de observador. Aprovaram-se por unanimidade os Estatutos. Escolheu-se Paris como local para o próximo Congresso marcado para Outubro de 1955. Colheram-se sugestões para a escolha dos assuntos que serão motivo de relatórios a fazer. Enfim, por proposta do Presidente, a Assembleia decidiu conservar o actual Bureau provisório: Presidente, Prof. Loeper (França); vice-Presidentes, Dr. Clegg (Grã-Bretanha) e Prof. Oliaro (Itália); Secretários gerais: Drs. Charles Mayer (Bélgica) e Jean Mignon (França).

O Bureau definitivo só será eleito após ampliação do actual recrutamento para plano internacional mais amplo.

Um memorável banquete, que permitiu a todos apreciarem os encantos da hospitalidade italiana, reuniu por fim os congressistas à mesa da Minerva Médica, cujos animadores e dirigentes foram calorosamente felicitados pela organização tão proveitosa deste primeiro Congresso.

Sociedade Médica dos Hospitais Cíveis de Lisboa e Sociedade Portuguesa de Oto-Neuro-Oftalmologia

Reunião conjunta

Reuniram-se conjuntamente, no dia 13, a Sociedade Médica dos H. C. L. e a Sociedade Portuguesa de Oto-Neuro-Oftalmologia, para apresentação de três importantes comunicações.

Primeiramente, o Dr. Domingos Machado, em seu nome e no do Prof. Diogo Furtado, comunicou a história clínica de um caso de coarctação da aorta complicado de hemorragia meníngea subaracnoideia e curado por tratamento cirúrgico. Em seguida, o Dr. Miranda Rodrigues apresentou um caso de neurofibromatose (doença de Recklinghausen), sem sintomas característicos da doença, que foi operado dum meningeoma medular e de um meningeoma do ângulo ponto-cerebeloso direito, tendo a autópsia mostrado, posteriormente, que havia outro tumor no ângulo esquerdo. Falou depois o Dr. Santana Leite, por si e pelo seu colega Dr. Sá Nogueira, para apresentar o caso clínico dum doente, de 9 anos, com uma tromboflebite sinusal com septicemia e abscessos pulmonares múltiplos, operado e tratado com antibióticos e que culminou pela cura. O Dr. Campos Henriques felicitou aquele clínico pelo trabalho apresentado e deu conta de um seu caso absolutamente idêntico àquele e que comunicara oportunamente.

Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa

Reuniu no dia 1 do passado mês, sob a presidência do Prof. Xavier Morato, a Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, tendo sido aprovados, na especialidade, os novos estatutos e iniciada a discussão do regulamento interno.

DIGITALINA MIALHE

(SOLUÇÃO MILESIMAL DE DIGITALINA CRISTALIZADA)

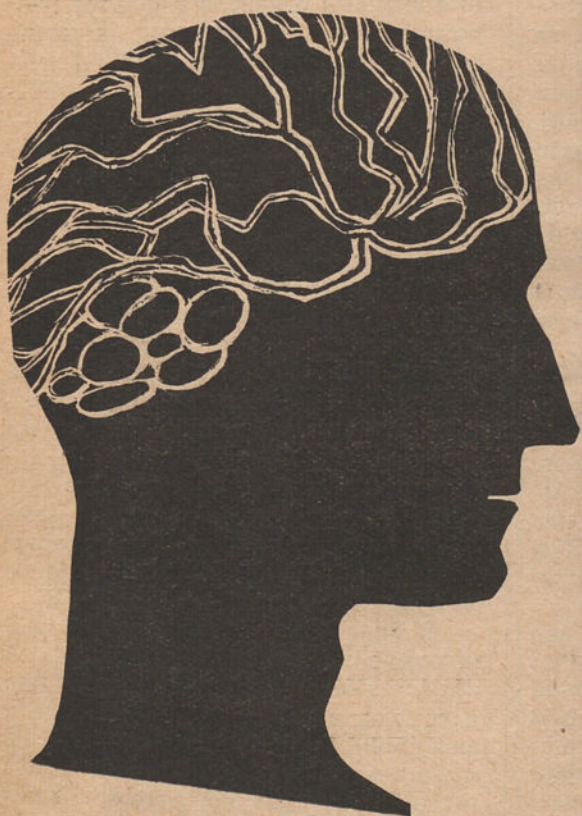
SUPERIORIDADE INCONTESTÁVEL SOBRE TODAS AS PREPARAÇÕES
DE DIGITALIS PURPÚREA

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

PHOSOTROPE



«SANS PHOSPHORE, PAS DE PENSÉE»
MOLLESCHOTT



SOLUÇÃO AQUOSA DE ESTERES MONO E
DIETILFOSFÓRICOS DO ÁCIDO FOSFÓRICO A 33%.

TÓNICO GERAL

FADIGA CEREBRAL • PERDA DE MEMÓRIA
NEURASTENIA • FOSFATÚRIA • CISTITES

FRASCOS DE 65 C. C.

DISTRIBUIDO POR: SOCIEDADE PORTUGUESA DE PRODUTOS WANDER, L.^{DA}

O HOMEM — esse louco que se envenena a si próprio

Transcrevemos a seguir, do «Noticiário da Organização Mundial de Saúde» (edição para Portugal e Brasil), um artigo, que o Dr. J. S. McKENZIE POLLOCK (Conselheiro de Saúde Pública da O.M.S. — Secção Regional para o Sudoeste da Ásia) escreveu com o título: O HOMEM — esse louco que se envenena a si próprio.

As enfermidades contidas na água podem ser divididas em três categorias distintas: A primeira delas é aquela que compreende as doenças causadas pelas matérias inanimadas dissolvidas ou em suspensão na água. Como exemplo, podemos citar os extractos vegetais provenientes de solo lodoso ou rico em turfa, nas bacias de captação; partículas impalpáveis de barro em suspensão; e elevado teor em sal. A dureza da água também pode causar perturbações secundárias. A água rica em llorina prejudica os dentes das crianças. Certas águas conduzidas em tubulações de chumbo podem absorver quantidades desse metal em dose suficiente para causar uma epidemia de envenenamento por óxido de chumbo, como ocorreu em Sheffield, na Inglaterra, em 1887.

A segunda categoria de enfermidades contidas na água é aquela em que algum transmissor da doença se encontra na água, que assim lhe serve de veículo. A bilharziasse, transmitida por caramujos de água doce, inclui-se nessa categoria.

A terceira categoria, muito mais importante do que as duas primeiras, é a das enfermidades causadas pela presença, na água, de micro-organismos (germens). Estão neste grupo a cólera, o tifo e as formas disentericas amebiana e bacilar. É esse um dos grupos mais importantes das doenças evitáveis que assolam um país inteiro, como no caso da Índia.

Os germens que causam essas enfermidades não são próprios da água, e, portanto, nela se acham acidentalmente ou por falta de cuidado. É relativamente fácil removê-los. As doenças contidas na água estão, assim, incluídas entre as que podem ser facilmente evitadas. E, de facto, podíamos até afirmar que, dentre todos os grupos de doenças que devastam países como a Índia, esse é o de mais fácil prevenção.

A água pode conter outras enfermidades, como a icterícia infecciosa e várias doenças virulentas. Todavia, a sua incidência é pequena, comparada com as da cólera, do tifo e da disenteria. De qualquer modo que a cólera epidémica tenha início, podemos estar certos de que a contaminação da água por excreções é a responsável pela prolongação do surto.

Há dois tipos distintos de surtos de cólera. O primeiro é o que tem origem na contaminação geral dos suprimentos de água. O segundo é o que ocorre quando uma cisterna ou poço, existentes no local, são a fonte de contaminação. É importante descobrir-se o foco da doença o mais cedo possível.

Já se tem trabalhado no sentido de

verificar a distância que os germens da cólera podem descer os cursos de água contaminados. Em alguns casos, ficou provado que esses germens levaram a infecção a um ponto situado pelo menos 45 quilómetros abaixo do lugar onde se encontrava o foco, descendo na água. Já se registou também o caso de a infecção viajar 18 quilómetros numa tubulação de abastecimento. Foi provado que o vibrião da cólera não só pode viver como também multiplicar-se dentro de água, e pode ainda nela conservar a sua vitalidade, por muitos meses. Um estudo do surto de cólera ocorrido em Hamburgo em 1892 constitui uma lição valiosa para o controle dessa doença. Foi durante esse surto que a verdadeira epidemiologia da cólera foi posta à prova pela primeira vez. As duas cidades de Altona e Hamburgo estão situadas na margem norte do rio Elba. São cidades contíguas, separadas apenas por uma rua, e ambas recebem os seus suprimentos de água do Elba; mas no caso de Altona a água já era sujeita a filtração lenta em areia, o que ainda não se dava com relação a Hamburgo.

Alguns emigrantes de zona infectada de cólera chegaram ao distrito, e provavelmente contaminaram o rio. Em Hamburgo, 1,34 % da população morreu de cólera, em dois meses. Em Altona, registaram-se apenas algumas poucas mortes, e na maioria delas ficou provado que as vítimas haviam bebido água em Hamburgo.

Há duas conclusões principais que podem ser tiradas desse surto. Primeiro, o valor da protecção oferecida por uma forma simples de purificação de água; segundo, o facto de que, embora uma população tenha suprimento de água pura sempre à mão, basta permitir-se a co-existência de uma fonte infectada para que certo número de pessoas contraíam o mal.

Inferre-se daí que todas as fontes contaminadas devem ser eliminadas de uma comunidade, para que se possa obter o seu perfeito controle sanitário.

A epidemiologia da febre tifoide pode ser definida simplesmente como a contaminação dos alimentos e da água por matérias fecais.

O tifo é uma doença que só ataca o ser humano: os animais não são susceptíveis. Portanto, a questão é proteger o homem contra o seu próprio semelhante. O tifo não é transmitido apenas pela água: as moscas e os portadores de tifo, contaminando o leite e outros alimentos, podem também transmitir a doença. Num país como a Índia, todavia, as proporções epidémicas do tifo significam que ele é transmitido principalmente pela água.

A introdução de um sistema protector do suprimento de água, em qualquer comunidade, elimina o que se chama de curva epidémica da doença. Fica apenas o que se conhece como curva residual: casos esporádicos que continuam a verificar-se, disseminados, quase sempre, pelos portadores da enfermidade.

A curva residual é de nível muito mais baixo que a curva epidémica. Podemos, portanto, concluir que um abastecimento de água protegido reduz o número de casos de tifo, numa comunidade, a um nível comparativamente baixo. Livrar uma população dos casos residuais de tifo requer uma cobertura sanitária complexa e perfeita, empresa extremamente onerosa. Todavia, na maioria dos casos, qualquer país pode, dentro dos limites dos seus recursos económicos, conseguir um fornecimento de água protegido, livrando-se assim do tifo, em proporções epidémicas. Os portadores de tifo constituem o principal foco de infecção em qualquer comunidade. Foi avaliado que pelo menos 10 % da população de um país como a Índia excreta bacilos de tifo, regularmente. À vista de uma proporção dessa ordem, podemos concluir que toda a sua rede de esgotos está infectada de tifo. Os portadores dessa doença expelem germens tanto nas fezes quanto na urina. Apurou-se que muitos surtos localizados de tifo tiveram a sua origem no facto de trabalhadores urinarem nas bacias de captação de água que abasteciam a população.

A água deve ser, por conseguinte, protegida contra a contaminação não só das fezes como também da urina. Num país como a Índia, onde é evidente a impossibilidade de fazer-se um controle dos portadores de tifo, deve-se considerar todo o mundo um portadores potencial dessa doença, e proteger, partindo dessa premissa, a água os alimentos de que se servem as comunidades. Algumas poucas palavras sobre os hábitos do próprio bacilo nos ajudarão a melhor compreender a situação. Os bacilos do tifo não têm esporos. São, portanto, de destruição relativamente fácil. A única dificuldade é atingi-los, quando envolvidos pela matéria fecal. Dissecados, quase sempre morrem em poucas horas, o que torna muito improvável a transmissão do tifo através da poeira. Num meio húmido como a água, o leite e a urina, morrem a uma temperatura de 60° C, em 20 minutos.

Os bacilos do tifo não são destruídos pelo congelamento — detalhe importante que deve ser tomado em consideração na fabricação e distribuição de gelo.

Nas fezes, os bacilos do tifo podem permanecer vivos durante muitos me-

ses, desde que aquelas se encontrem em meio húmido e relativamente fresco. Na água, entretanto, eles raramente permanecem vivos por mais de alguns poucos dias, talvez sete, no máximo. Provavelmente vivem mais tempo em água limpa do que em água impura. A luz do sol e as temperaturas elevadas ajudam a matá-los rapidamente. O armazenamento da água em local descoberto à luz do sol, na Índia, por 2 ou 3 dias, seria por certo suficiente para matar os bacilos do tifo.

Esses bacilos podem viver 12 dias em esgotos não tratados, 14 dias em fossas sépticas, 4 meses na manteiga e 40 dias no sorvete.

Felizmente, os bacilos do tifo não crescem nem se multiplicam na água, em condições normais. Creio que se pode afirmar que um suprimento de água pode ficar isento de bacilos de tifo por uma combinação de armazenamento adequado, filtração e cloração, ou até mesmo dispensando-se uma destas duas últimas.

É mais fácil erradicar a febre tifoide epidémica de uma cidade do que de áreas rurais. As cidades geralmente têm recursos económicos para instalar um fornecimento de água protegida. Nas zonas rurais, o problema é doméstico de cada dona de casa. Os métodos elementares de saneamento, todavia, realizam muito, no sentido de tornar os suprimentos individuais de água livres de contaminação.

Tanto a disenteria bacilar quanto a amebiana podem ser transmitidos pela água potável. Os micro-organismos de ambas são descarregados nas fezes e têm de ser ingeridos pela boca para causar a doença. A água tem, portanto, toda a oportunidade para representar, na transmissão das disenterias, o mesmo papel que representa na transmissão do tifo. Quando ocorre um surto de disenteria bacilar proveniente da água, é sempre um surto de natureza explosiva. Aparecem vários casos na mesma localidade, dentro de um curto período. Nessas circunstâncias, a contaminação geralmente pode ser encontrada perto da fonte de suprimento de água, pois os germens da disenteria bacilar não permanecem vivos por muito tempo dentro da água. Os cistos da disenteria amebiana, ao contrário, podem ficar vivos por largos períodos, mesmo dissecados. Em algumas partes do mundo, nada menos que 50 % das amostras de água tiradas de depósitos públicos apresentam-se contaminadas de amebas.

A cloração comum não é suficiente para matar esses cistos tão resistentes. A filtração, portanto, é o método que se deve escolher para eliminar esses organismos dos suprimentos da água.

Chegamos agora a um grupo de doentes que embora não sejam, geralmente, de consequências fatais, têm, todavia, pernicioso influência sobre o bem-estar e o progresso de uma comunidade, além de representarem mortífera ameaça para a infância: a diarreia.

Os surtos de diarreia são causados por uma ampla variedade de organismos. Contaminamos a água através dos

mesmos meios que favorecem os bacilos do tifo e da cólera, e os métodos para a sua irradiação também são os mesmos.

Já se afirmou que em certos países, como a Índia, o camponês gasta metade da sua energia produzindo alimentos para sustentar os vermes que vivem dentro dele. Em algumas áreas da Índia, a ascáride ou lombriga é mal praticamente geral.

Os ovos da ascáride são expelidos nas fezes, que a água pluvial lava depois para dentro das bacias de captação. Podem sobreviver por longo período de tempo na matéria fecal, se esta se conserva húmida. A mais simples

forma de filtração, no entanto, removerá esses ovos dos suprimentos da água. As enfermidades contidas na água matam muitos milhares de pessoas na Índia, todos os anos. Esse estado de coisas é bastante triste, mas pior ainda é o facto de milhões de indivíduos estarem permanentemente enfermos, atacados de doenças dessa proveniência. De um ser humano que sofre de disenteria crónica ou se encontra eivado de vermes, não se pode esperar trabalho produtivo e eficiente. Por isto, o desenvolvimento económico da Índia muito depende de irradiação das doenças contidas na água.

SULFAMIDOTERAPIA INTESTINAL

TRÊS PRODUTOS «CELSUS»
DE COMPROVADA SUPERIORIDADE

FTALIL-KAPA

FTALIL-TIAMIDA

FTALIL-TIAZOL

LABORATÓRIOS "CELSUS"

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENDOCRINOLOGIA

Terminou no dia 24 de Maio p. p. o Curso sobre Endocrinologia Sexual Feminina que a Sociedade Portuguesa de Endocrinologia organizara para o corrente ano académico e que fora dividido em duas partes, da primeira das quais O MÉDICO já deu, em número anterior, o resumo das lições efectuadas.

Esta segunda parte — Clínica — iniciou-se em 1 de Fevereiro, com uma lição do Prof. Freitas Simões, com que o autor versou o tema «Endocrinologia e clínica ginecológica».

Depois de recordar as palavras de Virchow, que atribuiu profeticamente ao ovário a responsabilidade dos caracteres psicológicos e físicos da mulher, pôs em relevo a influência da endocrinologia na evolução da ginecologia moderna. Abordou, seguidamente, o problema dos métodos endocrinológicos no diagnóstico das afecções ginecológicas e referiu-se ao valor da terapêutica endócrina na ginecologia, pondo de sobreaviso contra o abuso dos produtos hormonais e revendo por fim as indicações das diversas hormonas.

Seguiu-se, neste mesmo dia, a lição do Dr. Mário Fernández, que falou de «Fisiopatologia da Puberdade». Começou por definir a puberdade e os caracteres próprios do sexo feminino, descrevendo, depois, o determinismo puberal e o seu mecanismo endócrino, bem como os quadros clínicos das diferentes puberdades, precoces e tardias, defendendo, a seguir, o critério da cronopatia puberal. Terminou por apresentar os quadros psíquicos dos diferentes processos.

No dia 8 do mesmo mês, o Dr. Kirio Gomes fez a terceira lição, falando de «Semiologia das perturbações da menstruação». O autor passou em revista todos os meios de diagnóstico usados em ginecologia aplicáveis ao estado clínico das perturbações da menstruação. Depois de referir os dados mais importantes que nos podem ser fornecidos pela anamnese e exame físico da doente, deteve-se mais pormenorizadamente nos vários meios auxiliares de diagnóstico e elementos que deles podemos esperar: exames hematológicos, doseamentos hormonais e provas biológicas, biópsia endometrial, colpocitologia, histerografia, ginecoscopia, veno e arteriografias, peritoneoscopia e culdoscopia, histeroscopia e laparotomia exploradora.

No dia 15, realizou-se mais uma lição, esta a cargo do Prof. Castro Caldas, em que o autor falou sobre «Dismenorreias».

Da lição seguinte, no dia 22, ocupou-se o Dr. Meleiro de Sousa, versando o tema «Amenorreias». Começou por fazer a classificação das amenorreias, de acordo com o órgão em falta, detendo-se particularmente no estudo da amenorreia hipotalâmica, de causa psicogénica, e terminou por fazer refe-

rência aos vários métodos de tratamento.

A sexta lição esteve a cargo do Dr. Fernando de Almeida e efectuou-se no dia 8 de Março. O conferencista, que falou de «Menometrorragias disfuncionais», definiu aquela síndrome, que mais considerou como sintoma, e mostrou a evolução que tem tido no conceito dos anatómopatólogos e ginecologistas. Dissertou, depois, sobre a histologia e fisiopatologia daquelas hemorragias e expôs as ideias actuais acerca do seu determinismo. A finalizar, tratou da sintomatologia, do diagnóstico e da terapêutica destas lesões.

O Dr. Nuno de Medeiros fez, no dia 15 de Março, a sétima lição, na qual falou de «Síndrome de tensão pré-menstrual». Após ter definido o conceito, expôs as dificuldades de diagnóstico do Síndrome e analisou as teorias somatogénicas e psicogénicas explicativas do desencadeamento do quadro, concluindo a sua exposição por enunciar as bases terapêuticas, como ilacção da etiopatogenia do Síndrome.

A lição seguinte, efectuada no dia 22 de Março, esteve a cargo do Dr. Jorge Brás, que dissertou sobre «Esterilidade». Depois de analisar os mecanismos hormonais do ciclo estral, pôs em relevo a importância dos fenómenos metabólicos ao nível do fígado e do útero. Aplicou, a seguir, os conhecimentos expostos à prática clínica e terapêutica de esterilidade hormonal e, finalmente, estudou as perturbações da receptividade uterina e perturbações da gemetogénese, relacionando-se com possíveis alterações dos mecanismos de adaptação.

A nona lição foi feita, no dia 29 de Março, pelo Prof. Dr. Pedro da Cunha e intitulou-se «Endocrinologia da Gravidez». O autor, que começou por estudar, minuciosamente, a placenta como órgão endócrino, referiu-se, seguidamente, aos seus trabalhos sobre a actividade enzimática daquele órgão, a propósito do que disse que, do ponto de vista bioquímico, o problema hormonal encontra muitas analogias com o metabolismo enzimático, cuja intervenção deve ter o mesmo mecanismo. Descreveu, ainda, as alterações observadas nas principais glândulas de secreção interna da gestante, e da acção destas sobre alguns órgãos da mesma, e abordou o problema hormonal da gestação, sob o ponto de vista clínico, e, ainda neste capítulo, referiu-se ao aborto habitual às gestoses, gravidez molar e cório epiteloma. A terminar, apresentou algumas conclusões do seu estudo sobre a colpocitologia.

«Tumores funcionantes do ovário», foi o tema da lição efectuada no dia 5 de Abril, a qual foi feita pela Dr.^a Maria Augusta da Veiga. A conferencista disse que aqueles tumores representam um tipo especial de neo-formações e afirmou que é muito debatida a origem histológica daqueles tumores, não se tendo verificado ainda concordância de

opiniões entre os autores que deles se têm ocupado.

O Dr. Rosário Dias fez, no dia 19 de Abril, a undécima lição, falando de «Virilismos e hirsutismos». Começou por descrever os quadros clínicos, abordando seguidamente a sua diferente etiopatogenia em relação com a suprarrenal e o ovário e considerou depois o diagnóstico diferencial dos vários síndromes, assim como o seu tratamento, à luz dos modernos conhecimentos.

«Hormonas sexuais e cancro», foi o tema versado pelo Dr. Luís Botelho, na lição que efectuou no dia 3 de Maio. O conferencista iniciou o seu trabalho por acentuar que, dado o facto de a moderna cancerologia abranger noções de tantos ramos da ciência, só era possível, para a aquisição de novos conhecimentos, fazer a investigação em centros especializados. Aludiu, depois, ao desenvolvimento adquirido pelos problemas que relacionam hormonas e cancro. Analisou os factores endócrinos e fez considerações sobre o valor terapêutico da cirurgia e radiações.

O Dr. Iriarte Peixoto ocupou-se da lição seguinte, efectuada no dia 10, tendo falado de «Climatério».

Começando por definir a noção hipocrática de Climatério, comparando-a com o conceito actual, o conferencista analisou, depois, a cronologia da idade crítica, esboçando o perfil clínico do síndrome e a sua fisiopatologia. Exemplificou, ainda alguns aspectos da psicologia climatérica, e, finalmente, abordou o problema da terapêutica condenando o abuso dos estrogénios e criticando os exageros da psicossomática anglo-saxónica, opondo-lhe o ponto de vista convergente da escola psiquiátrica portuguesa.

Falando de «Correlações psico-sexuais na mulher», o Dr. João Santos encarregou-se da penúltima lição, no dia 17 de Maio.

Finalmente, no dia 24, o Dr. Lopes do Rosário fez a lição com que foi encerrado este Curso, na qual versou o tema «Doseamentos hormonais em ginecologia». Depois de se referir às várias técnicas, mencionou a utilidade dos doseamentos hormonais e outros testes da investigação nos diferentes quadros clássicos, valorizados na sua justa medida, sem, contudo, deixar de os reconhecer como adjuvantes de um correcto exame clínico.

O Presidente da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Prof. A. Celestino da Costa, ao encerrar o curso, congratulou-se com o êxito obtido.

Dr. Troncho de Melo

Pela Reitoria da Univesidade de S. Paulo, foi convidado a tomar parte no II «Colloquium» Internacional de Estudos Luso-Brasileiros, a realizar naquela cidade, ainda no corrente ano, o Dr. Troncho de Melo.

A VIDA MÉDICA

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 11 a 17 de Julho)

Dia 11—O Dr. Melo e Castro, Subsecretário da Assistência inaugura no Montijo o Hospital Sub-regional. Segue depois com o Dr. Trigo de Negreiro, Ministro do Interior, para a Vila do Bispo, onde inauguram um posto hospitalar.

12—O Ministro do Interior, acompanhado do Subsecretário da Assistência chega a Faro, vindo de Silves, onde visitaram o Hospital local. Depois de se avistarem com as autoridades locais sobre assuntos de assistência seguem para Loulé, onde visitam o hospital e S. Brás de Alportel, com vista ao antigo Sanatório Vasconcelos Porto, a fim de estudar as possibilidades de aproveitamento das actuais instalações, para servirem de núcleo às ampliações que estão previstas para a criação de um grande centro de cura de tuberculosos, aspiração máxima de toda a provincia algarvia. Seguem depois em visita a demais hospitais algarvios.

—A Mesa da Misericórdia de Guimarães aprecia o projecto para a construção de uma lavandaria no Hospital, cujas obras de adaptação, que serão comparticipadas pelo Estado, se elevam a esc. 103.520\$00. Resolve também ceder um terreno para a construção de um dispensário antituberculoso.

13—Em Lisboa, reúne a Sociedade das Ciências Médicas com a seguinte ordem da noite: eleição de sócios; regulamento interno (continuação).

15—No Porto, no Hospital de Santo António, realiza-se, no anfiteatro de Clínica Médica, a 10.ª duma série de conferências promovidas pelo Serviço de Urgência. Nessa reunião houve um colóquio sobre «Situações de Urgência em Medicina Infantil», apresentadas pela seguinte ordem:

1.º, «Ligeiras considerações prévias», pelo Prof. Fonseca e Castro, da Faculdade de Medicina e director dos Serviços de Pediatria do H. G. S. A.; 2.º, «Convulsões na infância», pelo Dr. Aires Pereira, médico voluntário do Serviço; 3.º, «Aparelho respiratório», pelo Dr. Ferreira Leite, médico voluntário do Serviço; 4.º, «Aparelho Córdio-Vascular», pelo Dr. Nunes da Costa, assistente da Faculdade de Medicina.

Este colóquio é apreciado pelos Drs. Augusto Barata da Rocha, Alvaro Rosas, Adriano Serrano Júnior, Sousa Soares e Nascimento Fernandes.

—Com a assistência de numerosos académicos, reúne a Classe de Ciências da Academia das Ciências de Lisboa, presidida pelo Prof. Egas Moniz, ladeado à direita pelo Prof. Pereira Forjaz, e à esquerda pelo Prof. Reinaldo dos Santos.

O Prof. Reinaldo dos Santos faz o elo-

gio do falecido Prof. Moreira Júnior, considerado como grande homem do séc. XIX, dizendo que o orador, o colonialista, o professor, o político, o industrial, o economista, entrava na sua estranha individualidade, que em todos os sectores atingiu os cumes. O Prof. Reinaldo dos Santos termina acentuando uma qualidade rara do Prof. Moreira Júnior: a ausência absoluta da inveja.

Depois do presidente ter apreciado este trabalho, o Prof. Almeida Lima apresenta uma «Contribuição para a avaliação da Electroencefalografia como método auxiliar no diagnóstico dos tumores cerebrais», acompanhada de numerosas projecções, ouvida com grande interesse.

O Prof. Almeida Lima após algumas considerações sobre o diagnóstico neurológico, faz uma exposição resumida dos princípios fundamentais do processo que permite registar os fenómenos eléctricos cerebrais, vulgarmente denominado «electroencefalografia».

O Prof. Egas Moniz faz um elogioso comentário a esta comunicação, de tanta actualidade.

—Pelo «Fundo do Desemprego», o Ministro das Obras Públicas concede à Comissão de Construções Hospitalares, a comparticipação de 900.000\$00 para os trabalhos de adaptação do Convento de Barro, em Torres Vedras, a sanatório.

16—Em Lisboa, no espaço de 24 horas realizam-se no «banco» do hospital de S. José três operações cirúrgicas sobre o coração. As duas primeiras realiza-as o Dr. Bentes Pereira, ajudado pelo Dr. José Brandão, tendo uma a duração de cinco horas, tal a sua complicação. A terceira foi feita pelo Prof. Belo de Moraes, durante o seu Serviço. O estado dos doentes é satisfatório.

17—No Tribunal da Boa Hora prossegue o julgamento do italiano acusado pela Ordem dos Médicos por exercício ilegal de Medicina e de nome Colluci. Os trabalhos prosseguem.

—O Dr. Francisco Lopes Vieira de Oliveira Dias, interno dos Hospitais Cívis, foi nomeado secretário do Subsecretário de Estado da Assistência Social.

—Iniciam-se em Lisboa as Jornadas Médico-Hidrológicas promovidas pela Sociedade Portuguesa de Hidrologia Médica. A primeira visita de estudo é à estância dos Cucos e às Caldas da Rainha.

Estrangeiro

Terminou em Santiago de Compostela o IX Congresso Espanhol de Pediatria, no passado dia 8.

—Em 10 de Julho terminou em Edimburgo a reunião da Sociedade Europeia de Cirurgia Córdio-vascular.

—Em S. Paulo terminou a 15 o Congresso latino-americano de Ginecologia e Obstetria.

AGENDA

Portugal

Em Coimbra, nos próximos dias 19 e 20, o Dr. Renato Trincão, prestará provas para o seu doutoramento em medicina. O júri é constituído por todos os professores catedráticos da Faculdade de Medicina, pelos Profs. Jorge Horta, da Universidade de Lisboa, Ernesto Moraes, da Universidade do Porto e será presidido pelo reitor da Universidade, Prof. Maximino Correia.

—Será brevemente inaugurado o novo Hospital do Entroncamento, cuja construção se encontra já terminada. Edificado em linhas sóbrias e elegantes, e em local apropriado já para futuras ampliações, o novo hospital terá, a princípio, cerca de 30 camas, distribuídas por duas amplas enfermarias, vários quartos particulares, sala de operações, pavilhão para doenças infecciosas, etc. Possuirá, também, Raios X e muita outra aparelhagem, toda ela da mais moderna, a qual já chegou e aguarda, apenas, a sua montagem.

Os serviços de enfermagem deste novo estabelecimento hospitalar ficarão a cargo de religiosas.

—No próximo dia 20 reúne a Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa com a seguinte ordem da noite:

F. Fonseca, J. Fraga de Azevedo e M. Marques da Gama, «Fasciolose hepática»; F. Fonseca, M. Marques da Gama e Francisco Branco, «Tratamento da leucemia mielóide pelo Myleran»; Manuel R. Pinto e C. A. Plácido de Sousa, «Pneumonias atípicas. Resultados de estudos serológicos» e C. A. Plácido de Sousa, «Identificação de vírus poliomiélico de Angola em cultura de tecidos».

Estrangeiro

Em S. Paulo, de 23 a 29 de Julho, realiza-se o VI Congresso Internacional do Cancro.

—Em Oxforde, de 27 a 30 de Julho, realiza-se o XVI Congresso britânico de Ginecologia e Obstetria.

—Em Edimburgo, de 16 a 21 de Agosto, reúne a Federação Internacional de Esgoterapia.

—Em Copenhague, de 22 a 25 de Agosto, realiza-se o 1.º Congresso da Acta Endocrinológica e a III Reunião escandinava de Endocrinologia.

—Em Amsterdão, de 23 a 28 de Agosto, realiza-se o Congresso Internacional de Fotobiologia.

—Em Londres, a 28 de Agosto, na Fundação Ciba, realiza-se um círculo, tendo como tema «O papel do cobre no metabolismo».

—Em Berna, realiza-se o VI Con-

IODALOSE GALBRUN

iodo fisiológico, solúvel e assimilável

O PRODUTO CLÁSSICO PARA A IODOTERAPIA, CONSAGRADO
PELA EXPERIÊNCIA DE LONGOS ANOS

ESTABELECEMENTOS CANOBBIO

Rua Damasceno Monteiro, 142

LISBOA

gresso da Sociedade Internacional de Cirurgia Ortopédica e de Traumatologia, nos dias 30 de Agosto a 3 de Setembro.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 7/VII a 13/VII/1954)

9/VII

Foram nomeados os seguintes médicos dos Hospitais Cívicos de Lisboa:

Dr. Max Figueira Schreck, interno graduado da especialidade de radiologia; Dr. António Coelho Lopes, interno do internato complementar da especialidade de radiologia; Dr. Henrique Coelho de Castro, interno do internato complementar da especialidade de ortopedia e fracturas; Dr. Raul Baptista Godinho Carrega, interno graduado da especialidade de fisioterapia; Drs. Albertina Cardoso e Fernando Eugénio da Silva Veiga Troçolo, internos do internato complementar dos serviços gerais de clínica médica.

Partidas e Chegadas

Prof. Jorge da Silva Horta

Acompanhado de sua esposa, regressou da Alemanha, onde se deslocara em missão oficial, o Prof. Jorge Horta, que foi convidado pelas Universidades de Bonn e de Heidelberg a realizar algumas lições e conferências nas respectivas Faculdades de Medicina. O Prof. Silva Horta pronunciou ainda outras conferências, durante a sua missão, numa reunião conjunta da Sociedade Médica daquela 2.^a cidade e na Faculdade de Medicina de Liège.

Prof. Cid dos Santos

Regressou a Lisboa o Prof. João Cid dos Santos, que, em missão oficial e como convidado de honra das Jornadas Médico-Cirúrgicas de Turim, presidiu a uma importante reunião sobre Flebografias e inaugurou a exposição de trabalhos angiográficos da Escola Reinaldo dos Santos — Cid dos Santos.

Prof. Reinaldo dos Santos

Partiu para Roma, de onde segue para Paris e Londres, o Prof. Reinaldo dos Santos, Director da Sociedade Nacional de Belas-Artes.

Prof. Salazar Leite

Regressou a Lisboa o Prof. Augusto Salazar Leite, que, em missão do Instituto de Alta Cultura, visitou os estabelecimentos especializados de Mico-logia e Dermatologia dos Estados Unidos.

Prof. Cruz Ferreira

Regressou de Genebra o Prof. Fernando Simões da Cruz Ferreira, que, naquela cidade, tomou posse do cargo de Conselheiro Médico da O. M. S.

Prof. Celestino da Costa

Partiu para Paris, a fim de, em missão oficial, tomar parte no Congresso de Gastro-Enterologia, onde apresenta um relatório sobre hipertensão portal, o Prof. Jaime Celestino da Costa. Daquela cidade seguirá para Edimburgo, a tomar parte no Congresso de Cirurgia Cardio-vascular.

Prof. Moniz de Bettencourt

Regressou de Turim onde foi tomar parte no Congresso Italiano de Cardiologia, onde representou a Sociedade Portuguesa da especialidade, de que é vice-presidente, o Prof. J. Moniz de Bettencourt.

Prof. Arsénio Cordeiro

Da mesma cidade, onde fora com o mesmo fim, regressou também o Prof. Arsénio Cordeiro, Secretário-Geral da Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

Prof. Carlos Santos

Acompanhado de sua esposa partiu para França o Prof. Carlos Santos, que, a convite da Sociedade Francesa de Hepatologia, vai tomar parte no seu Congresso Internacional, de que é um dos relatores e no qual apresentará um relatório sobre «Colesistemetría». O Prof. Carlos Santos participará, também, no Congresso Internacional de Gastro-Enterologia, que se realiza em Paris.

Dr. Mário Fernández

Regressou de Granada, onde fora representar a Sociedade Portuguesa de Endocrinologia na I Reunião da Sociedade Espanhola de Endocrinologia, que se realizou naquela cidade.

Dr. Cavaleiro de Ferreira

Partiu para o Brasil o Dr. Avelino Cavaleiro de Ferreira, que, a convite da Comissão do Centenário da Cidade de S. Paulo, foi tomar parte, como delegado oficial português, nos Congressos Internacionais de Otoneuroftalmologia e Pan-Americano de Oftalmologia, realizados naquela cidade.

Prof. Filipe Gabardi

Com demora de alguns dias entre nós, chegou há dias a Lisboa o Prof. Filipe Gabardi, da Universidade de Bolonha, que representou o seu país no Congresso Internacional de Otoneuroftalmologia, que se realizou em S. Paulo.

FALECIMENTOS

Prof. Álvaro de Matos

Faleceu, em Coimbra, o Prof. Álvaro de Matos, catedrático aposentado da Faculdade de Medicina, da qual jubilara há 4 anos.

Nascido naquela cidade, em 1880, o lustre finado era filho do saudoso Prof. Daniel de Matos e licenciara-se em Medicina em 1908, com 20 valores, doutorando-se no ano seguinte. Tomou parte em vários congressos, principalmente em Londres, Roma e Madrid, e fez estágios em clínicas de Paris e Heidelberg.

Em 1909 entrou para a sua Faculdade como professor de Obstetrícia e em 1912 passou a dirigir a Clínica Dr. Daniel de Matos (Maternidade de Coimbra), que abandonou em 1921, para reger a cadeira de Ginecologia, por morte do pai, lugar que ocupou até atingir o limite de idade. Regeu também outros cursos: Oftalmologia, Propedêutica Médica, Patologia, etc.

A Universidade ficou-lhe devendo a criação do Instituto do Rádio, de cuja comissão instaladora foi o presidente, pois o combate do cancro apaixonou-o fortemente.

Durante 3 anos trabalhou no serviço de Cirurgia do Prof. Custódio Cabeça, no Hospital de Santa Marta.

Era sócio do Instituto de Coimbra e de várias sociedades científicas e possuía a condecoração de Mérito Científico Afonso XII.

Durante 10 anos desempenhou as funções de director clínico das termas de Moledo (Douro).

Dr. Leite Machado

Em Lisboa, faleceu o Dr. Francisco Leite Machado, natural de Póvoa de Varzim e descendente de uma das mais ilustres famílias do Norte. Exerceu a sua actividade na capital, tendo sido assistente do falecido Prof. D. Tomás de Melo Breyner, no Hospital do Desterro, e ingressou mais tarde no serviço I do Hospital de S. José, onde colaborou com os Drs. Simões Ferreira e Eugénio Mac-Bride. A sua caridade era bem conhecida das classes pobres. Exerceu entre outros cargos o de director clínico da estância termal Salus (Vidago) e o de clínico no posto de assistência do pessoal dos Grandes Armazens Grandela. Dotado de excepcionais qualidades de bondade e carácter, tinha em todos que dele se aproximavam, um amigo, deixando, por isso, a mais profunda desolação o seu falecimento. Era pai do Dr. Francisco Leite Machado, médico em Pias (Alentejo).

Dr. Belarmino de Almeida

Faleceu, em Lisboa, o Dr. Belarmino Guilherme de Almeida, que contava 75 anos de idade e era natural de Sátão.

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.º assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bessa (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 Larroudé, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Moraes, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Brigadeiro Pinto da Rocha (Dir. Geral de Saúde do Exército), Alexandre Sarmento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Elísio da Fonseca (Chefe da Rep. dos Serv. de Saúde do Min. das Colónias), Eurico Paes (Endocrinologista), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando da Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), J. Oliveira Machado (Médico dos H. C. L.), J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), Jorge da Silva Araújo (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) e Xavier Morato (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

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

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

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

DELEGADOS: MADEIRA — Celestine 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 a «Acta Gynæcologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»: Ultramar — 210\$00

Portugal Continental e Insular — 160\$00

Ultramar — 210\$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.

BISMUCILINA

Bial

BISMUCILINA

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 g
Por ampola de 3 c. c.

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

BISMUCILINA

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO
EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. I.
BISMUTO 0,09 g

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 g

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS