

AUGUSTO D'ESAGUY



HIGIENE
& PROFILAXIA

PALESTRAS



EDIÇÕES EUROPA



Wiamadshem

HIGIENE & PROFILAXIA

AUGUSTO D'ESAGUY

H I G I E N E
& P R O F I L A X I A

PALESTRAS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS VIVAS
ROMULO DE CARVALHO

AC
MNCI
613
ESA

Edições Europa, Rua da Emenda, 19

1937

Desta edição tiraram-se mil e quinhentos exemplares em papel nacional e dez exemplares em papel de linho inglês que não entraram no mercado.

Depositários: Edições Europa, rua da Emenda, 19. Lisboa. Reservados todos os direitos. *Copyright by Dr. Augusto d'Esaguy, 1937.*

MOSES AMZALAK:

Aqui tens o segundo volume das palestras médicas, ou, melhor, a 2.ª série, prometida ao público e servida através do microfone da Emissora Nacional. Este volume intitula-se Higiene & Profilaxia. Como o primeiro, foi escrito a correr, nas horas roubadas ao repouso; nos intervalos da clínica; ao sabor dos acontecimentos; estimulado mais pelo gôzo intelectual do que pelos proventos materiais.

Sei que algumas das minhas palestras, uma ou outra, foram bem recebidas pelo público, louvadas pela crítica, aplaudidas pelos escutas dos quatro cantos do País.

Guardo algumas cartas curiosas, entre elas a de um pobre homem de Santarém, ensandecido pelo sofrimento, causado pela morte de um filho que a difteria vitimou.

Nesta série, como na 1.ª, não inventei coisa alguma: tudo quanto se contém neste livro está nos mais vulgares manuais de medicina, nas revistas da especialidade ou nos livros de estudo, companheiros íntimos de todos os médicos.

Porque fôste tu, meu caro Moses, quem deu vida à 1.ª série, seria injusto esquecer o teu nome. Peço-te desculpa do pouco valor da oferta. ¡Quem mais não tem, mais não pode dar!

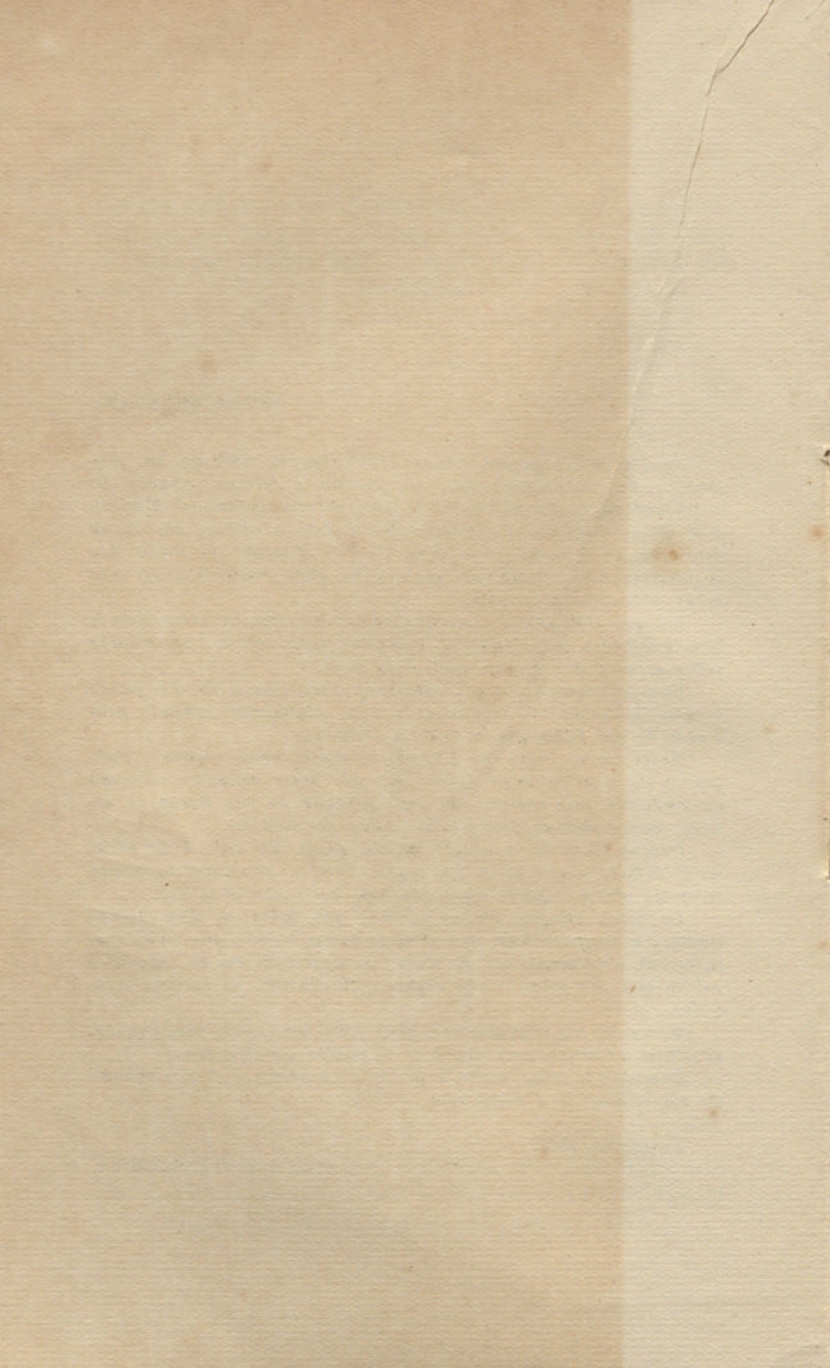
Os meus amigos, ou as pessoas que todos os dias tratam comigo, e compartilham das minhas horas livres; dos meus instantes de abatimento ou de tédio; de exaltação ou de alegria — sabem que sou grato e não esqueço, facilmente, os favores recebidos.

Guiou-me na manufactura dêste livro um único pensamento: «Parlons médecine avec clarté et le public comprendra».

Desculpa a longa carta, a penúria da oferta e dispõe sempre do teu camarada e admirador,

Fevereiro, 1937.

AUGUSTO D'ESAGUY



A DIFTERIA

A difteria é uma doença infecciosa que existe no estado endêmico em tôdas as grandes cidades. É uma doença que só aparece quando um individuo infectado se introduz num centro, mais ou menos populoso, originando uma pequena ou grande epidemia local.

Verifica-se, contudo, nas grandes cidades, um maior recrudescimento epidêmico todos os anos, durante o inverno.

A difteria é uma doença em declínio. A vulgarização do sôro antidiftérico, a propaganda intensa que do seu uso fazem as estações officiais e as ligas de propaganda, sobretudo as americanas, têm eficazmente contribuído para o seu quási desaparecimento.

O sôro antidiftérico deve ser aplicado sempre que exista uma ligeira suspeita; esperar pela resposta do laboratório é perder tempo inútilmente.

Desde 1883 que nós sabemos que o verdadeiro agente da doença é o bacilo de Klebes-Löffler.

Foi o prof. Roux quem isolou o veneno, a toxina, que o bacilo fornece à sua vítima. Mais tarde Roux e Behering prepararam o sôro que actualmente se usa, sôro que tem salvo milhares de doentes.

Ainda há pouco tempo, no tempo dos nossos avós, os médicos assistiam impotentes à morte dêstes doentes; hoje, graças à descoberta de Löffler e de Roux, os médicos podem combater eficazmente, com pleno êxito, esta doença grave e mortífera.

O bacilo, apoiado nas poeiras que nos cercam, penetra nas fossas nasais e na bôca. Êste é o contágio mais raro, o contágio indirecto; o directo é feito pelos próprios doentes, através da saliva, das excreções nasais e das roupas.

Certos doentes, possuindo uma quási-immunidade natural, curam espontâneamente a sua difteria, difteria diagnosticada por uma simples angina pultácia, espalhando à sua volta, em casa, na escola, nos parques, verdadeiras culturas de bacilos.

É preciso ter sempre presente que a persistência da vida e virulência dêstes bacilos pode atingir várias semanas ou meses.

Há indivíduos que são refractários à difteria, como há indivíduos que são refractários à febre tifóide. Estes indivíduos são perigosos portadores de bacilos, agentes inconscientes da doença.

O homem vive cercado de bacilos. O estudo da higiene e da profilaxia, obrigatório na maioria dos países da Europa e em todos os países das Américas, tem por fim ensinar o homem a defender-se da doença, a armar-se cientificamente contra estes inimigos ocultos.

O bacilo da difteria, transportado nas poeiras, adere à mucosa do nariz, da garganta, da faringe ou dos brônquios, desenvolve-se em colônias, provoca a formação de uma falsa membrana de fibrina, de um exsudado, que é a característica clínica, visível, da doença.

A forma clássica, vulgar, de estampa de livro, é a angina pseudo-membranosa, mas outras anginas, não específicas, podem provocar a formação de falsas membranas.

Estas falsas membranas estendem-se rapidamente a tôdas as vias respiratórias. É necessário que o médico pense sempre nas falsas membranas do nariz, pois esta localização da difteria passa muitas vezes despercebida.

Quando as falsas membranas atingem a laringe, entrepondo-se na fenda da glote, o doente tem crises de asfixia: trata-se do crupe ou garrotinho.

A entubação ou a traqueotomia são as operações de pequena cirurgia de urgência que é necessário realizar com decisão e energia.

Durante êste período, as toxinas, segregadas pelo micróbio, dominam o organismo, originando as paralisias — a mais vulgar é a do paladar

mole —, as artrites, as miocardites, complicações freqüentes da difteria.

É pelo exame directo das falsas membranas, ou, melhor, pela cultura em tubos, contendo sôro esterilizado de sangue de boi, que os laboratórios diagnosticam, com exactidão, a difteria.

A análise de segurança leva aproximadamente 24 horas. O bacilo da difteria apresenta-se, muitas vezes, associado ao estreptococcus. Estas difterias associadas são muito graves.

Quando o médico, chamado de urgência, diagnosticar uma difteria deve examinar cuidadosamente a garganta e o nariz das pessoas que rodeiam ou tratam do doente.

Este simples exame, antes do estabelecimento das medidas profiláticas, dos cuidados que devem rodear as pessoas que privam com o doente, tem uma grande importância, pode evitar várias complicações.

O emprêgo do sôro de Roux não tem inconvenientes, quando observados certos cuidados preliminares, tais como a insensibilização pelo método de Besredka ou o prévio emprêgo do cloreto ou do gluconato de cálcio.

O valor profilático e curativo do sôro está inteiramente demonstrado: em 34.000 injeções, praticadas em indivíduos que estiveram em contacto com doentes, só 200 foram negativas.

Esta é a mais curiosa e elucidativa das estatísticas publicadas por M. Netter.

O emprêgo do sôro constitue hoje o único meio racional do tratamento da difteria.

Indubitavelmente o emprêgo do sôro não exclue a necessidade do tratamento local, as lavagens repetidas com permanganato de potássio, rivanol, acriflavina, percloreto de ferro ou as pincelagens com naftol canforado, tintura de iodo, mercurocromo, etc.

O sôro só tem acção curativa certa quando aplicado no início da doença, ou dentro dos primeiros dias.

Nas formas graves podem e devem aplicar-se duas, três ou quatro injeccões por dia. Muitas vezes é necessário utilizar a via endovenosa para ganhar tempo.

Passados 12 dias sôbre uma difteria em evolução, não é justo esperar do sôro, que deve ser aplicado no início da doença, um milagre impossível de explicar cientificamente.

O caso de Martin, a meu ver, não depõe contra o sôro antidiftérico: o doentê estava sem tratamento específico havia 18 dias.

O cocus de Brisou, quando encontrado na análise, é um índice seguro de uma difteria benigna.

O sôro administrado por via bucal não tem acção. As únicas vias que devem ser utilizadas para o sôro de Roux, cuja existência é obrigatória em tôdas as farmácias, são: a via subcutânea, a intramuscular e a endovenosa, esta nas difterias graves.

É muito útil o emprêgo das pastilhas de sôro sêco, conhecidas sob o nome de pastilhas de Martin. Têm uma acção local muito curiosa. O doente mastigará três ou quatro pastilhas por dia.

Nos países civilizados a difteria, mal que ceifa milhares de crianças por ano, é uma doença em declínio. Nalguns países a vacinação antidiftérica é obrigatória.

As crianças devem ser vacinadas depois dos dois anos de idade. Tôdas as crianças que frequentam as escolas primárias devem ser vacinadas.

Vacinei as crianças contra a angina e o garrotilho. Graças à anatoxina de G. Ramon, conhecida sob o nome de vacina do Instituto Pasteur de Paris, os vossos filhos podem dormir tranqüilos.

Protegei as crianças, protegei os vossos filhos, contra a difteria e o garrotilho.

A aplicação da vacina não oferece perigos. Cumpramos todos a nossa obrigação, fazendo a propaganda desta vacina, da vacina antidiftérica.

Não se esqueçam da célebre frase de Lereboullet: «Agir vite et fort. Cette formule doit être appliquée avec d'autant plus de rigueur qu'on se trouve en période de diphtérie maligne».

CANCRO DA LÍNGUA

O cancro da língua é muito freqüente. Só uma intervenção terapêutica precoce, realizada no início da doença, nos seus começos, pode conduzir à cura. Se o médico deve saber diagnosticar precocemente o cancro da língua, o doente deve ser elucidado, tem de ser ensinado a collhêr os primeiros sintomas, os sintomas de alarme.

Como quási todos os tumores malignos, o cancro da língua aparece entre os 30 e os 60 anos, mas esta regra é desmentida com relativa freqüência.

O cancro da língua, como o do lábio, como todos os outros tumores malignos, pode aparecer também antes dos 30 anos e depois dos 60.

A etiologia, ou as causas do cancro da língua, é muito obscura. Contudo, sabe-se que as continuas irritações locais, as úlceras dentárias, as lesões sifilíticas, as erosões repetidas, constantes, e, principalmente, as leucoplasias favorecem o aparecimento do cancro.

A leucoplasia é uma modificação de um ponto da mucosa da bôca, que dá lugar ao aparecimento de uma mancha de aspecto nacarado ou, melhor e mais compreensível, com o aspecto da porcelana.

¿O cancro da língua e o do lábio são cancros privativos dos fumadores?

Sim, ou talvez não, pois têm-se observado cancros da língua e do lábio em indivíduos que nunca fumaram. O tabaco e, sobretudo, o hábito, o mau hábito, que certos fumadores possuem de martirizar os lábios e a língua com a boquilha e o cachimbo, favorecem — estão de acôrdo todos os investigadores — o aparecimento de pequenas manchas leucoplásicas, cuja degenerescência cancerosa se verifica muito frequentemente.

Outras irritações repetidas podem ocasionar — o mecanismo é o mesmo — o aparecimento de leucoplasias.

Também não é um cancro privativo dos sifilíticos; contudo a sífilis, quando não vigiada ou dominada pelo médico, pode ocasionar o aparecimento do cancro.

Tôda a língua pode ser atingida pela degenerescência cancerosa, isto é, não há pontos privativos ou regiões mais ou menos condenadas; contudo, é na parte média dos bordos ou na base que surge com mais freqüência êste tumor, o cancro da língua, em parte obra do homem, dos seus vícios ou desmazelos.

Geralmente, o cancro da língua é único; mas têm sido observados vários focos, inundando uma determinada região. Várias placas de leucoplasia podem ser atingidas, simultâneamente, por uma intensa e rápida degenerescência cancerosa; simultânea e independentemente.

¿Quais são os primeiros sinais do cancro da língua? ¿Este cancro tem sinais de alarme e de invasão?

Partindo de uma leucoplasia, ou mancha nacarada, o primeiro sinal, o sinal de alarme, é o endurecimento da placa. Esta aumenta de superfície, torna-se espessa, endurece. Quando a lesão não parte de uma placa, o sinal de alarme é um nódulo, a princípio irregular, depois endurecido, mais tarde ulcerado.

Como todos os cancros em início, o da língua é indolor, quasi não atormenta ou aflige. É insidioso. A sua marcha é lenta, cautelosa, traiçoeira. Instalado, o cancro da língua ganha confiança, domina, caminha rapidamente, ulcera-se ao menor contacto, sangra ao mais pequeno atrito.

Há uma regra que é preciso fixar: toda e qualquer modificação da mucosa ao nível dos bordos da língua, ou num ponto indiferente da bôca, indolor, com tendência a sangrar facilmente, deve ser suspeita de cancro.

O doente, quando atingido por essa suspeita, fundamentada ou não, deve procurar um médico, habituado ao diagnóstico precoce dos tu-

mores malignos, expor-lhe as suas dúvidas, mostrar-lhe a lesão suspeita.

No tratamento e cura do cancro da língua, como no tratamento e cura de todos os tumores malignos, o êxito depende exclusivamente da rapidez do diagnóstico, da visão acertada, da acção rápida.

Passados os primeiros momentos, o cancro evolue rapidamente. O endurecimento e a ausência de fronteira nítida são dois sinais importantes, comuns a todos os cancros.

Uma massa dura, pouco ou muito volumosa, do tamanho de uma ervilha ou do tamanho de uma amêndoa ou de uma noz, que não se consegue isolar dos outros tecidos com relativa facilidade, que não é um nódulo ou um caroço, limitado, individualizado, é suspeita de cancro, é clinicamente um cancro. Há, entre outras, duas variedades de tumores malignos da língua: — o exuberante, extenso, sôbre a superfície da língua; o discreto, soturno, estendido em profundidade.

O cancro da língua sangra com muita facilidade. A dor, passado o período de início, é provocada pelo contacto com os alimentos ou produzida pelos próprios movimentos, voluntários ou involuntários, dêste órgão.

A dor irradia para o ouvido e para o pavilhão da orelha. Êste é um dos principais sintomas. Quando aparece, e torna impossível a vida do doente, os gânglios vizinhos foram já invadi-

dos, conquistados. Esperar pelo aparecimento da dor para diagnosticar esta grave lesão, é um erro imperdoável. Nesta altura, o prognóstico está agravado, é demasiado sombrio. O aparecimento dos gânglios, da inflamação ganglionar, é um sinal de invasão — não é um sinal de alarme.

Quando o cancro é abandonado a si próprio, roendo desenfreadamente, surgem as complicações terminais: — as hemorragias, a bronco-pneumonia, as metástases, isto é, a colonização a distância, ao nível de certos órgãos, pelo tumor canceroso primitivo.

O cancro é como certos países, tão nossos conhecidos: não pode viver sem colónias. As do cancro, ao contrário das dos países coloniais, reproduzem sempre o tumor canceroso primitivo — a metrópole.

O cancro da língua é um dos que maior número de vítimas ocasionam. É mais vulgar nos homens do que nas mulheres; mais vulgar entre os 30 e 60 anos do que noutras idades; raro nos indivíduos que não fumam.

A sua etiologia é obscura; o mecanismo do seu aparecimento, estranho, é até hoje inexplicável. Contudo, as estatísticas clínicas, colhidas nos principais hospitais americanos e nos Institutos do Cancro de vários países da Europa, dizem-nos que êle é mais freqüente nos fumadores, nos sifilíticos, e nos fumadores que têm, aliado ao vício do tabaco, o vício de mastigar

a boquilha ou o cachimbo, gastando, roendo, cancerando, a mucosa dos lábios ou os bordos da língua.

★

★ ★

As ulcerações traumáticas, as lesões sífilíticas ou tuberculosas, as micoses, podem ser confundidas com o cancro no princípio da sua evolução. É, pois, neste momento, no período da confusão, que é necessário fazer o diagnóstico precoce; antes do endurecimento, da ulceração, isto é, antes da fase florida, decisiva, definitiva, incurável.

A biopsia tira imediatamente tôdas as dúvidas. O diagnóstico precoce depende quasi sempre da biopsia; a cura depende do diagnóstico precoce.

A biopsia não tem perigo algum; esta consta de um simples exame feito num bocado da lesão ou da ferida.

Este cancro tem dois métodos seguros de tratamento: — o tratamento cirúrgico e o das irradiações pelos Raios X.

O cancro tem cura, o que não tem cura é o desmazêlo dos doentes. O exame precoce, a biopsia, praticada no caso de dúvidas ou no caso de uma extrema dificuldade de diagnóstico, a intervenção cirúrgica, a irradiação pelos Raios X, em doses convenientes, debelam este grande mal.

Faça-se observar sempre que uma dúvida lhe assalte o espírito. Não espere que a dor o atormente e lhe torne a vida insuportável, que os gânglios regionais ou vizinhos o obriguem a procurar o médico.

A dor, como o aparecimento dos gânglios, da inflamação ganglionar, é um sinal de invasão — não é um sinal de alarme.

O VINHO REFAZ O HOMEM

Foi um Deus antigo, quási esquecido, do tempo dos egípcios, o Deus Osiris, quem ensinou aos habitantes de Nysa, aos de outros tempos, a maneira de cultivar a vinha e a maneira de fazer o vinho, esmagando as uvas, e, ainda, o segrêdo de o beber e conhecer.

Êste Deus Osiris, das terras do Nilo, tinha boas razões para o recomendar e parece que sabia mais de vinhas e de vinho do que o próprio Noé, um dos mais antigos conhecedores que a lenda aponta, através dos séculos.

Desde Osiris até hoje o vinho tem sido louvado por uns e condenado por outros.

Foi cantado por Anacreonte e Homero e pelos poetas desconhecidos da Bairrada; inspirou os maiores artistas da Humanidade; impulsionou guerreiros e agitou exércitos; tomou parte em tôdas as vitórias, acalentou os homens na queda.

É o conviva certo de todos os festins; o companheiro oculto de todos os desalentos, o escudo da derrota.

Os amigos do vinho, os seus defensores, dizem-no o melhor alimento dado pelo Criador, depois do pão.

Tem curado milhares de doentes, amparado o homem nas suas grandes crises; é o inimigo declarado da tuberculose, aumenta a longevidade.

Tem sido empregado para combater a gripe, a prisão de ventre, as diarreias, as colites mucos-membranosas, as dispepsias, os estados nauseosos e os vômitos, a tuberculose, o abcesso do pulmão, a gangrena pulmonar, a pneumonia e a bronco-pneumonia.

Os vinhos de média graduação têm sido empregados com êxito no tratamento das avitaminoses, o escorbuto, a pelagra, o béri-béri; nas doenças de origem hídrica, as febres tifóides, a disenteria, a cólera; e na convalescença de quasi tôdas as doenças.

É um alimento precioso, favorece o processo digestivo, aumenta a fôrça do individuo. Trata-se de um reconstituente enérgico: aumenta a hemoglobina e os glóbulos do sangue. É, conjuntamente, um alimento e um medicamento: um complexo de substâncias individualizadas, úteis na vida normal e nos estados patológicos.

É, a um passo, um alcalinizante, um tónico, um mineralizante e um reconstituente.

É muito fácil compreender a acção fisiológica do vinho.

O vinho actua sôbre o estômago, o fígado, o sangue, o sistema nervoso, o rim e a nutrição

do indivíduo. É um excitante da secreção salivar e provoca a secreção reflexa do estômago. O perfume e o sabor do vinho têm uma grande importância, uma grande influência sobre esta secreção reflexa.

Líquido molecularmente muito concentrado, com um baixo ponto de congelação, ácido e picante, provoca uma abundante secreção da mucosa do estômago.

Estas propriedades foram aproveitadas na prova do alcool de Carnot e de alguns autores alemães.

É um poderoso excitante da leucopedese, isto é, provoca a chamada de leucocitos para fora dos capilares.

A secreção ácida e a chamada de leucocitos são a prova da acção favorável do vinho — não confundir vinho com alcool — sobre a mucosa do estômago, quando é ingerido moderadamente, em doses úteis.

É quasi certo que o vinho, sobretudo o vinho de certas regiões, tenha uma acção favorável sobre a digestão péptica.

As pequenas quantidades de vinho auxiliam a evacuação do estômago. Os vinhos pouco alcoolizados são colagogos, isto é, têm uma apreciável acção purgativa, facilitam a evacuação da bÍlis. Esta notável acção terapéutica é justificada pela presença do glicerol, alcool triatómico, um dos elementos preponderantes do complexo conhecido pelo nome de vinho.



Aumenta a actividade do figado e o seu poder defensivo. Certas urticárias podem ser tratadas com pequenas doses de vinho espumante.

O vinho, ao contrário de que certos autores afirmam, não produz choque hemoclásico, não altera o plasma sangüíneo, não origina accidentes anafiláticos. O vinho tem, pois, uma apreciável acção defensiva e anti-anafilática.

A acção desta deliciosa bebida sôbre o aparelho circulatório, coração e vasos, está ainda em plena discussão.

Certos autores apontam-no como um perigoso hipertensivo; outros, os mais recentes, dizem-nos o contrário, que o vinho é hipotensivo, baixa a pressão arterial.

O vinho ingerido fora das refeições, em doses maciças, e diárias, em doses etilizantes, produz graves lesões do sistema nervoso, altera profundamente os reflexos.

As doses fracas, bebidas às refeições, são absolutamente inócuas, inocentes e inofensivas.

A fôrça muscular é aumentada com o consumo do vinho, refaz o homem que tem necessidade de trabalhar utilizando a fôrça produzida pelos músculos.

O vinho é um diürético muito conhecido. É um alimento rádio-activo; o branco é mais rádio-activo do que o tinto, a-pesar-de a rádio-actividade ser mais constante e segura neste último.

É um produto rico em vitaminas, daí a sua provada acção no tratamento das avitaminoses.

O vinho, o bom vinho branco ou tinto, tem indicações e contra-indicações, o seu programa, moda e formulário. Foi até o Dr. Eilaud, segundo Samuel Maia, quem propôs num recente congresso a organização de um oportuno formulário de vinhos, aplicável nas diferentes doenças...

Rabelais era um apaixonado do vinho branco, do vinho branco de Tours, e contra-indicava sempre o vinho tinto.

Rabelais, a-pesar-de médico, era filósofo e humanista; a sua opinião é apaixonada...

*

* *

As principais contra-indicações do vinho são:

- 1) — A sífilis nos seus últimos períodos.
- 2) — Tôdas as doenças do sistema nervoso.
- 3) — As doenças da pele.
- 4) — As litíases biliar e renal, e os estados hiper-hepáticos.
- 5) — Os estados gotosos.
- 6) — Certas doenças do estômago e dos intestinos; a dispepsia hiperclorídrica.
- 7) — Algumas doenças do coração e dos vasos.

As principais indicações do vinho são:

- 1) — Os estados dispépticos.
- 2) — O fígado tórpido ou entorpecido.

3) — A fadiga geral e nervosa; os estados anémicos.

4) — As doenças infecciosas no período de convalescença.

5) — A tuberculose.

6) — A necessidade de uma maior eliminação renal e as doenças da nutrição.

O vinho emprega-se na dispepsia atónica e na hipocloridria. Excita as papilas da língua e a secreção salivar, facilitando e acelerando a transformação dos amiláceos.

Os vinhos gasosos têm uma acção sedativa sobre os estados nervosos e os vômitos; esta acção é exercida devido ao gás carbónico contido nestes vinhos. Os nossos espumosos são óptimos nestes estados.

O vinho excita o fígado entorpecido. O doce e jovem, de bom paladar e sabor, é ligeiramente purgativo, combate a prisão de ventre. O vinho adulto, ao contrário, fortemente adstringente, emprega-se no tratamento das diarreias.

Foi Richelot quem afirmou há anos, compilando e conferindo estatísticas, que o vinho evitava a apendicite. Em boa verdade, esta doença é muito rara nas regiões vinhateiras e entre os manipuladores do vinho.

Desde Jacob de Castro Sarmiento, amigo do Marquês de Pombal e vizinho da cidade de Londres, o maior dos nossos farmacologistas, que o vinho é empregado no tratamento dos estados palustres e no combate ao sezonismo.

Dantec, mais tarde, confirmou a opinião do nosso ilustre Sarmiento, mestre em Artes pela Universidade de Évora e doutor pela Universidade de Coimbra, expandida e divulgada na primeira metade do século XVIII.

O vinho é um óptimo tónico do sistema nervoso; aumenta a tonicidade das fibras estriadas; actua sobre a fibra lisa, as fibras dos vasos e do intestino.

O vinho aumenta o peristaltismo das artérias, provocando um falso e passageiro dicrotismo, sem significado clínico.

É o excipiente da maioria dos tónicos e todos conhecem, ou têm bebido, um canudo ou um cálice de vinho quinado da Madeira ou do Pôrto.

Parece averiguado que o vinho excita a formação do ferro no organismo; aumenta o número de glóbulos vermelhos e a hemoglobina do sangue.

A tuberculose, eis o grande problema à roda do qual as opiniões divergem e se dividem.

É certo que a tuberculose é o último termo, a meta final de todos os alcoólicos. Os bêbados profissionais, os alcoólicos, os que por prazer ou fatalidade tombam a cada instante no vício e na depravação; muitos dos bebedores de alcohol de vinho ou de madeira, de absinto, de quasi tôdas as bebidas brancas, são ceifados inexoravelmente pela peste branca, após estágios mais ou menos demorados em manicómios ou casas de recolhimento.

A tuberculose ceifa 58 % de bebedores de alcohol e 14 % dos bebedores de vinho.

O vinho não acelera a tuberculose; o vinho é útil no tratamento da tuberculose do 1.º grau.

O vinho é um óptimo agente da esclerose e da cicatrização das lesões tuberculosas.

O alcohol acelera a tuberculose, o alcohol conduz à tuberculose; o vinho, em doses medidas e comedidas, ampara o tuberculoso.

As doses médias de vinho não têm perigo, actuam como alimento e como medicamento.

Os vinhos ricos em açúcar, potássio e tartáreo são muito diüréticos. O enxôfre do vinho parece ter uma certa importância no alto poder nutritivo dêste liquido.

O vinho é um óptimo alimento para os diabéticos. Foi Bouchardat, segundo Loeper e Alquier, quem o afirmou, excluindo os vinhos do tipo Champanhe, vinhos artificialmente açucarados.

Emprega-se como veículo da cila, liliácea, do tipo do narciso; da dedaleira ou digital e de outros medicamentos. O formulário oficial dos nossos hospitais aponta vários.

O vinho do Pôrto, associado à melissa ou erva-cidreira, e ao xarope de éter, constitue uma droga muito útil no combate da bronco-pneumonia.

O nosso Francisco da Fonseca Henriques, natural de Mirandela e médico de D. João V, na sua «Anchora Medicinal», Lisboa Ocidental,

Ano de 1721, consagra o capítulo VI, da Sessão IV, a *Qual seja o melhor vinho; se devem uzar dele as pessoas que têm saude; em que quantidade se há-de beber; & das utilidades, & danos, que causa.*

Neste capítulo, precioso a todos os títulos para os curiosos e para os historiadores da medicina portuguesa, o célebre médico de D. João V divide os vinhos em brandos, fortes, doces, azedos, brancos, negros, louros e palhetes, vermelhos e cheirosos.

São, ainda, notáveis e dignos de leitura os capítulos: *Vinho bebido com excesso ofende muito* e *Vinho no estio não ajuda ao estômago, e esturra os alimentos.*

Como facilmente se verifica, o problema não é de hoje; preocupa os investigadores há muitos séculos.

O vinho teve sempre um especial conceito terapêutico na velha medicina portuguesa.

O vinho usa-se, em medicina, pela via rectal, em clisteres; pelas vias venosa e subcutânea, em injecções e em banhos.

A enoterápia constitue um dos capítulos mais interessantes da terapêutica moderna.

Estou de acôrdo com esta fórmula clássica, últimamente citada por dois higienistas célebres, Loeper e Alquier, o primeiro professor da Faculdade de Medicina de Paris: «o alcool mata, um bom copo de vinho natural não faz mal à saúde e à algibeira».

Tinha tôda a razão o nosso Francisco da Fonseca Henriques quando dizia e escrevia que o *bom vinho era o das regiões quentes e tirado de uvas maduras, depois de bem cozido e defecado nas pipas; e para cada qual o melhor vinho é aquele com que melhor se dá o seu estômago, e de que recebe maior beneficio sua natureza.*

Não há dúvida, exceptuando certas contra-indicações — o vinho refaz o homem.

A ESPOROTRICOSE

A esporotricose, que a principio se confundiu com a tuberculose, a sífilis e a lepra, foi primeiramente descrita por Schenck, em 1898, e mais tarde estudada por Beurmann (1903) e Gougerot, sendo hoje conhecida entre os dermatologistas por doença de Beurmann-Gougerot. Encontra-se espalhada por tôda a parte, Ásia, África e Europa, principalmente na França, e provoca particulares alterações cutâneas, linfangites, aparecimento de nódulos, que se tornam brandos e ulceram, adquirindo o aspecto de tubérculos ou de gomas luéticas.

É na Europa a mais freqüente das micoses. Doença de tôdas as idades, a esporotricose ataca as crianças e os velhos, existindo alguns casos narrados cujas idades oscilam entre os 14 meses e os 80 anos.

É conhecido o caso, publicado por Ehrmann, de uma criança de 14 meses, portadora de uma esporotricose.

Como tôdas as micoses, é produzida por um fungo, o esporotrichon, variedade caracterizada por um micélio, constituído por filamentos arrumados em forma de tabique e com esporos pediculados.

É um saprófita das plantas, infectando os homens e os animais. Pode lesar todos os tecidos, hipoderme, derme, epiderme, glândulas cutâneas, ossos, articulações, sinóvias e músculos, gânglios, órgãos dos sentidos, tubo digestivo, aparelho pulmonar, rim e testículo.

O seu poliformismo clínico é tão variado que a doença pode apresentar-se sob todos os aspectos.

As esporotricoses da pele têm uma evolução crónica, são de uma grande extensão local. As mais vulgares são as das regiões maxilar e cervical e as dos membros inferiores.

A porta de entrada é marcada pelo aparecimento de um cancro esporotricósico, que passa muitas vezes despercebido, raras vezes chegando na sua forma clínica pura ao dermatologista.

O cancro é seguido do aparecimento de nódulos, de tamanho variável, interessando a derme ou a hipoderme, semelhantes no seu aspecto e tamanho às gomas sifilíticas, aos nódulos tuberculosos e aos lepromas. Daí a sua freqüente confusão com as doenças acima apontadas. É vulgar um certo grau de reacção dos gânglios dos territórios vizinhos, e linfangite secundária. Os nódulos têm uma evolução crónica, tór-

pida, demorada, sofrendo na maioria das vezes um lento processo de fusão e amolecimento.

A ulceração é feita mercê de uma extensa destruição da pele. Aparecem, ao mesmo tempo, a distância (metástases), formações nodulares do perióstio, sobretudo do calcâneo, tibia e ossos nasais; periostites, abcessos interósseos, etc.

É tão grande a variedade das suas localizações que se «verifica que as micoses têm, na realidade, um papel predominante no grupo das doenças do fôro da clínica geral».

O pus contido nas gomas tem uma viscosidade característica; é esbranquiçado.

A esporotricose das mucosas é muito rara, constituindo uma das suas variedades mais graves. As formas agudas da esporotricose, quasi sempre mortais, entram no quadro clínico das infecções gerais.

ETIOLOGIA: doença produzida por um fungo, o esporotrichon, da família dos fungos que produzem a hemosporeose, a cladiose e a parenomicose, distinguindo-se uns dos outros pelas correspondentes estruturas e meios de cultura. É muito difícil isolá-lo nos cortes do tecido esporotricósico humano, sendo relativamente fácil a sua inoculação. A inoculação de um fragmento de tecido esporotricósico no testículo de um rato é seguida de uma intensa tumefacção, e infiltração inflamatória. Os cortes histológicos dêste tecido denunciam os esporotrichons Gougeroti.

O meio nutritivo de Sabouraud é o preferido pelos esporotrichons humanos, aparecendo no final de uma semana colónias fungosas, dispostas em planos diferentes, riscadas por sulcos, e lembrando o aspecto gráfico das circunvoluções cerebrais.

Estas culturas, e o aspecto das colónias, são absolutamente características das esporotricoses. O diagnóstico laboratorial da esporotricose é de uma relativa facilidade, e deve ser praticado sempre que uma dúvida se levante.

O exame do pus, das escamas e dos tecidos pode fazer-se cultivando-os no meio de Sabouraud, sendo igualmente fácil o serodiagnóstico esporotricósico de Widal e Abrami (esporo-aglutinação e reacção de fixação).

A reacção de Wassermann, quando negativa, tem um enorme valor para o estabelecimento do diagnóstico diferencial.

ASPECTO CLÍNICO: As esporotricoses podem ter vários aspectos clínicos, admitindo alguns autores (Ramond) que tôdas as formas são possíveis, e são de admitir, quando o investigador interessado se encontra na pista de um possível diagnóstico diferencial.

Tôda a lesão de aspecto tuberculoso ou sífilítico, em indivíduos clinicamente isentos de tuberculose ou de sífilis, pode ser uma lesão de esporotricose.

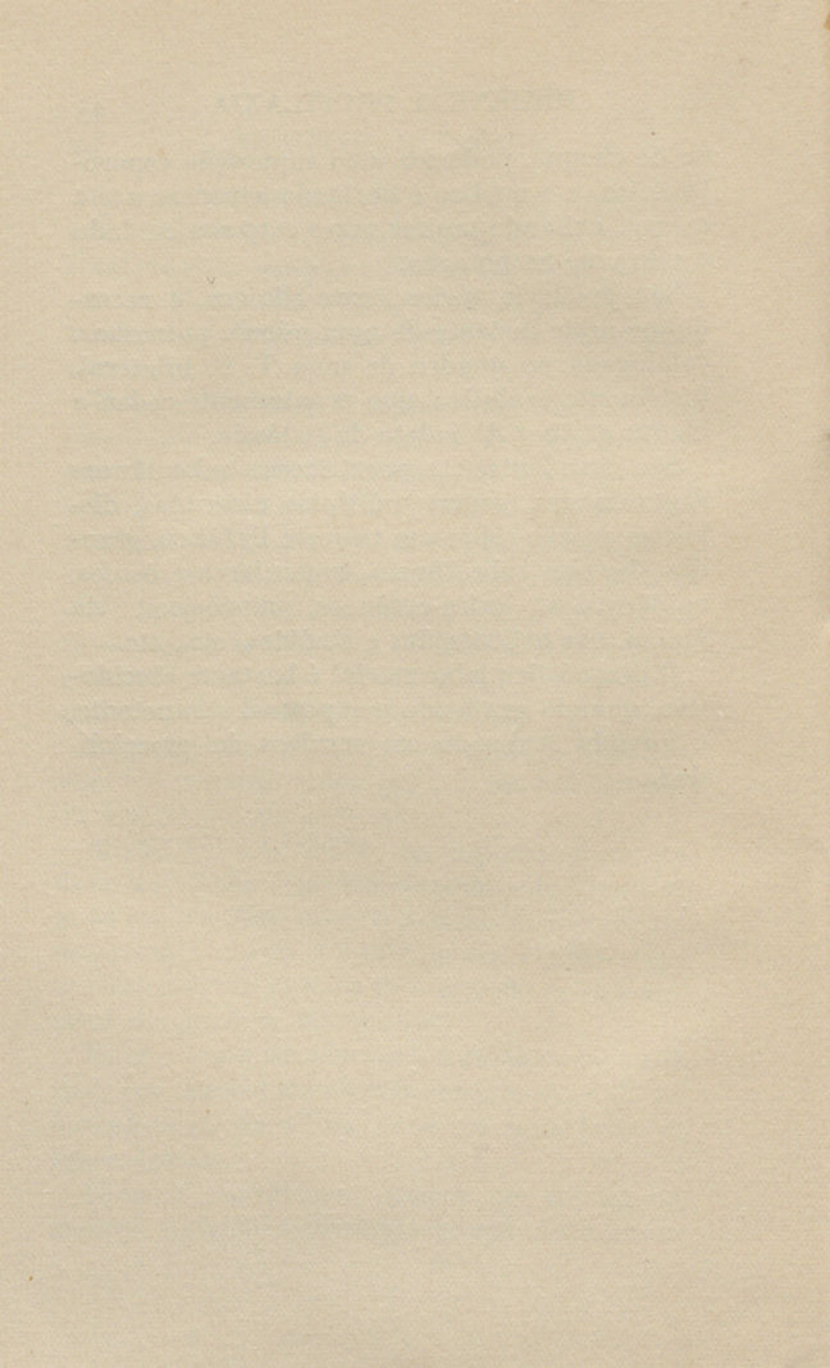
Tôda a supuração crónica ou sub-aguda, quando resistente às várias terapêuticas, locais

ou de choque, pode ser uma supuração esporotricósica, e o médico é obrigado a pensar nesta micose, evitando muitas vezes com seu cuidado e zêlo uma amputação.

São possíveis vários erros clínicos, e recorde-me neste instante de uma micose pulmonar, catalogada no quadro de uma T. P. bilateral, fortemente evolutiva, que prontamente cedeu a alguns grammas de iodeto de potássio.

São freqüentes : esporotricoses subcutâneas disseminadas, gomas múltiplas ulceradas, dispostas ou não sôbre um trajecto linfático, grandes abscessos subcutâneos, musculares e ósseos, epidérmicos, extra-cutâneos, mucósicos, da mama, das articulações e sinóvias, etc., etc.

O diagnóstico laboratorial é bastante elucidativo, quando praticado por pessoal competente, e quando realizado em serviços da especialidade.



AS ANGINAS

2110112 2A

A

A angina é uma inflamação da garganta que se traduz por uma menor ou maior dificuldade da deglutição, tornando difícil o ingresso dos alimentos nas vias digestivas inferiores, ou por um obstáculo à própria respiração, quando a laringe está comprometida, tal como no caso da angina diftérica.

Não há propriamente um significado médico, correcto, perfeito, da palavra «angina».

Palavra oriunda de um velho radical grego ou sânscrito, angina significa ansiedade ou angústia e corresponde, clinicamente, a um estado de constrição da garganta, a uma impressão verdadeira ou falsa de apêrto.

A angina de peito, por exemplo, nada tem de comum com a angina vulgar, é uma doença das artérias coronárias, cujo sintoma alarmante é a crise de sufocação ou de angústia.

Sob o ponto de vista médico, e emparelhando ao lado do significado popular do têr-

mo, da palavra consagrada, não há uma angina, há tantas anginas quantos os micróbios que o homem do laboratório, o analista, consegue identificar.

Assim, podem ocasionar anginas os micróbios, hóspedes habituais da nossa cavidade bucal: os pneumococcus, os estafilococcus, os estreptococcus, os espirilos, os bacilos fusiformes e tantos outros, cujos nomes seria enfadonho enumerar.

A angina — simplifiquemos a questão — é uma reacção dos diversos tecidos da garganta, cujo ponto de partida é sempre um agente infeccioso.

Duas condições são necessárias para que se produza uma angina: a existência de um micróbio forte, armado, capaz de atacar, e a presença de tecidos com fracas condições de defesa.

Esta regra simples, e sempre fácil de verificar, pode aplicar-se a tôdas as doenças infecciosas ou infecto-contagiosas.

Disse que a nossa cavidade bucal é um viveiro de micróbios; vem a propósito dizer que o muco segregado pela mucosa da bôca contém as albuminas necessárias para neutralizar, aniquilar, a acção dos ditos micróbios.

A saúde do indivíduo, a nossa saúde, depende, em parte, dêste equilíbrio, da presença destas duas fôrças, ambas em constantes atitudes guerreiras.

Pois bem, um dia, mercê de circunstâncias várias, êste equilibrio rompe-se. A fisiologia da mucosa altera-se, esta congestiona-se, deixa de produzir o muco, abatem-se as barreiras defensivas da mucosa. Os micróbios, então, actuam sorratamente. ¿O que modificou o equilibrio protector? Quási sempre um resfriamento súbito, um golpe de ar, ou o choque de duas temperaturas diferentes.

Outras vezes, apoiados nas poeiras que constantemente respiramos, micróbios estrangeiros, não aclimatados às nossas mucosas, penetram nas vias respiratórias superiores, ou, ainda, micróbios originários de gargantas doentes.

Sucede às vezes que o micróbio estrangeiro é idêntico àquele que habita e vive na nossa bôca, mas cuja virulência se encontra exaltada por qualquer razão.

Nesse momento tôda a nossa fauna microbiana se exalta e torna perigosa.

O muco segregado pela mucosa doente é impotente; a mucosa está inflamada.

Eis a razão por que tôda a angina é contagiosa.

As anginas são mais freqüentes na primavera e no outono, ou nos invernos como o dêste ano, frio, húmido, alumiado e aquecido por um sol pálido.

Sempre que há variações de temperatura, humidade, tempo incerto, sol de manhã e chuva à tarde, há pequenas epidemias de anginas.

Todos os anos se verifica um recrudescimento desta doença. Nas estações húmidas e incertas é conveniente praticar uma ligeira higiene preventiva da bôca, de manhã e à noite.

Estas simples precauções consistem numa boa lavagem dos dentes, escôva, pasta ou sabão, gargarejos de água e sal duas vezes ao dia.

Cinco gotas de tintura de iodo recente, num copo de água morna, dão igualmente óptimos resultados.

A angina traduz-se num desgaste da mucosa, mais ou menos acentuado, ocasionado pelo agente infeccioso, grau de destruição dos tecidos que pode ir à necrose e ao fleimão.

Um sinal comum a tôdas as anginas é a dificuldade de deglutição. A angina do primeiro grau limita-se a uma inflamação superficial, mais ou menos acentuada ao nível dos pilares e das amígdalas.

O quadro clínico é conhecido de todos: língua suja, febre alta, oscilante, gânglios do ângulo do maxilar inferior dolorosos e inchados, meia dúzia de pontos brancos que o próprio doente localiza ao espelho.

Trata-se de uma angina catarral ou eritematosa, benigna, de pouca duração.

Muitas, ou algumas vezes, esta angina acompanha-se de urticária, embaraço gástrico, dores reumatóides ou articulares, vestígios simples de albumina.

Outro tipo, menos vulgar do que o anterior, é o da angina herpética. Esta angina é caracterizada pela presença de uma amígdala coberta de pequenas vesículas, de aspecto idêntico às dos herpes, vesículas que se reúnem, tomando o aspecto de uma placa encarniçada, cuja superfície sangra ao menor contacto.

A-pesar-de aderentes, estas placas destacam-se com relativa facilidade, ferindo a superfície da amígdala.

O tipo mais perigoso é o da angina pseudo-membranosa, situada geralmente nas amígdalas, constituída por uma série de placas leitosas, limitadas, de bordos irregulares, dissociando-se mal quando as mergulhamos na água. Presta-se a várias confusões êste tipo de anginas.

Sempre que se apresente um doente com uma angina pseudo-membranosa o médico deve pensar na difteria e colhêr abundante material para análise, isto é, para o laboratório.

A coriza simples, ou acompanhada de falsas membranas nasais, a voz nasalada, início febril pouco intenso, febre baixa, gânglios infra-maxilares muito dolorosos, são os principais sintomas da difteria.

Reside na boa e precoce colheita dêstes sintomas o diagnóstico diferencial.

A angina ulcerosa de Vincent, unilateral, tomando uma única amígdala, é uma variedade séria de anginas, exigindo rápidas precauções.

Os agentes infecciosos desta angina são: os bacilos fusiformes e os espirilos.

As amigdalites são anginas dos tipos descritos, limitadas às amígdalas, as quais se apresentam sob todos os aspectos, podendo algumas vezes abceder ou originar o fleimão péri-amigdaliano.

★

★ ★

O tratamento das anginas consiste na desinfecção da garganta, gargarejos, zaragatoas com antissépticos, sumo de limão, ácido láctico, tinctura de iodo, flavinas, etc.

As anginas pseudo-membranosas, sobretudo a difteria, tratam-se com injeções de sôro, e a angina de Vincent com injeções arsenicais.

Ao lado do tratamento local, das clássicas papas de linhaça na garganta, o médico instituirá para cada doente um tratamento geral, de acôrdo com a intensidade da afecção.

A angina é uma doença que pode ter complicações sérias, tocar certos órgãos a distância, entre êles o rim.

A amígdala é a porta de entrada de muitas doenças, da sífilis, do reumatismo, da septicémia e da paralisia infantil.

Uma boa higiene da bôca, uma cuidada higiene das fossas nasais e da garganta, principalmente nas estações húmidas, é de boa prática, contribue poderosamente para a conservação da saúde.

A HIGIENE DA BÔCA

A bôca, porta de entrada das vias digestiva e respiratória, nem sempre é cuidada convenientemente, ou, antes, é desprezada, esquecendo a grande maioria dos indivíduos que as duas funções essenciais da fisiologia humana podem ser comprometidas por êsse desprezo, por essa rudimentar falta de cuidado.

A bôca é uma cavidade permanentemente suja; ninho de micróbios e de poeiras que se acomodam e acamam em todos os esconderijos, nos interstícios dentários, e fermentam, mercê de outros bacilos, importados com os produtos alimentares, durante as refeições.

O tártaro e as colónias microbianas, a luta com os micróbios que procuram introduzir-se nos alvéolos, originam as gengivites, as artrites alveolares, as periostites, a morte dos próprios dentes.

Mesmo numa bôca isenta de tártaro a fermentação microbiana das partículas alimenta-

res, escondidas nos intervalos dos dentes, origina a constante produção de ácidos que atacam o esmalte, bloqueiam o dente, ocasionando a cária dentária, cária que é denunciada por uma sensação especial «ao frio e ao quente».

Quando a cária dentária progride, pondo a descoberto a polpa do dente, que se inflama e infecta, o problema complica-se, originando o abcesso dentário e outras doenças dos dentes.

A higiene da bôca tem por finalidade evitar êste e outros dramas; evitar que os vossos dentes, de aspecto sadio e esmalte brilhante sem uma beliscadura, percam a saúde e a beleza.

A lavagem quotidiana da bôca e dos dentes, metódica, feita após cada refeição, e à hora de deitar, evita que os dentes percam a formosura natural, o sabor fresco e sadio de uma bôca apetitosa, cuidada, higiênica.

A principal lavagem da bôca e dos dentes deve ser feita à hora de deitar, pois é durante a noite que os micróbios actuam à sua vontade.

Há muitas pessoas — conheço algumas — que comem bombons ou chocolates quando se dispõem a dormir ou quando procedem à sua indumentária nocturna.

A presença de partículas de chocolate no intervalo dos dentes, durante a noite, é altamente prejudicial para a boa saúde da bôca; ajuda, favorece as fermentações.

A escôva não deve ser mole ou muito dura; é insuficiente quando é mole, prejudicial quando é muito dura.

Quando a escôva começa a perder as crinas deve ser posta de lado; têm-se encontrado fios de crina nalguns apêndices. Estes fios são freqüentemente a causa de apendicites graves.

A escôva não deve irritar ou ferir as gengivas. Cada indivíduo deve ter a sua escôva, a cária dentária é contagiosa.

Foi um conhecido e aplaudido poeta francês quem, num verso admirável, denunciou, escrevendo à noiva, que a mesma escôva de dentes não é um sinal de amor, é um triste sinal dos tempos... A-pesar-do muito amor, é mais higiênico uma escôva para cada qual!

Os pós dentífricos não têm utilidade alguma; servem para pulir, desgastar e dar brilho ao esmalte. Quando não são finamente pulverizados beliscam, ferem o esmalte, abrindo uma brecha para a entrada dos micróbios.

A cré, ou greda branca, é inofensiva, ou, melhor, é útil, porque, sendo alcalina, combate as fermentações.

O salol está contra-indicado, torna os dentes friáveis, esboroa-os com facilidade.

O mentol dá sensação de frescura e bom hálito. Eu desconfio sempre das pessoas que estão constantemente a mastigar pastilhas de mentol; as pastilhas são para disfarçar o mau hálito.

O carvão, tão usado na última metade do século passado, tacha os dentes com um anel escuro, desagradável à vista.

As pastas ácidas, as quais viram o papel azul de tornesol — é muito fácil fazer êste exame — limpam os dentes e destroem, com o uso, o esmalte, preparam o terreno para a cária.

As pastas ácidas só estão indicadas quando a saliva do indivíduo é muito alcalina; então, evitam os depósitos de tártaro.

A escôva não resolve todos os problemas da bôca. É necessária a lavagem com uma solução antisséptica inofensiva, mas enérgica. O formol a 10 p. mil, o ácido fénico a 1 p. cento, o timol a 4 p. cento, são os melhores antissépticos da bôca. Tôdas estas soluções podem ser perfumadas com cinco ou dez gotas do perfume escolhido por cada qual.

A água oxigenada só é útil numa forte concentração, nas doses fracas é muito ácida. A água iodada é muito útil para os dentes e deve ser aconselhada. Tem um único inconveniente: amarelece-os.

É de aconselhar no verão, quando a pele feminina, bronzeada pelo sol, contrasta com o esmalte branco dos dentes...

O ácido salicílico, tão usado e aconselhado, está contra-indicado: torna os dentes frágeis.

É conveniente gargarejar com um dos solutos indicados, procedendo à desinfecção das amígdalas e da faringe.

A higiene da bôca completa-se quando o indivíduo faz examinar cuidadosamente os seus dentes duas ou três vezes ao ano. Os esboços silenciosos de cária podem ser descobertos e tratados a tempo, evitando, além doutros males, que a doença alastre aos dentes vizinhos.

Uma cária crônica, medrando à sôlta na bôca do indivíduo, alheio ou ignorante de todos os processos higiênicos ou de limpeza, constitue um foco microbiano perigoso, tão perigoso que uma simples influenza ou um ligeiro ataque de gripe podem deflagrar um estado de septicémia, ocasionar a morte.

Uma cária crônica, abandonada a si própria, entregue ao festim da fauna microbiana, mantém, muitas vezes, a série das anginas de repetição.

Não devemos esquecer que as amígdalas são a porta de entrada de graves e incuráveis doenças.

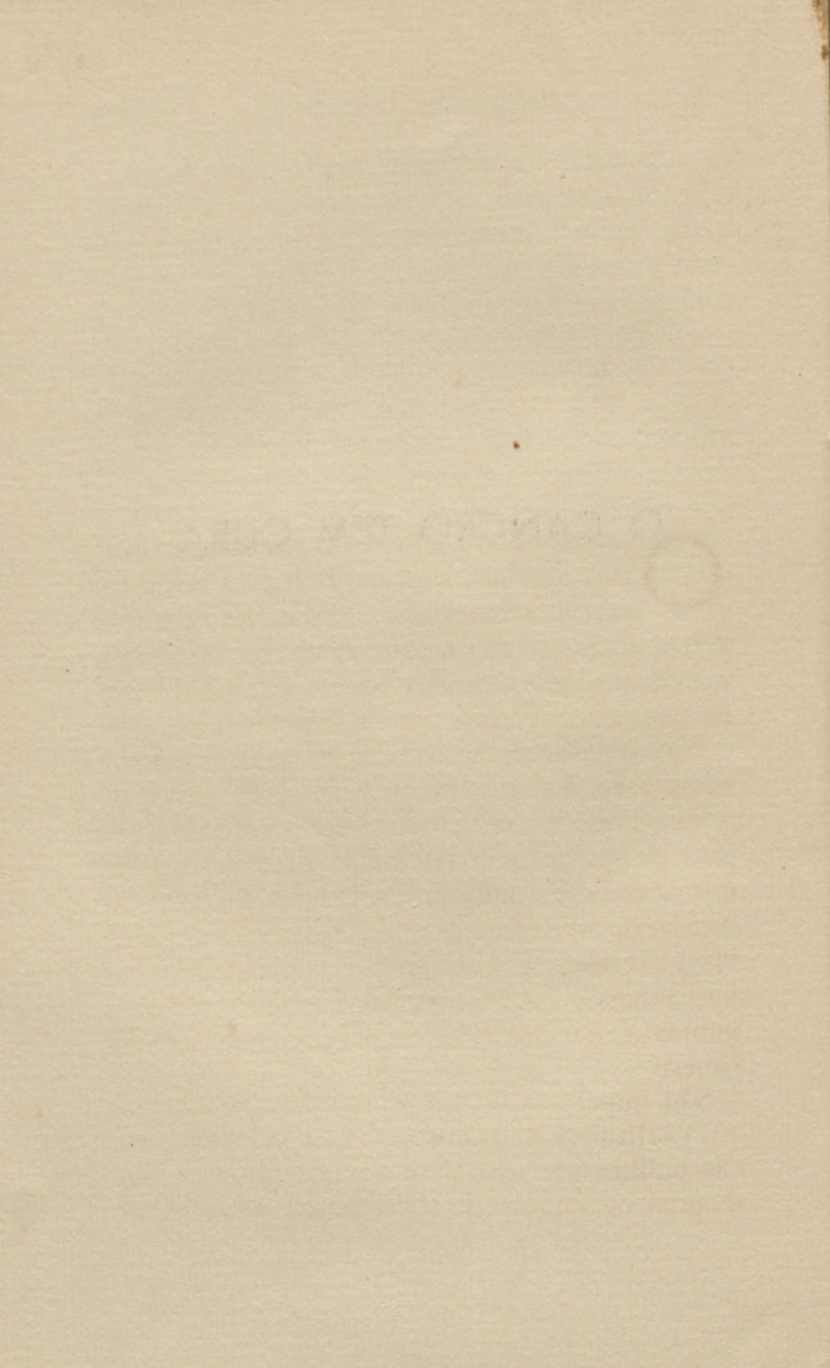
Depois, a cária produz o mau hálito, incompatível com a vida, as boas relações sociais, causa oculta de alguns divórcios e inexplicáveis desentendimentos amorosos. Uma advertência e um conselho: os médicos são como os padres, sabem muita coisa e não podem dizer coisa alguma! O Dr. A. Cohen, nos seus comentários ao «Talmud», Paris, 1933, diz que a cária dentária e o mau hálito são motivos de divórcio entre os adeptos do Velho Testamento, os árabes e os cultores de outras religiões.

As doenças mais vulgares da bôca são as aftas. Não há uma grande diferença entre a afta e os herpes, e certos autores afirmam que a afta é uma forma particular de estomatite herpética, causada pela mastigação de alimentos irritantes; outros autores ligam as aftas à febre aftosa, contraída durante a ingestão de leite originário de vacas doentes.

O tratamento das aftas consiste na repetida lavagem da cavidade bucal com soluções concentradas de clorato de potássio. É de boa técnica cauterizar as aftas com soluto aquoso de nitrato de prata. As pessoas que sofrem frequentemente desta doença não devem comer alimentos muito condimentados ou picantes, saladas e frutas ricas em gorduras, as chamadas frutas de inverno.

Cuidar da bôca é uma obrigação de todo o homem civilizado. Proteja a sua saúde, cuide da bôca. As duas funções essenciais da fisiologia humana podem ser comprometidas pela sua falta de cuidado ou de limpeza.

O CANCRO TEM CURA



O problema do cancro é um dos problemas médicos que mais afligem e apavoram a Humanidade consciente. Tem sido difficil a sua solução. Centenas de trabalhadores, espalhados por todos os cantos do Mundo, debruçados sôbre centenas de microscópios, procuram pacientemente a solução do problema, a decifração do enigma, e, a-pesar-de tudo, de todo o trabalho realizado, das centenas de milhar de páginas escritas acêrca do cancro, a luz que alumia é, ainda, muito frouxa. As sombras que rodeiam êste capítulo da medicina são muito densas. A obscuridade é profunda. Nós não sabemos ainda responder a estas três perguntas:— a origem, a causa, a natureza do cancro.

São importantísimos os estudos microscópicos realizados, são impressionantes as estatísticas publicadas; têm sido admiravelmente conduzidos os inquéritos estabelecidos nalguns paí-

ses e, contudo, a ignorância que emmoldura o problema é a mesma, sempre a mesma. Certos investigadores dizem os micróbios responsáveis do cancro, outros julgam que a causa reside nos parasitas animais ou vegetais; outros ainda, os investigadores clínicos, responsabilizam as deturpações congénitas dos tecidos; alguns, os higienistas, apontam certos vícios alimentares, as constantes irritações químicas, mecânicas e biológicas. ¡São quási tantas as teorias como os investigadores!

Contudo, a-pesar-da esperança que nasce todos os dias, nenhuma das teorias architectadas até hoje teve exacta verificação científica.

É bem possível, é quási certo, que tódas elas tenham seus pontos luminosos; possam um dia, talvez amanhã, ser convenientemente explicadas.

Outros investigadores vão mais longe, formulam esta pergunta: ¿será cancro tudo aquilo que o médico diagnostica como cancro?

Eis outra facêta importante que surge, nova fonte de dúvida, a complicar, a emmaranhar o problema.

Uma outra face da questão é a da hereditariedade — a da hereditariedade ou da predisposição. Parece provada a não hereditariedade cancerosa; exacta é a predisposição de certas famílias, a-pesar-das gerações brancas.

É, pois, visível a dificuldade do estabelecimento de uma terapêutica uniforme, de uma

terapêutica cientificamente certa, útil para todos os casos, exacta sob o ponto de vista de resultados práticos e seguros.

Contudo, a-pesar-da ignorância que envolve o problema do cancro, do número de vítimas que ocasiona, em proporção aterradora, existem métodos seguros de tratamento; o médico consegue curar o cancro, evitar sofrimentos horríveis. Os processos de tratamento e cura do cancro são: a intervenção cirúrgica, os Raios X e a Curieterápia, isto é, a terapêutica pelas emanações do Rádio.

Não me recorda de quem é esta frase, mas ela dá-nos exactamente a noção do abandono do doente ou da gravidade da doença: «ninguém morre com medo do cancro; muitos têm morrido com o desmazêlo de não se queixarem a tempo».

Falei há poucos instantes das emanações do Rádio; quero, agora, citar dois nomes que caminharam unidos na vida pelo amor e pela ciência, pela esperança, Pierre e Marie Curie, dois nomes que continuam unidos na morte, emmoldurados pela glória. Pierre e Marie Curie, os dois grandes semeadores da esperança, da esperança que ainda hoje agita a Terra de ponta a ponta, a esperança na resolução de um dos problemas médicos que afligem e apavoram a Humanidade consciente...

O Rádio tem curado milhares de cancros da pele, da língua, da laringe, da faringe, da mu-

cosa bucal, e tumores vários com localizações em todos os órgãos. A Humanidade deve muito à acção do Rádio, mas êste não cura todos os cancros. Nós vamos recordar rapidamente a acção do Rádio, a sua maneira de agir, de destruir o cancro.

O Rádio actua, destruindo, como um canivete inteligente. Êle atravessa os tecidos integros, poupa-os, e vai actuar a distância, desfazendo, matando, inutilizando os tecidos cancerosos, o próprio cancro.

Tem uma acção notável, mortífera, sôbre os tecidos jovens, em proliferação.

Há, contudo, em certos cancros, células que não são rádio-sensíveis, sôbre as quais o Rádio não tem poder destruidor, cuja acção quando não é prejudicial é inútil. Outros cancros, ou tumores malignos, situados a maiores profundidades, sôbre os quais o Rádio não pode actuar, estão muitas vezes ao alcance da mão do cirurgião.

Esta é a segunda categoria de cancros sôbre os quais o Rádio e os Raios X são impotentes. A terceira categoria é a dos cancros muito extensos, os cancros daqueles doentes que, por mêdo ou desmazêlo, chegaram muito tarde ao médico.

A intervenção cirúrgica é, quando o doente procura a tempo e horas o médico, o grande tratamento do cancro. São três os grandes processos de tratamento desta terrível doença: a

extirpação cirúrgica e a destruição pelos Raios X ou pelas emanações do Rádio.

Os métodos são ainda os primitivos: a extirpação ou a destruição. É bem verdade que não se trata de um processo de cura muito científico ou exacto, mas trata-se evidentemente de um processo terapêutico que tem salvo milhares de vidas, que tem restituído a alegria a milhares de lares, atingidos pela dúvida ou pelo sofrimento.

Estes processos de tratamento exigem uma íntima colaboração entre o doente e o médico. São radicais, dando os melhores resultados no primeiro período da doença, quando o cancro está localizado, limitado, cingido a uma determinada região. É nesta altura, quando existe a menor suspeita, que o doente atingido pela afecção deve procurar o médico e expor-lhe o seu caso, sem rodeios, claramente, denunciando tudo o que sabe, patenteando tôdas as suas dúvidas.

Mais tarde, meses ou anos passados, quando o cancro invade o organismo e a doença atinge as grandes profundidades, ou caminha velozmente em extensão; mais tarde, quando os tecidos do organismo, atingidos pelo mal, estão ensopados pelos venenos produzidos, o médico é impotente para debelar a causa ou deter a marcha fatal.

Neste momento, momento criado pelo desmazêlo do doente, a missão do médico resume-

-se a amparar moralmente o doente ou a prolongar-lhe a vida.

Eu sei, eu sei que muitas vezes a culpa não é dos doentes; eu sei que existem cancros profundos que minam e corroem silenciosamente, nada nos fazendo prever a sua existência ou denunciando a sua obra nefasta.

Mas, geralmente, é o desmazêlo do doente que torna o cancro incurável. Êste, no início, raramente faz sofrer. Não alarma, não cria o estado desesperado que nos obrigue a procurar o médico. Uma hemorragia discreta, ou teimosa, repetida, sem justificação aparente, é, nas mulheres, muitas vezes, o primeiro sinal, o sinal de alarme. Um insignificante caroço num seio, indolor, do tamanho de uma ervilha, pode não ter importância e pode ser um cancro.

Faça-se observar pelo seu médico sempre que a dúvida lhe assalte o espírito. O mêdo não gera o cancro, o desmazêlo ou a cobardia podem causar a morte.

A luta contra o cancro, organizada em todos os países civilizados, tem por base a rapidez do diagnóstico. Diagnosticar cedo é curar o cancro. A rapidez do diagnóstico só é possível desde que os trabalhadores, ou os obreiros dessa luta, exponham claramente, em repetidas campanhas, «o perigo do cancro».

A campanha contra o cancro gira, em todos os países do Mundo, à roda de duas questões essenciais: a necessidade de uma observação

precoce do doente que se julga atingido pela doença, e a campanha contra os charlatães, os mata-sanos, que anunciam a cura do cancro por processos milagrosos ou ocultos, emprestando falsas ilusões aos doentes, que inconscientemente perdem tempo, o tempo suficiente para que o cancro se generalize e mate.

Os mata-sanos aproveitam-se da evolução irregular da doença e do abatimento moral do canceroso para criminosamente o conduzirem à morte.

Contra o cancro só há três métodos seguros de tratamento, enquanto é ainda uma doença local: a cirurgia, o Rádio e os Raios X.

A luta contra o cancro é orientada em Portugal pelo Instituto Português de Oncologia, cuja direcção está a cargo do eminente prof. Dr. Francisco Gentil, nome conhecido e respeitado em todos os centros de luta anti-cancerosa do Mundo.

Ao Instituto Português de Oncologia cumpre:

a) Organizar a luta contra o cancro em Portugal;

b) Manter e desenvolver um centro regional de luta contra o cancro em Lisboa e promover e auxiliar a criação de outros centros regionais;

c) Praticar o estudo do cancro, promover pesquisas científicas, fazer publicações, organizar uma biblioteca especial;

d) Divulgar os conhecimentos e preceitos úteis ao público, realizando uma propaganda eficaz contra o perigo do cancro;

e) Melhorar as condições de trabalho e de estudo do seu pessoal científico e técnico, fundar laboratórios de investigação científica e adquirir o material necessário ao estudo e tratamento do cancro.

Pode afirmar-se, e isto sem receio de desmentido, que o Instituto Português de Oncologia, cuja obra social honra o País, é uma instituição modelar. Oxalá a luta contra as doenças venéreas estivesse organizada, entre nós, como a do cancro, cujo Instituto e cujos pavilhões são apontados no estrangeiro como modelares.

Trata-se de uma obra pensada e realizada com método invulgar em coisas portuguesas. A luta contra o cancro é uma obra essencialmente social, uma obra digna de todos os louvores, uma obra digna do auxílio de todos nós.

Ajudemos a luta contra o cancro, ajudemos a luta contra os modernos charlatães, os mata-sangos, que conduzem os doentes por caminho errado, que conduzem criminosamente os doentes à morte.

Tenhamos esperança no Rádio, cujos últimos estudos, realizados pelo genro e pela filha de Pierre e Marie Curie, Frédéric Joliot e Irène-Curie Joliot, parecem abrir novos caminhos, uma outra esperança...

A ESCARLATINA

A escarlatina é uma doença do inverno; começa no outono e desaparece, declina, torna-se esporádica, após a primavera. Pode, contudo, aparecer em tôdas as épocas do ano. Têm-se registado durante o início do verão pequenas epidemias nas escolas, nos liceus e nas casernas.

A escarlatina é uma doença muito séria, algumas vezes mortal, cheia de complicações próximas ou distantes, que aniquila ou mutila a vida da criança, do adolescente ou do adulto.

Trata-se de uma doença infecciosa, originada por um micróbio especial — o estreptococcus — muito contagiosa, fàcilmente epidémica, sobretudo nas estações húmidas e frias, outono e inverno, quando a mucosa das vias respiratórias superiores, garganta e fossas nasais, tem maior acuidade, ou quando a sua resistênciã se encontra deminuída por um catarro, ou por um ataque de influenza.

A mucosa das vias respiratórias superiores é a porta de entrada do agente escarlatinoso, do bacilo virulento da doença.

Há epidemias ligeiras e graves, desconhecendo-se a causa da intensidade de umas e de outras.

O terreno de certos indivíduos tem um papel importante nesta doença; há famílias que são particularmente tocadas pelo estreptococcus, nas quais a escarlatina é muito grave, ocasionando grande número de casos fatais.

A escarlatina é mais grave nos países frios; é mais grave na Inglaterra do que em Portugal. O povo inglês é um povo particularmente disposto às infecções pelo estreptococcus.

É uma doença que ataca tôdas as idades, mulheres, homens, velhos e crianças, mas é, sobretudo, uma doença da idade escolar.

A sua mortalidade é de 5 % até à idade de um ano, de 11 % até aos dois anos, de 2 % dos dois aos dez anos.

É uma doença muito grave nas parturientes, pois o estreptococcus é também o agente da febre puerperal.

Os rins são seriamente atacados pela escarlatina; o rim escarlatinoso é um rim com uma sensibilidade especial.

As albuminas de certos adultos justificam-se por uma escarlatina distante.

¿Qual a razão por que a escarlatina é uma doença altamente contagiosa?

¿Como e quando se origina o contágio?

São as mucosidades infectadas, provenientes da garganta ou das fossas nasais, colhidas pelas pessoas em contacto com o doente, que transmitem o micróbio.

Ora, tendo um certo cuidado, é fácil evitar o contágio, pois o escarlatinoso não tosse, não dissemina os micróbios.

A escarlatina é muito contagiosa durante tôda a sua evolução, sobretudo quando a pele se descama. São estas escamas que transportam o agente virulento da doença.

O escarlatinoso deve ser considerado infectado durante quarenta dias. Todos os objectos que servem ao doente transmitem o micróbio: as roupas, os brinquedos, as toalhas, os lençóis, os lenços e os livros.

Os gabinetes de leitura, ou as livrarias que emprestam ou alugam livros, devem ter uma vigilância higiênica especial.

As cartas escritas por estes doentes são portadoras de bacilos, contagiam a uma grande distância.

É conhecido, entre os higienistas, o caso de uma carta de amor, escrita por uma garôta de dezoito anos, hospitalizada, que, entre palavras ternas, apaixonadas, sinceras, transportou a morte a um rapaz de vinte anos, estudante de medicina.

A pobre garôta escreveu a carta no momento da descamação. Foram as escamas transporta-

das pela carta a origem desta fatal e sincera manifestação de amor.

É necessário isolar, impiedosamente, o escarlatinoso, o quarto do doente. Só devem entrar no quarto as pessoas indicadas pelo médico.

O quarto do doente deve ter unicamente os móveis indispensáveis. Diagnosticada a doença, isolado o doente, tomadas as primeiras precauções, devem tirar-se do quarto os tapêtes, os cortinados, os reposteiros, os bordados que enfeitam o toucador, as mesas de cabeceira, etc.

O doente cuidará, repetidas vezes ao dia, da sua bôca e dos órgãos respiratórios superiores.

Esta desinfecção faz-se com escôva e pasta, instilações de óleos antissépticos no nariz, cuidada limpeza das mãos e dos olhos.

A descamação da pele será ajudada com banhos e outros cuidados simples que o médico assistente prescreverá.

O aparecimento da escarlatina é brusco e violento. Durante o dia ou a noite a criança é acometida por um mal estar geral, uma grande inquietação, vertigens, vômitos, temperatura a 40°, violento arrepio de frio, dor na garganta.

O quadro mórbido é semelhante ao da angina vulgar.

O exame cuidado da cavidade bucal dá-nos a existência de amígdalas tocadas, tumefactas. Nos dias seguintes a agitação cresce, acompanha-se de convulsões. As amígdalas cobrem-se de placas ou de manchas esbranquiçadas. Um

gânglio doloroso aparece num dos ângulos do maxilar inferior. Trinta e seis horas após êste quadro clínico aparece a erupção.

No sarampo a erupção começa pela face, os olhos choram, há tosse; na escarlatina a erupção nunca começa pela face, os olhos não choram, o doente não tem tosse.

A erupção é francamente vermelho-escarlate, aqui ou acolá rósea ou violácea.

A angina é o foco primitivo da infecção. A erupção atinge o seu máximo 48 horas depois do aparecimento das primeiras manchas.

Esta erupção dura três ou cinco dias. A descamação da pele, outro sinal característico da escarlatina, segue-se ao desaparecimento da erupção.

A pele das mãos sai muitas vezes como se fôsse uma luva.

A língua também se descama, deixando ver as papilas arredondadas e tumefactas.

Quando se faz o exame microscópico de uma escama verifica-se a existência de bacilos muito virulentos.

*

* *

O tratamento da escarlatina fez nos últimos anos um grande progresso. Hoje cura-se a escarlatina com injecções de sangue de um escarlatinoso convalescente ou curado.

Estas injeções têm um alto poder específico e podem abortar a doença. A injeção deve ser praticada no início da afecção.

A escarlatina é uma doença de declaração obrigatória. Trata-se de uma afecção muito grave, cujo combate o Estado deve dirigir e cuja profilaxia deve ser divulgada em tôdas as escolas.

A PARALISIA INFANTIL

A doença de Heine-Medin (1840-1890), conhecida sob o nome de poliomielite epidémica ou paralisia infantil, é uma doença altamente infecciosa, cuja seqüela mais importante é a paralisia.

Não é uma doença nova na Europa. A sua história foi traçada num admirável trabalho de S. Freud, a-pesar-da sua recente individualização na patologia médica. Contudo, foi o trabalho de Medin, 1890, que nos deu a conhecer os pormenores precisos da epidemia de Estocolmo, em 1887, uma das primeiras epidemias da Europa. Heine teve o mérito de assinalar e descrever a paralisia infantil; Medin pormenorizou, detalhou e comprovou a fase infecciosa e febril da doença, que a Suécia exportou — macabro presente! — para o resto do mundo.

A primeira grande epidemia apareceu na Suécia, em 1905, depois na Rússia, na Europa Central, na Alemanha e, outra vez, na Suécia.

Os emigrados transportaram-na para os Estados Unidos, Canadá, Austrália, Nova Zelândia, Patagônia, África do Sul; obrigaram-na a andar à roda do mundo.

Parece que o micróbio da poliomielite adquiriu uma maior virulência nos últimos vinte anos.

Foi o progresso, o meio de transporte rápido, o desenvolvimento do turismo que arrastou esta epidemia dos países escandinavos para o resto da Europa e do mundo.

Rápidos dados estatísticos proporcionam-nos a imagem, a visão da marcha desta doença: em 1911-1913, 9.000 casos na Suécia; na Alemanha Central, em 1926, 514 casos; na Holanda, em 1929, 500 casos; na Bélgica, em 1929, 236 casos; na França, em 1930, 328 casos; na Itália, em 1928-1929, 1.200 casos; na América, em 1916, 13.000 casos e no ano seguinte, a-pesar-das precauções tomadas, registam-se 11.000 casos.

A declaração desta doença é obrigatória nos principais estados da Europa, na Suécia, Noruega, Dinamarca, Holanda, Inglaterra, Irlanda, França, Suíça, Roménia, Hungria, Portugal, Itália e Espanha.

Sente-se, por tôda a parte, que as repartições de saúde e os laboratórios, alarmados, estudam activamente a solução dêste importante problema; que os higienistas de todo o mundo pensam nêle e procuram encontrar os meios de limitação e combate desta terrível epidemia.

A poliomielite é uma doença da criança e do adulto, da criança em 95 % dos casos. É uma doença infecciosa, caracterizada por uma série de paralisias que podem ser definitivas, mutilando a criança para o resto da vida.

O comêço desta doença é brusco, febre a 39 40°. A criança acusa dores violentas da cabeça, dos músculos e das articulações; coriza, nariz a pingar, angina ou alterações gastro-intestinais.

A criança está prostrada ou agitada; algumas vezes delira, a maior parte das vezes não se ajeita na cama.

Passadas algumas horas ou alguns dias, durante os quais foi impossível estabelecer um diagnóstico certo, sente-se bem, a febre desaparece, e dada a ordem para se levantar, quando tudo parece caminhar certo, a mãe verifica que a criança está paralítica.

O ataque da doença passou despercebido, atingiu os cornos anteriores da medula, os quais condicionam a motilidade. Neste instante as dúvidas desaparecem; trata-se de uma poliomielite aguda.

A topografia das paralisias é muito variável: os membros inferiores ou superiores, um dos membros ou certo grupo muscular, ou os quatro membros.

Umaz vezes, a paralisia segue uma marcha ascendente, atingindo primeiro os membros inferiores, depois os superiores, os músculos do

tronco, da nuca e da cabeça. Quando a doença atinge o bulbo observam-se paralisias da língua, da face e dos olhos. Noutras ocasiões é atingida a faringe, impedindo todo o movimento de deglutição. São freqüentes as alterações cardíacas e respiratórias.

A taxa de mortalidade varia consoante a topografia da região atingida.

Não se sabe ainda qual é o agente infeccioso. Em 1909, Landsteiner e Popper, de Viena, estudaram, reproduzindo-a em animais, a poliomyelite aguda.

Provocaram a doença em macacos e noutros animais de laboratório. Estas experiências tiveram um grande alcance social, pois é sabido por todos que a doença que se consegue reproduzir no laboratório é uma doença vencida pela ciência médica.

Levaditi, um nome que anda ligado ao estudo da raiva e da sífilis, verificou a doença reproduzida nos macacos e demonstrou que ela era semelhante à humana: início, evolução, tipo de paralisias, grupos musculares atrofiados ou atingidos.

As experiências de Levaditi, realizadas no Instituto Pasteur de Paris, levaram a esta conclusão: o agente da doença é um vírus filtrável. De uma maneira geral o vírus filtrável é aquele que o microscópio não denuncia.

Foi o prof. Roux, falecido em 3 de Novembro de 1933, quem o definiu: «o vírus filtrável é

aquele cuja dimensão é inferior à dos que o microscópio nos revela».

Como se efectua o contágio? Como se propaga esta afecção? A poliomielite transmite-se por contacto directo. Muitas vezes é impossível denunciar êste contacto, pois não são só os doentes graves que contaminam; os convalescentes e os indivíduos atingidos por formas larvadas ou frustes contaminam também.

Outras pessoas podem espalhar esta afecção: as que cuidam dos doentes e os portadores de bacilos.

Estes perigosos portadores de vírus mascaram, muitas vezes, o verdadeiro ou o principal foco epidémico.

Kling, após aturados estudos realizados na Suécia, Saxe e Roménia, verificou que o leite e a água podem transportar os bacilos desta doença.

A epidemia de Cortland, nos Estados Unidos da América, teve uma origem muito curiosa: o leite fornecido por determinado estábulo.

Foi o vaqueiro, portador de bacilos, quem distribuiu, através do leite que fornecia, os germes da doença.

Na Inglaterra, ainda há poucos anos, verificou-se um foco epidémico com a mesma origem.

O melhor meio de propagação da doença é fornecido pelas partículas de saliva, projectadas pelo doente. Parece averiguado que o doente é o melhor e o mais rápido meio de contágio.

Em todo o caso, só quando se conhecer exactamente o vírus desta afecção, o meio de contágio poderá ser estabelecido com rigor.

As experiências de Flexner, Lewis e Levaditi, realizadas com matemático rigor científico, aliadas às de Danulesco, são consoladoras e enchem-nos de justificada esperança.

Caminha-se lenta mas seguramente. Aproxima-se a resolução dêste problema, e em breve a ciência médica o resolverá, à semelhança do que tem feito com tantos outros. A técnica de Pasteur e de Roux, seguida pelos seus discípulos, identificará êste vírus que injustamente tem mutilado milhares de crianças.

A poliomielite é uma doença imunizante, nunca ataca duas vezes o mesmo indivíduo. O sangue dos doentes curados possui anti-corpos capazes de neutralizar o vírus da afecção. Foi esta a principal propriedade utilizada por Netter para o tratamento da paralisia infantil, ou doença de Heine-Medin.

O sôro dos antigos doentes, injectado nos novos doentes, tem dado óptimos resultados. Ora, êste tratamento só se pode executar com segurança quando o médico está na presença de um foco epidémico.

Na América, Abraham Zingher curou, desta maneira, 44 crianças, antes do aparecimento das paralisias.

A via utilizada para a aplicação dêste sôro foi a intra-muscular.

Os exemplos da aplicação do sôro sucedem-se por tôda a parte, e com os melhores resultados: na América, no Canadá, na Austrália, França, Portugal e Espanha.

A idade do dador de sangue não tem importância. Tem-se utilizado sôro de indivíduos que foram atacados há mais de vinte anos.

Utiliza-se, também, e com idêntico êxito, o sôro do Instituto Pasteur de Paris, proveniente de certos animais de laboratório: o macaco e o cavalo.

Êste sôro deve ser utilizado na fase pré-paralítica. Marinesco, Leake e Clark, em trabalhos recentes, dão-nos conta dos resultados obtidos.

Os doentes, atingidos por esta afecção, devem ser imediatamente isolados. A poliomiélite é, em 95 % dos casos, uma doença das crianças — portanto estas devem ser imediatamente afastadas dos departamentos epidêmicos, infectados.

A HEMOFILIA

A hemofilia é uma doença caracterizada pela aptidão às hemorragias fáceis e abundantes, constituindo hematomas subcutâneos ou profundos e hemartroses.

Os estigmas sangüíneos têm um aspecto diferente, sendo o principal o fraco poder coagulante do sangue.

Há duas espécies de hemofilia: a adquirida e a familiar ou congénita. Não é uma doença muito vulgar, mas é uma doença que é preciso conhecer, ter sempre presente, e cuja ignorância pôde ocasionar desastres irreparáveis.

Antigamente, a hemofilia era considerada uma doença incurável, um mal sem remédio; mas hoje existem certas modificações terapêuticas importantes, certos medicamentos ou modos de tratar, cujos resultados são dignos de registo.

É uma doença conhecida desde a mais remota antiguidade. O Talmud da Babilónia, um

dos mais antigos repositórios de ciência que a humanidade possui e conhece, proíbe a circuncisão ao terceiro filho, quando os dois primeiros tenham morrido de hemorragia, e um notável médico árabe, Alza Harzavi, do ano 1000, assinalou esta doença traiçoeira em certas famílias, cujos filhos morriam escoados de sangue, depois de ligeiros traumatismos.

Em 1820, oitocentos e vinte anos após os minuciosos descritivos do célebre árabe Harzavi, Nasse estabeleceu uma curiosa etiologia, a da transmissão hereditária, através das mulheres de uma mesma família.

Contudo, a etiologia desta doença é muito obscura, a-pesar-dos recentes trabalhos de Labbé e de P. E. Weil.

Sabe-se que é uma doença muito vulgar na raça ariana e anglo-saxónica; que é uma doença de algumas das antigas casas reinantes da Europa, da família imperial russa e dos filhos do antigo Rei de Espanha, de certo ramo da casa real inglêsa e que um *lord*, certo *lord* elegante e romântico, parente próximo da Rainha Maria de Inglaterra, morreu de um ataque de hemofilia em Belleville-sur-Saône.

O prestígio louco do louco Raspoutine deve-se à hemofilia do pobre tsarevitch de tôdas as Rússias.

O ponto mais importante da obscura etiologia da hemofilia é êste: só os elementos masculinos de uma determinada família são atin-

gidos por esta doença. Muitas vezes, em determinadas famílias, há gerações brancas, isto é, isentas do mal.

A hemofilia feminina não está averiguada. As manifestações da hemofilia são muito precoces.

Os principais sintomas desta doença são: a frequência das hemorragias, sendo as mais vulgares as hemorragias das articulações dos joelhos e dos cotovelos; contudo, cada doente tem a sua articulação frágil, aquela que é mais atingida.

O menor traumatismo ocasiona uma hemorragia abundante. São muito frequentes os hematomas ou tumores sangüíneos.

São muito vulgares os hematomas da parede abdominal, da nuca, das regiões nadegueiras e dos membros inferiores.

As mais importantes manifestações cutâneas são as equimoses. As petéquias, ou pequenas hemorragias subcutâneas, de aspecto violáceo, do tamanho de uma cabeça de alfinete, ou de uma ervilha, são mais frequentes numa outra doença, parecida com esta, chamada púrpura crónica.

É muito curiosa a evolução da hemofilia. As formas clínicas mais vulgares são: a latente, a ligeira, as de média intensidade e as graves, severas, constituídas por séries intermináveis de acometidas agudas, sobrepostas num fundo crónico que todos os dias se agrava.

É fácil de prever o quadro clínico desta doença. A repetição das hemorragias, provocadas pelo mais insignificante desastre, pelo traumatismo mais ligeiro, tem como resultado o estabelecimento de uma anemia, a princípio ligeira e sintomática, mais tarde profunda, grave e crónica.

A anemia aguda é uma das complicações severas desta doença. O escoamento do sangue pode ser tão grande que o desastre se torne irreparável.

A hemofilia, salvo nas formas larvadas, frustes ou ligeiras, deve ser considerada uma doença grave.

A hemofilia, ou disposição congénita ou hereditária às hemorragias graves, pode confundir-se com o escorbuto, a púrpura crónica, o reumatismo articular ou a artrite tuberculosa.

O atrasamento do tempo de coagulação do sangue é, de uma maneira geral, a característica essencial desta doença.

O tratamento da hemofilia consiste no combate das anemias aguda e crónica; no tratamento de fundo ou modificação do terreno individual, podendo êste ser feito com sôro sangüíneo da mãe do doente.

A hemofilia, ou doença da amizade dos árabes, por ela atacar vários homens de uma família, é uma séria afecção.

Durante muitos anos a Europa seguiu a marcha e a vida de um hemofilico célebre: o pe-

queno e infeliz tsarevitch da Rússia, cuja educação esteve a cargo do Príncipe Youssoupoff e de Raspoutine, o louco milagroso que tinha o mágico poder de secar as repetidas hemorragias de que sofria o desventurado e pálido, o sempre pálido, herdeiro do Império moscovita.

Todos os dias os jornais, anteriores ao grande desastre russo, falavam da doença dêste pequeno, da sua hemofilia grave, dos sérios cuidados que o rodeavam, da vigilância apertada que à sua volta estabeleceram os familiares do palácio.

A mais insignificante das quedas, o próprio roçar manso pela terra inimiga dos jardins, ou pela trama de uma alcatifa endurecida pelos anos, eram causas suficientes para uma hemorragia interminável.

¡Pobre tsarevitch, pobre pequeno, vítima inocente de uma doença traiçoeira, caracterizada pela aptidão às hemorragias fáceis e abundantes, que os árabes, velhos mestres da medicina e da sabedoria humana, baptizaram com o nome de doença da amizade!

A UTILIDADE DO GÊLO EM
MEDICINA E CIRURGIA

NÃO é de hoje ou de ontem o emprêgo do gêlo em medicina e cirurgia. Fernando Cardoso, que nasceu na vila de Celorico, província da Beira, e foi nomeado físico-mor, em Madrid, no ano de 1640, «Trata de la nieve, y beber frio con mucha prudencia».

As «Utilidades del agua y de la nieve» é das obras de Cardoso, notável médico português do século XVII, uma das que merecem, ainda hoje, a atenção dos estudiosos, porquanto nos dá uma idea do estudo da medicina, naquela época, no tocante a um ramo da hidroterapia.

O gêlo tem numerosas serventias em medicina e cirurgia. Êle é empregado interior e exteriormente. Toma-se gêlo e coloca-se o gêlo nesta ou naquela região do corpo, consoante a necessidade de momento.

O gêlo tem a sua utilidade no tratamento das náuseas, dos vômitos, das dores de estômago, do vômito de sangue ou hematemese, da

hemóptise, das pequenas hemorragias da bôca e da garganta e no tratamento das dores resultantes de uma amigdalite aguda.

Os micróbios não são muito sensíveis ao frio; se o calor exagerado os mata, o gêlo conserva-os.

O bacilo da febre tifóide resiste, vive no gêlo. Este facto explica-nos a etiologia da febre tifóide no verão. A água dos sorvetes é, quási sempre, o veículo onde se transporta o bacilo da febre tifóide.

É, pois, necessário muito cuidado com o uso e abuso do gêlo. A água destinada à fabricação do gêlo tem de ser potável, isenta de bacilos.

O gêlo deve ser conservado em blocos, pequenos ou grandes, envolvidos em flanela, num bocado de lã, ou metidos na serradura.

A melhor maneira de fragmentar blocos de gêlo consiste em quebrá-los com o auxílio de um prego e de um martelo.

Internamente, usa-se o gêlo em pequenos fragmentos, que o doente deglutirá sem os derreter na bôca. Colocam-se estes fragmentos de gêlo, envolvidos em flanela, à cabeceira do doente. É inútil colocar os pedaços num prato: derretem-se durante a noite.

O seu uso é muito útil nas hemorragias profundas. Cirurgicamente o gêlo é empregado com muita freqüência. Trata-se de um descongestionante precioso, calma rápidamente as

grandes inflamações. O gêlo determina um apêto enérgico dos vasos; é, portanto, um vaso-constritor.

Actua em extensão e em profundidade sôbre a pele e as vísceras distantes. A maneira mais prática de utilizar a acção do gêlo é colocá-lo dentro de um saco de borracha, de bôca larga, que feche hermêticamente, isto é, que vede bem.

Quando não há possibilidade de encontrar ou de adquirir um dêstes sacos, tão conhecidos de todos nós, a clássica bexiga de porco, fácil de adquirir em qualquer talho, satisfaz inteiramente.

Não é útil encher por completo o saco ou a bexiga: o saco de gêlo não deve pesar sôbre o doente.

O saco deve ser protegido com uma flanela, a-fim-de não queimar o doente durante as longas applicações.

Esta simples protecção tem uma grande importância; o congelamento dos tecidos, quando não são tomadas certas precauções, pode ocasionar a mortificação da pele, a qual poderá ser seguida de gangrena.

A flanela ou a lã são isoladoras e absorvem a humidade que transuda do saco.

Durante as longas applicações devem utilizar-se vários bocados de flanela.

Tem a sua técnica a applicação do gêlo. Duas precauções devem ser tomadas. Uma delas,

talvez a mais importante, é a da substituição das flanelas.

A outra é a do carregamento do saco: sôbre uma região muito sensível, ou bastante dolorosa, não se deve colocar um saco carregado de gêlo.

Muitas vezes, o médico é obrigado a arranjar ou a improvisar um sistema de suspensão para o saco.

A vigilância do saco é muito importante. A água proveniente da fusão do gêlo tem uma temperatura diferente, aquece com facilidade. Se a vigilância abranda e a água não é substituída pelo gêlo, provoca-se no doente uma reação diferente da desejada.

Eis a razão por que os doentes, quando estão horas seguidas com um saco cheio de água, em vez de gêlo, sentem aumentar as dores.

É necessário inspeccionar a-miúdo a pele dos doentes. Se esta, a-pesar-dos cuidados que rodearam a aplicação, adquiriu um tom francamente violeta, ou violáceo, a espessura da flanela deve ser aumentada.

As principais indicações médicas e cirúrgicas do gêlo são: a meningite aguda, o reumatismo cerebral, a congestão e a hemorragia cerebrais. Nestes casos o gêlo aplica-se sôbre a cabeça. Existem, à venda, capacetes especiais para estas aplicações.

Sôbre o coração aplica-se: nas taquicárdias, ou aceleramentos do ritmo cardíaco; no bôcio

exoftálmico e nas complicações cardíacas da febre tifóide.

Na região abdominal, o gêlo tem as seguintes aplicações: na peritonite, na apendicite, nas anexites e outras doenças das senhoras; nas hemorragias intestinais e nas complicações intestinais da febre tifóide. Aplica-se sobre o estômago nas hemorragias dêste órgão; na baixo ventre nas hemorragias da bexiga. Emprega-se no tratamento da orquite aguda traumática.

A suspensão do saco de gêlo é fácil de realizar, utilizando uma das armações de arame, que existem em tôdas as casas, servindo de *abat-jour*.

Nos doentes operados, com anestesia geral, a vigilância do saco é muito importante. Horas após o efeito do anestésico, a sêde atormenta os doentes. Estes procuram matar a sêde com o gêlo do saco.

A boa prática na aplicação do gêlo tem uma grande importância.

★

★

★

O livro de Fernando ou Isaac Cardoso, nascido na vila de Celorico, província da Beira, «Utilidades del agua y de la nieve», é de 1637, impresso em Madrid pela viúva de Alonso Martin, célebre impressor da época. Tem muito de

útil o livro de Fernando Cardoso, mas o gêlo tinha sido empregado já em medicina e cirurgia por Hipócrates, Galeno, Avicena, Razes, Averróis, Mercado Mercurial e Pedro Garcia...

Tem séculos de existência o conhecimento da utilidade do gêlo em medicina e cirurgia; contudo é impossível abandoná-lo, tão grandes são os benefícios que o seu emprêgo nos traz todos os dias.

O VENENO DAS ABELHAS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO LIBRARY

A

A vida das abelhas, que o poeta Maeterlinck divulgou num dos seus admiráveis livros, e as suas picadas, que tanto nos enervam e fazem sofrer, constituem uma das mais recentes curiosidades médicas.

A dor fulgurante, espécie de chama do deserto, no incisivo e expressivo dizer de Maeterlinck, é originada pela inoculação de um veneno, cujo valor terapêutico tem sido cuidadosamente estudado.

A terapêutica pelos venenos está na ordem do dia, o das abelhas e o das cobras, de certas cobras que até hoje têm sido o terror dos exploradores das florestas, dos oceanos verdes da África e do Brasil, da Índia misteriosa e da Austrália longínqua e ignorada.

A picada das abelhas, insecto da família dos himenópteros, pode ter conseqüências bastante graves, ocasionar a morte ou complicações muito sérias.

Delpech, em 1880, encarregado pela Comissão de Higiene do Departamento do Sena, compillou algumas estatísticas bastante elucidativas. Delpech verificou que, em 17 acidentes sérios, provocados por picadas de abelhas, 11 ocasionaram a morte dos doentes.

Corredi, manejando uma outra estatística, verificou que em 47 casos, a-pesar-de todos os recursos empregados, 17 foram mortais.

Muitos animais, sobretudo cavalos e bois, são vítimas das picadas das abelhas.

Estes números são suficientes para nos fornecerem uma idea exacta da actividade do veneno das abelhas, do seu alto poder tóxico, da intensidade da sua acção, quando a quantidade do veneno inoculado por um destes úteis insectos, ou por vários, atinge o limite, ou o limiar de uma certa dose — a dose fatal.

Não nos espanta, pois, que uma droga tão activa tenha apreciáveis qualidades terapêuticas e possa ser aproveitada pelo médico no tratamento ou cura de grande número de doenças.

Durante muito tempo, o veneno das abelhas foi utilizado no tratamento da queda do cabelo: — fazia-se com estes insectos um elixir ou unguento que se empregava em fricções ou em unturas.

A história da medicina diz-nos que as abelhas sêcas e reduzidas a pó eram um diurético de certa valia, usado ainda, e com êxito, na última metade do século XVIII.

O pó de abelhas foi utilizado no tratamento da lepra e as cataplasmas dêstes insectos usadas no tratamento dos lepromas ulcerados e nas tuberculoses cutâneas, na sífilis e noutras doenças da pele.

No século XIX, nas últimas décadas, feita a revisão dos conhecimentos e da terapêutica dos reumatismos agudos e crônicos, os investigadores mais audazes faziam picar os doentes, atingidos por tão dolorosa e grave afecção, por abelhas, estabelecendo com as suas experiências, tão combatidas ao tempo, os primórdios de uma terapêutica científica que, mais tarde, entrou nos domínios da prática corrente.

Foi o Dr. Desmartis, em 1859, quem verificou as experiências realizadas por um agrônomo eminente, Gasparni.

As experiências e observações de Desmartis não se resumem ao ataque ao reumatismo. Êle refere a cura de dois cancros superficiais da face, de uma bronquite crónica rebelde e de uma glândula dolorosa do seio direito.

Lukomski, professor no Instituto de Altos Estudos de São Petersburgo, em 1864, aponta, numa revista da época, a cura de vários casos de reumatismo, de alguns casos de nevralgias extensas e rebeldes, de febres intermitentes e de um tumor do sacro.

Fabre, mais tarde, relata um caso de forte reumatismo articular do joelho, curado pela picada das abelhas.

Um médico de Marburgo utiliza com êxito, em vários doentes, a apisinação, tratamento pelo veneno das abelhas, nome proposto pela primeira vez pelo sábio russo Lukomski, em 1864.

Aquele médico verificou que os apicultores, os criadores de abelhas, as pessoas que trabalham com o mel e com a cera, pessoas que são frequentemente picadas por estes insectos, são refractários ao reumatismo.

Fabre notou ainda que nos indivíduos atacados pelo reumatismo as picadas das abelhas são quasi indolores.

Fabre fazia picar os doentes, vítimas de dores reumatismais ou portadores de nevralgias rebeldes, ciáticas essenciais, por um grupo de setenta ou oitenta abelhas, repetindo o acto operatório as vezes necessárias para o completo restabelecimento dos doentes.

A terapêutica pelo veneno das abelhas volta a ser empregada, e com êxito, em 1923.

Foi o conhecido professor Boinet, de Marseilha, através da divulgação de dois casos muito curiosos, quem levantou a questão.

Um dos casos de Boinet refere-se a uma lesão extensa e mutilante da face, possivelmente um lúpus, curado por um apicultor da região, que fez picar o doente cento e cinqüenta vezes.

O outro caso refere-se a um lúpus, cuja doente foi picada quatro mil vezes e com apreciáveis resultados.

Estes casos, expostos com uma grande clareza, concludentes, aliados a todos os outros casos conhecidos, extraídos de arquivos e estatísticas sérias, bem organizadas, carregaram os observadores e investigadores na necessidade da preparação de um sôro.

A composição química do veneno das abelhas, a-pesar-dos trabalhos recentes dos esposos Phisalix, não está, ainda, inteiramente conhecida.

É certo que nós já sabemos que o veneno das abelhas é constituído pela mistura de duas secreções, provenientes de uma glândula ácida e de outra glândula, esta alcalina.

Nós sabemos, igualmente, que esta mistura contém três princípios activos: — um princípio flogogéneo, isto é, inflamatório; um princípio convulsivo e outro estupefaciente.

Sabe-se também que a acção de um dos princípios activos não substitue a mistura dos três.

Só quando fôr conhecida a fórmula exacta e estudada a acção terapêutica dêste complexo, o processo primitivo da picada poderá ser substituído com inteira confiança e justeza clínica.

Têm aparecido e têm sido empregados vários soros e pomadas, contendo o veneno sêco, isolado pelos esposos Phisalix.

As experiências têm demonstrado que estes soros não substituem, em exactidão terapêutica, as picadas das abelhas; não têm vantagens sôbre a técnica primitiva.

Os ingleses descobriram um pequeno aparelho, muito prático, destinado a facilitar o manejo das abelhas, sem perigo para o operador.

A apiterápia significa o emprêgo terapêutico das abelhas. Este estudo, a-pesar-de as experiências datarem das últimas décadas do século XIX, não foi até agora completado. Estou convencido de que o veneno das abelhas nos reserva, ainda, muitas surpresas.

A FEBRE DE MALTA

A febre de Malta é uma doença infecciosa, cujo micróbio, o *Micrococcus melitensis*, foi descoberto, e isolado, por Bruce. Até há poucos anos, muito poucos, ignorava-se o seu modo de propagação, a sua origem. Pouco se conhecia da doença. O médico prático tinha dado por ela, mas confundia o seu quadro clínico com o do paludismo, o da paratifóide, o da sífilis secundária febril e o de outras doenças infecciosas, de evolução fruste ou caprichosa.

A cabra é o portador d'êste micróbio e a sua primeira vítima. É êste animal que o transmite ao homem, directamente ou através do leite, do queijo fresco ou da urina.

A transmissão directa, de homem para homem, é muito rara, creio que ainda não se verificou. Sempre que o homem é atacado pela doença, ou vítima dela, tem-se localizado a origem da infecção:— o leite, o queijo fresco ou

a anterior presença do doente em locais infectados, rebanhos atacados ou estábulos nos quais vivem cabras lesadas pelo mal.

A febre de Malta, a-pesar-dos protestos dos nossos amigos inglêses, foi primeiramente observada em Malta, a célebre base da esquadra britânica, mas existe em todo o Mediterrâneo e na Espanha, em Portugal, na Ásia Menor, na França, na Itália, na Grécia e também na Hungria.

Tem sido observada em grande escala em Marrocos, na Argélia, na Tunísia, em todos os domínios africanos do norte, em que os indígenas pastoreiam grandes rebanhos de cabras.

É conhecida também pelo nome de febre do Mediterrâneo, ou febre ondulante, nome que nos dá a visão da irregularidade da curva de temperatura que caracteriza esta doença, do seu aspecto sinuoso, quasi sempre perturbador para o médico.

É muitas vezes difícil estabelecer o diagnóstico da febre de Malta. De facto, não é das coisas mais fáceis. É uma doença que não possui um único sintoma característico. O quadro clínico é muito fácil de reter. Uma ou duas vagas de temperatura diárias, 38°, 39°, 40°; dores de cabeça pouco acentuadas, uma ou outra articulação ligeiramente emperrada, dolorosa; dores reumatóides imprecisas, nos membros superiores ou inferiores; crises violentas de suores frios.

A ausência de nitidez dêste quadro clínico, comum a uma grande maioria de doenças, pode, legitimamente, conduzir o médico a um erro de diagnóstico, ou à escolha entre vários, por exemplo, a paratifóide, o sezonismo, um ligeiro ataque de reumatismo, ou uma gripe de evolução anormal.

Êste quadro clínico dura quinze ou vinte dias e depois a febre tomba pouco a pouco.

O doente, a-pesar-de fatigado, abatido, parece que vai a caminho da convalescença, chega a retomar a vida normal. Nova acometida da doença atira o doente para a cama, vencido por nova crise de temperaturas que pode durar um ou dois meses.

O doente apresenta-se cada dia mais abatido. Surgem nesta altura, na segunda metade da doença, as complicações: — as polinevrites, o exagerado aumento do baço, as complicações cardíacas e de outros órgãos.

O diagnóstico da febre de Malta pode fazer-se com o auxílio do laboratório, em culturas feitas com o sangue do doente, culturas delicadas que exigem uma grande experiência e afinada técnica da parte do analista.

A curva de temperatura — quando eliminadas as restantes hipóteses —, de aspecto sinuoso, persistente, é uma indicação preciosa. A sua cuidada leitura é muito elucidativa. As culturas podem ser utilizadas para o sôro-diagnóstico ou para a cutirreacção.

O tratamento da febre de Malta é o de tôdas as doenças infecciosas de longa duração, provocadas por agentes microbianos disseminados no sangue.

O conhecimento da febre de Malta, da sua evolução, do seu quadro clínico, tem um grande alcance social e higiênico. Vejamos a razão destas palavras. Porque o leite de vaca, a-pesar-de esterilizado e pasteurizado, está pôsto de parte na alimentação das crianças, a indústria do leite de cabra tem-se desenvolvido nos últimos anos.

A cabra, ao contrário da vaca, não contrai a tuberculose. O leite de cabra é, pois, o preferido na alimentação artificial da criança.

Os mais recentes estudos sôbre a tuberculose tendem a demonstrar que a introdução desta doença faz-se, por intermédio do leite de vaca, na criança. O leite das vacas tuberculosas seria o veículo da disseminação e propagação da doença. É nos organismos, sensibilizados desde os primeiros meses da vida, que a tuberculose se propaga com maior facilidade e rapidez.

Tem-se verificado, devido a estudos realizados na última década, que a tuberculose não existe nos países do Extremo Oriente, isto é, naqueles países em que, por motivos religiosos ou económicos, o leite de vaca não é consumido. O problema do uso e consumo do leite de vaca é de uma importância capital.

No momento actual, quando a extensão da luta contra a tuberculose interessa todos os países, a substituição do leite de vaca pelo de cabra na alimentação da criança preocupa e cria adeptos entre todos os higienistas.

Na América, na Alemanha, na França, a produção do leite de cabra tem aumentado. Na América, país no qual se realizaram as primeiras experiências, a mortalidade infantil baixou de 60 por cento. Esta taxa é muito significativa.

Na Alemanha e na França, os resultados obtidos com a substituição do leite na alimentação da primeira infância foram idênticos.

O leite de cabra pode ser consumido sem prévia ferverdura e utilizado inteiro, contendo todos os princípios úteis.

Esta é uma das principais vantagens do seu uso. Além disso, o leite de cabra suporta com muita dificuldade a esterilização.

O problema da febre de Malta é o único obstáculo sério que o consumo do leite de cabra apresenta.

A cabra isolada não contrai a doença. Esta só se manifesta quando as cabras vivem nos rebanhos.

É muito fácil conhecer, e isolar, as cabras doentes. A cutirreacção com as culturas esterilizadas de *Micrococcus melitensis*, injectadas na espessura da derme, constitue uma prova exacta, fácil, e isenta de perigos para o animal.

Todo o elemento doente deve ser imediatamente sacrificado. Consegue-se dêste modo isolar rebanhos constituídos unicamente por cabras sadias.

Nenhum animal deve ser introduzido no rebanho sem ter sido previamente estudado e submetido à prova da cutirreacção.

A fronteira terrestre deve ser rigorosamente vigiada, não se permitindo o contrabando de cabras ou a troca com cabras de outros rebanhos, pertencentes a países infectados.

Calmette, um dos maiores tisiologistas da França contemporânea, propôs um dia o sacrificio de tôdas as vacas tuberculosas, processo único e heróico de acabar de vez com a tuberculose dêstes animais.

Trata-se de uma medida de ordem higiênica e económica que repugna à maioria dos países criadores de gado.

A supressão rigorosa e metódica das cabras infectadas é mais fácil e mais barata, não emociona tanto, é menos espectacular.

Os tisiologistas e os médicos higienistas aconselham o desenvolvimento da indústria do leite de cabra, animados pela luta contra a tuberculose.

As experiências realizadas na América são as mais animadoras. O abaixamento da taxa da mortalidade infantil impõe-nos a obrigação de acarinhar com ternura estas medidas, postas em prática na maioria dos países da Europa.

A febre de Malta não é uma doença muito vulgar em Portugal. É pois, fácil, muito fácil, localizar os focos, eliminar as cabras doentes, cuidar convenientemente dos estábulos e dos rebanhos, vigiar a fronteira, impor a obrigação do estudo e do exame dos animais, proteger a indústria dos queijos, tudo isto combinado de forma e disseminar e proteger o uso dêste leite, tão útil e necessário na alimentação das crianças.

O leite de cabra é o indicado na alimentação artificial da criança, porque a cabra, ao contrário do que sucede com a vaca, é refractária à tuberculose, não contrai nunca esta doença.

Este leite tem a vantagem de ser fornecido às crianças inteiro, contendo todos os princípios alimentares que uma longa ferverura mata e inutiliza.

Esta é a principal razão do seu emprêgo.

Cuidar da alimentação da primeira infância é combater eficazmente a tuberculose; é evitar que as crianças sejam «sensibilizadas» nos primeiros meses da sua vida.

Aqui está um problema de higiene que tem de merecer a atenção do Estado.

O ÓLEO DE FÍGADO
DE BACALHAU

O ÓLEO DE FIGADO
DE BACALHAU

O óleo de fígado de bacalhau, medicamento de origem popular, empregado pelos esquimaus, habitantes da Groenlândia e outras terras da América ártica, no combate da fadiga muscular, chegou à Europa no século XVIII.

Foram os médicos franceses e inglêses os primeiros que fizeram uso do óleo de fígado de bacalhau no tratamento do reumatismo crónico.

Foi Bretonneau, célebre médico francês, quem introduziu o óleo no tratamento do raquitismo e só depois dos trabalhos de Trousseau, em 1866, o óleo alcançou um lugar nos formulários oficiais.

O óleo de fígado de bacalhau, como todos os medicamentos, como tudo o que existe e tem sido descoberto pelo homem, tem sofrido altas e baixas na sua reputação; umas vezes é empregado com exagêro, outras vezes é esquecido por completo.

Após as descobertas dos americanos e das teorias sôbre o raquitismo experimental, o óleo de fígado de bacalhau, tão usado no nosso país, ocupou na terapêutica moderna um lugar conveniente.

Este óleo tem alto poder anti-raquítico. É extraído dos fígados dos bacalhaus pescados nas costas da Noruega, nos mares que cercam as ilhas Lofoten, na Islândia e nos bancos da Terra Nova.

Durante muito tempo foi considerado um óleo normal, idêntico ao óleo vegetal, mas contendo abundantes impurezas, impurezas que encerravam o segrêdo do seu alto valor nutritivo e terapêutico.

Só muito tarde, após as descobertas de Emílio André, o problema foi completamente esclarecido: o óleo de fígado de bacalhau contém uma série de compostos úteis e certos: compostos bromados, iodados, pigmentos, sais biliares, compostos fixos e outros orgânicos e voláteis.

Emílio André demonstrou a existência de certos ácidos, capazes de fornecerem finas emulsões, as quais se absorvem sem dificuldade e constituem um alimento altamente nutritivo.

Para se avaliar ou fazer uma idea do alto poder nutritivo dêste óleo é suficiente dizer que uma colher de sopa dêste produto activo corresponde a 120 calorias.

A biologia e a patologia experimentais, após as elucidativas experiências de Mac Callum, Davis e Osborn, elucidam-nos sôbre a existência de Vitaminas neste medicamento: o factor lipo-solúvel A e o factor anti-raquítico D.

O óleo possui dois produtos lipo-solúveis, as Vitasterinas de Funck, que determinam e orientam as suas altas propriedades terapêuticas.

No óleo de fígado de bacalhau existe um factor de crescimento, a Vitamina A, a qual produz uma ascensão rápida da curva do pêso e crescimento dos indivíduos jovens.

A criança é altamente protegida pela Vitamina A. O seu estado geral melhora, readquire a alegria, a sua pele torna-se mais fina e macia, os cabelos adquirem brilho; espelha-se na criança certo ambiente, ou clima, de saúde e de bem-estar.

O factor anti-raquítico D não se conseguiu isolar: a sua existência é, contudo, verificada e controlada no campo biológico e experimental.

Ao passo que a Vitamina A existe em muitos alimentos, o factor D é difícil de encontrar ou de verificar.

A existência do factor D no óleo de fígado de bacalhau torna-o um medicamento indispensável na cura dos estados raquíticos e no raquitismo evolutivo. O óleo aumenta a taxa de cálcio e de fósforo no organismo. No raquitismo a taxa dêstes dois produtos está muito diminuída. O óleo aumenta estas taxas, modifica o

estado geral, favorece o desenvolvimento, cicatriza as lesões ósseas verificadas radiològicamente, restabelece o equilíbrio humoral, o metabolismo do cálcio e do fósforo.

Tem-se procurado dissociar os princípios activos do óleo de fígado de bacalhau, conhecer intimamente a estrutura dêste complexo, tão espalhado e usado em tôda a parte.

As experiências realizadas não têm obtido grande êxito, a-pesar-das descobertas de Sherman e dos trabalhos de Lesné e Vagliano.

Sabe-se que o factor D, anti-raquítico, é de uma grande sensibilidade, incapaz de suportar grosseiras manipulações, e sabe-se, portanto, que desaparece nos extractos e no óleo reduzido a pó.

A sua acção terapêutica atenua-se, quási não se verifica. Um óleo de fígado de bacalhau activo deve conter 45 unidades fisiológicas dos factores A e D por grama.

Muitos óleos contêm 90 a 100 unidades por centímetro cúbico, outros têm menos de 45 unidades. Existem vários processos de verificação do número de unidades fisiológicas contidas no óleo.

A verificação de unidades é indispensável: traduz a riqueza do óleo e a certeza do seu valor terapêutico.

O factor anti-raquítico D é unicamente conhecido sob o ponto de vista biológico e experimental.

Trata-se de uma substância vizinha da coles-terina, da categoria dos esteróis, e dos ergoes-teróis, corpos normalmente inactivos, aos quais as irradiações emprestam certo poder anti-ra-quitico.

Vem a propósito dizer que o raquitismo tem três métodos seguros de tratamento:

a) — Os banhos de sol ou os Raios ultra-violetas.

b) — Os esteróis irradiados.

c) — O óleo de fígado de bacalhau, rico em unidades fisiológicas.

¿Qual a acção dêstes medicamentos ou agen-tes físicos?

a) — A irradiação directa pelos Raios ultra-violetas deminue a anemia, melhora e toni-fica o estado geral, cicatriza as lesões ósseas.

b) — Os esteróis irradiados não têm acção sôbre o crescimento.

c) — O óleo de fígado de bacalhau é o único agente terapêutico que possui as três acções sôbre o organismo: nutrição, crescimento e ci-catrização das lesões ósseas.

As conclusões são fáceis de tirar: o óleo de fígado de bacalhau, a-pesar-da moda e dos mui-tos produtos que diàriamente procuram subs-tituí-lo, continua a ser um medicamento profi-lático e curativo de alto valor terapêutico.

O óleo de fígado de bacalhau é um produto muito activo, o seu emprêgo tem de ser condi-cionado.

As altas doses determinam desagradáveis alterações digestivas e estimulam as perturbações raquíticas.

As crianças até à idade de um ano devem tomar, unicamente, 5, 15 ou 20 gotas, conforme os meses de idade.

As crianças com mais de um ano não devem tomar mais de uma colher das de chá por dia.

As dosagens biológicas têm maior efeito terapêutico. Os actuais conhecimentos das Vitaminas, ou Vitasterinas de Funck, condenam em absoluto as altas doses de óleo de fígado de bacalhau.

O adulto deve tomar duas colheres das de chá por dia. Este óleo tem sido empregado, sob a forma de pomadas ou pensos, no tratamento dos eczemas, escrófulas ulceradas e úlceras tórpidas da pele.

O bacalhau é o fiel amigo dos pobres, o amparo de muitos lares desmantelados.

O óleo de fígado de bacalhau é o amigo fiel da saúde das crianças, daquelas crianças cujos pais não têm dinheiro para comprar medicamentos caros ou pagar prolongadas sessões de Raios ultra-violetas.

O DESENVOLVIMENTO ANORMAL
DOS PÊLOS: — HIPERTRICOSE

CHAMA-SE hipertricose ao crescimento agressivo dos pêlos, os quais podem desenvolver-se, em excesso, ou em abundância, no rosto e no corpo das mulheres, isto é, nos membros, no tórax e no dorso; desenvolvimento que pode atingir proporções extraordinárias, dando ao rosto das mulheres a configuração do dos homens.

A hipertricose, ou desenvolvimento em excesso dos pêlos, na pitoresca expressão do público, constitue um martírio e uma doença para as mulheres atingidas por tão deselegante mal.

Sob o ponto de vista estético, a hipertricose é um atentado à beleza feminina, que as mulheres pretendem remediar usando e aplicando uma série de drogas e pomadas, a maioria das quais é inútil e prejudicial, viola a boa higiene e a saúde da pele.

A hipertricose é uma doença muito frequente e constitue, quando a *gillette* entra em acção, um mal sem remédio.

¿Quais os motivos do desenvolvimento dos pêlos?

Sob a influência de causas ainda hoje pouco conhecidas ou explicadas, causas que nos indicam, sem dúvida, um mau funcionamento das glândulas de secreção interna, principalmente os ovários e as glândulas suprarrenais, o sistema piloso é atacado e adquire um desenvolvimento anormal.

O lábio superior e o queixo são a sede desse desenvolvimento anormal dos pêlos: as pernas e os antebraços cobrem-se de pêlos duros, e longos, e agressivos, tirando à pele da mulher a beleza macia, o encanto de certo aveludado, cuja visão é, muitas vezes, a trama psicológica de uma justificada paixão.

Muitas vezes o peito e os seios são atacados por esta doença, transformando o corpo de certas mulheres e emprestando-lhe o desagradável aspecto masculino, a um passo repelente e adornado de uma pirogravura estranha e anti-pática.

Compreendo que as mulheres, vencidas por tão repugnante doença, sofram e procurem, lançando mão de tudo, remediar semelhante atropêlo ao encanto feminino, semelhante injustiça, quási tão bárbara e martirizante como a da obesidade ou a das rugas precoces, expressão de uma velhice imerecida.

A hipertricose é uma doença que aparece entre os quinze e os trinta anos.

Há várias formas de hipertricose: a ligeira, a das senhoras de vinte anos, cujo bigode é pouco mais do que uma sombra; e a hipertricose grave, pêra e bigode, exacto aspecto masculino que tanto faz sofrer certas mulheres...

A hipertricose, ou o desenvolvimento supérfluo dos pêlos, traduz sempre uma insuficiência ovárica, ou uma hipofunção, ou ainda uma disfunção das glândulas suprarrenais ou da hipófise, isto é, das glândulas virilogéneas. Há uma outra variedade, a da menopausa, surgida no instante em que o ovário dá por terminada a sua função, função essencialmente feminina, e aparecem alguns caracteres sexuais masculinos, entre êles a hipertricose.

Trata-se da hipertricose da mudança de idade, tão vulgar nalgumas terras portuguezas, entre elas o Alentejo e as duas Beiras.

A hipertricose é uma doença que não se pode ocultar, que enerva e cria um estado especial de neurastenia e mata nas mulheres alguns dos seus principais encantos.

A hipertricose da face é uma anomalia moralmente dolorosa, uma doença que exige da parte do médico e da doente uma grande associação de esforços.

É necessário que a doente, entregue aos cuidados do especialista, não tombe, desesperada, numa obsessão, a qual é quasi sempre a porta aberta à neurastenia.

A medicina dispõe hoje, graças ao constante desenvolvimento dos meios terapêuticos eléctricos, de um processo seguro de cuidar e tratar da hipertricose.

A electrólise e a electro-coagulação permitem restituir a um rosto masculinizado por uma hipertricose grave o seu aspecto primitivo, a sua beleza inicial.

A electrólise produz a destruição do bulbo piloso por meio de uma corrente galvânica.

A agulha fina que serve para a electrólise dos pêlos deve ser introduzida cuidadosamente ao longo da bainha até à raiz, isto é, a três ou quatro milímetros na profundidade da pele.

Quando a agulha está colocada — êste é o ponto mais delicado da operação — faz-se passar a corrente durante o tempo necessário até à cauterização. Passada a corrente, tira-se o pêlo com uma pinça vulgar. Êste tratamento, quando realizado com a necessária perícia, é completamente indolor.

A electrólise é o mais antigo processo de tratamento da hipertricose.

Tem um único inconveniente: é um processo muito lento. É quasi impossível utilizá-lo nas hipertricoses muito extensas.

Há um outro processo mais rápido, um outro processo de destruição dos pêlos indesejáveis: a electro-coagulação.

A electro-coagulação, ou diatermo-coagulação, é uma outra forma de corrente eléctrica

que destrói, mata os pêlos pela queimadura ou coagulação da raiz.

A técnica é a mesma, só o tempo de passagem da corrente varia — é diferente.

Ao passo que na electrólise a corrente tem de passar durante quinze ou vinte segundos, na electro-coagulação são unicamente necessárias fracções de segundos.

A electro-coagulação é o processo indicado quando se trata de extensas hipertricoses.

Nenhum dos processos, electrólise ou electro-coagulação, deixa cicatrizes. Quarenta e oito horas após o acto operatório a pele readquire o seu aspecto normal.

A electro-coagulação está, pois, indicada nas grandes hipertricoses da face.

Compete ao dermatologista, isto é, ao especialista de doenças da pele, escolher o processo, consoante a região da face ou do corpo que tem de tratar, restituindo-lhe a primitiva beleza.

Ambos os processos têm os seus perigos, perigos que se evitam quando o médico está habituado a trabalhar com as agulhas de epilação e a escolher a corrente mais propícia ou indicada.

¿São estes os únicos processos de tratamento da hipertricose, da abundância de pêlos indesejáveis? Não. É necessário diagnosticar a causa. Só as pessoas que diagnosticam bem podem ter confiança na medicina e na complicada arte de curar o semelhante.

¿Qual o tratamento endócrino da hipertricose? Nós sabemos — está averiguado — que o aparecimento dos pêlos indesejáveis corresponde sempre a um disfuncionamento endócrino. ¿Será, pois, possível, corrigindo as alterações das funções de certas glândulas, tratar da hipertricose? ¿Fazer desaparecer os pêlos?

Este seria evidentemente o tratamento lógico e ideal. Até hoje, a-pesar-das tentativas realizadas, do estudo atento desta ou daquela glândula, tem sido impossível encontrar o específico endocrinico da hipertricose.

Existe um outro método de tratamento, o da epilação pelos Raios X, mas a maioria dos especialistas não adopta este processo.

Os dois únicos processos exactos que destroem o bulbo piloso são, como acima disse, a electrólise e a electro-coagulação. Estes são os únicos cuja técnica é inofensiva.

A natureza tem mistérios inexplicáveis, mistérios insondáveis. É quando o outono tomba e a vida da mulher declina, isto é, quando ela necessita, para se defender, de rodear-se de um maior número de encantos, pondo em cena todos os recursos, que o funcionamento ovárico cessa, termina, morre, e surgem, dominando — quantas vezes? —, os caracteres sexuais secundários masculinos, traduzidos por uma hipertricose extensa, que desfigura e adultera a fisionomia.

É a morte do sonho, o triste render da guarda.

A ORIGEM DO CANCRO

O conhecimento da origem dos tumores, da forma como êles nascem e se reproduzem no seio dos tecidos normais, eis uma das ambições imediatas daqueles que afincadamente se dedicam ao estudo do cancro.

O problema do cancro constitue um dos problemas capitais da ciência médica.

Lister e Pasteur, dois génios cujos nomes a humanidade terá sempre presentes, descobriram no século passado a origem infecciosa das doenças inflamatórias; mas esta descoberta não illuminou o problema do cancro.

Segundo Lockhart-Mummery, célebre cirurgião inglês, vislumbra-se, hoje, a origem do cancro.

É Mummery quem nos afirma: «o cancro é produzido por uma mudança genética, ocasionada no seio de uma célula normal e de crescimento normal».

Quando numa célula somática normal, apertada pelas leis do crescimento, se estabelece a

desordem, a ordem natural de divisão é alterada, profundamente alterada, esta célula coloca-se à margem da vida normal das outras células; é estimulada por outras leis, por um outro espírito interior, tornando-se a breve trecho, mercê da desordem que a domina, uma célula cancerosa, indesejável.

A célula cancerosa é uma célula normal que se comporta de uma forma anormal; a célula cancerosa é uma célula anarquista, reagindo num meio burguês, ordenado segundo leis estabelecidas e conhecidas de todos.

Eis a razão por que o problema do cancro reside num melhor aperfeiçoamento do estudo e conhecimento da própria célula normal.

Nem tudo, graças a Deus, tem sido improdutivo na luta contra o cancro. Nos últimos cinquenta anos, escondidos no silêncio dos laboratórios, algumas descobertas se têm feito; alguns problemas têm sido resolvidos, outros esclarecidos e ampliados.

A vida das células tem sido estudada cientificamente; o segredo de certos fenómenos vitais tem sido revelado; começa-se a entender o trabalho normal realizado pelo corpo humano.

A arte de curar e observar os doentes, a medicina interna, caminha para a completa emancipação: tornar-se-á brevemente uma ciência, explicando à luz dos conhecimentos exactos as verdadeiras causas dos estados doentios.

Estamos, hoje, vizinhos do rigor matemático. Os processos empíricos tendem a desaparecer. A descoberta da insulina e a cura da diabetes foram os primeiros passos.

O microscópio, os Raios X, o Rádio, a Rádio-actividade artificial, os tubos de cultura bacteriológica, a estufa, os conhecimentos da assépsia, o emprêgo terapêutico das ondas curtas e extra-curtas, e tantos outros meios que hoje — mercê de sacrifícios enormes — possuímos, serão as armas utilizáveis amanhã.

Nesta altura do saber humano, quando soerguemos os conhecimentos de ontem e os colocamos em confronto com os de hoje, há dúvidas que nos assaltam e nos obrigam a pensar, em profundidade, sôbre os vários problemas da vida.

¿Será a célula a unidade fundamental da vida, ou a célula será, ainda, um elemento grosseiro, e como o átomo encontrará brevemente uma sub-divisão?

Há fenómenos vitais impossíveis de explicar no quadro da célula, entre êles o enigma da vida.

Será num melhor conhecimento da célula que nós encontraremos a explicação da vida e da doença; a explicação da vida e da morte.

Sôbre a célula temos hoje alguns conhecimentos: a divisão celular, a teoria geral da hereditariedade, o crescimento normal e anormal, a estabilidade genética.

O campo visível da vida está descoberto: é necessário abordar o campo invisível.

Há agentes invisíveis que ocasionam determinadas doenças, a influenza, a escarlatina, o sarampo, a febre aftosa.

Nós não duvidamos da existência dêsses agentes invisíveis. Sabemos da existência das vitaminas, sabemos que as vitaminas são agentes da saúde, e que a vida é impossível sem vitaminas.

Sabemos que as vitaminas existem e, contudo, ninguém as observou. São semelhantes aos catalisadores químicos: existem mas não entram na reacção química e, a-pesar disso, são necessários para que a reacção se produza.

As vitaminas são catalisadores específicos, através dos quais a actividade celular é determinada.

E a célula? ¿Será a célula a unidade fundamental da vida? ¿A célula, átomo biológico, conseguir-se-á sub-dividir?

★

★ ★

A diferença principal entre tumores simples, benignos, e tumores malignos consiste na propriedade que os tumores malignos têm de invadir os outros tecidos e nêles prosperarem. O

tumor maligno, ou cancro, é caracterizado pelo seu poder de invasão.

As células cancerosas não convertem as células somáticas vizinhas. Na inflamação as células vizinhas são atingidas: o abcesso e a úlcera contagiam as células que os emmolduram.

No cancro cada célula cancerosa, anárquica, chefia uma geração. O tumor aumenta pela multiplicação das suas próprias células.

As células somáticas que rodeiam as células cancerosas são afastadas, deslocadas ou destruídas.

Não há uma diferença nítida entre tumores benignos e malignos. Torna-se impossível uma demarcação exacta.

Há tumores que, a-pesar-da sua estrutura benigna, actuam como tumores malignos. Os mielomas, tumores do tecido conjuntivo, estão nesta categoria. Umaz vezes dão lugar a metástases, portando-se como sarcomas; outras vezes actuam como tumores benignos, localizando-se no tecido em que surgiram.

Sucede que os tumores simples mudam frequentemente de aspecto, tornando-se malignos: são os tumores pré-cancerosos.

O adenoma do estômago é um exemplo clássico de tumor pré-canceroso.

Benigno ou maligno, o tumor compõe-se sempre de células que aparentemente não diferem das células dos tecidos normais que as cercam.

Parece que a malignidade dos tumores depende de certas propriedades bio-químicas, as quais se verificam unicamente nos cancros.

A velocidade de mitose, ou divisão celular, raramente indica o índice de malignidade.

★

★ ★

A terapêutica do cancro tem progredido lentamente. Nos últimos anos têm-se feito experiências com o chumbo, o selênio, o arsênio, o ouro, o cobre e as toxinas bacterianas. A descoberta de um sôro tem sido impossível — o sôro teria por fim alterar, mudar, as propriedades bio-químicas das células malignas, ocasionando a morte destas células indesejáveis.

Lumsden, empregando um sôro preparado no seu laboratório, fez regressar certos tumores cancerosos, provocados em certos animais de experiência, os ratos. Esta experiência de Lumsden abriu na terapêutica do cancro uma nova esperança.

A-pesar-de tôdas as experiências realizadas, de tôdas as tentativas, há só três métodos seguros de tratamento do cancro: a cirurgia, o Rádio e os Raios X.

O estudo da célula normal, átomo biológico e indivisível da vida, pode conduzir-nos a novas experiências, a outros ensaios, a conclusões seguras.

¿Será a célula um elemento indivisível?
¿Existirá para além do mundo visível um outro mundo celular, cuja presença nós ignoramos?; fonte de outras energias?; ¿como as vitaminas catalisador específico de certas reacções que os nossos conhecimentos actuais não adivinham, não sentem, ou cuja presença os nossos sentidos, e a aparelhagem existente, ignoram?

¿Esconderá a vida uma outra vida? Tenhamos fé, tenhamos confiança naqueles que trabalham, procurando desvendar o caos.

A PELE DA CRIANÇA

A higiene, a boa higiene do corpo, consiste na própria defesa do indivíduo, do adulto, da criança, e, sobretudo, do recém-nascido.

A criança recém-nascida é particularmente sensível a infecções de todos os géneros, pois a sua pele, macia e fina, de um aveludado que transuda carinho, é frágil, muito delicada, porta de entrada de grande número de doenças.

A pele da criança vive constantemente exposta a um sem número de contactos: os dedos da mãe ou da ama, os lábios impuros das pessoas que beijam contaminando, os objectos que compõem a sua indumentária e são, quasi sempre, reservatórios de micróbios, de uma grande quantidade de micróbios.

Desde que a pele da criança, por qualquer razão, adquiere menor resistência, apresenta uma ligeira solução de continuidade, os micróbios penetram pelo ponto macerado, ou de me-

nor resistência, e dão origem a infecções cutâneas, tão freqüentes nas nossas crianças.

O impetigo, ou mal branco, os furúnculos, tão dolorosos e fatigantes de tratar, os abscessos, abscessos múltiplos dos recém-nascidos, são as doenças mais vulgares.

Ora, é preciso saber, ter sempre presente, que um pequeno furúnculo, uma vesícula de impetigo, ou um abscesso superficial, podem originar uma outra doença séria, que mata ou mutila as crianças, a osteomielite, ou, ainda, a nefrite, doença oculta que tantas vezes compromete a saúde da criança, não citando as septicémias, cuja gravidade é desnecessário dizer, pois algumas delas liquidam uma criança em poucas horas.

A simples enumeração destas doenças, algumas tão importantes, dá-nos a noção certa de que a pele da criança tem de ser vigiada, cuidada e respeitada.

As mãis, ou as amas, têm de evitar todo o contacto impuro, proteger cuidadosamente a pele do seu filho, da sua criança; vigiar os brinquedos, cuidar da água do banho, da roupa que a criança tem de mudar várias vezes ao dia.

Estou convencido de que é inútil dizer às mãis portuguesas, tão cuidadosas e meigas para os seus filhos, que as crianças nos primeiros meses de vida têm de mudar de roupa várias vezes ao dia, que uma fralda molhada não pode

ficar em contacto com a pele e que a pele da criança, tenra e macia, tem de ser imediatamente liberta de tôdas as substâncias que a macerem ou a tornem doente.

Tôdas as pregas da pele da criança devem ser vigiadas, cuidadosamente limpas; as pregas do pescoço, as do ventre, as axilas e as orelhas.

A criança deve ser bem enxuta, após o banho, e pulverizada com um pó inerte. A ausência dêstes cuidados é muitas vezes a origem de um intertrigo, superficial ou profundo, sempre difícil de tratar.

¿Qual o pó que as mãis devem empregar? Sem dúvida, o pó de talco é o melhor. Não se devem empregar pós vegetais, tais como o pó de amido ou o pó de arroz, o licopódio, drogas que facilmente fermentam, quando postas em contacto com a urina ou sob a influência do calor do corpo. Irritam, traumatizam a pele. É necessário banhar as crianças tôdas as manhãs, antes do primeiro período alimentar. O banho matutino tem imensas vantagens.

Tôdas as famílias, ainda as mais pobres, têm facilidade em banhar as crianças todos os dias.

Não são necessárias banheiras especiais — um simples alguidar de barro substitue a mais pomposa das banheiras.

A banheira de borracha, adaptável à grande banheira de qualquer casa de banho, é a mais recomendável. A criança pode fazer todos os movimentos sem se magoar.

É útil colocar na banheira dois ou três brinquedos de celulóide — a criança brinca enquanto toma banho. Este é um conselho precioso para as crianças nervosas.

A criança deve tomar banho todos os dias, mesmo no inverno. Nesta estação do ano a criança tomará banho num quarto quente, ou aquecido, e deve ser enxuta com uma toalha aquecida ou passada a ferro quente.

Só as crianças doentes da pele, portadoras de eczemas, não devem tomar banho. As crianças que se habituam ao banho diário perdem o terror da água.

Há uma maneira fácil de enganar as crianças que têm o terror da água. Tapa-se a banheira com um pequeno lençol, cobre-se a água. Pousa-se a criança levemente sôbre o lençol e ela mergulha sem dar por isso.

A roupa que tem de estar em contacto com a pele da criança não deve ser nova ou rugosa. As fraldas dos recém-nascidos devem ser feitas utilizando lençóis puidos pelo tempo.

As fraldas devem ser lavadas com água quente e sabão isento de potássio, e fervidas. Esterilizam-se as fraldas engomando-as com um ferro bem quente. As crianças rigorosamente bem cuidadas são felizes, felicidade que é traduzida por uma visível sensação de bem estar e alegria.

A pele da criança deve ser tão cuidada e vigiada como a do recém-nascido. A pele da

criança está igualmente em contacto com substâncias impuras, com objectos sujos e infectados, com a terra dos jardins e dos parques, com os brinquedos, que rolam a todo o momento pelo chão, com os sapatos, que avaramente guardam tudo quanto a rua tem de pior.

Mais tarde, na idade escolar, os perigos aumentam. O banho é igualmente necessário nestas idades.

As crianças devem tomar banho tôdas as manhãs e devem ser cuidadosamente lavadas e limpas tôdas as noites, quando recolhem à cama. As crianças não devem entrar no seu quarto, à hora do repouso ou de deitar, antes de serem limpas de tôdas as poeiras.

Poucos são os minutos necessários para a lavagem nocturna.

A criança foge, naturalmente, à realização espontânea dêstes rudimentares princípios de higiene.

São as pessoas que as rodeiam, cuidam e acarinham, quem deve estabelecer o horário higiénico; inculcar hábitos disciplinadores, mecanizar os princípios rudimentares, indispensáveis à conservação da saúde.

Eu sei que a maioria das pessoas não ignora estes conselhos.

A higiene é a sentinela vigilante da nossa saúde. Uma criança habituada a cuidar do seu corpo, da sua saúde física, cuidará com maior facilidade da saúde moral.

No tempo de Luiz XIV o banho consistia numa gotas de alcohol perfumado, cuidadosamente projectado sôbre as unhas... A pele era um íntimo segrêdo de alcova. Os tempos mudaram, a necessidade de vitaminas obriga a um contacto mais íntimo com o sol e a água. A higiene condiciona a vida e as modas, fez do século XX o apoteótico século das crianças, que no meu tempo, vão passados mais de trinta anos, iam para a praia de bibe e calção ou de colarinhos engomados.

O TRATAMENTO DAS
QUEIMADURAS

AS queimaduras, simples eritemas ou lesões com escara e necrose, podem ter uma grande importância, têm muitas vezes complicações graves.

As queimaduras dividem-se em benignas, acidentes puramente locais, e graves, as quais se acompanham de sintomas gerais intensos; têm, quantas vezes, um prognóstico sério, muito reservado.

A categoria da queimadura, a sua extensão e localização, têm uma grande importância no tratamento a escolher e a estabelecer.

Uma queimadura é grave quando atinge no adulto metade da superfície cutânea.

Na criança, quando ela atinge um terço da superfície cutânea, considera-se muito grave.

Há, contudo, algumas noções que é preciso não esquecer, ou, melhor, ter sempre presentes.

O estado do coração e do rim, a presença de zonas eritematosas ou edemaciadas, edemato-

sas, a idade do doente, o estado de fragilidade do organismo, a superfície da queimadura ou o aparecimento de flictenas, precoces ou retardadas, têm uma decisiva importância no estabelecimento de uma terapêutica adequada e prognóstico a fazer.

¿Como se trata uma queimadura benigna, quais são os primeiros cuidados a ter?

No momento do acidente deve praticar-se uma cuidadosa desinfecção da zona atingida e da pele que a rodeia.

Os retalhos da pele devem ser cuidadosamente cortados; as flictenas ou bôlhas devem ser imediatamente abertas com uma tesoura previamente desinfectada ou fervida.

Deve praticar-se uma boa lavagem com soro fisiológico morno. A região queimada deve ser, em seguida, secada com ar quente.

As pomadas e os óleos, tão empregados no tratamento clássico das queimaduras, não tendo acção sobre estas, evitam que o penso adira à ferida.

A Vitamina D, quando associada a um corpo gordo, isto é, a uma pomada, tem um alto poder cicatrizante.

A ambrina e as parafinas resinosas, segundo o método de Barte, estão nitidamente indicadas.

Usa-se também, e com certo êxito, o penso de tarlatana, embebido em óleo de linho, penso sobre o qual se colocam várias vezes ao dia ou-

tros pensos de gaze, embebidos em sôro fisiológico.

A aplicação de mercurocromo, a 2 %, medicamento que deve existir em tôdas as casas, tem dado os melhores resultados.

O problema de que tratamos é totalmente outro, toma outro aspecto, quando nos encontramos na presença de uma queimadura grave, extensa e de aparência e localizações particulares.

O doente muito queimado apresenta-se sob um estado especial, o chamado estado de choque ou de comoção.

O seu pulso torna-se miserável, as dores são atrozes, os acidentes tóxicos multiplicam-se, a sua vida ameaça perigo.

Nesta emergência é necessário agir com rapidez e método. Os primeiros cuidados a ter, os imediatos, são:

1.º — Agüentar o coração do doente. Uma simples injeção de óleo canforado salva, ou pode salvar, o paciente.

2.º — Calmar as dores. Êste é um dos problemas mais importantes a resolver quando nos encontramos na presença de um doente mutilado por largas e extensas queimaduras.

O doente neste estado grave deve ser imediatamente aquecido.

A aplicação de tanino, a tanização, realizada pela primeira vez na América, em 1925, tem dado excelentes resultados.

Emprega-se nesta operação uma solução de tanino a 25 %. Esta solução tem de ser recente, pois oxida-se com relativa facilidade.

Um simples e vulgar pulverizador de toucador serve para o emprêgo desta solução.

Devem praticar-se 6 a 12 pulverizações até obter a côr castanho clara.

Forma-se uma película e é esta crosta que nos indica o número de pulverizações a praticar.

Em seguida procede-se ao penso com compressas esterilizadas. Êste penso deve durar oito a dez dias.

O tratamento geral tem uma grande importância e tem por fim combater a toxémia ou intoxicação do sangue.

As pulverizações de tanino e o combate da toxémia são os processos a usar nestes casos graves.

Freqüentemente é preciso praticar uma ou mais transfusões de sangue, transfusões em pequenas quantidades.

Torna-se necessário evitar a infecção das queimaduras; ora, esta infecção só se evita quando a queimadura e a pele que a rodeia foram convenientemente limpas; os retalhos cortados; e as flictenas ou bôlhas abertas com instrumentos desinfectados ou fervidos.

Abrir uma destas bôlhas com uma agulha ou um alfinete, como é de uso corrente fazer-se, corresponde muitas vezes a infectar uma benigna e simples queimadura.

O seguro êxito do tratamento das queimaduras, tão vulgares em tôdas as pessoas que se dedicam aos trabalhos da casa, reside na forma como foram praticados os primeiros cuidados.

É igualmente necessário vigiar convenientemente o coração, o fígado e os rins.

Podem considerar-se as queimaduras como lesões banais, quando estas são assistidas com acêrto; mas, a-pesar-da sua banalidade, as lesões, quando não vigiadas, ocasionam um grande número de casos fatais.

A dieta a estabelecer ao doente tem uma grande importância.

As queimaduras não são exclusivamente produzidas pelo calor, pela electricidade e pelo fogo. Podem também ser produzidas pela luz e pelos agentes químicos, cáusticos ou vesicatórios.

Em tôdas estas queimaduras, originadas por êste ou aquele processo, as lesões são de eritema, edema, vesículas ou bôlhas, seguidas de ulceração fibrinosa, difteróide ou de escaras.

As queimaduras ocasionadas pelo sol, quando repetidas, tornam-se crónicas, podem cancerar.

Nestas queimaduras, de aspecto particular, a pele atrofia-se, adelgaça-se, torna-se escamosa, adquire aspecto de cicatriz.

São originadas pelos raios nocivos, intermediários entre os Raios ultra-violetas e os Raios X.

São muito graves quando a pele, mercê de alterações do metabolismo das glândulas de secreção interna, está envelhecida.

As queimaduras pelo gêlo e pelo frio são também muito graves.

A GRIPE

A gripe ou influenza é uma doença conhecida desde há muitos séculos. 426 anos antes de Cristo, Hipócrates, o velho mestre da medicina, tem notícias dela. Chama-lhe a tosse epidémica de Perinto, mas foi um mestre português, Valesco de Toranta, professor em Montpellier, 1418, quem primeiro assinalou e descreveu a gripe ou catarro febril.

Dou a traços largos a história da gripe. As principais epidemias registadas são: a do século XV, em França; a do século XVI, 1510, na França e na Itália; a da primeira metade do século XVII, benigna, em França; a da segunda metade do mesmo século, 1670-1680, na América do Sul; a do século XVIII, 1729-1730, na Alemanha; intensa e mortífera em Edimburgo; vaga, imprecisa, pouco documentada na China, na Rússia e na América. O século XIX é assinalado por uma forte epidemia que, nascendo na Rússia, atravessa a Europa em tôdas as direcções.

A epidemia de 1836-1837, grave e mortífera, foi minuciosamente descrita pelo médico inglês Graves, o clínico meticoloso, que observou que a febre não era um sintoma obrigatório da doença.

Em 1889-1890 a gripe teve uma nova acometida, mais violenta e detalhada, mais intensa e pertinaz.

Aparece simultaneamente na Inglaterra, na França, na Espanha, nos países do Norte de África, nas principais ilhas do Japão. Causa centenas de mortes em Tânger, em Mazagão, em Casa Branca.

A maior de tôdas as epidemias, registadas pelos historiadores da medicina, foi a de 1918-1919. Tinha acabado a guerra. Reinava a paz e a alegria nos lares. O silêncio substituíra o troar do canhão. As cruces de madeira, penduradas nas campas dos mortos, eram, feita a paz, a saúde em guerra. O sinal de alarme foi dado pelos Estados Unidos, Novembro de 1918. A Espanha é alcunhada injustamente.

Parece averiguado que a epidemia surgiu na China e nos Estados Unidos, em Março ou Abril de 1918, a princípio pouco difundida e benigna. A outonal foi mais grave, Outubro e Novembro, tão grave que ocasionou maior número de vítimas do que a própria guerra.

A epidemia de 1918-1919 custou à humanidade muitos milhões de vidas. Ceifou tudo quanto quis; foi violenta e trágica.

Muitos indivíduos, quando atacados por um ligeiro catarro, acompanhado de febre ou coriza, dizem-se sofrendo da gripe. Há vários investigadores, certos clínicos, que filiam na mesma origem o catarro, acompanhado de febre ou coriza, e a gripe, argumentando aquelles com as acometidas benignas, cíclicas, da mesma doença, dado o carácter comum de contágio fácil que caracteriza ambas as formas, a epidémica e a outra.

Parece, contudo, preferível distinguir as duas formas sob o ponto de vista clínico.

Nós não conhecemos, ainda, o micróbio da influenza ou da gripe, doença muito grave, que há dezenas de séculos atormenta a humanidade.

É uma doença que vem quási sempre do Oriente. Ela avança, caminha, seguindo o ritmo das linhas de comunicação, os caminhos de ferro, as estradas, a via marítima, os oceanos, algumas vezes os próprios desertos. A sua passagem é sempre assinalada pelos enormes estragos que ocasiona.

Não tem limites o seu poder de expansão, de contágio; é de uma voracidade enorme. A transmissão do vírus é directa, de homem para homem. A tosse, um dos sintomas da doença, é o veículo do contágio.

Quando surge, benigna ou violenta, domina tudo, as grandes aglomerações, as casernas, as escolas, as oficinas, os próprios hospitais.

¿Quem ignora os sintomas da gripe? Eles são conhecidos, íntimos, de todos nós, médicos e doentes.

Os principais sintomas são: o frio, a tosse, a febre, as lágrimas — os olhos choram constantemente —, a coriza, nariz a pingar de instante para instante, as cefaleias ou dores de cabeça, intensas, tão intensas que impõem a obscuridade e o silêncio.

O doente tem uma horrível sensação de mal estar, dor em todo o corpo, dor que êle não localiza, mas que importuna, e não dá lugar a boa, a cómoda posição na cama.

Êste quadro clínico dura dois, três ou quatro dias, depois os fenómenos esfumam-se, desaparecem, o doente caminha para a convalescença.

Quando o doente se levanta e pretende dar os primeiros passos, o primeiro passeio no quarto, sente que foi violentamente abalado e encontra-se sem fôrças, abatido, dominado por uma fraqueza intensa, por uma tristeza característica.

Esta é a forma benigna da gripe. ¿Qual é o micróbio da gripe? Os bacteriologistas encontraram vários, o que significa que o da gripe ainda não foi descoberto.

O bacilo de Pfeiffer foi o incriminado durante mais tempo, mas a-pesar-de tudo, da sua existência prolongada, foi destronado. A gripe é — supõe-se agora — uma doença ocasionada por um vírus filtrante, isto é, por um micro-

-organismo que nós não conhecemos e que atravessa as velas de porcelana.

Filtrante ou não, o micróbio da gripe não é o único responsável dêste quadro clínico.

Outros micróbios, hóspedes habituais do homem, da bôca, da garganta e dos brônquios, intervêm, actuam, quando o indivíduo se encontra profundamente atacado, isento da sua resistência natural, vencido pelo vírus da gripe.

Êsses hóspedes habituais são o estreptococcus, o pneumococcus e o micrococcus dourado.

São estes organismos, chamados micróbios secundários, que complicam e tornam a gripe mortal.

Na epidemia de 1918-1919 foram as bronco-pneumonias que determinaram a morte dos doentes.

Era fatal, no início da convalescença, a complicação bronco-pneumónica.

A pleurisia purulenta, altamente tóxica, é outra complicação da gripe, das mais graves e das que maior mortalidade ocasionam ou produzem.

A tuberculose é, a distância, a mais grave de todas as complicações da gripe.

Uma gripe, uma influenza ou um simples catarro, quando descuidados, produzem, tempos depois, as mais graves complicações; arrastam o doente à tuberculose.

¿Quais os cuidados de que nos devemos rodear para evitar ou combater a gripe?

A gripe, a influenza, ou o catarro, são altamente contagiosas. Visitar estes doentes é contrair a doença.

O primeiro, o mais importante de todos os cuidados a ter é não visitar os doentes. Esta medida não é anti-humana, é profilática, é uma medida de ordem pública.

O segundo cuidado a ter, a cumprir à risca, é o de não frequentar, durante o período da epidemia, os centros de reunião, os centros populosos, que são óptimos meios de propagação da doença.

Cada pessoa que tosse, ou escarra, dissemina milhões de bacilos.

A desinfecção cuidada da bôca e das fossas nasais, repetida várias vezes ao dia, é dos cuidados mais importantes; é um dos meios mais eficazes de luta contra a gripe. A limpeza da bôca é uma obrigação de todo o homem civilizado, de todo o homem cumpridor dos seus deveres cívicos e sociais.

Nalguns países, na França, por exemplo, quando é dado o sinal de alarme, os operários são obrigados a usar máscaras especiais durante as horas de trabalho.

O doente, quando atacado de gripe, influenza ou catarro gripal, deve recolher imediatamente à cama. Muitas vezes, uma infusão quente, uma hóstia de piramidon, ou de quinina, tomadas a tempo, no início do ataque, evitam graves complicações.

A gripe é uma doença contagiosa, cujo processo de contaminação é muito rápido e cuja marcha, quando surge, tem sido impossível estancar.

É uma avalanche prodigiosa que esmaga e caminha assustadoramente. Causa maior número de vítimas do que a peste, do que a febre tifóide e outras graves doenças contagiosas.

Trate da gripe, atenção à tuberculose!

DEFENDA OS SEUS FILHOS
DA FEBRE TIFÓIDE

DEFENDA OS SEUS FILHOS
DA FEBRE TIFÓIDE

A febre tifóide tem aumentado em quási todos os países da Europa nestes últimos quatro anos; sobretudo na França, onde os números mortais têm justamente alarmado as estações officiais. De tempos a tempos, apesar-das precauções tomadas, a febre tifóide aumenta aqui e acolá, recrudesce em poder mortífero, adquire maior violência, maior virulência.

A febre tifóide é uma doença da gente nova, ceifa por ano muitos rapazes. Atinge freqüentemente a juventude, raras vezes os velhos, e, excepcionalmente, a criança no primeiro ano da sua existência.

A febre tifóide da criança é menos grave do que a do adulto; contudo muitas destas febres tifóides são severas, mortais, ou deixam a criança isenta de resistências para a labuta da vida.

As complicações nervosas, tão freqüentes nestes pequenos doentes, deixam rastros ou seqü-

las graves, que ocasionam a perda da memória, a aptidão para o trabalho.

A febre tifóide, ainda que benigna, é uma doença muito séria, uma doença que aniquila muito garôto, que ocasiona graves perturbações durante o crescimento e mutila, quási sempre, a vida psíquica, o metabolismo da inteligência.

¿Como é que a criança, ou o adulto, adquirem a febre tifóide, ou a infecção tífica, isto é, a tifóide e as paratifóides?

É o tubo digestivo que absorve os bacilos tíficos. Os doentes atingidos por esta doença eliminam bacilos pelas urinas e pelas fezes. A criança irrequieta, travêssa, tornada sempre ao movimento que destrói, ou faz mal, toca num dêstes produtos, leva as mãos à bôca e contamina-se.

O perigo aumenta quando há um tifoso dentro de casa e numa casa com crianças; estas podem ser contaminadas pelas próprias roupas que serviram ao doente.

Mas a criança pode infectar-se de outras maneiras. Façamos um breve resumo das formas mais freqüentes.

A água que a criança ingere é muitas vezes o veículo dos bacilos. O papel da água na etiologia da febre tifóide é muito importante, sobretudo na etiologia da febre tifóide da criança. O homem defende-se; substitue, às refeições, a água pelo vinho. O vinho, quando não contém água, é isento de bacilos tíficos.

Na maior parte das cidades da Europa a água provém, tem a sua origem em nascentes puras, mas contamina-se durante o longo trajecto.

Hoje, mercê de várias campanhas, a água das cidades é especialmente tratada, vigiada e cuidada; mas a água dos campos continua minada pelo bacilo.

São particularmente perigosas as férias para as crianças, quando elas não são rodeadas de sérios cuidados higiênicos.

A água dos poços e das cisternas, a água morta, parada, sem movimento, espelhando um fundo misterioso, é água perigosa, oculta a morte.

Há todos os anos um recrudescimento de febre tifóide, no verão e no outono: é a importada dos campos.

As águas dos arrabaldes de Lisboa e de outras cidades são as responsáveis por êste recrudescimento.

O frio não mata o bacilo da febre tifóide; êste pode viver a temperaturas inferiores a 11° negativos.

Cuidado com os gelados, quando estes são preparados com águas impuras.

Outra fonte de contágio é o leite, aquele produto de aspecto inofensivo, que tôdas as manhãs é introduzido nas nossas casas.

O leite constitue um excelente meio de cultura para os bacilos tíficos.

O leite é contaminado pela água das vasilhas, ou pela água que serve para lavar as medidas ou para o falsificar.

Todos os produtos fabricados com leite contaminado, não fervido ou higienizado, estão carregados de bacilos; estes encontram-se na manteiga, nos queijos e nos cremes.

Os legumes que são consumidos crus, e ainda algumas frutas, são portadores de bacilos da febre tifóide.

Muitos destes legumes são adubados com urina humana. Muitas destas plantas não têm só, exteriormente, os bacilos; podem possuí-los interiormente.

As lavagens destroem os primeiros, mas não aniquilam, ou evitam, os segundos.

As ostras são muitas vezes portadoras de bacilos. Só se devem consumir ostras provenientes de parques sob a vigilância da Direcção Geral de Saúde.

Há alimentos, isentos de bacilos, que são contaminados pelas cozinheiras, ou pelas pessoas que os manipulam, quando estas são portadoras de bacilos.

Muitos tíficos eliminam bacilos durante alguns anos após a sua febre tifóide.

Recordo-me neste momento, entre os vários exemplos que podia citar para animar esta palestra, que em 1933, num dos bairros de Roma, uma epidemia atirou para a cama quasi todos os garotos desse bairro. Um rápido e bem or-

ganizado inquérito estabeleceu a origem dêsse recrudescimento tífico: os gelados preparados numa das casas dêsse bairro e vendidos em tôdas as ruas dêsse sector de Roma.

Os alimentos, a pastelaria, as frutas, podem ser contaminados pelas môscas.

Estes indesejáveis animais preferem, para ninho dos seus ovos, a casa de banho e a cozinha...

Os indivíduos portadores de bacilos, antigos tifosos, formam outra fonte de contágio. Há indivíduos que eliminam bacilos trinta anos depois da sua febre tifóide. Estes constituem um perigo, uma ameaça constante. São as mulheres os principais portadores de bacilos.

Numa recente experiência, realizada em França, em cinco portadores de bacilos, quatro eram mulheres.

As mulheres são mais perigosas, pois são elas que manipulam os alimentos e tratam da cozinha.

Uma simples análise de urina, feita ao pessoal, elimina êste foco de infecção ou de contágio.

Há na literatura médica algumas cozinheiras célebres; recordo-me de uma que infectou oito famílias. Era uma autêntica fábrica de bacilos e de morte. Esta cozinheira provocou 36 casos de febre tifóide.

Existe o bacilo da febre tifóide em certos pedaços de terra, na terra dos nossos próprios

jardins, na terra que alimenta e cria flores lindíssimas.

É preciso habituar as crianças que brincam nos jardins e nos parques, que esgravatam a terra com os dedos inocentes, a não chuparem as mãos.

A terra é muitas vezes a portadora criminosa do bacilo, o disfarce da morte.

¿Há uma ou várias maneiras de evitar a febre tifóide?

A criança só deve beber água fervida ou água mineral, fracamente mineralizada. Felizmente há destas águas em todos os pontos do nosso rico e lindo país.

As crianças só devem comer ostras provenientes de parques sanitariamente vigiados.

As crianças não devem comer saladas cruas, rabanetes, azeitonas ou morangos.

O leite deve ser higienizado ou fervido. O queijo e a manteiga que a criança consome devem ser fabricados com leite previamente pasteurizado.

Hoje conhecem-se os processos de esterilização destes dois produtos.

As crianças não devem comer gelados, sorvetes ou pastas geladas. O caso de Roma é suficientemente elucidativo.

Guerra às môscas. As cozinhas devem ser protegidas com rêdes metálicas.

Guerra às môscas e ao branco. As cozinhas devem ser pintadas de azul.

O azul é inimigo das môscas.

Os portadores de bacilos devem ser eliminados por uma análise de urina.

O pessoal da cozinha e da *nursery* deverá ser cuidadosamente escolhido e vigiado pelo médico assistente.

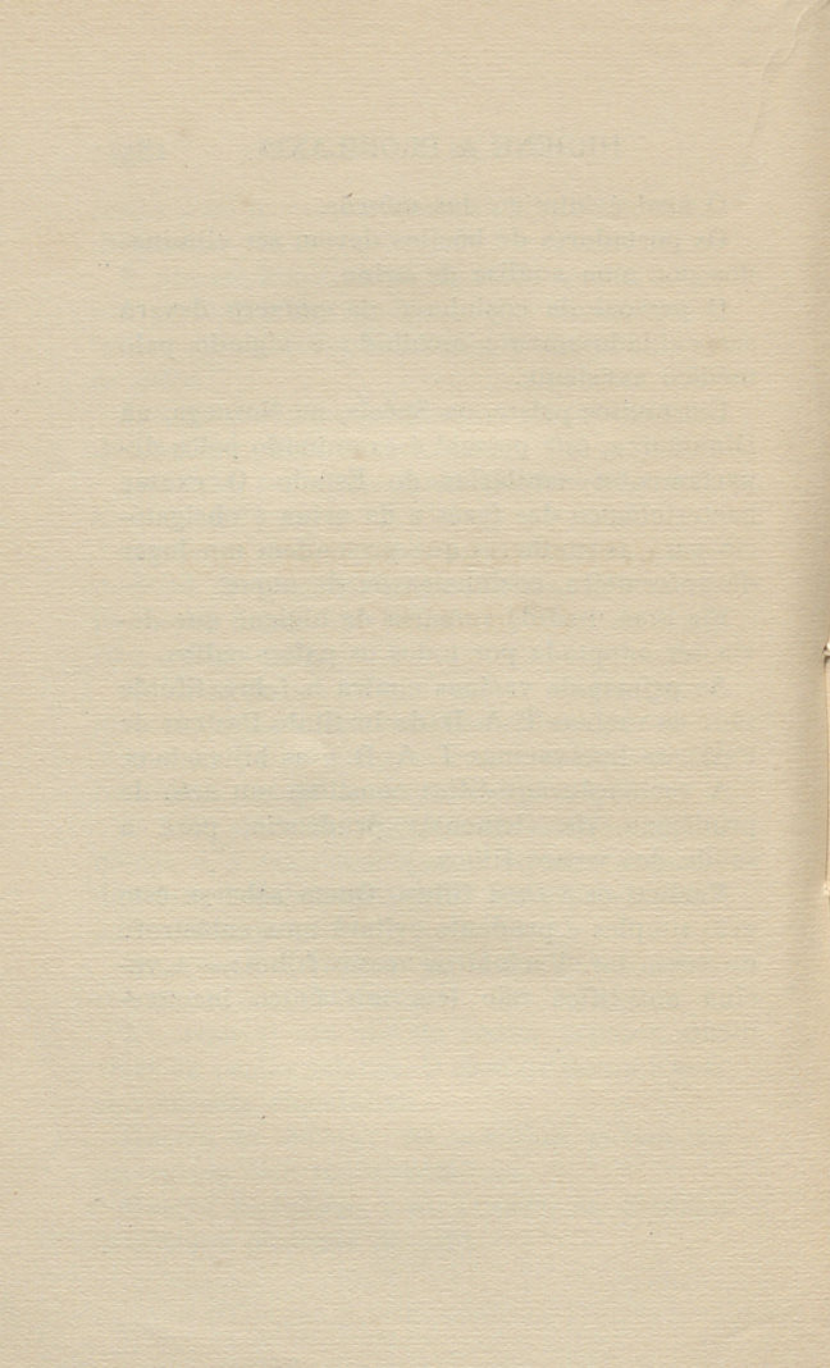
Em muitos países, na Suécia, na Noruega, na Dinamarca, êste pessoal é examinado pelos departamentos sanitários do Estado. O exame bacteriológico das fezes e da urina é obrigatório para as mulheres que pretendem um lugar de enfermeira, cozinheira ou de *nurse*.

Eis uma medida sumária de higiene que devia ser adoptada por todos os países cultos.

As principais vacinas contra a febre tifóide são: as vacinas T. A. B. do Instituto Pasteur de Paris, as lipo-vacinas T. A. B. e as bilivacinas.

A vacinação anti-tífica constitue um acto de prudência, de elementar prudência, para a saúde dos vossos filhos.

Vacinai os vossos filhos. Quem sabe se êste acto simples e prudente evitará uma catástrofe no vosso lar. Vacinai os vossos filhos: — a vacina anti-tífica não tem um único inconveniente.



VOCÊ NÃO SOFRE DO
CORAÇÃO . . .

Foi Potain, célebre médico francês, quem nos afirmou que o doente quando se queixa, ou diz sofrer de palpitações, em regra não sofre do coração.

Há uma multidão de doentes que se lastimam constantemente de uma hipotética doença do coração e passam os dias, as horas, auscultando-se a si próprios, tomando o pulso, encontrando e diagnosticando falhas, intermitências, precipitações ou aceleramentos do pulso, taquicárdias, imaginárias palpitações, mais ainda, arritmias.

Podem dividir-se os doentes que julgam sofrer do coração em dois grandes grupos, em duas categorias: os doentes que realmente sofrem de anomalias circulatórias, mantendo o coração intacto, e os doentes apreensivos, neurasténicos, melancólicos ou histéricos que diariamente, a cada instante, acusam graves lesões do coração, sensações dolorosas, constantes al-

terações do ritmo cardíaco, imaginárias alterações que ocasionam um estado psíquico alarmante e, por vezes, grave.

Os doentes do primeiro grupo, verdadeiros doentes, são aqueles que sofrem de alterações dos mecanismos reguladores da circulação, de alterações orgânicas vasculares, de hipertensão ou hipotensão arterial, ou de um verdadeiro desequilíbrio da enervação cardíaca.

Outras doenças dos órgãos contidos no tórax, pulmões, pleuras, diafragma, ou dos contidos no ventre, no abdómen, intestinos, fígado, estômago, pâncreas, podem ocasionar alterações profundas do ritmo circulatório, aparentar uma grave lesão cardíaca.

As doenças das glândulas de secreção interna, da tiroideia e do ovário podem repercutir-se sobre o coração e a circulação em geral.

O coração é um órgão muito interessante e complicado; proprietário de gânglios nervosos, gânglios que orientam e comandam o seu movimento e ritmo.

Tem um acelerador e um travão. O acelerador é um nervo do sistema do grande simpático; o travão o nervo pneumogástrico, o mesmo que governa o diafragma, o pulmão e o estômago.

A marcha regular do coração depende destas duas acções contraditórias.

Ora, o trabalho do coração é muito variável, a cada momento nós lhe exigimos esforços dife-

rentes, atitudes de relativa calma ou situações de atordoamento ou desespêro.

O esforço do coração depende do sentido da luta que tem de empreender, da fôrça que tem de vencer, da coluna sangüínea que tem de pôr em movimento, contando com a acção dos vaso-constritores, modificadores constantes do calibre dos vasos e da attitude renal, comprometida na maioria dos indivíduos.

A acomodação cardíaca efectua-se por uma maior freqüência dos seus movimentos, os quais continuam regulares.

As palpitações dependem das irregularidades das acções dos nervos acelerador e moderador do ritmo cardíaco, do simpático e do pneumogástrico.

As palpitações são sempre de origem nervosa, e podem observar-se num coração isento de tôda a doença. Mesmo num coração doente, as palpitações são sempre de origem nervosa. As doenças do coração conhecem-se por outros meios, por outra sintomatologia.

Várias podem ser as causas das palpitações. As do lado do simpático são: as emoções, produzindo uma vaso-constricção e ocasionando uma brusca sobrecarga de trabalho que o coração tem de vencer. O simpático produz nos domínios cardíacos, ou, melhor, transmite, repercutindo no domínio cardíaco, as excitações originárias das glândulas de secreção interna, do ovário, na mudança de idade, do timo, da

suprarrenal, e as excitações provenientes das intoxicações, café, chá, tabaco, tóxicos alimentares que o fígado, insuficiente, deixou passar.

O próprio simpático pode encontrar-se num estado de permanente irritação.

As palpitações são muito freqüentes nos neurastênicos.

O aniquilamento da acção do nervo frenador, ou pneumogástrico, conduz aos mesmos resultados que a excitação do nervo acelerador.

O estado do aparelho digestivo tem uma grande importância na origem e freqüência das palpitações.

A regra de Potain é esta: fazer examinar o estômago quando há palpitações.

A irritabilidade da mucosa gástrica pela hipercloridria, a distensão do estômago pelo gás das fermentações gástricas, a aerofagia, são a causa de algumas rebeldes e incômodas palpitações.

As crises de palpitações nocturnas, registadas três a quatro horas depois das refeições, acompanhadas de uma penosa sensação de angústia, reproduzindo o espalhafatoso quadro da angina de peito, são causadas pela aerofagia.

As pessoas que deglutem muito ar, juntamente com os alimentos, sofrem de aerofagia.

A aplicação de uma toalha, embebida em água quente, e a expulsão dos gases resolvem

estas crises. A toalha coloca-se sôbre o estômago.

¿As palpitações têm tratamento? ¿As palpitações podem evitar-se? Sim.

Isolemos e cuidemos do órgão doente, cuja doença repercute sôbre o coração, e tratemos os próprios nervos, cujo estado constante de irritação altera profundamente o metabolismo do fluxo nervoso.

A valeriana, o valerianato de amónia, o benzoato de benzil são os medicamentos clássicos. É conveniente evitar os brometos, que complicam e estimulam os estados dispépticos.

Nas crises de palpitações o ritmo é acelerado, não é modificado. As alterações do ritmo cardíaco são: a taquicárdia, ou precipitação do ritmo; a aritmia, ou ausência de ritmo.

★

★ ★

A aceleração dos movimentos do coração, pulso a 90, a 120, 140 ou 160 por minuto, pode ter várias causas. Já nos referimos à aceleração dos movimentos pela emoção ou pelos repetidos estados emotivos. Este fenómeno é vulgar e não tem importância nas crianças e nas mulheres na época menstrual ou na menopausa.

As alterações digestivas, as dilatações do estômago, as perturbações intestinais, a aéro-

fagia, as congestões do fígado, após a ingestão de substâncias tóxicas, chá, café, licores, originam crises uma a duas horas depois das refeições.

A marcha forçada, a ascensão de longas rampas ou de escadas muito altas podem, igualmente, ocasionar crises passageiras de taquicárdia.

As doenças febris, as contagiosas e infecto-contagiosas aceleram o pulso.

A aritmia pode ter uma origem nervosa, como a taquicárdia e as palpitações, e traduz-se pela falha do coração.

Estas falhas produzem-se, geralmente, no decurso das longas digestões.

São freqüentes nos velhos e correspondem ao coração senil. São realmente muito desagradáveis.

O falso pulso cardíaco origina uma sensação horrível: — tem-se por momentos a impressão de que a vida chegou ao térmo, falha como o coração.

Algumas vezes os falsos padecimentos do coração têm a sua origem na mecânica de uma complicada vida afectiva.

As grandes complicações amorosas, a intranqüilidade sexual, as complicações sentimentais sub-conscientes ou conscientes, a luta pela vida, a vida despedaçada, os desejos de vingança ou a certeza da derrota podem originar falsas doenças cardíacas.

A paciência do médico é o único remédio para estes doentes, doentes imaginários, complicados, cuja vida é um calvário, um longo martírio.

Não se pode dizer a estes doentes, vítimas do ambiente, dos nervos, da imaginação, criadora fecunda de dramas:— Você não sofre do coração...



CIÊNCIA VIVA
D. DE CARVALHO

ÍNDICE

DEDICATÓRIA	7
A differia	9
O cancro da língua	17
O vinho refaz o homem	27
A esporotricose	39
As anginas	47
A higiene da bôca	55
O cancro tem cura	63
A escarlatina	73
A paralisia infantil	81
A hemofilia	91
A utilidade do gêlo em medicina e cirurgia	99
O veneno das abelhas	107
A febre de Malta	115
O óleo de figado de bacalhau	125
O desenvolvimento anormal dos pêlos: — hipertrichose	133
A origem do cancro	141
A pele da criança	151
O tratamento das queimaduras	159
A gripe	167
Defenda os seus filhos da febre tifóide	177
Você não sofre do coração.	187

Este livro foi composto e impresso durante o mês de Fevereiro de mil novecentos e trinta e sete, nas oficinas de Adolfo de Mendonça, L.^{da}, 46, Rua Bernardino Costa, 48, em Lisboa



RÓ
MU
LO

CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA



1329677092

