



# TERAPEÛTICA

REVISTA DE MEDICINA E FARMÁCIA

## SUMÁRIO

	Págs.
Profilaxia do sarampo <i>por F. Reis Moreira . . . . .</i>	1
Medicina preventiva e medicina curativa <i>por José Cutileiro . . . . .</i>	16
A colapsoterápia em face da quimioterapia da tuberculose pulmonar <i>por Fernando Leal . . . . .</i>	23
Bernardino António Gomes... e duas pala- vras a propósito <i>por Sebastião de Carvalho . . . . .</i>	30

*No inverno...*

**DIOTERPIN**  
*grajeias*

**TÓS-VITE**  
*carope*

**DOIS PODEROSOS  
CALMANTE DA TOSSE**

# TERAPÊUTICA

REVISTA DE MEDICINA E FARMÁCIA

N.º 14

1951

Director e Editor: Dr. Adolfo Coelho

Conselho de Redacção: Drs. Artur Novais e Hamilton Salgado

Sede da Administração e Redacção: Laboratórios Vitória, S. A. R. L.

Venda Nova — Amadora

Propriedade dos Laboratórios Vitória, S. A. R. L.

Composto e impresso na Tipografia Ocidental — Viseu

---

A doutrina exposta nos artigos é de inteira responsabilidade dos Autores e a Redacção reserva-se o direito de recusar os trabalhos que não correspondam à índole desta Revista

---

---

## PROFILAXIA DO SARAMPO

F. REIS MOREIRA

*Assistente do Dispensário de Alcântara*

*Ex-Interno de Pediatria dos H. C. L.*

Apesar de conhecido desde os tempos mais remotos, (há pelo menos 11 séculos) o sarampo ainda hoje é, sob múltiplos aspectos, uma doença obscura.

Assim, estando a sua etiologia pouco esclarecida e assentando a sua patogenia em deduções puramente teóricas, não admira que a profilaxia esteja ainda longe de ter atingido um grau que possa satisfazer o espírito da maior parte dos Puericultores.

É sabido que a profilaxia anti-infecciosa é, pelo menos, depois do 1.º ano de vida o assunto de maior importância da Puericultura. Todos sabem como é um problema delicado, que requer conhecimentos profundos de química e biologia e, onde acima de tudo, o senso clínico está sempre à prova (Castro Freire).

É uma norma de boa Puericultura, que, ao tentar uma



imunização artificial para uma determinada doença, seja necessário, ou pelo menos conveniente, obedecer aos dois pontos seguintes: 1.º que a doença seja corrente, não recidivante e de uma gravidade tal, que justifique o seu impedimento; 2.º que essa imunização seja inócua, ou pelo menos que haja uma nítida desproporção entre os perigos que provoca e os resultados que se pretendem obter.

Posto isto, vejamos se o sarampo estará nestas condições. Será uma doença corrente, não recidivante e de uma gravidade tal que haja vantagem em impedir o seu aparecimento? Parece-nos que não pode haver dúvidas a este respeito. Não há doença mais corrente, podemos mesmo dizer que a predisposição em princípio deve ser considerada como geral, e confere imunidade absoluta para toda a vida, salvo raríssimas excepções; os dados anamnésicos referentes a invasões múltiplas e repetidas de sarampo devem ser acolhidos com a maior reserva, e o dito popular «sarampo sarampelo sete vezes vem ao pelo» é absolutamente errado, só se justificando por uma série de diagnósticos falsos.

A imunidade do recém-nascido é considerada pela maior parte dos autores como uma imunidade passiva diplacentária, (adiante me referirei a este ponto) mas a passagem dos anti-corpos pelo leite materno, é negada hoje pela maior parte dos investigadores.

Quanto à gravidade, não devemos encarar o sarampo como uma doença excessivamente benigna, não querendo com isto dizer que não seja curável na maioria esmagadora dos casos; mas se nos lembrarmos que se trata de uma entidade clínica de contágio obrigatório, essa pequena fracção que não evolui para a cura, raras vezes pela moléstia em si, quase sempre agravando a existência de processos patológicos anteriormente estabelecidos, essa pequena fracção, insistimos, ainda pesa bastante nas estatísticas da mortalidade infantil.

Segundo Pfaundler, Henneberg e Groer, na Alemanha, (país de puericultura muito avançada) há muitas zonas onde a mortalidade do sarampo é maior do que a da difteria, tosse convulsa e difteria juntas.

Da mesma maneira que sucede com outras doenças infecciosas com afinidade pelo aparelho respiratório, o sarampo é grave nos primeiros meses de vida, em parte devido ao pequeno calibre da árvore brônquica, à dificuldade da formação de anticorpos nesta idade e à indefinição do seu sistema retículo-endotelial.

O sarampo não raramente tem uma evolução grave durante a puberdade (idêntica observação se constata com muitas outras infecções). Este facto é de observação corrente, mas as razões dele são ainda para nós quase totalmente desconhecidas.

Finalmente no adulto pode a doença ter um prognóstico reservado devido à existência de dois factores desfavoráveis: diminuição da capacidade funcional do aparelho circulatório e da eficiência dos emunctórios (José Cutileiro).

Por isto se vê que independentemente da existência de estados patológicos anteriores (evolutivos ou latentes) o sarampo pode ter uma evolução desfavorável só por motivos relacionados com a estrutura orgânica do indivíduo e com a idade.

Mas a maior gravidade do sarampo está seguramente relacionada com o chamado fenómeno da anergia saramposa, pois a doença caracteriza-se por ser capaz de modificar desfavoravelmente a evolução de outros processos patológicos anteriormente estabelecidos, fenómeno este de grande importância prática.

Foi Preisick quem primeiro nos chamou a atenção para este facto, mostrando que a reacção cutânea positiva à tuberculina se converte frequentemente em negativa durante o sarampo, e sabe-se hoje que essa falta de reacção não se refere exclusivamente à receptividade à tuberculina.

Apesar dos brilhantes trabalhos da escola de von Pirquet podemos dizer que as interpretações patogénicas destes interessantes fenómenos estão longe do total esclarecimento; mas sob o ponto de vista prático, devemos ficar com esta ideia: quando o sarampo surge numa criança que tem uma forma de tuberculose evolutiva e recente, o prognóstico desta lesão é agravado de uma maneira evidente, sendo frequente encontrarmos na história

pregressa de doentes com formas de bacilose insolúveis, o sarampo, precedendo quase sempre de perto esse agravamento.

Podemos portanto concluir que o sarampo não deve ser considerado como uma doença inócua, e se tivéssemos para ele um processo de imunização inofensivo, eficiente e duradouro, como já temos para a varíola, podíamos talvez tentá-lo e torná-lo obrigatório em todos os casos.

Não havendo por ora essa possibilidade, devemos contudo lembrar que há crianças em que temos a obrigação de tentar a profilaxia, mesmo com os fracos recursos de que ainda hoje dispomos.

Sabemos hoje que a mortalidade do sarampo se pode reduzir consideravelmente com medidas profiláticas, mas a profilaxia evitando a exposição colectiva ou individual não conduz geralmente a resultados práticos, devido aos escassos sintomas iniciais da doença, à volatilidade do virus, à simplicidade do mecanismo de infecção e à receptividade absoluta da espécie humana para a doença (Deckwitz).

Têm-se conseguido resultados animadores com a chamada profilaxia biológica, que teve como objectivo a criação artificial de uma imunidade segura e tão duradoura quanto possível.

Dois caminhos foram tentados: a imunização activa e a imunização passiva.

## 1) IMUNIZAÇÃO ACTIVA

Foi a primeira a ser ensaiada. Datam do século XVIII (Home e Brown) as primeiras experiências tendentes a provocar um sarampo de evolução benigna por inoculação artificial da doença. Mais tarde, já nos nossos dias, depois de demonstrada a breve duração da imunidade passiva provocada pelo soro de convalescentes, voltou-se novamente aos ensaios de preparação de uma verdadeira vacina.

Como antigénio de partida tem-se usado quase sempre o sangue ou o muco dos saramposos.

O enfraquecimento do antigénio faz-se por diluição, centrifugação, aquecimento, ou por adição de antissépticos (Debré, Hiroshi, Okamoto, Caselini, etc.).

O mais engenhoso de todos estes ensaios é o de Herrmann, que consiste em introduzir por via nasal umas gotas de um produto (o antigénio) preparado das mucosidades nasais de saramposos, 24 a 48 horas antes do aparecimento da erupção e diluído em soro fisiológico. Separam-se por centrifugação as bactérias, filtra-se a mistura e junta-se um antisséptico.

Herrmann aconselha a fazer-se esta vacina às crianças de 5 meses, aproveitando a imunidade relativa que existe nessa idade. As reacções produzidas por esta inoculação costumam ser mínimas e ao fim de 2 semanas, em média, (às vezes mais) aparece na maioria das vezes uma forma de sarampo muito atenuada (raras vezes uma simples leucopenia) que confere imunidade quase absoluta.

Outros autores ensaiaram a imunização activa e passiva combinada, com resultados satisfatórios.

Se bem que haja várias vacinas antisaramposas, a verdade é que este método não alcançou na mão dos clínicos uma forma aceitável para todas as necessidades práticas, e por isso é muito pouco usado.

## II) IMUNIZAÇÃO PASSIVA

### a) IMUNIZAÇÃO PELO SORO DE CONVALESCENTE

Ainda hoje é o processo de escolha para a prática da imunoprofilaxia do sarampo.

Trata-se de um assunto conhecido de todos os médicos e a sua descrição detalhada encontra-se em todos os Tratados de Patologia Interna; por isso seremos breves nas suas referências.

Funda-se este método na descoberta feita por Deckwitz, dos anticorpos humorais no sangue dos convalescentes do sarampo. Sabe-se que a concentração máxima desses anticorpos se encontra entre o 7.º e o 10.º dia depois de ter-

minada a febre, mas, ao contrário do que sucede com outros anticorpos humorais, nunca deixam de existir no sangue do adulto mesmo passados muitos anos após a doença (a sua concentração é em regra 7 a 15 vezes menor do que no sangue do convalescente).

Escolhem-se como dadores, por serem melhor formadores de anticorpos, os adultos ou as crianças de idade não inferior a 10 anos, e a injeção do soro deve ser feita até ao 6.º dia do período de incubação. A partir desta data serão necessárias grandes quantidades de soro e, mesmo assim, o máximo que se consegue é uma atenuação da doença.

As doses muito pequenas de soro (abaixo de 3 c. c.) mesmo aplicadas na altura oportuna não conseguem evitar a doença, mas influem de uma maneira evidente no seu quadro clínico no sentido da benignidade, o que na grande maioria das vezes tem mais vantagens que inconvenientes, pois as formas frustes conferem geralmente a mesma imunidade que o sarampo clássico.

Quase todos os autores aconselham a aplicação de soro proveniente de 3 ou mais convalescentes, visto não terem todos a mesma concentração de anticorpos. José Cutileiro nega importância a este pormenor, pois conseguiu obter sempre soros de elevada concentração em anticorpos provenientes de um único convalescente; atribui este facto a ter extraído sempre o soro entre o 7.º e o 10.º dia e a nunca lhe ter juntado qualquer antisséptico.

Este processo é absolutamente eficaz e o seu único inconveniente é produzir uma imunidade pouco duradoura (à volta de 4 semanas).

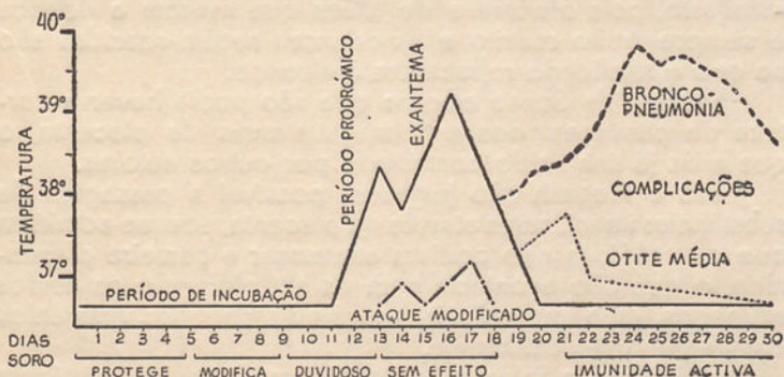
Em Lisboa, o Centro de Saúde (José Cutileiro) e o Laboratório L. I. L. (Luís Figueira) têm trabalhado com proficiência na preparação destes soros, e cremos que se houver um critério sensato na escolha dos casos em que deve ser aplicado, chegará possivelmente para as necessidades do momento, e a mortalidade do sarampo diminuirá seguramente de uma maneira notável.

Deckwitz aconselhou o emprego de soro de adulto, (incomparavelmente mais fácil de obter) quando não for possível empregar o soro de convalescente.

Devem usar-se sempre doses elevadas (20 c. c. a 30 c. c.) dada a sua menor riqueza em anticorpos e raramente se consegue mais que uma atenuação da doença.

Tanto quanto possível dever-se-á escolher pessoas que tenham tido contactos frequentes com saramposos, (médicos e enfermeiros) baseando-se no facto seguro da sua maior riqueza em anticorpos.

É preferível injectar sangue materno e não paterno, não só porque as mães têm maior contacto com as crianças portadoras da doença, mas também porque toleram melhor a extracção de sangue.



Efeitos do soro de convalescente em função da altura da evolução do sarampo em que é administrado

## b) IMUNIZAÇÃO PELO SANGUE E SORO DE PLACENTA

Este método foi idealizado e posto em prática pelo Professor Jaime Salazar de Sousa em 1929 e defendido posteriormente por grande número de Escolas Europeias e Americanas.

Ainda é hoje um processo de grande utilidade, pois os seus resultados, quando aplicados nos 2 primeiros dias a seguir ao contágio, não são muito inferiores aos do soro de convalescente.

Dois artigos sobre este assunto foram publicados pelo

autor, um apresentado pelo Professor Ricardo Jorge no Congresso Internacional de Higiene e outro publicado nos «Archives de Médecine des Enfants».

Vou limitar-me neste capítulo a fazer um breve resumo deste último trabalho.

É clássico atribuir a imunidade que as crianças apresentam até aos 4-5 meses, ao sarampo, escarlatina e dum modo geral aos sintomas de anafilaxia, à passagem dos anticorpos da mãe para o filho pelo sangue placentário.

Se para o sarampo é fácil compreender este conceito, para a escarlatina o desacordo entre os vários autores é manifesto, pois o número de Mães que tiveram a doença é sempre muito restrito e as crianças recém-nascidas são na quase totalidade refractárias à doença.

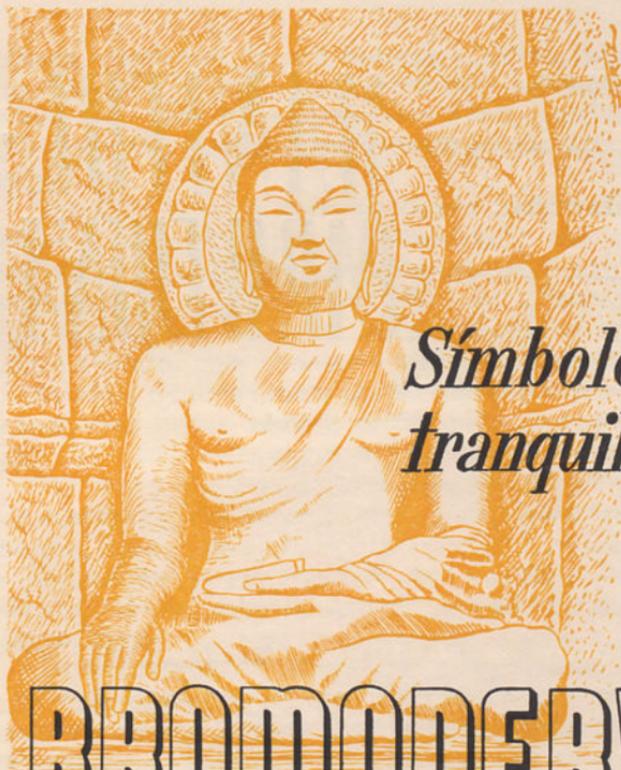
Salazar de Sousa admitia que não podia haver a certeza da passagem dos anticorpos através da placenta, o que aliás já tinha sido contestado por outros autores.

Lob e Hegush não julgavam possível a passagem de substâncias imunizantes através da placenta, porque admitiam que os colóides não podiam atravessar a barreira placentária, o que não acontecia com os cristalóides e os ácidos aminados, cuja importância na constituição dos antigenos era de há muito conhecida.

O Professor Salazar de Sousa acreditava na existência de um papel de defesa na Mãe e no Filho exercido pela placenta, ou mais explicitamente julgava que a Mãe e o Feto reagiam pela formação de anticorpos contra a agressão das proteínas placentárias, e era precisamente a esta reacção que, para ele, se devia atribuir a resistência das grávidas e dos recém-nascidos aos estados patológicos a que nos referimos.

Admitia portanto que não se tratava de uma imunidade passiva, no verdadeiro sentido do termo, visto o agente de defesa não se formar na placenta, mas sim de uma imunidade activa, (de grupo) querendo dizer com isto que são os organismos da Mãe e do Feto que a produzem.

Portanto as premissas de que o Professor Salazar de Sousa partiu, foram estas: o sangue placentário, pelos ácidos aminados próprios do seu metabolismo, ou pelos



*Símbolos de  
tranquilidade*

**BROMONERVO**

(BROMO - DEXTRONATO DE CÁLCIO)

*Calmente do sistema nervoso*



SOB AS FORMAS: INJECTÁVEL • GRANULADO • XAROPE

HEXANITRATO DE MANITOL ... 0,015 gr.

TEOBROMINA..... 0,25 gr.

CLORIDRATO DE PAPAVERINA... 0,02 gr.

FENOBARBITAL ..... 0,015 gr.

(Composição por comprimido em frascos de 20)

# MANITOL- PAPAVERINA

Tratamento sintomático da hipertensão  
Insuficiência coronária e enfarto do miocárdio  
Profilaxia dos acidentes vasculares  
Angioespasmos

# RUTA- FILINA

AMINOFILINA..... 0,10 gr.

RUTINA ..... 0,02 gr.

FENOBARBITAL. .... 0,015 gr.

(Composição por comprimido em frascos de 20)

produtos resultantes da sua secreção interna, agindo como antigénios não específicos, levariam à formação de anticorpos, quer pela Mãe, quer pelo Filho, produzindo uma imunização não específica mas sim de grupo para os estados anafilácticos.

Dos seus ensaios concluía que o sangue da placenta, quer seja puro citratado ou hemolizado, tem uma acção nítida sobre o sarampo, quando injectado logo nos primeiros dias a seguir ao contágio. As crianças que não forem imunizadas adoecem com uma forma de sarampo muito atenuada, com exantema mal definido e sem catarros brônquicos e oculares, com um período de incubação muito variável, mas quase sempre prolongado, o que tem a vantagem de modificar o aspecto da vaga epidémica.

Por vezes, logo a seguir à injeção há uma elevação de temperatura que pode chegar a 39°, acompanhada de reacção local. Não raramente constata-se a existência de fenómenos gerais do tipo das reacções anafilácticas que, embora não tendo gravidade, são por vezes um pouco espectaculares.

Os processos de esterilização do sangue placentário, se bem que baixem o grau de imunização, têm contudo vantagens, não só porque diminuem as reacções de proteínas estranhas, mas sobretudo porque dão origem à forma de sarampo muito atenuada (imuno-atenuação) que confere às crianças uma imunidade duradoura.

Um outro aspecto que interessou o autor, foi o da natureza do proteico que, agindo como antigénio de grupo, provocaria a imunização. Imaginou que se o futuro viesse a demonstrar que era um produto endócrino placentário, poder-se-ia admitir a possibilidade de uma imunização por sangue de placenta de outra espécie.

Estaria talvez aqui a solução do problema da imunização em massa.

A dificuldade de obter o sangue da placenta em condições de asepsia perfeita, as reacções locais ou gerais que por vezes aparecem e sobretudo o facto de não ter qualquer acção a partir do 3.º dia do contágio, fizeram cair um pouco no esquecimento este método, que não

deixa contudo de ser engenhoso e que tem pelo menos o mérito de nos mostrar a lucidez de espírito de quem o idealizou.

### c) IMUNIZAÇÃO PELA GAMA-GLOBULINA

A este método, recentemente proposto pela Escola Americana e detalhadamente descrito no grande tratado de Pediatria americano Brenneman's, do qual apenas me referirei aos dados essenciais, está seguramente reservado um grande futuro.

Foram os trabalhos de Mc Kahu, Cohn e Karelitz referentes ao fraccionamento das proteínas do sangue, que levaram o Laboratório das Pesquisas do Departamento de Saúde do Estado de Nova York a tentar o isolamento de um extracto de globulina de soro sanguíneo de indivíduos convalescentes de sarampo ou apenas de um adulto que tenha tido a doença, substância essa que se verificou mais tarde ter uma importância excepcional na profilaxia e na atenuação do sarampo.

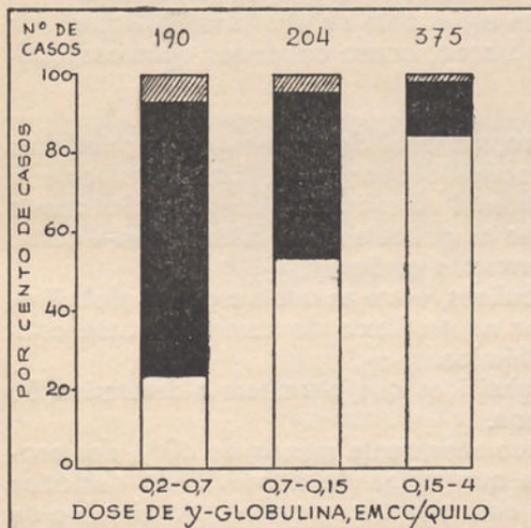
Este extracto nunca foi vantajoso para uso geral, devido à dificuldade da sua obtenção até que surgiu em 1942, pela entrada dos Estados Unidos da América na Guerra Mundial, uma oportunidade única de resolver muitos problemas relacionados com o sangue humano.

Formaram-se os chamados Bancos de Sangue e a generosa doação voluntária do público foi a tal ponto que em breve foi possível deslocar para fins de pesquisas o excesso de sangue sem prejudicar o fornecimento para as forças armadas, tornando uma realidade os estudos em grande escala sobre hematologia, que até então se encontravam incompletos.

Este programa compreendia trabalhos imunológicos nos produtos de fraccionamento do sangue humano, seguindo-se a sua aplicação directa no tratamento ou profilaxia de certas doenças.

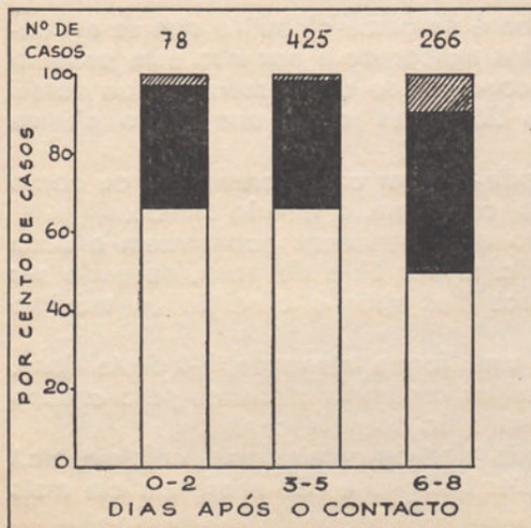
Cohn e colaboradores submeteram o plasma a um processo de fraccionamento em grande escala com o fim

## PROFILAXIA DO SARAMPO PELA GAMA-GLOBULINA



RESULTADOS  
EM FUNÇÃO  
DA DOSE  
INJECTADA  
AO OITAVO  
DIA APÓS O  
CONTACTO

□ SEM DOENÇA  
■ SARAMPO ATENUADO  
▨ SARAMPO NÃO MODIFICADO



RESULTADOS  
EM FUNÇÃO  
DA ALTURA  
DO PERÍODO  
DE INCUBAÇÃO  
EM QUE É  
ADMINISTRADA A  
GAMA-GLOBULINA

de separar as diferentes fracções proteicas. Cada um destes extractos concentrados pode ser usado em terapêutica, de acordo com as suas propriedades e funções naturais.

Os produtos que até à data se têm podido isolar, sob a forma de um pó branco, como entidades químicas estáveis, são :

a) o fibrinogéneo, do qual dependem as propriedades físico-químicas do coágulo sanguíneo. Esta substância é transformável em material plástico e em associação com a trombina pode formar as películas de fibrina. Usa-se como hemostático e nos enxertos cutâneos.

b) As imunoglobulinas, entre as quais a gama-globulina, que se revelou eficaz na profilaxia do sarampo, tosse convulsa e hepatite epidémica.

c) as isohemoaglutininas que permitem a determinação dos grupos sanguíneos.

d) a albumina que representa menos de 60% das proteínas do plasma, da qual depende a actividade osmótica do sangue e que se emprega no tratamento do shock e de situações de hipoproteinémia.

Sabe-se hoje que é na gama-globulina que se encontram a maior parte dos anticorpos e por isso este produto é estandardizado e concentrado de tal maneira que possui um poder imunitário 25 vezes maior que o do plasma sanguíneo.

No sarampo pode-se usar como preventivo ou como atenuador da doença, consoante o critério clínico.

Como preventivo os Americanos aconselham a dose de 0,08 c. c. a 0,10 c. c. por libra de peso, devendo ser injectada nos primeiros dias após o contágio (o máximo até ao 6.º dia).

Pretendendo-se uma forma atenuada, 1/4 desta dose.

As doses preventivas protegem a criança pelo espaço de 1 mês (como no soro do convalescente).

As reacções locais (dor) ou gerais (febre, cefaleia, etc.) são sempre do carácter benigno e não aparecem em mais de 2% dos casos.

*Algumas indicações da*

# EBERCINA

(CLORANFENICOL)

SALMONELOSES \* GASTROENTERITES GRAVES DOS LACTANTES \* ENTEROCOLITES DISENTERIFORMES \* DISENTERIA BACILAR.

COLITE ULCEROSA \* CIRURGIA DO COLON.

COLIBACILOSES \* INFECÇÕES URINARIAS PELO BACILO COLI \* PIELITES DAS GRAVIDAS.

TOSSE CONVULSA.

BRUCELOSES \* FEBRE ESCARONODULAR.

PNEUMONIAS BACTERIANAS RESISTENTES A PENICILINA \* PNEUMONIA PRIMARIA ATÍPICA.



LABORATORIOS VITORIA S.A.R.L. VENDA NOVA - AMADORA



LABORATORIOS VITORIA S.A.R.L. VENDA NOVA - AMADORA



# ALERGIVAL

ANTI-HISTAMÍNICO.

FEBRE DOS FENOS—RINITE VASO-MOTORA—ASMA—  
URTICÁRIA—EDEMA ANGIONEURÓTICO—DERMITES DE  
CONTACTO—ALERGIAS ALIMENTARES—ALERGIAS ME-  
DICAMENTOSAS.

FRASCO DE 100 GRS. DE ELIXIR.

Os números obtidos quando se aplica precocemente a gama-globulina são sensivelmente iguais aos do soro de convalescente — 80% de protecção e 20% de atenuação.

Mesmo quando aplicado após o início da erupção, Stokes e Gellos afirmam que se consegue uma modificação nítida da evolução da doença em cerca de 1/3 dos casos.

Em Portugal não temos qualquer experiência deste método, mas sabemos que, após a Guerra, a gama-globulina se tornou comercialmente acessível.

Contudo, uma vez liquidados os Bancos de Sangue por falta de dadores, o seu futuro parece um tanto incerto, pois depende essencialmente do fornecimento de sangue e das despesas de produção, que serão seguramente maiores em tempo de Paz por falta de dadores voluntários.

Neste quadro (segundo C. Janeway, no Brennmán's Practice of Pediatrics) representam-se esquemáticamente os resultados obtidos com os vários métodos de profilaxia

	N.º de casos	Ausência de doença Por cento	Sarampo atenuado Por cento	Sarampo Por cento
Soro de convalescente . .	1.627	75	17	8
Soro de adulto normal . .	584	56	24	20
Extracto de placenta . . .	2.740	64,3	30,4	5,3
Gama-globulina . . . . .	2.521	71,5	25,1	3,4

#### d) IMUNIZAÇÃO PELAS GLOBULINAS PLACENTÁRIAS

Este processo foi preconizado pela Escola Americana alguns anos antes do advento do método anterior, mas hoje está sendo menos usado, por os seus resultados serem nitidamente inferiores à imunização pela gama-globulina e pelo soro do convalescente.

Foram Mc Kahu e Chu os primeiros que nos deram a conhecer as suas experiências com extractos de placenta

humana. As suas investigações e ensaios foram seguidos com grande interesse em todas as partes do mundo, geralmente com resultados animadores.

A maioria das estatísticas dá-nos 70% de imunização, 25% de atenuação e 5% de fracassos.

Todos concordam que as reacções provocadas pela injeção são mínimas, apenas estando registadas reacções locais de carácter ligeiro.

\*

\*      \*

Como conclusão, podemos afirmar que ainda hoje se deve dar a preferência ao velho método de Deckwitz de imunização pelo soro de convalescente e sempre quanto possível devemos preferir a seroatenuação à seroimunização.

É uma regra imperativa injectar soro de convalescente, logo nos primeiros dias a seguir ao contágio, a todas as crianças portadoras de tuberculose evolutiva, distrofias graves e em todas as crianças em que tenhamos razão para supor que deva existir uma acentuada diminuição da resistência anti-infecciosa.

## BIBLIOGRAFIA

Brennan's Practic of Pediatrics — 1950

Tratado de Pediatria — Pfaundler e Slossmann — 1938

Tratado de Pediatria — Griffith e Mitclerc — 1943

Tratado de Pediatria — Dekwitz — 1936

Tratado de Patologia Interna — Bergmann — 1942

Imunização activa em Puericultura (Lição proferida no Curso de Aperfeiçoamento da Faculdade de Medicina de Lisboa) Castro Freire — 1938

Profilaxia do Sarampo — *Amatus Lusitanus* — Castro Freire e José Cutileiro — 1942

Idade Escolar e curso das infecções — *Terapêutica* — José Cutileiro — 1950

- Inmunisation contre la Rougeole par le sang du placenta — *Archives de Médecine des Enfants* — Jaime Salazar de Sousa — 1932
- Inmunisation active des nourrissons contre la rougeole — *Archives Françaises de Pédiatrie* — Karolá Papp (Budapest) — 1947
- Algunas consideraciones sobre sarampion y su profilaxia con globulina placentaria — *Revista Chilena de Pediatría* — Hector Pumarino — (Valparaíso — Chile) — 1939
- Gama Globulina — *Revista Chilena de Pediatría* — Werner Bustamonte — 1945
- Profilaxia con Globulina Gama — *Revista Espanhola de Pediatría* — 1946
- Considerazioni sulla imunità del moribilo del lactante al di sotto del sei mesi — *La Pediatría* — Umberto Salle — 1939
- Contribution a l'étude de la valeur prophylactique et therapeutique de l'extrait Globuline placentaire dans la Rougeole, la Escarlatine et les oreillons — *Archive des Médecins des Enfants* — Matilde Bieller — 1939
- Primi risultati sull uso dell estratto fenolico di placenta nella profilassi del moribilo — *La clinica Pediatrica* — Petraggiani (Roma) — 1940
- Sur la question de la profilaxie de la rougeole par le sérum adulte — *Révue Française de Pédiatrie* — Levine (Minsk) — 1934
- Tratado de Puericultura — Juan de Tony (Genova) — 1942

# MEDICINA PREVENTIVA E MEDICINA CURATIVA

JOSÉ CUTILEIRO

*Director do Centro de Saúde de Lisboa*

«Être homme, c'est précisément être  
responsable . . . C'est sentir, en po-  
sant sa pierre, que l'on contribue à  
bâtir le monde.»

SAINT-EXUPÉRY

O Centro de Saúde de Lisboa foi criado no ano de 1939 pela Direcção Geral de Saúde em colaboração com a Fundação Rockefeller. Pretendia-se que fosse uma unidade-modelo de sanidade urbana, cujos objectivos seriam:

- a) — Estudar as normas de trabalho adequadas ao ambiente, as reacções psicológicas da população, e os problemas sanitários locais;
- b) — Trabalhar na educação sanitária da área escolhida (Freguesia da Pena) com o fim de reduzir a morbilidade e mortalidade por causas evitáveis;
- c) — Contribuir para o ensino, fornecendo demonstrações práticas de actividade sanitária a médicos, estudantes, enfermeiras e fiscais sanitários.

Estes objectivos eram, pois, puramente de estudo e prática da Medicina Preventiva. Dois exemplos tornarão mais claro o que acabamos de dizer :

No Serviço de Higiene Infantil as crianças eram observadas periòdicamente desde o nascimento, estabeleciam-se normas dietéticas adequadas, e forneciam-se suplementos alimentares quando necessários. Se a criança adoecia, contudo, era enviada à consulta hospitalar ou entregue a clínico particular.

No Serviço de Profilaxia de Doenças Contagiosas, o papel do médico que aí trabalhava limitava-se, além da prática de vacinações, ao diagnóstico das doenças infecciosas que porventura surdissem e ao estabelecimento de normas de profilaxia em face de qualquer caso de doença dessa natureza; o doente, contudo, ou era enviado para um serviço hospitalar ou entregue a um clínico particular.

Com o andar dos anos, todavia, esta atitude rigorosa de Medicina Preventiva pura foi-se modificando. Dois factos contribuíram poderosamente para isto :

- a) — *Em primeiro lugar a atitude do público* : Este não compreendia facilmente a necessidade de se examinar periòdicamente uma criança que lhe parecia (e estava, na verdade, em muitos dos casos) completamente sã; e, sobretudo, ainda compreendia menos porque motivo, uma vez que a via doente, o mesmo Serviço que fôra tão solícito e dedicado quando aparentemente desnecessário, a enviava para um Hospital. Isto fazia as mãis dizerem, por vezes, que no Centro de Saúde só tratavam o filho quando ele não precisava de tratamento.
  
- b) — *O ponto de vista do médico* : Além deste critério do público havia também a opinião do médico. Não devemos esquecer que, na imensa maioria dos casos, se vai estudar medicina atraído pelo desejo de tratar doentes. (Pode, com o decorrer do tempo e o despertar de outros interesses, modificar-se esta atitude primitiva; mas há que

confessar que esse desejo é o mais importante na escolha da profissão médica.) Ora num Serviço de Medicina Preventiva pura, o médico limita-se a observar indivíduos sãos, a estabelecer normas de profilaxia, e a diagnosticar as afecções em início. Já falámos há pouco do que se passava no Serviço de Doenças Infecto-contagiosas; mas podemos também acrescentar que, no que se refere à tuberculose, o plano primitivo consistia em fazer provas de tuberculina, exames radiológicos do torax, e em enviar para serviço especializado, a fim de serem seguidos, os indivíduos que se verificava estarem infectados. Devemos dizer que, em nossa opinião, dificilmente se concebem tarefas mais monótonas para um médico.

Pouco a pouco, sem se dar por isso, o serviço de Medicina Preventiva foi tomando também seus aspectos de Medicina Curativa. As razões deste facto foram as que acabamos de referir: por um lado, era uma forma de atrair o público, de o não deixar fugir, e de o fazer mais facilmente sujeitar-se a uma acção de educação sanitária; por outro lado, era a atitude do médico que, *inconscientemente*, tentava quebrar a monotonia dum trabalho exclusivamente sobre indivíduos sãos, e ia seguindo, e tratando, o caso de doença que diagnosticara.

\*

\*      \*

Analisemos ainda outros aspectos do problema. Até aqui só falámos das dificuldades em manter com bom rendimento um serviço de Medicina Preventiva pura. Vejamos agora alguns inconvenientes, para a organização dos serviços médicos em geral, da dissociação entre a Medicina Preventiva e a Medicina Curativa.

Em certo número de afecções já se julgou indispensável associar, nos Serviços de Saúde Pública, a Medicina Curativa à Preventiva. As doenças venéreas pertencem a

este número: na realidade pareceria absurdo proceder ao despiste de casos de sífilis sem lhes oferecer possibilidades terapêuticas, visto que o tratamento das sífilis recentes, habitualmente contagiosas, constitui uma etapa fundamental na profilaxia da doença, por controlar ou suprimir as fontes de infecção.

Há, em segundo lugar, uma duplicação desnecessária de serviços, com um acréscimo de material facilmente evitável. O trabalho de despiste de casos de tuberculose pelo exame radiológico poderia fazer-se perfeitamente no serviço hospitalar que tivesse a seu cargo o tratamento de enfermos, desde que dispusesse de pessoal suficiente, sem necessidade, portanto, de duplicação de aparelhagem. E o mesmo se poderá dizer do serviço de análises clínicas.

Mas, além destes aspectos, outro existe que se nos afigura mais importante, e que é a integração da medicina na sua função social. No Hospital (organização-tipo da Medicina Curativa) o doente internado apresenta-se ao médico que o trata isolado do seu ambiente habitual, que, em muitos dos casos, originou ou contribuiu fortemente para a eclosão da doença. O clínico hospitalar tratará desta, e, quando o enfermo melhorar ou se curar, fá-lo-á regressar ao seu ambiente anterior, mal pensando, na maioria das vezes, que o leva a retomar as mesmas condições que, mais tarde ou mais cedo, acabam por o fazer tornar ao hospital.

Mas, por outro lado, no serviço de Medicina Preventiva pura, o médico que só estuda o ambiente e as condições que frequentemente conduziram à doença, limita-se a observar esta na sua fase inicial e não chega a constatar em toda a sua plenitude — porque o estudo e tratamento do doente já lhe não competem — as consequências daquilo que observou e se torna necessário evitar.

A experiência de qualquer destes médicos é portanto incompleta, e por isso pouco satisfatória sob o ponto de vista científico: o primeiro regista os efeitos sem ter observado as causas; o segundo analisa as causas sem nunca ter observado plenamente os efeitos. A função histórica e social da Medicina — *conservar a saúde e tratar os doentes*

— aparece-nos aqui dissociada, sem atender a que o homem é *uno*, e esquecendo os magníficos ensinamentos dalguns ramos da ciência, como a nutrição, em que a colaboração fecunda de investigadores, clínicos, e higienistas, tem permitido progressos espectaculares, quer no campo da terapêutica dos estados carenciais, quer no da sua profilaxia pela determinação das necessidades nutritivas do homem são.

Traduzirá esta maneira de ver uma opinião isolada resultante duma experiência infeliz e rara? Pensamos que não: na Polónia de antes da Guerra, a Fundação Rockefeller criara, em colaboração com o Governo, numerosos Centros de Saúde; por volta de 1939 o número de instituições ascendia já a algumas centenas, o que demonstrava bem o seu êxito. Mas havia-se dado uma evolução profunda no seu funcionamento — e de Centros de Medicina Preventiva que haviam começado por ser, tinham passado a Centros em que a Medicina Curativa e Preventiva exerciam, par a par, as suas actividades. Por seu lado, durante a última Guerra, o Ministério da Saúde Pública da Grã-Bretanha passou a interessar-se muito pelos problemas da Medicina Curativa; e o Oficial de Saúde Pública britânico deixou de ver as suas funções limitadas ao campo da Medicina Preventiva pura, para passar também a dirigir todo um serviço cujo pessoal clínico pode ser chamado a tratar doenças de toda a espécie.

\*

\* \*

Qual a melhor solução? — perguntar-se-á. Pensamos que as organizações de Medicina Preventiva pura se devem limitar a um ou dois grandes Institutos, onde se façam estudos de carácter especializado e se abordem problemas deste ramo da medicina que exijam técnica mais diferenciada, e a alguns Centros de Saúde modelares, destinados ambos os tipos de organização ao estabelecimento de normas a aplicar em grande escala. Estes grandes organismos estariam, claro está, em íntima ligação com instituições de Medicina Curativa, (deveriam ser até anexos a estas) e

daí irradiariam as directrizes técnicas a adoptar nos vários pontos do país.

Mas, na sua generalização, a Medicina Preventiva e a Curativa devem estar intimamente associadas. É evidente que não desejamos, por exemplo, que num hospital de província haja uma única consulta para crianças sãs e enfermas; mas o que pretendemos é que nas duas consultas, a dos sãos e a dos doentes, o médico seja o mesmo, e haja uma continuidade na observação do indivíduo através da saúde e da doença, um conhecimento profundo do seu ambiente e da sua patologia, e uma coordenação perfeita entre a profilaxia (1) e a terapêutica. O mesmo poderemos dizer, por exemplo, no que se refere aos serviços de des- pite e tratamento da tuberculose.

Visto o problema desta maneira, a educação do futuro médico, em matéria de Medicina Preventiva, reveste-se duma importância excepcional. É já clássico dizer-se que, por muito boa que seja a organização sanitária dum país (o que não é, evidentemente, o nosso caso) está destinada a fracassar na sua missão se lhe faltar a colaboração do médico prático; na realidade é através dele, da notificação sistemática e correcta das doenças que vá observando, que os Serviços de Saúde terão uma noção clara dos problemas sanitários do país. Mas, tão importante como a notificação, seria o aplicar, no exercício da sua clínica diária, de mil e uma normas de Medicina Preventiva. Ninguém como ele está indicado para o fazer, dado o prestígio de que em geral goza na família do enfermo a seu cargo. Para que o possa realizar, contudo, é essencial (além do conhecimento das normas) que a sua mentalidade se modifique, de maneira a não ver na medicina unicamente a arte (ou a ciência, conforme a encaremos...) de tratar doentes, ignorando por completo a sua acção preventiva. Todavia, para que esta modificação de mentalidade se desse, era decerto necessário reformar profundamente em muitos pontos o

---

(1) É esta, de resto, a situação da maioria dos pediatras no que se refere à sua clientela particular.

ensino da Medicina; mas seria uma doce ingenuidade ver nesta questão unicamente o seu aspecto de técnica de ensino. Trata-se, acima de tudo, dum problema de ética — o da responsabilidade do médico perante a saúde do seu semelhante. E embora constatando a importância da Universidade neste campo, há que reconhecer que o papel principal compete à sociedade em que o médico vive. Há muitas formas, decerto, de ensinar ética — mas uma única de a *aprender*: através do exemplo recebido desde a infância.

# A COLAPSOTERÁPIA EM FACE DA QUIMIOTERÁPIA DA TUBERCULOSE PULMONAR

FERNANDO LEAL

*Interno de Medicina dos H. C. L.*

*Ex-Assistente da Thurg. Schaff.  
Heilstätte (Davos Platz)*

Podemos dividir esquemáticamente o tratamento da tuberculose pulmonar nas modalidades: eutrófica, específica, colapsante e resseccionista.

○ O tratamento eutrófico abrange de uma forma geral todos os cuidados de natureza higiénica e alimentar, medicação sintomática e climoterápia.

○ O tratamento específico corresponde ao emprego de substâncias de natureza química, ou biológica, que actuam directa, ou indirectamente, sobre o bacilo de Koch.

○ O tratamento colapsante e resseccionista é aquele que pretende anular, localmente, colapsando ou ressecando, o tecido necrosado.

A quimioterapia da tuberculose é das ambições terapêuticas mais antigas. Entre outras substâncias, empregaram-se os preparados de arsénio, introduzido por Erlich para o tratamento da sífilis, e depois utilizado na tuberculose sob a forma do irrisório licor de Fowler, o fósforo, o iodo, até que em 1924, Möllgard iniciou o reinado pertinaz da Sanocrisina.

Quando estudamos a história desta modalidade terapêutica da tuberculose, não deixa de ser estranho, como afirma Riggins, que cada uma das várias substâncias tivesse gozado de tanto entusiasmo e favor, generalizando-se no alheamento de qualquer crítica científica, e, apenas, ao sabor das chamadas «impressões clínicas».

O facto é que além da quimioterapia, outros pretensos tratamentos específicos, como a vacinoterapia e a tuberculinoterapia (iniciada por Roberto Koch em 1898) fizeram sucessivamente fama, oscilando das modestas pretensões de terapêutica paliativa a curativa, e sempre de desilusão em desilusão.

Na actualidade, e a partir de 1944 com os trabalhos de Schatz, Waksman, Feldman e Hirschaw, que levaram à descoberta de estreptomina, a quimioterapia da tuberculose goza, de novo, duma idolatria geral, onde além do antibiótico referido, são favoritos o ácido para-amino-salicílico (Bernheim e Lehman) e os derivados sulfatiodiazolados (Dogmak).

Este recrudescer da quimioterapia tem a sua justificação, entre outras razões, no conceito patogénico simplista que faz da tuberculose uma infecção como qualquer outra e portanto com a possibilidade de poder ser tratada especificamente.

Não nos cabe agora estudar o problema da patogenia da tuberculose, mas diremos que existem nesta afecção pontos suficientemente obscuros, para que possamos considerar aceitável aquela explicação, e pretenciosa a conduta terapêutica que dela deriva. Sendo assim quais são os requisitos duma quimioterapia eficaz?

Em princípio, como já dissemos, pretende-se influir, directa ou indirectamente, sobre o mecanismo de reprodução e multiplicação bacilar com o «desideratum» de esterilização total do organismo infectado.

Como se sabe, o termo «virulência bacilar» exprime um conjunto de atributos como sejam a capacidade de penetração, difusão e toxicidade do agente patogénico. Cada grupo de germes distingue-se no entanto, e apenas, por algum destes atributos, ou melhor pelo predomínio de

alguns deles, e deste modo por uma chamada patogenidade de grupo.

O bacilo de Koch pertence à categoria dos germens com um longo período de incubação, acrescido duma notável capacidade de persistência; daí o tipo predominantemente evolutivo crónico da doença.

A quimioterapia da tuberculose tem de atender antes de mais nada, e em especial, a estas características biológicas da doença causada pelo bacilo de Koch, e duma maneira geral às condições básicas em que assente tal modalidade terapêutica. A sua acção deverá ser dupla, actuando não só sobre os bacilos, como sobre os tecidos, favorecendo, potenciando, os mecanismos de defesa dos mesmos.

Pouco se sabe, todavia, destes mecanismos íntimos. Desconhece-se, por exemplo, porque é ineficaz a estreptomomicina na pneumonia caseosa; porque actuam diferentemente os agentes terapêuticos, «in vivo» e «in-vitro»; porque razão o antibiótico atraza, inibe ou impossibilita a multiplicação e o crescimento das bactérias.

As hipóteses de Erlich (afinidade selectiva entre o agente terapêutico e o protoplasma da bactéria) e de Waksman (interferências no meio ambiente da bactéria, que lhe dificultam o metabolismo normal e a absorção dos nutrientes essenciais) necessitam ainda de confirmação.

Quanto à tuberculose, em especial, o fármaco ideal deverá possuir não só uma actividade bacteriostática, sobre o bacilo, como uma acção dinamogénea sobre os tubérculos (Kohmer).

Além disso deverá ser suficientemente difusível para penetrar nas lesões avasculares, encapsuladas, e identicamente nos monocitos e células epitelióides onde o bacilo vive em estado de parasitismo endocelular: esta penetrabilidade não é, todavia, condição indispensável, visto que a droga já será eficaz se evitar pelo menos as disseminações do mal. A sua acção bacteriostática deverá ser específica, ou selectiva, para o bacilo de Koch, sem possuir qualquer acção tóxica geral sobre o protoplasma celular, de maneira a poder ser tolerada em doses terapêuticas durante um

longo período de tempo, condição indispensável na tuberculose que, como se acentuou, é uma doença crónica de evolução arrastada, onde o encapsulamento das lesões favorece a latência bacilar, permitindo uma longa sobrevivência do mesmo.

Resumindo: qualquer quimioterapia, se bem que assentando ainda em princípios empíricos, tem de obedecer pelo menos obrigatoriamente a um mínimo de condições que são ditadas, por um lado pelas características biológicas do bacilo e, pelo outro, pela natureza histológica das reacções tecidulares. A estreptomycina, particularmente na sua forma menos tóxica — a dihidroestreptomycina — é, na actualidade, a substância que mais se aproxima do óptimo requerido para o tratamento da tuberculose. Está, todavia, muito longe de ser o fármaco ideal. Porquê?

Primeiro, porque é suficientemente tóxica para que em certos casos se tenha de interromper o tratamento; segundo porque não é de acção suficientemente rápida para conseguir a esterilização desejada, sem que, previamente, se desenvolva a fármaco-resistência.

Como foi recordado por Yegian, Vanderlinde, Owen, e outros, os biólogos consideram, em geral, que as variações genéticas, que originariam as várias estirpes bacterianas, são provocadas por três mecanismos: recombinações, aberrações e mutações celulares. O estudo «in vitro» do bacilo de Koch mostrou que podem verificar-se variações bacterianas, não só espontaneamente, como por adaptação celular ao meio ambiente. Existem, desta maneira, e no primeiro caso, um factor hereditário de sobrevivência a partir das mutações celulares; no segundo condições locais que favoreceriam um tipo celular dominante, e dependente do meio ambiente.

Quer dizer, sob acção dum determinado agente quimioterápico, podem aparecer raças bacterianas fármaco-resistentes a partir duma resistência inicial atávica, ou por mutações ou ainda por uma adaptação celular dependente da própria terapêutica. De todos estes mecanismos o primeiro parece ser o mais provável e frequente.

E são estas, essencialmente, as circunstâncias bioló-

gicas que tiram ao antibiótico o título de fármaco ideal. É mais uma vez repetimos que os factores que «no vivo» condicionam, por um lado, as mutações bacterianas, e pelo outro, a eficácia de drogas, são-nos parcialmente desconhecidos.

Teòricamente a estreptomycina actuaria em duas fases, uma reversível, durante a qual a concentração bacteriana cresce até ao limiar crítico bacteriostático; outra, irreversível, para lá do limiar da qual certos efeitos inibidores de que fazem parte a cisteína, o cloreto de sódio e os ácidos, entrariam em acção, anulando a sua eficácia terapêutica.

A fármaco-resistência é pois um factor iniludível e seguro; essa resistência, uma vez adquirida, é herdada, mantendo-se nas sucessivas gerações patogénicas; e pode estabelecer-se tão rapidamente que já exista ao fim de quatro horas.

Referimo-nos às objecções que à luz dum critério científico chegariam, só por si, para fazer encarar com reserva o súbito fulgor com que a estreptomycina irrompe na terapêutica da tuberculose.

Elas foram, aliás, reconhecidas e apontadas desde o princípio pelos introdutores do antibiótico.

Todavia os clínicos não se aperceberam destas limitações; mesmo os mais experimentados esqueceram completamente a possibilidade, tantas vezes confirmada, das remissões espontâneas da doença, e todos contribuíram para a formação do clima de favoritismo que inicialmente fez do antibiótico a droga maravilhosa.

A noção dominante actual é, pelo contrário, que a generalização da quimioterapia veio complicar em vez de facilitar o tratamento da tuberculose, pelas suas inúmeras curas falsas, pela perda de tempo e pela situação desfavorável em que coloca aparentemente a colapsoterapia.

É fundamental salientar que é sobre o cortejo sintomático da doença que a estreptomycina tem um efeito marcado, com uma correspondente melhoria radiológica, mas não proporcional, das lesões, de maneira que se consegue um «arrefecimento» do processo num tempo que não era o habitual com o simples repouso no leito. No entanto, de-

pois do que se sabe acêrca da fisiopatologia destes sintomas, é sugestivo que o antibiótico não deve ter apenas um efeito específico bacteriostático sobre o bacilo de Koch, mas que também deve actuar sobre a restante flora bronco-pulmonar, tornada patogénica, associações bacterianas estas que, todavia, e da mesma maneira, cedem muitas vezes brilhantemente à associação penicilina-sulfamidas.

O desaparecimento de cavidades recentes e das formas infiltrativas agudas, pela anulação de certos factores, como sejam, por exemplo, o mecanismo de insuflação cavitária, fenómenos atelectásicos por obstrução brônquica inflamatória e os exsudados não-caseosos, que mascaram certas lesões necrosadas mínimas, constituem um dos aspectos mais enganadores da acção do antibiótico. A recidiva é a regra, tornando-se as possibilidades terapêuticas futuras mais complexas e difíceis.

O retorno às modalidades clássicas da colapsoterápia, com os francos progressos que nela se fizeram, quanto ao momento e tipo da intervenção, e dentro das suas novas indicações onde se sabe utilizar o antibiótico como preparação ou guardá-lo, numa expectativa armada, é a preocupação dominante do fisiologista.

No que diz respeito à atitude do clínico geral, começa já a ser inadmissível, tão inadmissível como o emprego da morfina nos síndromas dolorosos abdominais, o uso isolado, sem «diagnóstico», da quimioterapia da tuberculose pulmonar.

## BIBLIOGRAFIA

- Owen et al. — *Amer. Rev. Tub.* — 61 : 705, 1950  
Simmonds et al. — *Amer. Rev. Tub.* — 58 : 537, 1948  
Relat. de Am. Trudeau Society — *Amer. Rev. Tub.* — 61 : 436, 1950  
Riggins — *Amer. Rev. Tub.* — 57 : 35, 1948  
Holmer — *Amer. Rev. Tub.* — 57 : 25, 1948  
Haxes — *Amer. Rev. Tub.* — 58 : 476, 1948  
Dogmak (G.) — *Beit. z. Klin. des Tub.* — 101 : 365, 1948  
Relat. to the Council — *J. A. M. A.* — 142 : 650, 1950

*Para o tratamento das  
infecções da boca, faringe  
e amígdalas*

## **RECTOFARINGIL**

SAL LIPOSSOLÚVEL DE BISMUTO EM SUPOSITÓRIOS

## **NEO-GARGAROL**

NEO-ARSEFENAMINA EM COLUTÓRIO GLICERINADO

# 2 TÓNICOS

*dignos de nota*



## TÓVI

AMINO-ÁCIDOS  
EXTRACTO DE CARNE  
ANFETAMINA  
GLICEROFOSFATO DE FERRO  
VITAMINA B1

## TÓVI

### GRANULADO

GLICEROFOSFATOS DE CALCIO  
E FERROSO—GLUCONATO DE  
COBRE—ÁCIDO GLUTAMICO  
TRIPTOFANO — LISINA  
VITAMINAS B1, B2, PP, C e D2



- Riggins and Hinschaw — *J. A. M. A.* — 140:876, 1948  
Yegian et Vanderlinde — *Amer. Rev. Tub.* — 61:483, 1950  
Bogen et al. — *Amer. Rev. Tub.* — 62:226, 1950  
Bernard (E.) et al. — *Revue de la Tub.* — n.ºs 1 e 2, 1950  
Steele — *Amer. Rev. Tub.* — 58:393, 1948  
Huerback — *Amer. Rev. Tub.* — 58:449, 1948  
Huerback — *Lancet* — 1:264, 1950  
Florey et al. — *Amer. Rev. Tub.* — 58:421, 1948  
Linz — *Bruxelles Medic.* — 7 Maio, pág. 997, 1950

# BERNARDINO ANTÓNIO GOMES... E DUAS PALAVRAS A PROPÓSITO

SEBASTIÃO JOSÉ DE CARVALHO

(*CHANCELLEIROS*)

Isto é dito para aqueles que perdoam a pobreza da matéria mas entendem a sinceridade da intenção.

Há pouco tempo escrevia-me um colega que por sua inverosimil assinatura me deixou no desconhecimento de quem seria, (mas que denuncia pelo arrevezado da letra uma invulgar personalidade... pelo menos na letra), classificando-me com ironia e não poucos lugares comuns de... «ressuscitador de mortos».

O colega referia-se a esta minha «sarna» de escrever à cerca dos mortos que em vida valeram muito. Ou sobre coisas que por serem de tempos idos parece que também já morreram, mas que às vezes estão mais vivas do que se suspeita. Seja como for. Eu sou dos que crêm, como dizia Blasco Ibañez, que os mortos mandam. E também sou dos que não gozam do alto dom de os ressuscitar. Seria rico, celebrado, além de ficar no polo oposto de alguns que com desembaraço e boas maneiras vão enterrando os vivos que a fatalidade adrega de lhes opor à certa pontaria.

Mas a ironia deste, que não está sozinho na crítica bicuda que me faz, ou a generosidade benevolente dos que me poupam, impõe-me o dever de uma justificação.

Tanto mais quanto é certo que não estou na disposição de arrepjar caminho.

É difícil e perigoso falar do futuro. Para além da alta cumiada aonde nos encontramos, enxerga-se apenas bruma espessa ocultando o panorama e a estrada pela qual teremos de ir andando, e que aqueles que vierem depois de nós não deixarão de palmilhar duramente com os seus passos.

E não tenho «binóculo de nevoeiro», nem «radar» que me oriente, nem desejo seguir o exemplo (com a devida vénia e guardadas as distâncias) daquele figurão que profetizava mil anos de prosperidades para o seu povo, sem prejuízo de, pouco depois, atirar consigo e com ele em trambulhão de mão cheia.

Livre-me Deus de atrair o leitor a abismos e perigos. Há para aí uns conceituados surrealistas que me parecem esplêndidos cicerones desse «mar tenebroso». Siga-os quem goste de aventuras, não teme as desilusões e aborrece os mortos... que eu ressuscito.

Por mim, nesse tortuoso caminho não me meto, o que não quer dizer que já armasse a tenda e resolvesse, entorpecido e rabujento, envelhecer. Nada disso. Nem mesmo com acrimónia descomponho os mais moços, ou com sorna e gosma hostilizo o progresso. Até posso afirmar que simpatizo com a mocidade de cabeça ao vento. O que não quer dizer que me solidarize com essa outra espécie de gente moça, «cabeça de vento».

Abdiquei sem sacrifício, do colarinho de goma. Troquei sem pestanejar o redondo coco pelo democrático chapéu mole. Guardei sem saudades piegas a minha velha «canne à pomme d'or». Mas o que não largo é o bom senso, a boa educação e os bons costumes.

Por isso olho desconfiado as brumas cinzentas do futuro. Cinzentas e mal encaradas. E não é melhor a minha disposição de espírito em relação aos destemperos do presente.

Aí está porque me refugio no tempo passado onde tudo é calmo e é repouso.

Sucumbiram as paixões em cinza e nada. Acalmaram

os ventos rivais. Desceu sobre os mortos uma grande e infinita paz.

Desfez-se em pó tudo quanto era vulgar. Só as sombras dos que não mereciam morrer balizam os séculos e ficaram no tempo.

É a essa tranquilidade augusta, a essa serenidade sem mácula, onde há justiça e beleza, que me acolho. É aí que procuro o refúgio deste chinfrim de feira, desta tumultuosa confusão dos nossos dias. E que terrível confusão e que perturbador espectáculo!

Uma «miss» beleza qualquer, empolga Vénus, ultrapassa a fama de Diana e achincalha Minerva. O Zeferino que extorquiu a camisola amarela ao Melancia, num «sprint» heróico (palavreado das gazetas), atira ao ar com Marte que não sabia andar de bicicleta e faz em cacos a gloriosa auréola de Aníbal. O maestro Saraiva linfático e medíocre, enxerta a Flauta Mágica de «Swing» ou maxixe e temos Mozart espatifado.

Rafael desbancado por Picasso. Zurbaram colhido e volteado por qualquer troca-tintas irresponsável ou patife.

As ondas sonoras, maravilha fatal da nossa idade, penetram em toda a parte com o desembaraço pitoresco de Madame Sans Gêne. Um discurso académico, com dois tintos de carrascão no «Alto aí oh Pina». O fado gingão, introduzindo-se de rabona, no *boudoir* de Madame la Marquise. Lizi, com a barba por fazer e de pantufas, no 5.º andar das Soizas. O «God Save the King», com bacalhau à Gomes de Sá, no Mesquita!

A literatura condensada, agora em moda, do tipo «pocket's book», transforma uma descoberta científica numa pilhéria em pílula. Aí o sábio toma as proporções de uma drageia. E assim, louvado seja o Senhor, temos filósofos em comprimidos, escritores em ampolas, poemas em tabletes.

Eça, ao comprido, ao natural, poucos lêem; e Camilo ninguém lê. Mas aquela coisa a que se chama «selecções», escrita em português de beduíno e que aparece por aí em períodos menstruais bem regrados, é um êxito e um negócio.

Em verdade, o presente perturba-me e assusta-me.



Caixas de 1 e 5 frascos contendo cada frasco  
400.000 U. assim distribuidas:

PENICILINA G SÓDICA 100.000 U.

PENICILINA G PROCAÍNA 300.000 U.

e a nova modalidade INFANTIL, frasco de  
150.000 U.

(=100.000 U. G Procaína+50.000 U. G Sódica)



*Novidade!*

# REUSSANIL

UM ANTIRREUMATISMAL BEM  
TOLERADO PELO ESTÔMAGO,  
MESMO EM DOSES ELEVADAS

Composição por comprimido:

Metilamino-antipirina-me- tano-sulfonato de sódio (Nondolil) .....	0,30 gr.
Salicilamida .....	0,30 gr.
Vitamina B1 .....	0,03 gr.

Tubo de 10 comprimidos

Tenho a impressão de assistir a um Carnaval ciclópico de onde a inteligência sairá mutilada, e o espírito envilecido.

Do futuro não sei nada. Mas temo-o. Vejo o que sucedeu à excelente Física; pariu a bomba atómica. E receio muito a emancipação do fedelho, já que aquela traquinice de Hieroshima não é de bom agoiro. Da Química, com a sua prole de gases asfíxiantes, direi o mesmo. Senhora muito respeitável, mas susceptível de leviandades (la donna e mobile) com os consequentes escândalos. Aí temos o gás mostarda cujos pirrices já experimentámos; e outros gases que prometem um futuro de perigosa flatulência.

Prefiro voltar os olhos para os tempos idos. Trazer à memória dos vivos a recordação de nomes ilustres. Maneira de concorrer com poção calmante a temperar a inquietação da hora que estamos a viver. Maneira de lembrar que temos raízes no passado; tradições sagradas; exemplos nobilíssimos. Sem eles, desprezando-os ou esquecendo-os, a vida de amanhã decorreria no turbilhão de um manicómio universal, ou estalaria com os peitos abertos, depois de um galope sem freio, no areal da mais espantosa e brutal animalidade.

Dante desceu aos Infernos. Era naquele tempo! Eu, pobre de mim, o que pretendo é fugir do Inferno. E como não posso assentar arraiais entre os mortos (não chegou a minha hora) trago os mortos para este arraial de vivos. Há uns leitores que me levam isto a mal. Camilo, chamar-lhes-ia «facinorosos». Eça, diria desses o que dizia do Steinbroken.

Outros, toleram-me. São os que o Senhor de Lamartine definiria de... «excelents caractères». Finalmente, dos que me aplaudem não digo nada, nem invoco nenhum imortal para que me ajude a classificá-los, pela simples razão de que não existem. Jesus disse: o meu Reino não é deste mundo.

E agora, com licença de todos, eis Mestre Bernardino António Gomes, no seu lugar da Galeria dos Médicos ilustres. Galeria que humildemente e religiosamente ando a limpar das teias de aranha do esquecimento.

Nasceu Bernardino António Gomes no ano de 1806.

Filho de outro Dr. Bernardino António Gomes, também ilustre (1). Neto do Dr. José Manuel Gomes, que gozou de boa fama. Se considerarmos que o nosso biografado deixou dois filhos que foram também homens distintos, Henrique e Bernardino de Barros Gomes, concluímos que a linhagem era boa, embora carecida de braço, que também não é género de primeira necessidade. A não ser quando se não degenera e segue com obediência a divisa daquela casa nobre francesa, dos ilustres Rohan, que inscrevia no seu braço: «Rohan soit».

Bernardino António Gomes, era menino de colo quando as hordas franceses assolaram o país às ordens do famigerado côrso. Bebeu no primeiro leite os transe dramáticos da Guerra Peninsular. Rapazinho, presenciou os acontecimentos de 1820.

No cerco do Porto bateu-se como simples soldado. Ali, escreveu Pinheiro Chagas, auxiliou a combater o flagelo da epidemia que por um momento ameaçou destruir o exército liberal. Como referem os seus biógrafos (2), a par dos seus talentos, deu provas da mais estóica coragem, animando os tíbios, fortalecendo os descrentes, revigorando a fé dos que já desesperavam sobreviver de entre tantas provações.

Foi incumbido logo que terminou a guerra civil de colaborar na reforma do ensino médico em Portugal, o que fez com o maior êxito, aproveitando os ensinamentos aconselhados pela experiência nas Escolas estrangeiras e introduzindo-os nos regulamentos universitários nacionais.

Como médico da côrte grangeou a confiança e a estima desse grande Rei que foi D. Pedro V e da Rainha D. Estefânia.

Em Londres, obteve que as célebres colecções científicas Welwitsh que nos eram disputadas, fossem entregues ao governo português, passando a fazer parte do património nacional. Em Constantinopla, na Conferência Sanitária Internacional, demonstrou com o maior brilho que pertencia a um português, Garcia de Horta, a glória dos primeiros estudos do cólera. Privilégio esse que nos era disputado, em benefício de um médico holandês.



*DR. BERNARDINO ANTÓNIO GOMES*

Foi membro efectivo da Real Academia das Ciências. Muito lhe deveu a nobre Gazeta Médica, de que foi redactor principal muitos anos, publicando nas suas páginas numerosos trabalhos científicos em que se afirmava a sua forte personalidade.

Professor da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, correu para o seu prestígio. Sem ser pròpriamente um orador, as suas lições assinalavam-se pela clareza e nitidez da exposição e pela seriedade e dignidade com que versava as matérias, subjugando a atenção dos que o ouviam.

Sem recorrer à habilidade palavrosa, aos artifícios da oratória, impunha-se pela austeridade e firmeza do estilo, pela profundidade dos conceitos. Constantemente a par das mais recentes aquisições científicas, não se deixou cristalizar còmodamente, nem pela idade, nem pela doença (3).

Professor zeloso; de uma assiduidade ao hospital e à Escola, exemplar.

Na intimidade, como na vida pública, evidenciou o carácter austero de um homem de bem. Foi um polemista ardente e enérgico de que deu sobejas provas particularmente quando disputou com o Marechal Duque de Saldanha, sobre questões médicas. Assuntos esses, em que o Marechal tinha o fraco de se julgar forte. A propósito recordarei que já nesta revista se tratou dessa questão. Para quem tenha curiosidade lembro o meu artigo «O Marechal Duque de Saldanha e os Médicos». Aí se pode ler parte de uma carta que Bernardino António Gomes escreveu ao Marechal, e onde se ajuiza da pureza do estilo e da energia de carácter do autor (4).

Afastou-se da Escola para se absorver nos seus trabalhos, numa idade em que ainda poderia ter sido tão útil aos seus discípulos. Mas entendeu servir melhor a ciência que tanto amou, dedicando-se aos seus escritos e memórias, que foram numerosos (5).

Além disso, o Governo da Nação constantemente recorria ao sábio professor encarregando-o de comissões officiais de grande responsabilidade.

Faleceu aos 71 anos em seguida a uma inesperada crise de depauperamento. Dir-se-ia toda a força da sua

grande alma, toda a energia e ardência do seu coração se exauriram subitamente.

Morreu, como disse o Dr. Tomaz de Carvalho no seu elogio fúnebre, com a placidez de quem sabe que cumprira exemplarmente a sua missão na Terra. Com a coragem de que tantas vezes deu provas na luta da vida e até como soldado. Sobretudo, morreu com a serenidade do grande e verdadeiro filósofo que não disputa à terra o corpo já rendido pela idade, e entrega a alma, que é de Deus, no seio de Deus.

Sem dúvida o maior mérito de Bernardino António Gomes e a razão mais poderosa para que o seu nome mereça um particular destaque, reside no importantíssimo papel que ele desempenhou como renovador de ensino médico em Portugal.

Há que considerar que o ensino universitário não podia deixar de se ter ressentido no longo período de perturbações por que a Nação passou nessa época. Os anos agitados que precederam de perto as invasões. E desde então, até ao fim da guerra. O Governo Beresford. A inquietação nacional que agitou o país e na qual a academia participou tão intensamente. Em seguida, os primeiros abalos provocados pelas ideias liberais, a Constituinte de 1820 e, numa palavra, a perturbação política que precedeu a guerra civil. Também esta, lançando o país na confusão, concorreu para anular a calma necessária ao estudo, afectando tanto os que ensinam, como os que aprendem. E pior do que isso, anarquizando a disciplina académica, chegando ao extremo de ir até ao massacre bárbaro dos mestres, cometida por desvairados estudantes de Coimbra.

O período da renovação e rejuvenescimento dos estudos universitários que se seguiu à vitória liberal, foi ainda afectado pela série de acontecimentos políticos que continuaram a dividir o país em seitas, em partidos que a paixão desvairava.

E isto sucedia ao mesmo tempo que no estrangeiro, particularmente em França, começava a grande era do Renascimento Médico. A grande hora da medicina.

Foi na verdade necessário um impulso de gigante para

colocar Portugal num nível que não nos envergonhasse, que não nos rebaixasse à craveira de uma nação bárbara. E esse impulso realizou-se. A Universidade de Coimbra e a Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa reuniram elementos magníficos que abriram aos largos horizontes das novas correntes científicas, plenamente, os seus claustros.

Bernardino António Gomes, com o poder do seu talento, com a clarividência do seu espírito brilhantíssimo, com a firmeza do seu carácter, inteligente, sábio, activo, tenaz e probo, reuniu em si todas as altas qualidades, todas as virtudes precisas, para ser como foi, em Portugal, um dos grandes obreiros dessa ressurreição.

Saneou o meio académico, disciplinando-o. Introduziu nos regulamentos e nos programas as mais recentes aquisições da ciência médica. Foi exemplo dos seus alunos. Foi modelo para os seus pares. Estimulou, interessou, animou. Foi reformador e criador. E a despeito das vicissitudes políticas pelas quais Portugal passou, constituiu-se um grupo de estudiosos, médicos distintos, professores respeitáveis.

A obra, a tarefa dura, para a qual tanto contribuiu Bernardino Gomes, foi o germen fecundo que havia de dar ao meio médico do país, a brilhante pleiade de ilustres figuras de alto relevo na ciência e também a falange obscura, mas heróica, que com tanta coragem como abnegação e capacidade profissional se havia de bater com o cólera e febre amarela que devastaram a nossa terra.

E havia ainda de continuar-se nas gerações seguintes, deixando-nos seguir a trabalhosa tarefa de curar com dignidade, ou aos mais categorizados a digna responsabilidade de ensinar com merecimento.

A Escola onde Bernardino Gomes pontificou, deixou de ser a criadeira irresponsável de Curvos Semedos.

Da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa haviam de sair homens como Câmara Pestana e Ricardo Jorge, como dela já tinham saído homens como Magalhães Coutinho, José de Avelar.

E acima dos homens, mais alta do que eles, coroa de glória da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, está aí esse

seu honroso e fecundo prolongamento, onde nós, (quem escreve estas linhas e quem me lê) nos fizemos homens, e aprendemos o muito que sabem os leitores e o pouco que eu sei. A nossa Faculdade.

## NOTAS

(1) Bernardino António Gomes, pai do nosso biografado, foi médico e botânico muito distinto.

Gozou de grande fama, em Portugal e no Estrangeiro, para onde foram traduzidos muitos dos seus trabalhos.

(2) Pinheiro Chagas (Dic. Pop. V Volume).

(3) Elogio fúnebre — Prof. Ferraz de Carvalho.

(4) O artigo em questão foi publicado na «Terapêutica» n.º 2 (Ano I); como este número está esgotado, pensamos ter interesse a reprodução da citada carta de Bernardino Gomes, escrita após a leitura de um opúsculo em que o Marechal Duque de Saldanha defendia enérgicamente o magnetismo animal, o mesmerismo, a homeopatia e outras actividades do mesmo quilate, proclamando-os terapêuticas soberanas e prodigiosas.

Vejamos a carta:

«Ilm.º e Exm.º Sr. Duque de Saldanha — Recebi e li o que V. Ex.ª publicou com o título de — memória sobre o estado da medicina em 1858 —. Agradeço a V. Ex.ª a atenção que mereci nesta remessa, e alguma expressão lisongeira que incidentalmente se dignou dispensar-me no corpo do escrito. Todo êste favor porém, Sr. Duque, não apaga a dolorosa impressão que me produziu a leitura do livro, que muito desejava, por V. Ex.ª, que nunca houvesse publicado.

Quási de princípio até ao fim V. Ex.ª escreveu debaixo da influência de falsas impressões, e talvez de algum despeito que o tornaram injusto, exagerado, apreciador infiel dos factos e desapiedado até com uma classe, sobre a qual já não pesam poucos motivos de desalento.

A situação de V. Ex.ª, com tôda a habilidade que Deus lhe deu, não pode ser muito melhor neste objecto do que

a do médico que nunca militou, e que tentasse escrever da arte da guerra, ou julgar os actos militares de V. Ex.<sup>a</sup>. Não é dêste modo que V. Ex.<sup>a</sup> pode esperar ser de auxílio ao nosso illustre Monarca e ao seu govêrno para melhorar o ensino e prática da medicina no nosso país. O caminho para isso é outro e mais parecido com o que V. Ex.<sup>a</sup> seguiu, com tão bom resultado, para melhorar a condição dos pobres alienados.

Sou com tôda a consideração de V. Ex.<sup>a</sup> muito atento venerador e creado — Dr. Bernardino António Gomes ».

(5) A lista das suas numerosas publicações encontra-se compilada nos volumes 1.º e 8.º do Dicionário Bibliográfico de Inocência.

---

A gravura que retrata Bernardino António Gomes é uma adaptação da inserida na «História da Medicina Portuguesa», graças à muita gentileza do seu autor, o Ex.<sup>mo</sup> Sr. Prof. Dr. Ferreira de Mira.



*TERAPÊUTICA COMBINADA  
DAS AFECÇÕES REUMATISMAIS*

**NONDOLIL B<sub>1</sub>**

*Analgésico \* Antiflogístico \* Antinevrítico*

**REUSSAN**

*Acção salicilica \* Acção quimioterápica*



*NONDOLIL B<sub>1</sub> - caixa de 6 ampolas*

*REUSSAN - tubo de 20 comprimidos,  
contendo cada um 0,5 gr. de  
SALICIL-AZO-SULFAPIRIDINA*

