

O MÉDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 111
15 de Outubro de 1953

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

Afecções

GRIPAIS E POST-GRIPAIS

OTO-RINO-LARINGOLÓGICAS

BRONCOPULMONARES

GENITO-URINARIAS

ESTAFILOCOCCOS

UMA CONCEPÇÃO NOVA NA
TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA

3 ACCÇÕES

- Antibiótica específica
- Imunizante inespecífica
- Modificadora do terreno

«... Combatendo o síndrome infeccioso por três vias diferentes, encurta o período agudo da doença, modificando o terreno e prevenindo as recaídas...»

OMNACILINA

AZEVEDOS

LABORATÓRIOS AZEVEDOS
MEDICAMENTOS DESDE 1775

E

SUMÁRIO

	Pág.
MARIA MANUELA ANTUNES — <i>Agentes etiológicos da tinha do couro cabeludo na Estremadura e sul de Portugal</i>	843
JUVENAL ESTEVES e MARIA MANUELA ANTUNES — <i>Acerca do tratamento local das tinhas tonsurantes do couro cabeludo</i>	846
NORTON BRANDÃO — <i>A roentgenterapia das tinhas do couro cabeludo</i>	857
AURELIANO DA FONSECA — <i>Esboço de organização de luta contra a tinha do couro cabeludo no norte de Portugal</i>	863

SUPLEMENTO

	Pág.
<i>Há cinquenta anos</i> — BARROS e SILVA	785
<i>Écos e Comentários</i>	786
<i>O Médico perante o doente; o doente perante o Médico</i> — CONCEIÇÃO e SILVA JÚNIOR	787
<i>Noticiário diverso.</i>	



TRIPENICILINATO G DE ALUMÍNIO + SULFADIAZINA
65.000 U. SULFAMERAZINA
SULFAMETAZINA

a a
0,11 g

ADMINISTRAÇÃO ORAL

Frasco de 20 comprimidos

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA

CONSULTA DE DERMATOLOGIA DO HOSPITAL
DE CURRY CABRAL

(Prof. J. Esteves)

CADEIRA DE DERMATOLOGIA E MICOLOGIA
TROPICAIS DO I. M. T.

(Prof. A. Salazar Leite)

Agentes etiológicos da tinha do couro cabeludo na Estremadura e sul de Portugal

MARIA MANUELA ANTUNES

O presente trabalho resultou do estudo de doentes tinhosos realizado de Novembro de 1950 a Março de 1953, com o fim de registar particularidades clínicas da doença e, principalmente, estudar os agentes etiológicos.

Os doentes estudados eram provenientes de vários locais do País (Quadro I) particularmente de Lisboa e outros locais da Estremadura, Alentejo e Algarve.

QUADRO I		
ESTREMADURA		
Lisboa (cidade)		337
Santarém		6
	(arredores)	86
Setúbal (cidade)		18
	Sesimbra	73
Leiria		
	Peniche	43
Santarém		6
ALENTEJO		36
ALGARVE		49
		648
Outras regiões do País		32
Total		680

Chamamos a atenção para o facto de muitos doentes terem dado a sua morada em Lisboa, onde se encontravam em tratamento, embora tivessem adoecido na província, o que deve ser tomado em conta na interpretação do quadro anterior.

A maioria dos tinhosos compareceram na Consulta por lhes ter sido já feito o diagnóstico, quer pelo médico, quer por pessoas leigas, mas com experiência da doença, como professores, etc.

Verificámos também que muitos doentes só procuraram tratamento quando lhes foi proibida a frequência da escola; outros eram trazidos à Consulta a rogo de vizinhos e outros conviventes, para quem constituíam ameaça de contágio, pois espontaneamente não o teriam feito.

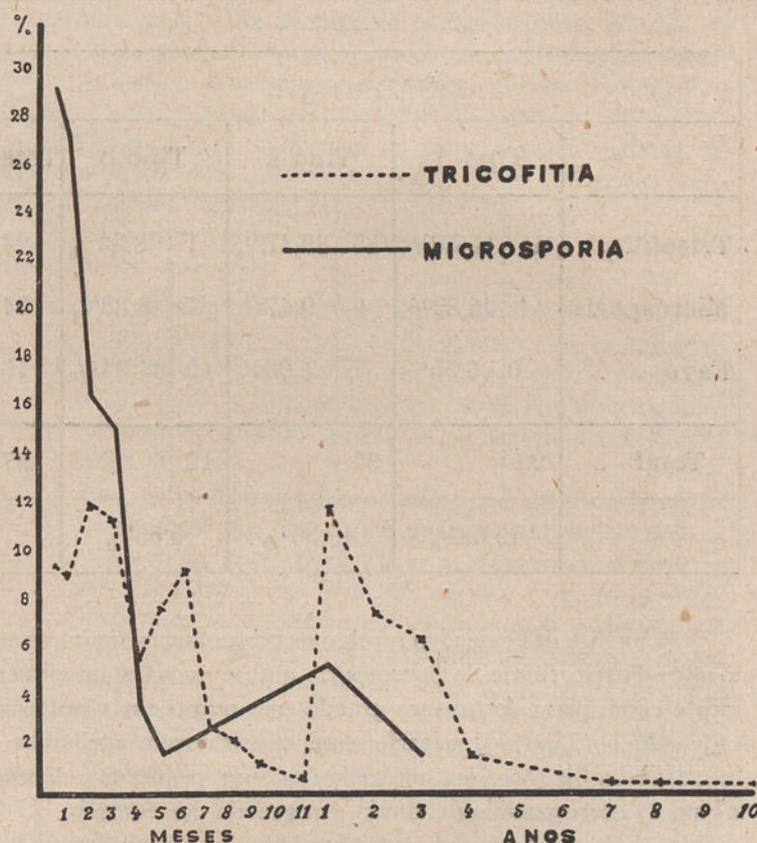
Por estes dados já se pode calcular a dificuldade que a maioria das vezes encontramos na colheita da anamnese, quanto ao tempo de aparecimento das lesões, sua localização inicial, etc.

Com os casos em que conseguimos averiguar a data aproximada da doença constituímos o gráfico seguinte (Quadro II), em que representamos separadamente os casos de tricofítia e microsporia.

Pelo seu exame verifica-se que a curva correspondente aos casos de microsporia se inicia com alta percentagem nas primeiras semanas de doença, o que acontece também durante o primeiro mês, para depois descer bruscamente, terminando por

altura do 3.º ano de doença. A curva que representa a tricofítia mantém-se elevada até aos 6 meses, com um máximo aos 3 meses, e, depois, decresce, para de novo se tornar alta ao fim de um ano de doença, depois do que torna a descer e se mantém muito baixa até aos 10 anos.

QUADRO II



Verificou-se pois que os doentes de microsporia procuram o médico em regra, durante as primeiras semanas da doença, ao passo que os portadores de tricofítia, em muitos casos, só procuram tratamento ao fim de meses e, mesmo, anos de doença.

Este facto pode explicar-se pelo carácter mais agudo e clinicamente mais explícito que assume a microsporia desde o início.

O aspecto bifásico da curva representativa dos casos de tricofítia pode explicar-se do seguinte modo: instalando-se a doença lentamente e de modo pouco alarmante (pequenas placas de tonsura), quando se pergunta ao doente ou família (há quanto tempo surgiu a doença? se tinha aparecido há muitos meses?) como não sabem ao certo, aproximam a data da resposta para um ano. Por isso se encontram baixas percentagens nos meses que precedem o ano de evolução e altas percentagens atribuídas àquele tempo. Se se pudesse construir uma curva mais rigorosamente, era natural que decrescesse lentamente desde os seis meses.

No caso do favo, em virtude da cronicidade e difícil tratamento, a maioria dos doentes quando consultaram já sofriam há alguns anos desta tinha.

Procurámos estudar também os locais de eleição, de distribuição e localização das lesões no couro cabeludo dos vários tipos de tinha. Para isso imprimimos nas fichas dos doentes tinhosos um carimbo em que se representavam duas faces da cabeça e onde esquematicamente marcamos as lesões.

Verificámos que em 197 observações se podiam distinguir três tipos fundamentais de distribuição das lesões:

Tipo 1 — Lesão grande localizada em sector limitado do couro cabeludo, na maioria das vezes rodeada de outras lesões mais pequenas.

Tipo 2 — Lesões pequenas e difusas, poupando a orla periférica.

Tipo 3 — Lesões muito extensas, por vezes com áreas grandes de alopecia definitiva.

O maior número de casos pertencia em percentagens equivalentes aos tipos 1 (45,68%) e 2 (48,36%).

As percentagens de tricofítia, microsporia e favo, com os diferentes tipos de localização, são dadas a seguir (Quadro III).

	Tipo 1		Tipo 2		Tipo 3		Total
Tricofítia.	41	45,56%	85	89,47%	1	8,33%	127
Microsporia	44	48,89%	9	9,47%	1	8,33%	54
Favo . . .	5	5,55%	1	1,06%	10	83,34%	16
Total . . .	90		95		12		197
	45,68%		48,36%		5,96%		

A análise deste quadro revela-nos percentagens muito semelhantes da tricofítia e da microsporia que se manifestam clinicamente como placa de tonsura grande com outras mais pequenas rodeando-a (Tipo 1), aspecto esse classicamente atribuído à microsporia. Os casos em que as lesões eram pequenas e difusas (Tipo 2) correspondiam contudo, em grande percentagem, a tricofítias, bem como aqueles que na maioria das vezes se manifestavam por lesões extensas e alopecia cicatricial (Tipo 3), correspondiam ao favo.

Verificou-se, portanto, que muitas vezes não correspondeu o diagnóstico clínico de tricofítia e de microsporia quer ao resultado do exame microscópico directo dos cabelos parasitados quer ao resultado das culturas, pelo que na ficha da consulta os casos correspondentes etiquetados com o diagnóstico de tinha tonsurante e de favo, enquanto que na elaboração dos quadros anteriores e dos que se vão seguir baseámo-nos sempre nos resultados do exame cultural para distinguir entre tricofítia e microsporia.

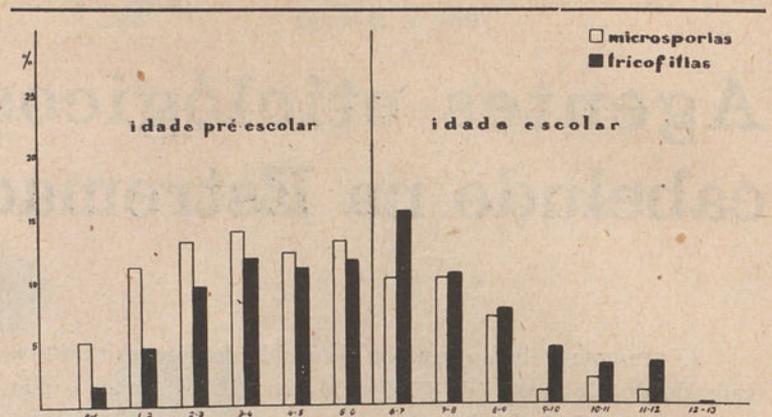
Fica pois registado o facto, que nos parece de importância, da dificuldade de separar muitas vezes a tricofítia da microsporia do couro cabeludo unicamente pelo aspecto morfológico e distribuição das lesões.

Dum modo geral a idade dos doentes variou entre alguns meses e 31 anos; contudo, foram raros os casos observados em indivíduos com mais de 14 anos.

Representamos a seguir (Quadro IV) a percentagem de casos de microsporia e tricofítia correspondente aos diferentes

grupos etários. Os casos de tinha favosa distribuíram-se em percentagens equivalentes desde os 3 aos 23 anos de idade.

QUADRO IV



Verificámos mais uma vez a maior percentagem de casos de microsporia na idade pré-escolar. Quanto à tricofítia, a maior percentagem de casos corresponde ao grupo de doentes dos 6 aos 7 anos, data em que as crianças começam a frequentar a escola.

*

No decurso deste trabalho, além de averiguar os elementos básicos referidos dedicámos principalmente atenção ao estudo laboratorial da tinha.

Para isso, e para confirmação do diagnóstico clínico, procedemos sistematicamente ao exame directo dos cotos de cabelos, em preparação a fresco, entre lâmina e lamela, usando como meio clarificador soluto de potassa cáustica a 30 ou 40%. No caso de a primeira pesquisa ser negativa, esta era repetida com intervalo mínimo de 8 dias, durante os quais se recomendava que a cabeça não fosse lavada.

A seguir ao exame directo dos elementos suspeitos, procedíamos à colheita de material para exame cultural. Para isso, usamos uma pinça de epilação para o colheita de cotos e escamas, que eram colocados entre duas lâminas esterilizadas, embrulhadas em papel próprio para esterilizações.

A identificação das várias amostras foi feita escrevendo o nome, idade, número de inscrição na consulta e data da colheita, no papel que embrulhava as lâminas.

As amostras de cabelos, uma vez transportadas para o laboratório onde trabalhamos, foram guardadas durante espaços de tempo que variavam entre uma semana e um mês, tempo suficiente para permitir que as bactérias de inquinação se tornassem inviáveis quando feitas as culturas. Para as sementeiras usamos o meio de prova glicosado de Sabouraud, em tubo inclinado. As sementeiras foram feitas, como habitualmente, com fragmentos punctiformes de cabelos, e colocadas na estufa a 28° C. ou à temperatura ambiente, nos meses mais quentes, durante espaços de tempo variáveis mas nunca inferiores a 15 dias.

Depois de realizada a sementeira, as amostras de cabelos, na sua maioria contendo abundantes cotos, eram guardadas, o que permitia, quando necessário, repetir o exame directo e as culturas.

O exame das sementeiras fez-se ao fim de uma semana e nos dias seguintes, até que fosse permitida a identificação da estirpe. Para isso, além do exame microscópico, realizamos exames directos e repicagens.

A classificação das colónias obtidas baseou-se nos exames macro e microscópico em conjunto com o tipo de parasitismo e tendo em atenção as particularidades de evolução das várias

estirpes, quanto à data de aparecimento de pigmento, sua difusão no meio, etc.

Quanto à nomenclatura genérica, usamos a que nos foi legada pelo investigador que mais conhecimentos nos deixou sobre a tinha — Sabouraud. Foi aquela em que fomos educados e é a que nos parece mais adequada ao tipo de trabalho presente, que nos coloca entre o clínico e o botânico. Também preferimos esta nomenclatura por ter sido já usada na maioria dos trabalhos semelhantes realizados em Portugal e, portanto, facilita a comparação dos resultados. Também não nos repugna usar aquela classificação, visto que outras mais recentes constituem ainda assunto de estudo no sentido de permitir melhorar a nomenclatura e classificação dos dermatófitos.

O resultado da determinação dos agentes etiológicos (Quadro V) revelou-nos:

QUADRO V		
<i>Trichophyton violaceum</i>	390	50,7%
<i>Trichophyton acuminatum</i>	104	15,2%
<i>Trichophyton crateriforme</i>	3	
<i>Trichophyton glabrum</i>	18	
<i>Trichophyton rubrum</i>	6	
<i>Trichophyton granulosum</i>	1	
<i>Microsporum felineum</i>	114	16,7%
<i>Achorion Schoenleini</i>	44	6,4%
Total	680	

- 1) Mais uma vez a alta frequência de *T. violaceum*;
- 2) Que os resultados por nós obtidos são em parte semelhantes aos verificados pelos autores que nos precederam. Assim, isolamos o *Microsporum felineum* em percentagem (16,7%) ligeiramente superior à do *Trichophyton acuminatum* e igual à encontrada para o agente da microsporia em Portugal por H. de Oliveira (16,5%).

Depois do *Trichophyton violaceum* e *Microsporum felineum* o fungo que aparece com maior percentagem é o *Trichophyton acuminatum*, o que está de acordo com as estatísticas de Froilano de Melo e col. (1922), Nevês Sampaio (1933), Pinto Nogueira (1945) e Salazar Leite e col. A nossa estatística é contudo a que contém maior número de casos produzidos pelo *Trichophyton glabrum*.

Merecem descrição especial e alguns comentários as estirpes que isolamos a partir de tinha do couro cabeludo e que classificamos de *Trichophyton rubrum*.

O aspecto clínico da tinha produzido por aquele fungo, dois casos, dava à primeira vista ideia de uma tinha favosa e assim foram classificados inicialmente. O aspecto crostoso das lesões foi responsável pelo facto, mas o exame cuidadoso não revelou escudelas fávicas. Noutro caso, as lesões de tinha tonsurante localizavam-se na nuca, estendendo-se para fora do couro cabeludo.

O parasitismo nos cotos de cabelos doentes, direitos e relativamente longos era de tipo endotrix puro.

As colónias isoladas destes casos em meio de Sabouraud mostravam-se ao fim de uma semana de desenvolvimento como pequena eminência penugenta branca, que depois originou colónias maiores, de superfície ligeiramente penugenta e com sulcos radiados. Estas colónias ao fim de 10 a 13 dias mostravam pigmento vermelho-arroxeadado, mais nítido no reverso, que mais tarde vinha tingir a superfície com tonalidade de cor purpúrea viva. O pigmento algumas estirpes difundia-se no meio de cul-

tura. Estas colónias, passadas para meio pobre em hidratos de carbono, perderam facilmente o pigmento e conservadas em meio de Sabouraud mostravam pleomorfismo rápido.

O exame microscópico destas colónias revelou aleurósporos pequenos piriformes e raros closterósporos de aparecimento tardio e típicos do género *Trichophyton*.

Classificámos as colónias com estas características como: *Trichophyton rubrum* (sin. *Epidermophyton purpureum*, *Trichophyton marginatum*, *Trichophyton multicolor*, *Epidermophyton plurizoniforme*).

Não considerámos pois este como sinónimo de *Trichophyton roseum* (var. ou sin. de *Trichophyton megnini*) em virtude de não termos encontrado trabalhos que mostrem de forma conclusiva que seja igual ao *Trichophyton rubrum*. Contudo, não quer isto dizer, de modo algum, que as estirpes estudadas por outros autores em Portugal (Henrique de Oliveira, 1952) não sejam em tudo idênticas às que estudamos, e que de futuro aquelas duas designações não venham a cair em sinonímia equivalente. (Salazar Leite e Bastos de Luz, 1946).

RESUMO

O A. estudou, de Novembro de 1950 a Março de 1953, 680 tinhosos, com o fim de registar particularidades clínicas da doença e, principalmente caracterizar os respectivos agentes etiológicos. Os doentes estudados eram provenientes da Estremadura (563 casos), do Alentejo (36 casos) e do Algarve (49 casos).

Registou-se que os doentes de tinha, na sua maioria, só procuraram a consulta quando obrigados a isso, por impossibilidade de frequentar a escola, etc.

Estudando o tempo de evolução da tinha na data da primeira consulta verificou:

- a) Os doentes de microsporia procuram o médico, em regra, durante as primeiras semanas da doença, ao passo que os de tricofítia, em muitos casos só procuram tratamento ao fim de meses e anos. No caso do favo os doentes quando consultam já sofrem há bastantes anos de tinha;
- b) Que se podiam considerar três tipos quanto à localização e extensão das lesões no couro cabeludo: tipo 1, clássico da microsporia; tipo 2, clássico da tricofítia; tipo 3, clássico do favo. Os tipos 1 e 2 são os mais frequentes e aparecem em percentagens equivalentes. No tipo 1 as maiores percentagens, também muito semelhantes, correspondem laboratorialmente a casos de tricofítia e microsporia. Por isso aconteceu com frequência não corresponder o diagnóstico clínico ao laboratorial. Chama a atenção para as dificuldades que se podem encontrar na classificação clínica destes casos.

No estudo dos agentes etiológicos o A. baseou-se na classificação de Sabouraud e justifica a sua escolha.

O resultado estatístico do estudo dos agentes etiológicos, revelou que o *Tric. violaceum* predomina (50,7%) seguindo-se o *Microsporum felineum* (16,7%) e o *Tric. acuminatum* (15,2%).

Encontrou 6 casos de *Tric. rubrum* acerca dos quais fez algumas considerações.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Dodge — Medical Mycology — London, 1936.
- 2 — Mello, F., Carneiro, L., Martins, N. — Une enquête sommaire sur la fréquence des teignes du Nord du Portugal, Presse Méd. n.º 74, 1922.
- 3 — Nogueira, J. P. — Contribuição para o estudo etiológico das tinhas de Lisboa. An. do Inst. Med. Trop., vol. II:197-205, 1945.
- 4 — Oliveira, H. — Contribuição para o estudo dos dermatófitos portugueses, I — Dermatófitos do centro de Portugal. Trab. Port. Derm. e Vener., ano X, n.º 3:147-159, 1952.
- 5 — Salazar Leite e Bastos da Cruz — Parasitismo da pele e anexos por estirpes de *trichophyton rubrum* (Castellani, 1910). An. do Inst. Med. Trop., vol. III:21-28, 1946.

Hospital de Curry Cabral
SERVIÇO DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS
(Director: Dr. E. Mac-Bride)

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA
(Prof. Juvenal Esteves)

Acerca do tratamento local das tinhas tonsurantes do couro cabeludo

JUVENAL ESTEVES

MARIA MANUELA ANTUNES

O tratamento local das tinhas tonsurantes do couro cabeludo constitui aspecto essencial da terapêutica destas doenças, quer seja considerado como parte da terapêutica clássica (medidas acompanhantes da epilação pelos R. X), quer como método completo em si próprio.

Com efeito, é oportuna a repetição de que nem todos os casos de tinha tonsurante devem obrigatoriamente ser submetidos a irradiação pelos R. X. Mais ainda, e independentemente de certas correntes ou de predileções especiais de determinados autores ou clínicos, existe hoje tendência para aceitar como critério geral que os casos devem ser seleccionados no sentido de se aproveitarem ao máximo as oportunidades de resolução terapêutica exclusivamente com aplicações tópicas.

A vantagem desta orientação, óbvia e bem conhecida, consiste em generalizar o uso de métodos simples, os quais podem ser executados em qualquer parte sem riscos e inconvenientes e são economicamente mais favoráveis. A dificuldade principal que a aceitação do referido princípio tem encontrado em certos meios reside na convicção de que os actuais métodos de tratamento exclusivamente tópico não produzem ainda resultados globais nem com regularidade equivalente aos que se obtêm com a epilação cuidadosa pelos R. X.

Apesar disso, é forçoso admitir que, se o clínico dispõe de dois métodos com valores e características diferentes, está na situação vantajosa de remediar as limitações respectivas.

Neste trabalho não nos vamos referir aos medicamentos e processos mais antigos de aplicação tópica, mas, particularmente, aos que nos últimos anos têm sido objecto de estudo e de que possuímos experiência pessoal. Neste sentido temos procurado acompanhar de perto, adaptando-o ao nosso meio, o movimento que nos Estados Unidos da América e na Alemanha se tem desenvolvido com o objectivo de obter tratamento local satisfatório para as tinhas tonsurantes.

Já em publicações anteriores (1 e 2) fizemos referência à bibliografia fundamental dessa época.

Desde então têm aparecido numerosos trabalhos, dentre os quais devemos destacar, pelo seu carácter geral, o de Sullivan e Bereston (3), que procuram determinar o valor comparativo de treze preparados diferentes no tratamento da tinha tonsurante provocada pelo M. audouini. Fizeram 881 ensaios clínicos em 460 doentes com os seguintes produtos:

- 1) Dipelargonato de propilenoglicol;
- 2) «Desenex» (ac. undecilénico e undec. de zinco);
- 3) «Asterol» (prep. de benzotiazol);
- 4) «Creasitin» (acetato de metacresil);
- 5) «Salidinol» (salicilanilida);
- 6) Cloreto de mercúrio e amónio;
- 7) «Salundek» (ac. undecil., undec. de zinco e salicilanilida);
- 8) «Decupryl» (ac. undec. e undec. de cobre);
- 9) «Diodine» (iodo e iodeto de sódio);
- 10) «Dalyle» (dibromossalicilaldeído);
- 11) «T. C. A. P.» (ac. undecil., cetiltrimetilamónio pentaclorofenato);
- 12) «Hendyl» (ac. hendecanóico e resp. sal de sódio);
- 13) 5 — Clorossalicilanilida.

O tempo de duração do tratamento foi pelo menos de três meses, aplicado duas vezes por dia e sem epilação manual accessória a fim de que esta manobra não interferisse na percentagem

de curas (4). Os autores utilizaram critério de cura rigoroso, cujo período de observação foi até 90 dias. Os resultados variaram entre 14 % (Hendyl) e 75 % (Clorossalicilanilida). Com este último produto foram tratados 132 doentes, cuja cura foi obtida ao fim de 8 semanas em 79,7 % dos casos e ao fim de 6 semanas em 59,7 %. Observaram-se fenómenos inflamatórios em 13,9 % dos doentes.

A percentagem de curas foi proporcional à extensão das lesões.

Este trabalho mostra-nos de modo sintético o panorama presente do tratamento tópico da tinha do couro cabeludo provocada pelo M. Audouini.

As críticas que nos Estados Unidos se fazem a este método terapêutico foram sistematizadas por Kligman e Anderson (5) em trabalho que se tornou clássico e tem servido naquele país de padrão auxiliar e referência indispensável nestes estudos.

Os referidos autores demonstraram que na tinha pelo M. Audouini existe cura espontânea em percentagem variável e em período de tempo que vai de 3 meses até 2 anos. Consideram que o aparecimento de fenómenos inflamatórios acelera a tendência para a cura e que esta se acentua na proximidade da puberdade. Por outro lado, nos seus trabalhos verificaram que as substâncias designadas como fungistáticos são pouco activas no sentido de matar o fungo dentro dos cabelos doentes. Chama ainda a atenção para o facto de nos trabalhos americanos se estabelecer relação entre a extensão das lesões e a tendência para a cura da doença, sendo esta tanto menor quanto maior é aquela. Por fim, insistem no facto de se terem obtido curas com substâncias não fungistatas nem fungicidas, tais como os carbowaxes e outros.

O trabalho anteriormente referido contradiz em grande parte estas objecções pelo grande número de curas (cerca de 80 % em dois meses e menos), pelo número reduzido de reacções inflamatórias (cerca de 14 %) e porque 88,6 % das crianças tratadas tinham menos de 10 anos.

Contudo, a real eficácia de certas substâncias (salicilanilida) no tratamento tópico da tinha ressalta ainda mais nitidamente nos nossos trabalhos, visto que eles se referem a tinhas tonsurantes em crianças até 12 anos provocadas por agentes do género «Trichophyton» particularmente pelo «T. violaceum» que, como é bem conhecido, possuem escassa capacidade de curarem espontaneamente em virtude da grande adaptação do parasita ao homem em endemia estabilizada e de longa duração. Também, como já referimos (2), o aparecimento de fenómenos inflamatórios «espontâneos» capazes de condicionarem a cura da doença surge no nosso material apenas em 4,6 % dos casos.

Por estes factos e outros que adiante vamos referir parece-nos que devem ser considerados os resultados obtidos no decurso dos nossos estudos, os quais contribuem para melhor compreensão das possibilidades actuais do tratamento tópico das tinhas tonsurantes.

Método: Dividimos o nosso trabalho em duas partes principais. Na primeira procurou-se verificar se os medicamentos que ensaiamos nos doentes têm «in vitro» acção efectiva sobre os agentes dos respectivos quadros clínicos. É necessário esclarecer que as referidas substâncias foram estudadas nos países de origem em relação a fungos que não são os parasitas habituais do nosso meio. Na segunda parte experimentamos nos nossos doentes diferentes substâncias actualmente utilizadas em outros

P V R

Imunoterápia não específica associada à Penicilina

COMPOSIÇÃO

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

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

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

APRESENTAÇÃO

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



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

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

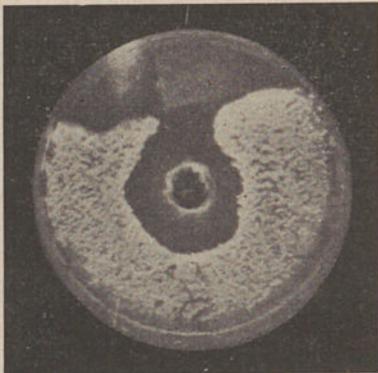
CREME DE SALICILANILIDA

A Z E V E D O S



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

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



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

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

O ÚLTIMO PROGRESSO
NO TRATAMENTO DA TINHA!

Literatura e bibliografia científica
à disposição dos Ex.^{mos} Clínicos



LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

países no tratamento tópico da tinha provocada neles pelo M. Andouini.

Em relação ao primeiro aspecto do problema, um de nós (6) demonstrou que a salicilanilida (2, 3, 7, 8), os derivados do benzotiazol (Asterol-«Roche») (9, 10, 11, 12) e um derivado da nitrofurazona Furaspor-«Eaton» Laboratórios, (13), bem como a hiamina e o borato de fenilmercúrio têm acção inibidora «in vitro» sobre o desenvolvimento do «T. violaceum» do «T. acuminatum» e do «M. felineum». Esta acção revelou-se quando incorporadas no meio de Sabouraud nas percentagens em que habitualmente entram nos cremes utilizados em terapêutica, e também quando estes são colocados em contacto com os cotos de cabelos parasitados ou com as culturas dos respectivos fungos. Os resultados da experiência foram negativos quando repetida com o carbowax, que é o excipiente habitual das preparações farmacêuticas em estudo. Estudos equivalentes tinham sido feitos nos Estados Unidos com as referidas substâncias, utilizando principalmente o «T. mentagrophytes», «T. rosaceum», «T. purpureum», «T. gypseum», «M. lanosum» e «M. Andouini».

Na segunda parte do nosso trabalho procurámos determinar o valor terapêutico da aplicação local de vários medicamentos, entre os quais aqueles a que acima fizemos referência.

Prêviamente fizemos ensaio com pomada contendo 3% de ácido salicílico, 5% de cloreto de mercúrio e amónio e 10% de enxofre precipitado em banha benjoinada, a qual na experiência de Pipkin (14) favoreceu o aparecimento de fenómenos inflamatórios em tinhas tricofticas tratadas por aquele autor.

Tratámos por este método (fig. 1) 19 doentes (18 tricoftias e 1 microsporia), cujas idades variavam em 3 e 14 anos,

DOENTES HOSPITALIZADOS TRATADOS COM POMADA de 3% A. SALIC., 6% CLOR. DE MERC. E AMÓNICO, 10% ENXOFRE PP.: BANHA BENZOINADA

N.º	Idade	Tipo clínico	Agente	Tempo de tratamento (meses)	Tratamento complementar
248	3	T.T.	T. acuminatum	1	S
262	5	T.T.	T. violaceum	1	R.X
263	6	T.T.	M. felineum	1	R.X
265	14	T.T.	T. acuminatum	1	+
266	10	T.T.	T. acuminatum	1	R.X
267	3	T.T.	T. violaceum	1	R.X
268	5	T.T.	T. rubrum	1	A e R.X
269	11	T.T.	T. violaceum	1	R.X
270	7	T.T.	T. violaceum	1	R.X
271	9	T.T.	T. glabrum	1	A e R.X (-)
272	11	T.T.	T. glabrum	1 1/2	R.X
273	13	T.T.	T. acuminatum	18d.	R.X
275	7	T.T.	T. violaceum	1	S
276	8	T.T.	T. acuminatum	1	S e R.X
277	6	T.T.	T. violaceum	15d.	A
278	7	T.T.	T. acuminatum	15d.	S e R.X (-)
279	7	T.T.	T. violaceum	20d.	R.X
280	8	T.T.	T. violaceum	20d.	R.X
281	10	T.T.	T. violaceum	15d.	A. e R.X

S — Creme de salicilanilida.

A — Asterol.

(-) — Fez duas vezes a aplicação pelos R.X.

Fig. 1

durante o prazo médio aproximado de um mês. Não observámos o aparecimento de fenómenos inflamatórios em nenhum dos casos. Um dos doentes de tinha tonsurante provocada pelo Trichophyton acuminatum curou-se, mas atribuímos esse fenómeno ao facto de ter 14 anos de idade e estar portanto no período em que a tendência para a cura espontânea é mais acentuada. Esta experiência, e outras por nós realizadas com diversas substâncias (crisarobina e equivalentes, terebentina, etc.) mostram bem a resistência das nossas tinhas a manifestarem fenómenos inflamatórios produzidos em séries regulares com substâncias de uso terapêutico corrente.

Ensaámos clinicamente o «Asterol» (fig. 2), mas esta experiência não decorreu com a normalidade desejada, visto que os tratamentos foram interrompidos mais de uma vez em virtude

DOENTES HOSPITALIZADOS TRATADOS COM «ASTEROL»

N.º	Idade	Tipo clínico	Agente	Fenómenos inflamatórios	Tempo de tratamento (meses)	Tratamento complementar
1	6	T.T.	M. felineum	—	3	+
2	12	T.T.	—	—	7	R.X
3	2	T.T.	—	—	4	+
4	4	T.T.	T. glabrum	—	11	R.X
5	6	T.T.	T. acuminatum	—	6	R.X
6	4	T.T.	T. acuminatum	—	6	R.X
7	5	T.T.	T. violaceum	—	8	R.X
8	4	T.T.	—	—	5	R.X
9	7	T.T.	—	—	4	R.X
10	11	T.T.	—	—	4	R.X
11	12	T.T.	—	—	4	R.X
12	7	T.T.	—	—	3	R.X
13	8	T.T.	—	—	5	R.X
14	11	T.T.	T. violaceum	—	7	R.X
15	4	T.T.	T. violaceum	—	4	R.X
16	2	T.T.	T. violaceum	—	4	R.X

Fig. 2

de o fornecimento do respectivo creme não ser feito com a regularidade necessária. Conseguimos obter a cura em 2 casos dos 16 tratados em crianças de 2 a 6 anos de idade no prazo respectivo de 3 e 4 meses. Devemos acrescentar outro caso de cura, também em criança de 6 anos (fig. 1, n.º 277) anteriormente tratada com outros meios, sem resultado. Em nenhum dos casos observámos fenómenos inflamatórios e o medicamento foi perfeitamente tolerado.

Com «Novex» (15) pudemos tratar apenas 6 doentes (fig. 3) durante o tempo médio de cerca de 3 meses e obtivemos a cura em 3 casos de tinhas tonsurantes, sem intervenção de fenómenos inflamatórios.

DOENTES TRATADOS NA CONSULTA EXTERNA COM «NOVEX»

N.º	Idade	Tipo clínico	Agente	Fenómenos inflamatórios	Tempo de tratamento	Tratamento complementar
9807	12	T.T.	T. acuminatum	—	2	R.X
9808	10	T.T.	T. acuminatum	—	1	R.X
9853	5	T.T.	—	—	7	R.X
11424	2	T.T.	—	—	4	+
11461	2	M.	M. felineum	—	4	+
11827	6	T.T.	T. acuminatum	—	2	+

Fig. 3

A nossa maior experiência corresponde porém ao creme de salicilanilida, vista a possibilidade de dispor de quantidade indispensável (1) do mesmo para se tratarem doentes em número suficientemente demonstrativo.

A fim de podermos determinar as condições em que se podem obter os resultados mais satisfatórios dividimos os doentes em quatro grupos:

I) Doentes tratados em regime ambulatorio com os cuidados habituais da Consulta Externa (Fig. 4).

II) Doentes tratados em regime ambulatorio mas aos quais se prestou especial atenção relativamente à cooperação da família e à epilação cuidadosa com pinça (Fig. 5).

III) Doentes tratados em regime de hospitalização em enfermaria exclusivamente destinada a tinosos (Fig. 6).

(1) Agradecemos aos Laboratórios Hoffmann-la-Roche, aos Laboratórios Azevedos, à firma Ferraz, Lynce, L.da (Bohringer & Soehme) e aos Laboratórios Normal o fornecimento dos medicamentos referidos e respectiva bibliografia.

IV) Doentes tratados em regime de hospitalização em enfermaria destinada a infecções cutâneas agudas e outras dermatoses (Fig. 7).

DOENTES TRATADOS COM "SALICILANILIDA"
EM CONSULTA EXTERNA

N.º	Idade (anos)	Tipo clínico	Agente	Fenómenos inflamatórios	Tempo de tratamento (meses)	Tratamento complementar
8881	7	M.	M. felineum	—	5	+
8902	3	T.	T. glabrum	—	8	R.X
8907	20m.	M.	M. felineum	+	1 1/2	+
8921	3	M.	—	—	3 1/2	+
8922	5	M.	M. felineum	+	2 1/2	+
8964	3	T.T.	T. violaceum	+	11	+
9096	3	T.T.	T. violaceum	+	4	+
9129	5	T.T.	—	+	5	R.X
9131	7	T.T.	—	—	2	+
9133	8	T.T.	T. acuminatum	—	—	—
9148	5	T.T.	T. violaceum	+	4	+
9158	8	T.T.	M. felineum	—	5	+
9172	4	T.T.	T. violaceum	—	—	—
9199	8	T.T.	—	—	4	R.X
9212	8	T.T.	T. violaceum	+	2	+
9266	6	T.T.	—	+	4	+
9272	5	T.T.	T. violaceum	+	6	+
9273	14m.	T.T.	T. acuminatum	+	—	—
9313	6	T.T.	T. violaceum	+	4	+
9314	8	T.T.	T. violaceum	—	—	Hosp.
9330	7	T.T.	T. violaceum	—	7	+
9331	11	T.T.	T. violaceum	—	3	+
9351	6	T.T.	—	—	1 1/2	+
9426	4	T.T.	T. violaceum	+	9	+
9438	2	T.T.	T. violaceum	—	—	—
9492	20m.	T.T.	T. violaceum	+	2	+
9536	12	T.T.	T. acuminatum	—	—	—
9603	7	T.T.	T. acuminatum	—	—	—
9686	5	T.T.	T. violaceum	—	—	—
9718	5	M.	T. felineum	—	—	Hosp.
9719	2	T.T.	T. acuminatum	—	5	+
9720	4	T.T.	T. acuminatum	—	5	R.X
9805	16m.	T.T.	M. felineum	+	5	+
9868	7	T.T.	M. acuminatum	+	7	+
9876	4	T.T.	M. felineum	+	5	+
9889	3	T.T.	T. acuminatum	—	1	+
9890	5	T.T.	T. acuminatum	—	1	+
9935	11	T.T.	—	+	5	+
9936	7	T.T.	—	+	5	+
9937	12	T.T.	—	—	4	R.X
9938	8	T.T.	T. violaceum	—	3	R.X
9939	10	T.T.	—	+	3	R.X
9940	3	M.	M. felineum	+	1 1/2	R.X
9944	8	T.T.	T. violaceum	+	7	+
9967	4	T.T.	T. violaceum	+	3	+
10037	9	T.T.	T. violaceum	+	—	—
10069	4	M.	M. felineum	+	7	+
10080	21m.	T.T.	—	+	11	+
10114	17m.	M.	M. felineum	—	5	+
10125	4	T.T.	M. felineum	—	—	—
10535	6	T.T.	T. acuminatum	+	6	+
10543	4	T.T.	M. felineum	—	5	+
10685	2	T.T.	T. violaceum	—	—	—
10720	3	T.T.	M. felineum	+	5	+
10724	3	T.T.	T. violaceum	—	6	+
10892	3	T.T.	T. violaceum	—	—	—
10894	3	T.T.	T. violaceum	+	5	+
10899	2	T.T.	T. violaceum	+	—	—
11424	2	T.T.	—	+	—	—
11706	4	T.T.	T. violaceum	+	—	—
11796	20m.	T.T.	T. violaceum	—	—	—

Fig. 4

DOENTES TRATADOS COM SALICILANILIDA
EM CONSULTA EXTERNA COM CUIDADOS
ESPECIAIS

N.º	Idade	Tipo clínico	Agente	Fenómenos inflamatórios	Tempo de tratamento	Tratamento complementar
1	23m.	T.T.	T. acuminatum	+	4	+
2	9	T.T.	—	+	7	+
3	7	T.T.	T. violaceum	+	—	—
4	6	M.	M. felineum	—	3	+
5	2 1/2	M.	—	+	4	+
6	3	T.T.	T. violaceum	—	4	Não curou
7	4	T.T.	—	—	4	R.X
8	13m.	T.T.	M. felineum	+	3	+
9	9	T.T.	T. violaceum	+	2	+
10	5	T.T.	T. violaceum	+	9*	+
11	4	T.T.	T. acuminatum	+	2	+
12	4	T.T.	T. violaceum	+	4	+
13	7	M.	M. felineum	+	4	+
14	22m.	M.	M. felineum	+	4	+
15	4	M.	M. felineum	+	4	+
16	23m.	T.T.	T. violaceum	+	3	+
17	3	M.	M. felineum	—	5	+
18	3 1/2	T.T.	—	+	4	+
19	5	T.T.	T. violaceum	+	5	+
20	5	T.T.	T. violaceum	+	5	+
21	15m.	T.T.	T. violaceum	+	9	+
22	8 1/2	T.T.	T. crateriforme	+	10	+
23	4	T.T.	T. violaceum	—	4	R.X
24	9	T.T.	T. rubrum	+	—	—
25	2 1/2	T.T.	—	+	3	+
26	3	T.T.	—	+	3	+
27	2 1/2	T.T.	T. violaceum	+	2	+
28	6	M.	T. violaceum	+	3	+
29	2	T.T.	T. violaceum	+	2 s.	+
30	2	T.T.	—	—	5	+
31	7	T.T.	T. violaceum	+	3	+

* O doente n.º 10 é irmão do n.º 9.

Fig. 5

DOENTES TRATADOS COM "SALICILANILIDA"
EM REGIME DE HOSPITALIZAÇÃO EM ENFERMARIA
EXCLUSIVAMENTE DEDICADA AO TRATAMENTO
DA TINHA

N.º	Idade	Tipo clínico	Agente	Fenómenos inflamatórios	Tempo de tratamento	Tratamento complementar
1	7	T.T.	T. acuminatum	+	4	R.X
2	9	T.T.	T. acuminatum	—	4	+
3	8	T.T.	T. violaceum	—	8	+
4	8	T.T.	T. violaceum e	—	—	—
5	5	T.T.	T. acuminatum	—	4	R.X
6	5	T.T.	T. violaceum	+	4	R.X
7	3	T.T.	—*	+	6	R.X
8	4	T.T.	T. violaceum	+	2 1/2	+
9	2	T.T.	T. violaceum	+	6	R.X
10	3	T.T.	T. acuminatum	—	1 1/2	+
11	2	T.T.	T. violaceum	—	7	+
12	19m.	T.T.	T. violaceum	+	4	+

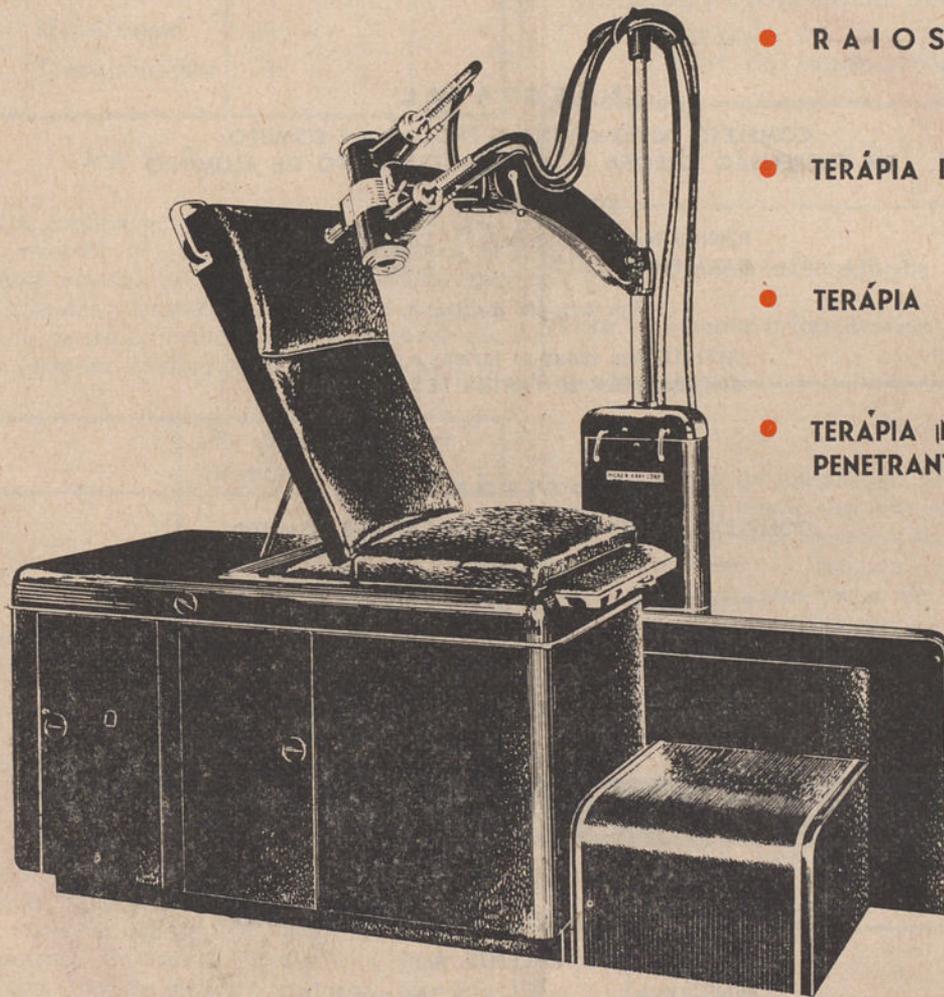
* O doente n.º 6 é irmão do doente n.º 9.

Fig. 6

APARELHO DE RAIOS X

PICKER *"Zephyr"*

PARA TODAS AS TÉCNICAS DE RADIOTERAPIA:



- RAIOS GRENZ
10 KV
- TERÁPIA DE CONTACTO
60 KV
- TERÁPIA SUPERFICIAL
120 KV
- TERÁPIA MEDIANAMENTE
PENETRANTE
140 KV

PICKER INTERNATIONAL CORP.

REPRESENTANTE EXCLUSIVO:

INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

BISMUCILINA

Bial

INJECTÁVEL

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

EQUIVALENTE A

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

Por ampola de 3 c. c.

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

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

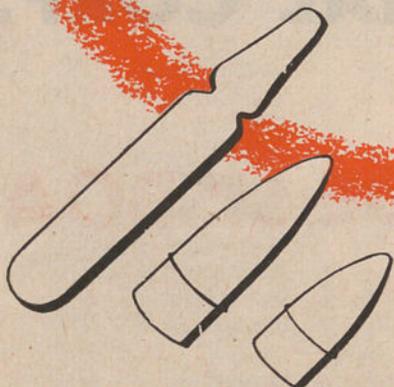
COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS



DOENTES TRATADOS COM "SALICILANILIDA"
EM PAVILHÃO DESTINADO ÀS INFECCÕES
CUTANEAS AGUDAS E OUTRAS DERMATOSES

N.º	Idade	Tipo clínico	Agente	Fenómenos inflamatórios	Tempo de tratamento	Tratamento complementar
1	4	T.T.	T. violaceum	—	4	R.X
2	14	T.T.	—	—	4	+
3	4	T.T.	T. violaceum	—	4	+
4	8	T.T.	T. acuminatum	—		
5	9	T.T.	T. violaceum	—	3	+
6	7	T.T.	T. violaceum	+		
7	6	T.T.	M. felineum	+		
8	3	T.T.	T. acuminatum	+		

Fig. 7

A comparação dos resultados obtidos nos diversos grupos revelam-nos de modo evidente (Fig. 8) que a percentagem de curas é directamente proporcional aos cuidados dispendidos com os doentes, quer pelas famílias quer pelo pessoal de enfermagem. Na nossa experiência é particularmente nítido o facto de em regime ambulatório se obterem resultados melhores do que com

	N.º de doentes	N.º de curas
Consulta Externa	61	36
Consulta Externa c/ cuidados especiais	31	27
Enfermaria de tinochos	11*	6
Enfermaria geral.	8	3
Total	111	72 (64,9 %)

Fig. 8

a hospitalização, o que se explica pelo maior cuidado que a mãe ou encarregado do doente pode dispensar a este, visto tratar-se apenas de um, ou por vezes de dois ou três, enquanto que uma só enfermeira cuida de duas dezenas de crianças ou mais, as quais têm de tratar com medicamentos e métodos variados. Compreende-se também que se a enfermeira tem de atender diversos tipos de doentes de diferente gravidade, a sua técnica, neste caso particular, não pode atingir o grau de especialização do caso anterior e muito menos a daquele alcançado por mãe cuidadosa e compreensiva.

Durante cerca de 3 anos tivemos oportunidade de verificar a constância deste fenómeno que os números acima demonstram e em cuja importância não nos parece demasiado insistir.

A idade dos doentes tratados variou entre 1 e 12 anos e o tempo médio de tratamento foi de 4 meses e meio. A relação do efeito da salicilanilida com o agente etiológico (Fig. 9), embora os números não sejam comparáveis, parece indicar maior resistência ao tratamento das tinhas provocadas pelo «T. violaceum».

Observaram-se fenómenos inflamatórios em 65 dos 111 casos tratados. A maior parte dos mesmos consistiu em foliculite ligeira ou mediana. Como já afirmámos em trabalhos anteriores (2) e também verificamos neste, a produção dos referidos fenómenos não é condição indispensável para a obtenção da cura, como também por vezes aqueles não são suficientes para determinar a mesma (fig. 10), embora pareçam favorecê-la.

Como complemento e a fim de tentar esclarecer certas

DOENTES TRATADOS COM «SALICILANILIDA»
RESULTADOS DO TRATAMENTO EM RELAÇÃO
AO AGENTE ETIOLÓGICO

	N.º DE CASOS		
	tratados	curados	não curados
T. violaceum	39	30	9
T. glabrum	1	—	1
T. acuminatum	12	10	2
T. crateriforme	1	1	—
T. rubrum.	1	1	—
M. felineum	17	16	1

Fig. 9

DOENTES TRATADOS COM "SALICILANILIDA"
RESULTADOS DO TRATAMENTO EM RELAÇÃO
COM OS FENÓMENOS INFLAMATÓRIOS

	curados	não curados
Sem fenómenos inflamatórios	48	7
Com fenómenos inflamatórios	24	10

Fig. 10

particularidades do mecanismo de acção da salicilanilida, fizemos ensaio com creme sem esta substância mas em que entram todos os componentes daquele (hiamina, borato de fenilmercúrio e carbowax) (fig. 11). Embora a série de doentes fosse limitada apenas a 10, mas com tempo de duração média de tratamento de cerca de 4 meses, não observámos fenómenos inflamatórios em nenhum dos casos. Um dos doentes curou-se. A comparação desta com as séries anteriores parece sugerir que o efeito terapêutico depende da substância salicilanilida, pois, conforme foi demonstrado por um de nós (6), a hiamina e o borato de fenilmercúrio têm «in vitro» acção fungistática análoga à da salicilanilida sobre os agentes em causa.

DOENTES TRATADOS COM O CREME «A»
(HOSPITALIZADOS)

N.º	Idade	Tipo clínico	Agente	Fenómenos inflamatórios	Tempo de tratamento (meses)	Tratamento complementar
1	10	T.T.	T. violaceum	—	4	R.X
2	5	T.T.	T. rubrum	—	4	R.X
3	6	T.T.	T. violaceum	—	6	—
4	7	T.T.	T. violaceum	—	4	R.X
5	6	M.	M. felineum	—	4	R.X
6	8	T.T.	T. violaceum	—	4	R.X
7	7	T.T.	M. felineum	—	4	R.X
8	4	M.	M. felineum	—	4	R.X
9	6	T.T.	T. violaceum	—	4	R.X

Fig. 11

Também desejamos chamar a atenção para as alterações morfológicas que os cotos dos cabelos parasitados sofrem durante o tratamento com cremes preparados com esta última substância, fenómeno que referimos em trabalho anterior (2) e que pudemos

verificar posteriormente (16) em centenas de observações. Aqueles repetem-se sistematicamente com o referido medicamento e não se observam durante as várias fases do tratamento clássico (preparados iodados, de enxofre e ácido salicílico, etc.) com outros medicamentos tópicos e nos fenómenos inflamatórios espontâneos. Parecem indicar que a salicilanilida, independentemente da respectiva acção fungistática, provoca acção especial que se manifesta por alteração profunda da forma e constituição dos cotos parasitados, as quais coincidem com o desaparecimento do parasita.

A salicilanilida parece desempenhar papel peculiar em relação às substâncias constitutivas do cabelo, não só em virtude dos fenómenos que acabamos de referir, mas também pelo facto de a acção dos cremes em cuja composição entra, não ter efeito nítido nem comparável ao que exerce no coiro cabeludo, sobre as lesões micósicas equivalentes da pele glabra.

COMENTÁRIO

O primeiro facto que sobressai com nítida evidência tanto da bibliografia já referida como do resultado dos nossos estudos é que a tinha tonsurante do coiro cabeludo é susceptível de curar apenas com tratamento local.

A percentagem em que a cura se verifica depende de vários factores ainda não completamente determinados. Entretanto podemos desde já admitir que o tipo de medicamento e particularmente o cuidado com que o tratamento é executado são primaciais para alcançar êxito. Também não se deve esquecer que a percentagem de curas aumenta com a duração do tratamento, conforme se vê nitidamente nos trabalhos dos autores americanos, em particular no de *Sullivan e Berenton* (3), facto que também nos foi possível verificar, pois nalguns casos levamos o tempo de tratamento para além de três meses e mesmo até doze para conseguir a cura. Mas devemos insistir em que atenção e técnica rigorosa são os factores decisivos. Entre os cuidados durante o tratamento tem papel preponderante a epilação por pinça dos cotos parasitados. *Wilson* (4) demonstrou que um grupo de doentes em que se fez tratamento local com o creme de ác. undecilénico e epilação durante um minuto cada quinze dias o resultado foi de 35,2% e no grupo padrão em que se não fez epilação, apenas de 22,8%. Nesta particularidade utilizamos o seguinte método: nas duas a quatro primeiras semanas da aplicação dos cremes com fungistáticos não fazemos epilação. Esperamos que as zonas doentes do coiro cabeludo estejam claramente definidas e bem impregnadas pelo medicamento. Começa-se então a remoção dos cotos por pinça, uma vez por semana ou de quinze em quinze dias, conforme as possibilidades do doente, até o coiro cabeludo estar limpo. Nas primeiras vezes quem executa o tratamento é a enfermeira, perante a mãe, pai ou encarregado da criança, que vão sendo industriados no método. Posteriormente, são estes que realizam no domicílio esta fase importante e por vezes decisiva do tratamento.

Se surgirem fenómenos inflamatórios os cotos destacam-se com mais facilidade. Também a lavagem periódica do coiro cabeludo elimina grande parte deles. Se o coiro cabeludo está limpo de cotos, suspende-se a epilação por pinça durante algumas semanas e vai-se vigiando o aparecimento de novos cotos, que se vão tirando conforme a necessidade.

Muitas vezes a operação referida não é fácil porque a criança movimenta-se e, progressivamente, se impacienta, sendo portanto conveniente conduzir estas sessões de tratamento com tacto e sem violência.

Do nosso trabalho resulta que, considerados globalmente, obtivemos cerca de 65% de curas com o creme de salicilanilida e que com cuidados especiais se atingiu mesmo 88%. Os nossos resultados são mais favoráveis do que os referidos pelos autores americanos, que, com o mesmo medicamento, têm obtido curas em 50 e 55% dos doentes. É indispensável ainda acentuar que obtivemos aqueles resultados na grande maioria dos casos em tinhas de tipo tricofítico, que, como é conhecido, oferecem maior resistência à terapêutica do que as do tipo microspórico.

Atribuímos este melhor êxito ao facto de termos reforçado os cuidados gerais e os respectivos pormenores e de termos procurado individualizar o mais possível o tratamento, interessando nele a pessoa (enfermeira, mãe, encarregado, etc.) a cargo

de quem está confiado. Parece-nos que este último facto é fundamental para se obter do tratamento tóxico das tinhas tonsurantes aquilo que ele é susceptível de dar.

Por outro lado, os nossos resultados contradizem de modo formal a opinião de *Kligman e Anderson* (5) relativamente à ineficácia efectiva do tratamento local das tinhas tonsurantes, cujos argumentos já referimos.

Está hoje sobejamente demonstrado que este método é da maior utilidade. Para se obterem resultados globais como os nossos (65% em média) é indispensável tomar em atenção os princípios acima referidos. Mas para se alcançar o bom rendimento (92% de curas) (17) com o método clássico (epilação pelos R. X) necessita-se também de técnica muito rigorosa, vigilância e cuidados especiais com o respectivo tratamento tóxico. Embora a diferença de resultados globais seja ainda sugestiva (65% para 92%), é necessário não esquecer a grande margem de diferença na possibilidade de aplicação de ambos os métodos e a grande simplificação terapêutica que representa o tratamento exclusivamente tóxico.

Este está também completamente indicado em todos os casos em que a irradiação pelos R. X não é possível ou não foi bem sucedida. Estão nestas condições as crianças afastadas de centros urbanos, as de tenra idade, cujos movimentos não permitem rentgenerapia com segurança, os casos anteriormente submetidos àquele tratamento, no intervalo da respectiva repetição ou na impossibilidade desta.

O tratamento em causa sofre, sem dúvida, grandes limitações quando se pretende utilizar de modo maciço em campanhas sanitárias. Há que contar conforme fica bem demonstrado neste trabalho, que ele não se pode usar de modo indiscriminado e sem preparação adequada, tanto da parte de quem o dirige como de quem o executa. Não se pode esperar que produza resultados satisfatórios por si próprio. Estes dependem essencialmente do estado de espírito que se lhe dedica e o êxito cresce proporcionalmente e à medida que se parte da utilização colectiva para a aplicação individual.

Neste sentido tanto o especialista como o médico prático bem orientado podem manejá-lo com satisfação pessoal e a sua criteriosa difusão contribuirá sem dúvida de modo decisivo para reduzir consideravelmente a nossa endemia da tinha.

RESUMO:

Os AA. referem a literatura mais actualizada e a crítica acerca do tratamento local das tinhas tonsurantes do coiro cabeludo, bem como os seus trabalhos anteriores neste capítulo.

Relatam em seguida o resultado positivo e nítido da acção «in vitro» da salicilanilida, do Asterol-«Roche» e do Furaspor-«Eaton» sobre os agentes mais frequentes das tinhas do nosso País, «*Trichophyton violaceum*», «*T. acuminatum*» e «*M. felineum*».

Analizam posteriormente os resultados obtidos no tratamento com cremes preparados com os medicamentos referidos e ainda com o Novex-«Boehringer» com pomada contendo 3% de ác. salicílico, 5% de clor. de merc. e amónio, 10% de enxofre pp. em banha, bem como creme contendo hiamina, e borato de fenilmercúrio.

Comparam os respectivos resultados e as condições em que foram realizadas estas experiências. Com a salicilanilida foi possível aos AA. escalar grupos de doentes submetidos a cuidados em grau variado. Com este medicamento obtiveram no confronto dos casos, cura em cerca de 65%, mas foi-lhes possível melhorar os resultados até cerca de 80% num grupo de doentes submetidos a vigilância e cuidados especiais.

Os AA. concluem que a minúcia com que os vários estádios do método devem ser executados, entre os quais remoção por pinça dos cotos dos cabelos parasitados, é indispensável para obter êxito em percentagem satisfatória.

Pensam que a salicilanilida, além de capacidade fungistática, deve possuir propriedade especial em se conjugar com a substância constitutiva do cabelo no sentido de determinar os fenómenos que conduzem à cura.

Este facto é sugerido pela ausência de efeito do creme preparado com os outros constituintes (que também possuem



«DAVITAMON 10»

(Vitamina 10 Organon)

Polivitamínico contendo as vitaminas necessárias a um perfeito equilíbrio orgânico.

CADA DRAGEA CONTÉM:

Vitamina A	1.000 U. I.
Vitamina B ₁ (167 U. I.)	0,5 mgr.
Vitamina B ₂	0,5 mgr.
Vitamina B ₆	0,2 mgr.
Vitamina C (400 U. I.)	20 mgr.
Vitamina D ₂	500 U. I.
Pantotonato de Cálcio	1 mgr.
Nicotinamida	5 mgr.
Ácido fólico	0,1 mgr.
Vitamina B ₁₂	0,0005 mgr.

Frascos de 50 drageas **26\$50**

Frascos de 100 drageas **45\$00**

INDICAÇÕES — Em todos os estados de carência de vitaminas e muito em especial, durante e após a gravidez, nos períodos de crescimento, nas doenças infecciosas, na convalescença, etc.

REPRESENTANTES:

UNIÃO FABRIL FARMACÉUTICA

Rua da Prata, 250-2.º — LISBOA / Rua Alexandre Braga, 138 — PORTO

PRODUTOS DE FAMA MUNDIAL E ELEVADO INTERESSE CIENTIFICO

EM PORTUGAL ENCONTRAM-SE À VENDA OS SEGUINTE PREPARADOS:

ARTANE

Trihexifenidil — Tratamento do síndrome parkinsoniano

CLORIDRATO DE AUREOMICINA CRISTALINA

Antibiótico

COMPLAMOM

Tratamento de todas as formas de anemia

DIGITALIS

DELFIOL COM METIONINA

Tratamento das doenças do fígado

EXTRACTO HEPÁTICO COM VITAMINA B₁₂ E FOLVITE

Anti-Anémico — 15 U. de extracto hepático com 20 gramas de vitamina B₁₂ e 5 mgr. de ácido fólico por cc.

FOLVITE

Ácido Fólico — Anti-Anémico

FOLVRON

Ácido Fólico com Ferro — Tratamento das anemias secundárias

HETRAZAN

Dietilcarbamazina — Parasiticida orgânico contra as filárias, ascáris, etc.

INTRAHEPTOL

Extracto de fígado por via endovenosa, para tratamento das cirroses hepáticas

LEDERCILINA PARENTÉRICA

300.000 U. O. de Penicilina G Procaína Cristalina e
100.000 U. O. de Penicilina G Potássica Cristalina

LEDERPLEX

Vitamina B Complexa Parentérica

LEDINAC

Granulado (com Folvite) — Associação de: amino-ácidos, proteínas, vitaminas, minerais e hidratos de carbono, para o restabelecimento do equilíbrio ácido-básico

NORMOCYTIN

Anti-Anémico injectável — Vitaminas B₁₂ e B_{12b}

PRENATAL

Dieta suplementar vitamínica e mineral para a profilaxia pré-natal e durante a lactação

PROPILOTIOURACIL

Tratamento do hipertiroidismo

TEROPTERIN

Ácido Pteroil-Triglutâmico para a terapêutica anti-cancerosa

TRI-IMUNOL

Vacina mista: Diftérica, Tetânica e Pertussis

TUBERCULINA

Prova do adesivo com tuberculina

VACINA ANTI-CATARRAL MISTA

Para a profilaxia e tratamento da «constipação vulgar», etc.

VACINA ANTI-VIRUS GRIPAL TIPOS A e B

Vacina contra a gripe

VARIDASE

(Estreptokinase 100.000 U.; Estreptodornase 25.000 U.)

VI-MAGNA

Combinação das vitaminas: A, B₁, B₂, B₆, C, D, PP

Pantotenato de Cálcio e Ácido Fólico

AGENTES PARA DIAGNÓSTICO

ANTIGÊNEOS

Lederle

LABORATORIES DIVISION

AMERICAN Cyanamid COMPANY

NEW YORK — U. S. A.

Representantes Exclusivos para Portugal e Colónias

ABECASSIS (IRMÃOS) & C.^A

RUA CONDE REDONDO, 64-3.º — LISBOA

RUA DE SANTO ANTÓNIO, 15 — PORTO

acção fungistática), mas sem salicilanilida, pela presença de alterações morfológicas características dos cabelos parasitados quando se dá a cura e pela ausência relativa de acção do medicamento nas lesões micósicas equivalentes localizadas na pele glabra.

BIBLIOGRAFIA

- 1) *Esteves, J.* — A tinha, O Médico, n.º 19, 1951.
- 2) *Esteves, J.* — O tratamento da tinha do coiro cabeludo pela salicilanilida. *Jornal do Médico*, XVIII (456), 645-655, 1951.
- 3) *Sullivan, M.* e *Bareston, E.* — A study of topical therapy in tinea capitis. *J. Invest. Derm.*, 19: 175-178, Set.º 1952.
- 4) *Wilson, J. F.* — Manual epilation of tinea capitis. *Arch. of Derm. and Syph.*, 60: 347-355, Set.º 1949.
- 5) *Kligman, A. M.* e *Anderson, W. W.* — Evaluation of current methods for the local treatment of tinea capitis. *J. Invest. Derm.*, 16: 155-168, Março 1951.
- 6) *Antunes, M. M.* — Acção «in vitro» do creme de Salicilanilida, do «Astero» e o do «Furaspor» sobre *Trichophyton violaceum*, *Trichophyton acuminatum* e *Microsporum felineum*. *Trab. Soc. Port. Derm. e Vener.* Ano XI n.º 1: 15-27, Março 1953.
- 7) *Matta, G.* e *Nunes, M. L.* — Contribuição para o estudo químico analítico da salicilanilida. *Anais Azevedos*, vol. III, n.º 1: 21; 1951 e n.º 3; 145, 1951.
- 8) *Matta, G.* e *Nunes, M. L.* — Ensaio de actividade fungostática

- com novos derivados de ácidos gordos e da salicilanilida. *Anais Azevedos*, vol. V, n.º 1: 9, 1953.
- 9) *Edelson, E., Craster, E.* e *Haskin, A.* — Evaluation of a new drug for topical therapy of tinea capitis — *Arch. of Derm. and Syph.*, vol. 64, n.º 4; 444-448, 1951.
 - 10) *Stritzler, C., Fishman, J. M.* e *Laurens, S.* — Treatment of tinea capitis with a new antifungal compound. *Arch. of Derm. and Syph.*, vol. 63, n.º 5: 606-610, 1951.
 - 11) *Grunberg, E., Soo-Hoo, G., Titsworth, E., Ressetar, D.* e *Schnitzer, R. J.* — Mycological studies with a new benzothiazole with specific activity against dermatophytes. *Trans. New York Ac. Sc. Ser. 2*, vol. 13, n.º 1: 22-27, Nov.º 1950.
 - 12) *Reiss, F.* — Antisporulating effect of Asterol dihydrochloride. *Trans. New York Ac. Sc., Ser. 2*, vol. 13, n.º 1: 28-31, Nov.º 1950.
 - 13) *Robinson, H. M., Robinson, Jor., H. M.* e *Sink, H. V.* — Furaspor in the treatment of tinea capitis. *Bull. of Sch. Med. Univ. Maryland*, vol. 35; 104-106, 1950.
 - 14) *Pipkin, J. L.* — Tinea capitis in the adult and adolescent. *Arch. of Derm. and Syph.*, vol. 66, n.º 1: 9-40, Julho 1952.
 - 15) *Richter, R.* — Neue Erfahrungen über die Behandlungen der Pilzkrankheiten. *Fortschritte der praktischen Dermatologie und Venereologie*, Springer Verlag, Berlin: 126-137, 1952.
 - 16) *Esteves, J.* e *Antunes, M. M.* — Alterações morfológicas dos cabelos parasitados observados no decurso do tratamento das tinhas tonsurantes do coiro cabeludo pela salicilanilida. Em publicação nos *Trab. Soc. Port. Dermat. e Vener.*
 - 17) *Brandão, N.* — A roentgenterapia das tinhas do coiro cabeludo. Em publicação.

Hospital de Curry Cabral

SERVIÇO DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS

(Director: Dr. E. Mac-Bride)

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA

(Prof. Juvenal Esteves)

A roentgenterapia das tinhas do couro cabeludo

(Aspectos técnicos e problemas)

NORTON BRANDÃO

O emprego da roentgenterapia no tratamento das tinhas do coiro cabeludo data de 1897, quando *Freund* verificou que os R. X tinham a propriedade de provocar a queda do pêlo. Esta propriedade foi em seguida aproveitada com o fim de determinar a queda dos cabelos tinosos e a consequente cura.

O método então utilizado consistia em irradiações sucessivas em dias alternados, que se mantinham até se iniciar a queda do pêlo, método que foi abandonado passado pouco tempo em virtude dos resultados desastrosos que se verificaram. Tornava-se pois fundamental para o emprego dos R. X determinar com segurança a dose exacta que provocasse a queda do pêlo sem correr o risco de produzir alopecias definitivas e lesões irreversíveis da pele (radiodermite).

Em 1904 *Sabouraud* e *Noiré* conseguiram estabelecer com precisão a dose de epilação temporária. Para isso, estes autores serviram-se de uma substância, o platinocianeto do bário, e concluíram que a dose óptima correspondia à quantidade de R. X necessária para modificar a cor do platinocianeto de bário quando este era colocado a metade da distância foco-pele. O método de *Sabouraud* e *Noiré* revestia-se contudo de certas dificuldades técnicas e as medições nem sempre tinham o rigor necessário e indispensável.

Estabelecida a dose de epilação temporária, o método que daí derivou para a epilação total consistiu na divisão do coiro cabeludo em 10 a 12 campos, que eram irradiados sucessivamente. Era contudo necessária protecção muito rigorosa e exacta dos sectores vizinhos, de maneira a evitar a irradiação excessiva ou ausência de irradiação nos limites dos respectivos campos.

Em 1907 *Kienboeck* idealizou um método engenhoso que permitia a irradiação do coiro cabeludo em curto espaço de tempo, utilizando apenas 5 campos. O método foi aperfeiçoado

dois anos mais tarde por *Adamson* e desde então tem sido utilizado universalmente. O método de *Kienboeck-Adamson* baseia-se fundamentalmente no princípio de procurar submeter todo o coiro cabeludo à mesma dose epilatória de R. X, aproveitando para isso o cruzamento dos raios oblíquos nas zonas entre os centros dos respectivos campos.

Uma vez estabelecido o sistema ideal para a irradiação completa do coiro cabeludo, havia necessidade de estabelecer com rigor o método para determinação da dose epilatória sem que essa avaliação estivesse sujeita aos erros e dificuldades técnicas do radiómetro de *Sabouraud-Noiré* (pastilha de platinocianeto de bário). Este objectivo foi conseguido com a introdução na prática corrente de radiómetros baseados na propriedade que tem os R. X de ionizarem certos gases. Estes radiómetros, que se designam também por ionímetros, permitem estabelecer com segurança em função de certas constantes (klw; mA, etc.) o tempo necessário de irradiações para se produzir uma dose que provoque a epilação temporária.

Esta dose, referida em unidades internacionais «r», corresponde a «300 r».

Estabelecido assim, por um lado, o método de divisão da cabeça que nos permite distribuição teóricamente uniforme dos R. X e, por outro lado, a certeza da aplicação rigorosa de dose que origina epilação temporária, estavam resolvidos os dois problemas fundamentais para que a epilação pelos R. X se tornasse uma operação teóricamente sem riscos. O uso dos ionímetros modernos veio, contudo, revelar que com o método referido a quantidade de radiações não é uniforme e precisamente nas zonas situadas entre os centros dos campos existe aumento correspondente a cerca de 30-50 % da dose que se aplica.

Entretanto a quantidade de radiação nas referidas zonas

(390-450 r) está ainda àquém da dose de epilação definitiva (para cima de 600 r).

SELECÇÃO DOS CASOS DE TINHA PARA A RADIAÇÃO

A epilação pelos R. X tem uma indicação indiscutível e absoluta, que é o favo. No que respeita às tinhas tonsurantes os R. X têm indicação relativa. Mesmo antes da introdução, na prática clínica, de certas substâncias fungicidas, como a salicililida, etc., se tinha verificado a percentagem apreciável de curas pelo tratamento local, particularmente microsporias que se localizavam no bordo do couro cabeludo. A idade é outro elemento a entrar em linha de conta; com efeito, sempre que o indivíduo está próximo da puberdade, o tratamento local, associado às modificações endócrinas que o organismo sofre naquele período, conduz à cura na maioria dos casos. Nos casos em que existe apenas uma lesão bem localizada é, por vezes, possível obter a cura com epilação parcial, cuja técnica adiante descreveremos. Nas crianças com idade inferior a 3 anos a epilação pelos R. X não é geralmente utilizada. A acção dos R. X sobre os centros nervosos e sobre o processo de ossificação das suturas dos ossos do crânio têm sido os argumentos invocados contra a aplicação do R. X naquelas idades. No entanto, aqueles perigos parecem não existir na realidade e o principal argumento reside no facto de ser geralmente impossível manter quieta a criança durante o tempo que dura a epilação.

A epilação pelos R. X é, pois, insubstituível no favo. Quanto às tinhas tonsurantes, o seu emprego imediato parece-nos particularmente indicado nos casos de longa duração e em que as lesões estão disseminadas por todo o couro cabeludo. Nas lesões recentes e circunscritas parece-nos que o tratamento deve ser iniciado com os métodos de aplicação tópica mais modernos, cujos resultados se mostram animadores.

Os casos que submetidos ao tratamento tópico não mostram tendência para a cura ao fim de 3 meses deverão então ser irradiados.

PREPARAÇÃO DO DOENTE PARA A RADIAÇÃO

O cabelo deve ser cortado curto mas não rente, deixando-o com o comprimento de 1/2 a 1 cm., o que facilita a remoção dos cabelos na altura da respectiva queda. Sempre que há infecção secundária esta deve ser tratada pelos meios habituais antes da irradiação, pois que as crostas atenuam o efeito dos raios X e podem, portanto, ocasionar epilação irregular. A irradiação não deve ser feita depois das principais refeições e de preferência deverá executar-se de manhã, tendo a criança feito previamente uma refeição leve (leite e bolachas). Nas crianças irrequietas e nervosas convém administrar-lhes medicamentos calmantes meia hora antes da irradiação e deixá-las assistir a algumas irradiações antes de as submeter ao tratamento.

TÉCNICA:

O método que temos utilizado é o de *Kienboeck-Adamson*, ou dos 5 campos.

Para a marcação dos centros dos respectivos campos utilizam-se duas lâminas metálicas soldadas em cruz no meio, flexíveis e curvas, que facilmente se adaptam à curvatura da cabeça.

Estas lâminas têm dois orifícios nas quatro extremidades, à distância de 11 a 12 cm., respectivamente, do ponto de cruzamento. Este aparelho coloca-se na cabeça de tal modo que os dois pontos extremos situados na linha média da cabeça fiquem distanciados do bordo do couro cabeludo cerca de 5 cm. Em seguida, através dos orifícios existentes nas quatro extremidades das lâminas, marcam-se os quatro pontos correspondentes e equidistantes do ponto central situado no cruzamento das duas lâminas. Estabelecidos assim os centros dos campos de irradiação (frontal, vertex, occipital e parietais), coloca-se a cabeça em posições sucessivas e determinadas de maneira tal que os raios verticais dum campo devem ser perpendiculares aos raios verticais dos outros campos. Assim, durante a irradiação do campo anterior frontal o doente está em decúbito dorsal com a nuca apoiada e a cabeça flectida.

A irradiação dos outros dois campos colocados no sentido ântero-posterior é feita em decúbito ventral. O vertex é irra-

diado com o doente apoiando a cabeça sobre o mento (fig. 1), enquanto que para o campo occipital a cabeça flectida apoia-se sobre a fronte. Na irradiação destes campos apenas protegemos a face posterior do pescoço. Na irradiação dos campos laterais (têmporo-parietais) o doente é mantido em decúbito ventral, com a cabeça voltada para um lado e depois para o outro. As orelhas são puxadas para a frente e mantidas contra a face com o auxílio de adesivo e em seguida protegidas com um molde de chumbo apropriado. A face também deve ser protegida.

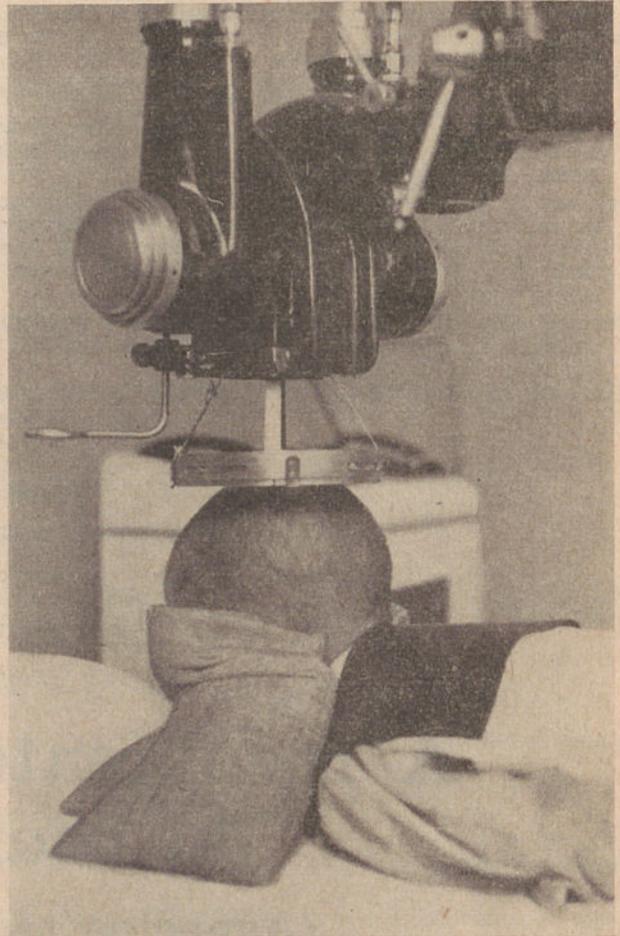


Fig. 1

A ampola de irradiação colóca-se de maneira a que o ânodo fique rigorosamente na mesma direcção do centro do campo. Para esse efeito utiliza-se um instrumento que se adapta à ampola e possui um círculo metálico na extremidade livre. O centro deste círculo é marcado pelo ponto de cruzamento de dois fios de elástico e justaposto contra o ponto correspondente do centro da zona a irradiar.

DOSE

A dose de epilação é dependente de quatro factores principais: idade do doente, variedade da tinha, tipo constitucional e dimensões do crânio.

Nas crianças de 3-6 anos a dose que temos utilizado é de 300-330 r por campo; entre os 6-10 a dose é de cerca de 350 r e nos adultos de 400 r. No favo estas doses são ligeiramente aumentadas porque se impõe epilação muito completa e uniforme, por um lado, e, por outro, há toda a vantagem em que o reponte do cabelo seja o mais tardio possível.

O tipo constitucional é também factor de importância na avaliação da dose a empregar. Os indivíduos loiros são mais sensíveis às radiações que os indivíduos morenos, razão por que as doses acima citadas devem ser ligeiramente diminuídas nas crianças loiras. Nos casos excepcionais de macro e microcefalia e noutras malformações cranianas, é, por vezes, necessário não só modificar a dosagem como também alterar a técnica clássica dos 5 campos.

A dose de epilação convém ser administrada em espaço de tempo curto, evitando assim quanto possível movimentos involuntários da cabeça, que prejudicam a distribuição uniforme da irradiação. Com esse fim utilizamos 80 kw e 7 mA. Kilovoltagens mais elevadas têm o perigo de produzir penetração exa-

gerada dos raios, sendo, portanto, preferível quando pretendemos reduzir o tempo de exposição, aumentar a miliamperagem.

A filtração dos raios não oferece qualquer vantagem; antes pelo contrário está contra-indicada, em virtude do perigo de provocar lesões do cérebro e alopecia definitiva. Assim a ausência do filtro ou ligeira filtração (1/2 mm. de Al) são de aconselhar. Quanto à distância foco-pele utilizamos 17 cm., conforme recomenda Sabouraud. Nestas condições com 80 kw, 7 mA, 1/2 mm. de Al. e 17 cm. de distância obtemos 300 r no tempo de 1 minuto e 30 segundos.

CUIDADOS PÓS-IRRADIAÇÃO

No que diz respeito à atitude a tomar após a irradiação não estão todos os autores de acordo. Uns limitam-se a simples lavagem diária da cabeça com água quente e sabão, visto que, segundo eles, a epilação produz a queda do cabelo tanto são como doente. Entretanto a maioria aconselha, a seguir à irradiação, um tratamento tópico intensivo, o qual se prolonga até à fase de renovo completo do cabelo.

Seguimos este último método, para o que usamos o clássico soluto alcoólico de iodo a 1 %, que mandamos aplicar diariamente de manhã e à noite em toda a cabeça seguida de aplicação, à noite, de pomada contendo 3 % de enxofre e de ácido salicílico em vaselina. Todos os dias de manhã a cabeça é lavada com água quente e sabão. Além destas medidas após a queda do cabelo, que se verifica entre o 17.º e 20.º dia depois da irradiação, observamos a cabeça e se nela existem cotos de cabelos parasitados, estes são removidos cuidadosamente por pinça, pelo pessoal de enfermagem da consulta ou pelos familiares do doente, previamente ensinados.

Parece-nos este método mais seguro, pois que temos notado frequentemente que, embora a epilação tenha sido boa, os cotos doentes persistem e se não forem removidos a recidiva é quase certa. O reponte do cabelo verifica-se em média mês e meio após a respectiva queda. Nem sempre é uniforme, sendo mais precoce nas zonas doentes e mais tardio nas áreas que limitam os diferentes campos onde, como atrás dissemos, a dose recebida é maior.

EPILAÇÃO PARCIAL

Este método está indicado nas tinhas de curta duração em que apenas existe uma lesão bem delimitada, e não se observam outras lesões suspeitas, e nas recidivas após o tratamento habitual em que as lesões se localizam também em pequena área. O método aconselhado consiste no corte de cabelo e lavagem da cabeça. Em seguida cobre-se a zona doente com um adesivo e observa-se o doente passados 8 dias. Se não se descobrem outras lesões, faz-se a irradiação da área doente e da zona vizinha. Nos dias que se seguem à irradiação e até à queda do cabelo o adesivo é substituído diariamente, todos os dias, aproveitando-se esse momento para executar o tratamento tópico.

As vantagens deste método residem sobretudo em maior rapidez da cura, menor perigo, e no facto de a queda do cabelo se verificar apenas numa zona limitada.

COMPLICAÇÕES DA EPILAÇÃO PELOS RAIOS X

Os acidentes da epilação pelos R. X podem ser imediatos ou tardios.

Os acidentes imediatos consistem essencialmente em náuseas, vômitos, perda de apetite e febre. Estes acidentes são passageiros e observam-se em regra nas 24 horas que seguem à irradiação. Têm sido atribuídos a causas variadas: a excitação nervosa antes e durante o tratamento, a excessiva quantidade dos alimentos tomados antes ou depois do tratamento e ao uso de voltagens muito elevadas.

As complicações tardias são, como é sabido, de maior gravidade. A radiodermite, de grau e intensidade variável, é a complicação tardia mais frequente. Tem sido descrita desde o eritema e tumefacção, aparecidos 5 a 7 dias após a irradiação, até à necrose de zonas da pele mais ou menos extensas. Dum modo geral o resultado é a epilação definitiva, que se acompanha de lesões da pele, de maior ou menor gravidade, desde a atrofia ligeira até à formação de telangectasias, queratose e ulcerações crónicas.

Estes acidentes resultam ou da administração de doses exageradas ou da sobreposição dos campos, que pode dar-se

por imperfeita fixação da cabeça. As zonas mais frequentemente atingidas por estes acidentes são as que correspondem aos pontos de cruzamento dos raios oblíquos, onde a dose recebida é maior do que no centro dos campos.

Lesões graves dos centros nervosos são excepcionais e só podem ser atribuídas a doses exageradas devidas a exposições muito prolongadas. Este acidente é praticamente impossível com os aparelhos mais modernos, que interrompem automaticamente a irradiação quando termina o tempo de exposição previamente marcado.

RECIDIVAS

As recidivas da doença após ter terminado o tratamento verificam-se numa percentagem variável e dependente não só da técnica de irradiação como dos cuidados com o tratamento local.

A atitude a tomar nas recidivas é variável.

Se se trata de favo, uma nova epilação é indispensável. Nas tinhas tonsurantes a atitude a tomar depende da extensão das lesões.

Se existe apenas uma lesão pequena bem delimitada, o tratamento local, associado à epilação manual, basta na maioria das vezes para obter a cura. Nas recidivas mais extensas o tratamento local com o creme de salicilanilida, ou outro medicamento tópico do mesmo género, deve ser utilizado pelo menos durante o tempo em que o doente aguarda o momento de poder fazer nova irradiação. Parece-nos serem estes casos uma das indicações mais formais do creme de salicilanilida. Temos tido oportunidade de tratar alguns casos naquelas condições com resultado satisfatório. Se se torna necessária nova epilação pelos R. X, parcial ou total, esta nunca deverá ser feita antes de 6 meses depois da 1.ª irradiação, pois caso contrário corre-se o risco de provocar radiodermite que, embora ligeira, tem o perigo de deixar como seqüela a alopecia definitiva.

CRITÉRIO DE CURA

Nem sempre é fácil decidir com precisão o momento em que o doente tinho está curado e em que a vigilância do mesmo pode ser suspensa.

Quando o reponte do cabelo se verifica na totalidade do coiro cabeludo e os novos cabelos têm um tamanho de cerca de 2 cm., o que acontece em regra 2 meses depois de surgirem na superfície do coiro cabeludo, suspende-se o tratamento tópico e 15 dias depois faz-se nova observação e respectiva análise do cabelo, a qual se repete durante 3 semanas. Só então é dada alta definitiva e se considera o doente curado. No favo este tempo de observação deve ser prolongado durante 2 meses ou mais, devido à maior frequência de recidivas neste tipo de tinha. A descamação que se observa no coiro cabeludo quando se suspende o tratamento, e se mantém por vezes durante bastante tempo, não deve ser confundida com a que é própria da tinha. Resulta do próprio tratamento e não tem significado patológico.

OBSERVAÇÕES PESSOAIS

Tratamos 955 doentes, dos quais 538 em regime ambulatorio e 417 hospitalizados.

Em virtude de serem diferentes as condições de tratamento nas enfermarias e nos doentes ambulatorios, expomos separadamente os resultados obtidos em cada um daqueles grupos.

A) Tratamento ambulatorio

No Quadro I verifica-se que em 17,4 % dos casos os doentes abandonaram o tratamento antes de lhe ter sido dada alta

QUADRO I	
	N.º de casos
Completaram o tratamento. . .	444
Abandonaram o tratamento . . .	94 (17,4%)
Total . . .	538

e, portanto, antes da indispensável verificação da cura. As razões deste fenómeno devem residir certo número de vezes em dificuldades, de ordem económica, em aqueles adquirirem os medicamentos e na impossibilidade de deslocação, por motivos de ordem profissional, da pessoa encarregada de acompanhar a criança e executar o tratamento, etc., outras vezes em as famílias ou encarregados considerarem as crianças curadas visto o cabelo ter nascido e crescido e a cabeça apresentar bom aspecto. Este facto torna-se particularmente frequente no momento em que se aconselha a suspensão do tratamento tópico. Muitas vezes a família ou encarregado do doente interpreta essa indicação como sinónimo de cura. Assim, perdemos o contacto com certo número de doentes nos quais não foi possível exercer o indispensável período de vigilância no tratamento para determinação da cura ⁽¹⁾.

Entretanto admitimos que a maioria destes doentes estejam curados, visto que o abandono do tratamento se realizou, com excepção de 20 casos que abandonaram a consulta imediatamente após a irradiação, depois de tempo e cuidados que em regra são suficientes para obter a cura.

QUADRO II

	Curados	Recidivas
Tinha tonsurante	392	28 (7%)
Favo	20	4
Total	412	32

Do Quadro II deduz-se que a percentagem de recidivas nas tinhas tonsurantes de cerca de 7%. No favo, como é próprio deste tipo de tinha, a percentagem é consideravelmente maior.

Nos Quadros III e IV procurámos analisar as causas das recidivas nas tinhas tonsurantes. No Quadro III tentámos veri-

QUADRO III

Resultados do tratamento	Agente etiológico				Total
	T. violac.	T. acum.	M. felin.	T. glab.	
Curados	130	40	32	2	204
Recidivas	15	2	2	0	19
Total	145	42	34	2	223

QUADRO IV

Factores de recidiva	T. tonsurante	Favo
1) Tratamento insuficiente pós-irradiação	15	1
2) Epilação imperfeita	3	1
3) Onicomiose.	1	—
4) Sem justificação aparente	7	2
5) Reinfecções (?).	2	—
Total	28	4

ficar se havia relação entre a natureza do agente etiológico e a tendência para a recidiva. Encontramos os números acima registados; contudo o tratamento estatístico destas observações mostrou que as diferenças encontradas não são significativas.

No Quadro IV verificámos que em cerca de metade dos casos o motivo fundamental da recidiva foi a execução imperfeita do tratamento tópico e dos cuidados pós-irradiação (remoção metódica dos cotos parasitados, aplicação rigorosa e persistente dos medicamentos prescritos, desinfecção das toucas, etc.). A epilação imperfeita foi apenas responsável em 4 casos dos 32 tratados. Embora o número total de epilações imperfeitas fosse bastante maior (13), verificou-se que o tratamento local bem conduzido e persistente foi suficiente para conseguir a cura em cerca de dois terços daqueles casos em que a queda do cabelo não se produziu com a regularidade desejada.

Um caso de recidiva pôde ser atribuído à coexistência de onicomiose no doente, factor de manutenção da doença a cuja importância faremos especial referência. Em 9 casos não nos foi possível determinar quais as circunstâncias responsáveis pela recidiva. É possível que residam na própria natureza do parasitismo, factor que, nas condições etiológicas das tinhas do nosso meio (longa evolução antes do tratamento, etc.) deve ser permanentemente considerado.

Em 2 casos, dado o longo espaço de tempo que mediou entre a data da alta e o reaparecimento dos doentes na Consulta com novas lesões de tipo recente (cerca de um ano depois) e ainda dada a circunstância de as crianças em questão viverem em condições particulares (promiscuidade), fomos tentados a admitir que se não trate de verdadeiras recidivas mas muito provavelmente de reinfecção. Na tinha do couro cabeludo como em outras doenças infecciosas é muitas vezes impossível separar com rigor a recidiva da reinfecção. Este facto é de importância se considerarmos a respectiva significação epidemiológica (pesquisa de fonte de contágio, presença onicomiosica, convívio com outras crianças com doença averiguada ou ignorada, contacto com animais doentes, etc.).

Procurámos estabelecer as condições responsáveis pelas 13 epilações imperfeitas que observamos no nosso material. Em 3 casos verificou-se na região interparietal junto ao vertex a existência de áreas, de dimensões variáveis, onde o cabelo não caiu. Atribuimos este facto à circunstância de o doente ter flectido ligeiramente a cabeça durante a irradiação do campo correspondente ao vertex. Em 7 casos observaram-se zonas lineares de um ou de outro lado da cabeça ao longo do bordo do couro cabeludo nas quais o cabelo não caiu, o que atribuímos ao facto de as borrachas chumbinas usadas para protecção se terem deslocado ligeiramente para além do limite do couro cabeludo. Nos 3 casos restantes a queda do cabelo foi difusa mas não completa, embora a dose de R. X utilizada nesses doentes tivesse sido a habitual.

Tratar-se-á possivelmente de casos de particular resistência individual dos cabelos à acção epilatória dos R. X.

B) Doentes hospitalizados:

Tratámos neste regime 417 doentes.

QUADRO V

	Curados	Recidivas
Tinha tonsurante	333	30 (9%)
Favo	40	14
Total	373	44

Neste grupo de doentes verificou-se que a percentagem de recidivas foi de cerca de 9% nas tinhas tonsurantes e bastante mais elevada no favo.

(1) Esta anomalia poder-se-á corrigir desde que exista junto do centro de tratamento o indispensável serviço de assistência social.

QUADRO VI

Factores de recidiva	T. tonsurante	Favo
1) Tratamento insuficiente pós-irradiação	6	2
2) Epilação imperfeita	2	—
3) Onicomucose associada	2	—
4) Sem justificação aparente	—	12
5) Reinfecções (?)	20	—
Total	30	14

Nas circunstâncias responsáveis pelas recidivas destes doentes avulta o contacto dos mesmos na fase de observação de tratamento com doentes recém-entrados na enfermaria e sofreadores de lesões muito extensas e contagiosas.

Nas nossas condições habituais de hospitalização é praticamente impossível, apesar dos cuidados neste sentido, manter a separação e portanto evitar o contacto entre as crianças virtualmente curadas e as que chegam em condições óptimas para contagiarem aquelas. Portanto, é muito provável que nestes doentes se trate de reinfecções e não de verdadeiras recidivas.

Num número mais reduzido de casos verificámos, contudo, recidivas com epilação correcta e em condições satisfatórias de isolamento e de terapêutica pós-irradiação. Trata-se de doentes com tão grande quantidade de cotos parasitados que foi praticamente impossível a sua remoção total. É necessário advertir que estas crianças hospitalizadas, oriundas dos meios rurais, sofriam de parasitismo muito mais extenso do coiro cabeludo que as habitualmente tratadas em regime ambulatorio e habitando meios urbanos. Este facto contribui para explicar a diferença de resultados obtidos no tratamento das crianças hospitalizadas em relação às tratadas em regime ambulatorio. À primeira vista, deveria admitir-se melhores condições de tratamento no internamento, mas a experiência demonstrou o contrário.

Em 2 casos atribuímos a recidiva a epilação imperfeita e em outros 2 a coexistência de onicomucose em várias unhas, que não conseguimos curar durante o tempo normal de tratamento da tinea do coiro cabeludo.

COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS NOS DOENTES AMBULATORIOS E HOSPITALIZADOS

Dos resultados expostos verifica-se que a percentagem de recidivas nos doentes hospitalizados é mais elevado do que nos doentes sujeitos ao tratamento ambulatorio. Pensámos que a razão deste facto reside em duas circunstâncias principais: 1.º) Enquanto que para os doentes hospitalizados existem apenas duas enfermeiras que têm de assistir cerca de 40 crianças, existe, para cada criança em tratamento ambulatorio, uma pessoa, em regra a mãe, que executa de modo geral com o maior rigor e minúcia as prescrições que lhe são confiadas. 2.º) Como já referimos, grande parte dos doentes hospitalizados eram provenientes da província e sofreadores de tinas muito extensas e de longa duração e portanto mais difíceis de influenciar pela terapêutica.

CASOS ESPECIAIS

Em determinadas circunstâncias tornou-se necessário modificar a técnica habitual ou tomar certas precauções que nos permitam executar a irradiação sem risco e com o resultado desejado.

Essas circunstâncias são as seguintes:

- 1) Crianças de idade inferior a 3 anos;
- 2) Crianças irrequietas e nervosas;
- 3) Crianças com taras mentais;
- 4) Crianças com crânio de configuração anormal.

I) Tivemos oportunidade de irradiar 4 crianças de idade oscilando entre 26-30 meses. Tratava-se de crianças com temperamento calmo que assistiram antes do tratamento a várias irra-

dições. A técnica que utilizámos foi a habitual, apenas reduzindo o tempo de exposição. A dose utilizada por campo foi em todos os casos de 280 r. Os resultados obtidos foram completamente satisfatórios. A queda do cabelo e o respectivo reponte efectuaram-se nas datas previstas. Não se observou qualquer alteração geral ou local imediata ou tardia.

II) A irradiação de crianças irrequietas e nervosas necessita de se revestir de precauções especiais que evitem superdosagem de determinadas zonas, provocadas pelas modificações involuntárias da posição da cabeça.

Nestas circunstâncias, após colocarmos a cabeça na posição correcta, a enfermeira mantém a cabeça imóvel, fixando-a entre as mãos, que se apoiam nas regiões laterais da face da criança. Esta precaução torna-se apenas necessária na irradiação dos 3 campos correspondentes à linha média da cabeça, posição esta em que os movimentos oscilatórios verticais e laterais são mais fáceis e frequentes. Na irradiação dos campos laterais, já porque a criança se tranquilizou, já porque a posição é menos propícia a movimentos que desloquem o centro do campo, as precauções referidas tornam-se em regra menos necessárias. As mãos e os braços são convenientemente protegidos com borraça chumbina.

III) Irradiámos 4 crianças com taras mentais, internadas no Hospital Júlio de Matos, de idade entre 7 e 10 anos e particularmente excitadas e irrequietas. Foi-lhes ministrada injeção subcutânea de 2 c.c. de «Somnifène» (Roche) e aproveitámos a relativa calma que se observou, meia a uma hora depois da injeção, para executar a irradiação. Como precaução, em todas elas a cabeça foi fixada pelo processo atrás descrito. Os resultados obtidos foram satisfatórios.

IV) Num caso particular de criança com configuração anormal do crânio tornou-se necessário modificar a técnica clássica de irradiação.

Tratava-se de um favo extenso que ocupava a quase totalidade da cabeça. A configuração anormal do crânio (escafocefalia) (Fig. 2 e 3) obrigou-nos a alterar a técnica de irradiação clássica dos 5 campos. Em virtude de a parte superior da abó-

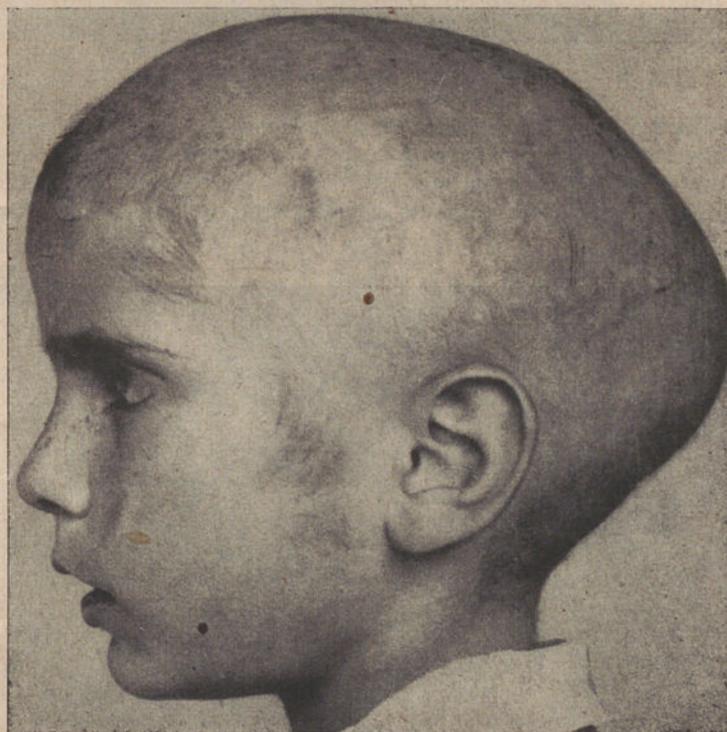


Fig. 2 — Favo em crânio escafóide (epilação pelos R. X)

bada craniana ser muito mais estreita do que é habitual, particularmente na região do vertex, a irradiação do campo correspondente não seria efectiva em virtude de a maioria de raios oblíquos caírem fora do crânio. Por outro lado as regiões parieto-temporais eram muito mais extensas do que habitualmente e não se obteria, por falta de cruzamento dos raios oblíquos, a dose epilatória necessária nos limites dos diferentes campos. Portanto suprimimos o campo correspondente ao vertex e os restantes 4 campos foram deslocados da posição que habitualmente ocupam. Os centros dos campos occipital e frontal foram marcados em pontos situados na linha média do crânio, a 8 cm. do bordo do coiro cabeludo. Os centros dos campos laterais foram

marcados em pontos situados 5 cm. acima do rebordo dos pavilhões auriculares. A dose por campo foi aumentada para 420 r.

A queda do cabelo verificou-se ao 17.º dia e foi total e uniforme, o reponte deu-se mês e meio após a queda do cabelo.

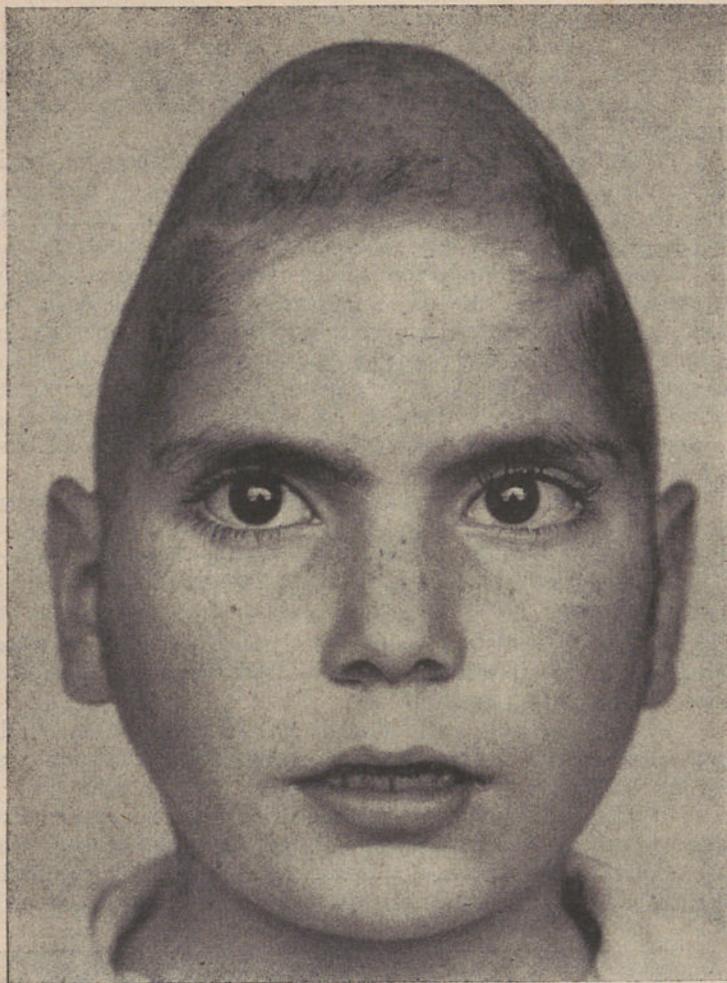


Fig. 3 — Favo em crânio escafoíde (epilação pelos R. X)

A doença recidivou numa zona muito limitada situada na região do vertex, onde o renovo do cabelo se fez mais precocemente do que é habitual, e passados 4 meses foi feita epilação parcial daquela região com resultado satisfatório e que conduziu à cura (Fig. 4 e 5).

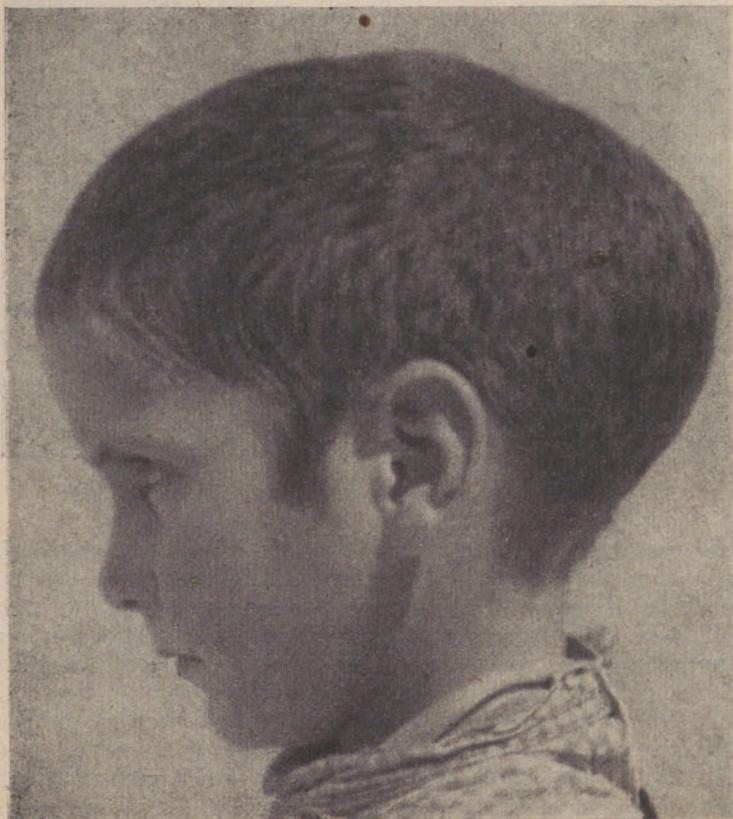


Fig. 4 — Aspecto após o reponte do cabelo

Finalmente, consideraremos os casos particulares em que coexiste tinha do couro cabeludo com lesão das unhas da mesma natureza (onicomicose). Estes casos revestem-se de características especiais, dada a dificuldade que existe em curar a onicomicose e a probabilidade de reinfeção do couro cabeludo. Tratamos sempre simultaneamente as duas localizações da doença. O processo que temos usado para o tratamento da onicomicose consiste no seguinte:

A unha é extraída, após a anestesia local com cloreto de etilo, com o auxílio de um porta-agulhas cirúrgico, que é introduzido entre a unha e o respectivo leito. Esta manobra é feita de maneira a que a unha seja descolada totalmente e depois extraída por um movimento lento de rotações, com o fim de evitar a respectiva fragmentação. Em seguida, o leito da unha é cuidadosamente limpo com uma colher de raspagem. Durante os primeiros dias faz-se penso anti-séptico (pomada de rivanol a 1%). Quando a infecção secundária desaparece usamos a pomada de Drewn (10% crisarobina, 2% alcatrão de bétula, ácido salicílico, aã, sabão mole, lanolina) em penso permanente e renovado todos os dias. Logo que a nova unha começa a nascer aconselhamos a limar diariamente o bordo livre de maneira a atrasar o mais possível o seu crescimento e manter a desinfecção. Embora as recidivas sejam frequentes e haja portanto necessidade de nova extração, temos conseguido na quase totalidade dos casos solução completa para esta localização particular da tinha, sem dúvida a mais rebelde e mais difícil de curar de todas as formas clínicas das micoses superficiais.

COMENTÁRIO

A nossa rotina de trabalho mostra-nos que é conveniente seleccionar convenientemente os casos que devem ser submetidos a irradiação pelos R. X e que estes devem ser estudados no sentido de individualizar o ajustamento da técnica clássica usada neste método de tratamento.

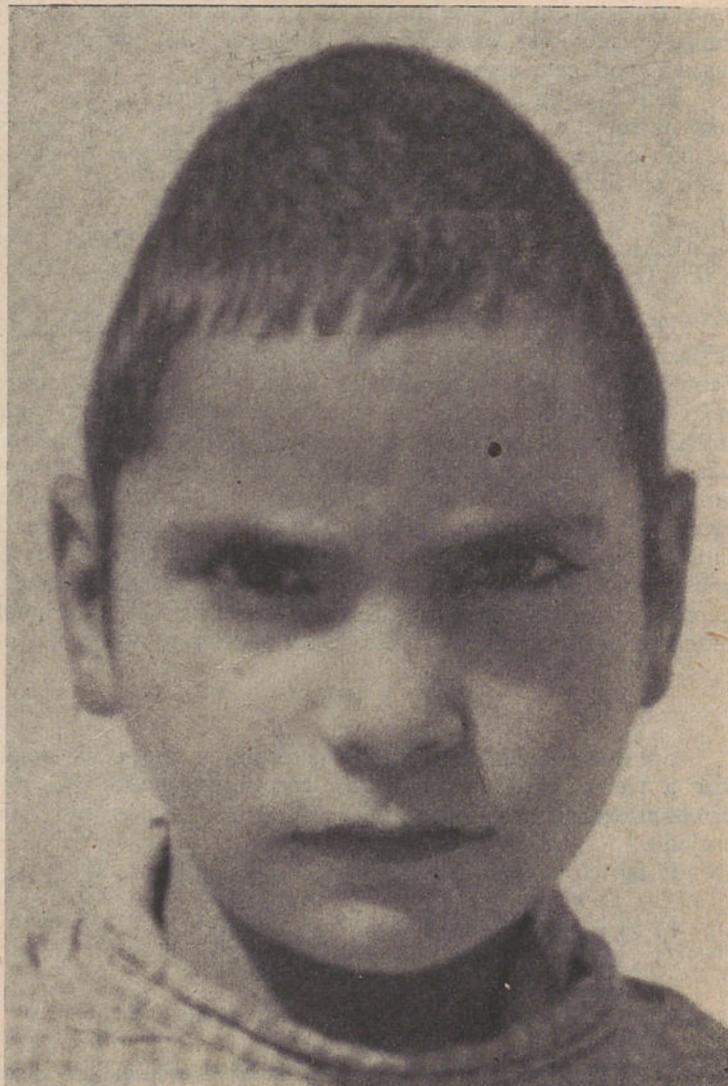


Fig. 5 — Aspecto após o reponte do cabelo

Assim, é de importância o estabelecimento da dose em função da idade, do tipo constitucional, da variedade de tinha e do diâmetro do crânio. Também são fundamentais para o resultado final os cuidados com o tratamento tópico e a vigilância dos doentes, particularmente no período de verificação da cura, a fim de evitar autoreinfecção (onicomicose) ou reexposição a fontes de contágio. No nosso material de estudo verificamos que a percentagem de insucessos terapêuticos nas tinhas tonsurantes (recidiva, reinfeção (?), foi de cerca de 7% nos doentes tratados em regime ambulatorio e de cerca de 9% nos hospitalizados. A análise das circunstâncias em que se produziram estes casos de falência terapêutica revela-nos que eles derivam fundamentalmente de faltas que se registaram na aplicação rigorosa do método proposto e que a natureza etiológica não tem papel decisivo.

BIBLIOGRAFIA

- 1) *Combes, F. e Behrman, H.* — Technic and problems of roentgen Ray epilation. Arch of Derm. and Syph., vol. 57:74-89, 1948.
- 2) *Cottenot, J. e Laborde, S.* — Tratado de Patologia Medica y de terapeutica aplicada, vol. 32:293-296, 1936.
- 3) *Esteves, J.* — O tratamento da tinha do coiro cabeludo pela salicilanilida. Jornal do Médico, XVIII (456), 645-655, 1951.
- 4) *Hazen, H. H.* — Results of repeated epilation with roentgen Rays in tinea tonsurans. Arch. of Derm. and Syph. Vol. 56: 539-546, 1947.
- 5) *Lewis, G. e Happer, M.* — Sucessfull use of roentgen Rays to epilate local areas of infection. Arch. of Derm. and Syph. vol. 49:107-109, 1944.
- 6) *Lyton, Stephanides, R.* — Treatment by X. Ray epilation without subsequent local application. Brit. Med. J., Março 1949.
- 7) *Mackee, G. e Cipollaro, A.* — X Rays and radium in the treatment of diseases of the skin, Filadélfia, 1947.
- 8) *Sabouraud, R.* — Nouvelle Fratique Dermatologique. Vol. II: 200-211, Paris, 1936.

Esboço de organização de luta contra a tinha do couro cabeludo no norte de Portugal

AURELIANO DA FONSECA

Depois de termos elaborado um inquérito epidemiológico sobre a tinha no coiro cabeludo no Norte de Portugal, e verificada a existência de numerosos casos e a sua grande disseminação, pensamos na urgente necessidade de reunir os convenientes recursos para procurar pôr fim a esta doença, ou pelo menos reduzi-la a uma percentagem que não constitua problema médico-social.

No inquérito que fizemos, verificamos que a tinha no coiro cabeludo tem a sua principal frequência ao longo da costa, com predomínio nos concelhos de Viana do Castelo, Póvoa de Varzim, Porto e Ovar. Destas localidades irradiam numerosos focos que se dispersam, diminuindo de intensidade à medida que nos afastamos para o interior.

Baseados neste estudo e na experiência que possuímos por ensaios já realizados, ponderados os múltiplos e diversos problemas que a profilaxia e tratamento da tinha encerram, e tendo em vista os modestos recursos existentes ou que se poderão conseguir, elaboramos um plano com o qual, temos a certeza, será possível obter eficientes resultados.

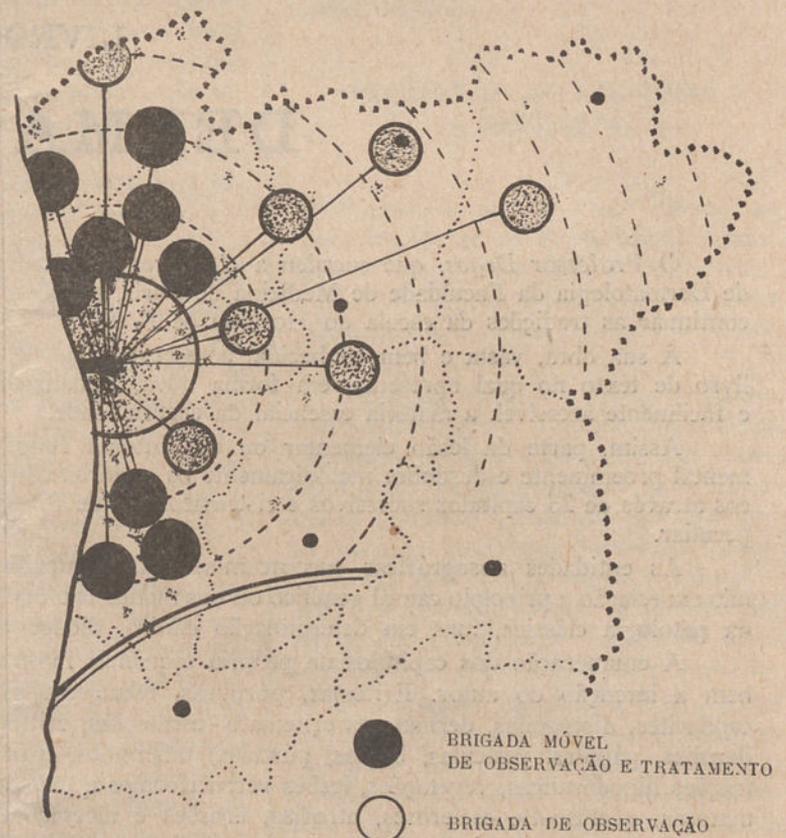
Como base da organização é imprescindível a constituição de um Centro de Profilaxia e de Tratamento que, por razões óbvias, deverá ser situado na cidade do Porto.

Este Centro, onde funcionará a direcção da Campanha, terá que possuir todos os necessários órgãos técnicos de inquérito, diagnóstico e de tratamento, que utilizará no próprio Centro ou em locais distantes. Para isto, será necessário dispor de convenientes instalações e material e de uma *equipe* de médicos especialmente treinados neste assunto, colaborados por uma *equipe* de enfermeiras e assistentes sociais ou auxiliares sociais, igualmente preparadas nos diversos problemas da profilaxia e tratamento da tinha.

Na área da cidade do Porto e vilas adjacentes de Matosinhos e de Vila Nova de Gaia, as auxiliares sociais procurarão identificar os casos suspeitos de tinha, fazendo visitas sistemáticas nas escolas, e conduzirão as crianças ao Centro para observação. Estabelecido o diagnóstico, logo serão medicadas, ficando a cargo do Serviço social a respectiva vigilância do tratamento

e a identificação de prováveis contágios feitos por estas crianças, o que implicaria um cuidado inquérito a todas as crianças com as quais aquelas teriam brincado.

Quanto às outras localidades, na impossibilidade de organizar uma inspecção a todas as escolas, proceder-se-ia do modo seguinte:



Partindo do conhecimento directo ou indirecto de prováveis focos de tinha no coiro cabeludo, e depois da confirmação feita pela respectiva autoridade sanitária local, em data previamente combinada, seria enviada à localidade uma *brigada de inspecção* que examinaria todas as crianças consideradas suspeitas

dessa localidade assim como das localidades vizinhas. Esta brigada seria constituída por um ou mais médicos (conforme o número de crianças a examinar), uma enfermeira e uma auxiliar social.

Se o número de crianças infectadas fosse pequeno, até algumas poucas dezenas, logo seriam as crianças escalonadas para serem enviadas ao Centro de depilação dos raios X. A subsequente vigilância do tratamento complementar seria realizada na terra, sob a orientação e vigilância das respectivas autoridades sanitárias. Também aquelas crianças cujo caso clínico não necessitasse de depilação pelos raios X, por não ser justificado ou mesmo ser impossível ou contra-indicado, ficariam entregues à vigilância da autoridade sanitária, e esta em colaboração directa com o Centro.

Porém, se o número de crianças no lugar, concelho ou região fosse muito elevado, estudar-se-ia o envio de uma *brigada de observação e de tratamento* que, equipada com a necessária aparelhagem de roentgenterapia, se instalaria no Hospital local ou outro estabelecimento de assistência, conforme melhor viesse, quer sob o ponto de vista de instalações, quer no aspecto de facilidade de meios de comunicação.

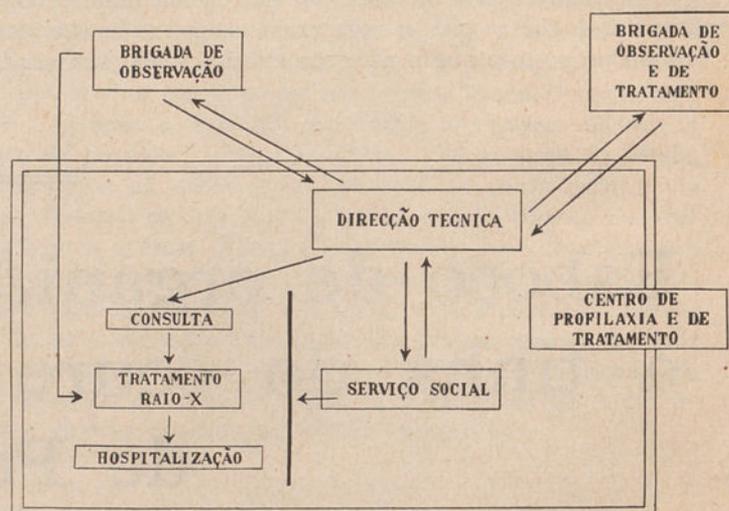
Esta brigada seria constituída por um médico preparado neste assunto, e auxiliado por uma enfermeira e uma auxiliar social. Por conseguinte, esta brigada funcionaria como uma miniatura do Centro, do qual aliás seria um prolongamento.

Para os casos em que as condições do meio familiar não dessem as necessárias garantias de perfeita execução da terapêutica indicada, então as crianças seriam hospitalizadas no Porto, apenas quando fosse necessária a depilação manual (portanto, 15 a 20 dias depois de terem sido irradiadas) e aí permaneceriam unicamente o tempo suficiente para a depilação completa, que é

naturalmente a etapa do tratamento mais delicada e que exige perfeita aptidão técnica.

Claro está que ao lado deste plano haveria que facilitar a todos os médicos que desejarem, os necessários meios de aperfeiçoamento técnico sobre os problemas da tinha, de modo a que possamos obter assim uma mais eficiente colaboração e, conseqüentemente, a garantia de melhor eficiência.

Vejam os em esquema a organização da luta contra a tinha, como a elaborámos:



São estas as directrizes de trabalho que desejaríamos organizar para debelar ou pelo menos tentar diminuir uma doença que em certas localidades toma aspectos de verdadeiro flagelo social.

LIVROS NOVOS

DERMATOLOGIE

par ROBERT DEGOS

O Professor *Degos*, que sucedeu a *Gougerot* na cátedra de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Paris, propõe-se continuar as tradições da escola do Hospital de S. Luís.

À sua obra, vasta e bem conhecida, acrescentou agora o livro de texto no qual apresenta, em forma nova, actualizada e facilmente acessível, a matéria essencial da especialidade.

Assim, parte da lesão elementar ou do sintoma fundamental proeminente e desdobra metódicamente os quadros clínicos através de 23 capítulos sucessivos e sistematizados de forma peculiar.

As entidades nosográficas encontram-se pois agrupadas não em relação a princípio causal genético ou nos modos habituais da patologia clássica, mas em determinação clínico-didáctica.

A enumeração dos capítulos na própria sequência mostra bem a intenção do autor. Eritemas, púrpuras, telangectasias, capilarites, discromias, dermatoses eritemato-escamosas, eritrodermias, pápulas, vesículas, bolhas, pústulas, tubérculos, infiltrações hipodérmicas, vegetações, lesões verruciformes e papilomatosas, queratoses, escleroses, atrofia, erosões e ulcerações, nevos, quistos e tumores benignos, tumores malignos, pruridos, prurigos, liquenificações e doenças parasitárias, doenças das mucosas, doenças do coiro cabeludo, doenças das unhas. Estes diversos capítulos contêm, em redacção condensada, nosografia de base essencialmente morfológica com nomenclatura clássica e tradicional da escola de origem.

Cada entidade clínica é analisada proporcionalmente à res-

pectiva importância, com descrição bem equilibrada dos aspectos clínicos, da evolução, das complicações, da anatomia patológica, da etiopatogenia e do tratamento. As diferentes entidades são aproximadas uma das outras por critério variável conforme os capítulos, mas em que predomina a base morfo-clínica.

A matéria no conjunto da obra está devidamente actualizada e de acordo com as correntes internacionais de opinião na maior parte dos respectivos domínios. A bibliografia que acompanha cada capítulo está bem seleccionada e contém os trabalhos básicos das várias escolas acerca dos assuntos a que se refere. Índices alfabéticos e analíticos, bem como as referências do texto de umas e outras partes do livro, facilitam a sua consulta e estudo.

A apresentação gráfica é magnífica, tanto no que se refere à qualidade do papel, como à impressão do texto e particularmente às três centenas de fotografias e microfotografias, de qualidade excepcional, que são altamente instrutivas.

A encadernação, de tipo desmontável, permite introduzir novas páginas conforme propõe a «Collection Médico-Chirurgicale à Révision Annuelle», à qual esta obra pertence. É propriedade das «Éditions Médicales Flammarion», de Paris.

Apesar de constituir um volume de espessura considerável e com mais de um milhar de páginas permite, devido à sua organização geral e ao tipo particular de redacção, consulta rápida, agradável e elucidativa.

JUVENAL ESTEVES

S U P L E M E N T O

HA CINQUENTA ANOS

A inauguração do novo ano académico em Outubro de 1903

III

Terminadas as férias da Sociedade das Ciências Médicas, só em 31 de Outubro, o novo presidente, Gregório Rodrigues Fernandes, cirurgião do Hospital de S. José, inaugurou com a tradicional alocução o novo ano académico.

Depois de frisar que, durante quase 70 anos, se registaram, naquela colectividade, os factos mais notáveis nas ciências que estudava, recordou os nomes de José Lourenço da Luz, Bernardino Gomes, Alves Branco, António Maria Barbosa, Boaventura Martins, Manuel Bento, Sousa Martins. E disse «que ali se têm levantado as mais altas questões de higiene, material e social, em que os membros daquele colégio, sacrificando o interesse individual, animados do mais justo zelo em favor da nossa terra, têm reagido com governos autocratas, que, por vezes, lhe pretenderam coartar a mais nobre das liberdades — a de discutir». E passou a apreciar a questão da hospitalização, que produzira grande abalo nos dirigentes do País. Dessa discussão resultara, em benefício dos pobres, a conclusão do Hospital Estefânia.

Referiu-se ainda aos trabalhos da mesma Sociedade sobre o saneamento da capital, às questões de higiene material, do trabalho dos menores nas fábricas, da instrução secundária.

A propósito do congresso de medicina de 1906, afirmou que se deveria estar preparado para receber os colegas que de todos os países afluiriam à capital, coligindo trabalhos científicos e para, com os poucos laboratórios que possuíamos, onde se pudesse fazer ciência, mostrarmos que não éramos alheios ao movimento científico de todo o mundo.

E caiu a fundo sobre a questão hospitalar, que — afirmou — era material e cientificamente pobre. Classificava o Hospital de S. José de mau — embora soubesse que um ministro, que, havia pouco, o visitara, encontrara tudo muito do seu agrado! Terminou emitindo o parecer de que, se a parte material precisava de ser reformada, a científica não o necessitava menos.

A «OBRA» DO CONSELHO SUPERIOR DE HIGIENE PÚBLICA

Reuniu-se o Conselho Superior de Higiene Pública. Discutiu apenas um assunto, trabalho de Guilherme Ennes sobre a re-

gulamentação higiénica dos caminhos de ferro. Teve esse estudo de ser modificado em harmonia com uma proposta de Silva Teles, na qual se estabelecia o seguinte princípio: — «evitar pela persuasão e não pelos meios proibitivos tudo que fosse contrário à higiene dos referidos caminhos de ferro».

O facto foi comentado — como era de ver — por Bombarda, na «Medicina Contemporânea», em editorial, intitulado «Maquiavelismos burocratas», em que dizia que havia problemas de gravidade a resolver por esse Conselho, como a questão dos regulamentos em matéria de peste, a da malária e de tantos outros que poderiam ser ali levados». Mas um único assunto foi cometido ao seu estudo, e de tão legítima insignificância que bem justificava a imediata retirada de todos os seus membros. A higiene dos caminhos de ferro é negócio que merece regulamentação, afirmou, «mas oferecê-lo como assunto único de estudo à entidade mais superior na organização sanitária do País deveria ser considerado à maneira de amena troca». E terminou com este comentário: «A sessão plena do Conselho de Higiene reuniu-se este ano pela primeira e... última vez».

E, já que falamos da «Medicina Contemporânea», vem a pêlo dizer-se que, neste mês de Outubro, publicou apenas, na sua secção de «Trabalhos originaes», um, da autoria de Bettencourt Raposo, intitulado «Observações sobre a faísca eléctrica de indução», que, como bem disse o autor, não tinha o maior interesse médico que o da curiosidade e o de contribuir para a inteligência de vários efeitos do raio.

Em «Observações clínicas e casos médico-legais», trazia o mesmo jornal um artigo de Bombarda, «Crimes de um degenerado», em «Actualidades», «A exposição de higiene de Bruxelas», por Silva Carvalho, outras notícias do estrangeiro e um artigo de Virgílio Machado sobre «Os novos caminhos abertos às conquistas da terapêutica», relato de experiências, observações e conquistas relativas à acção da luz sobre os seres vivos, que servem de base fisiológica a determinadas acções terapêuticas. E publicou ainda: «Sarampo», por Júdice Cabral e «O Instituto de Finsen», de Azevedo Neves.

A CONTRIBUIÇÃO CIENTÍFICA DO PORTO E DE COIMBRA

Mário de Castro, major médico, do Instituto Vacínico Portuense, defende em «A Medicina Moderna» a vacina animal, directa, em polpa recente ou antiga, qualquer que seja o estado em que se aplique. Ferreira de Castro faz comentários terapêuticos sobre a necessidade e a utilidade de medicamentos de potencial definido, tema discutido no Congresso de Madrid.

O Laboratório de Microbiologia e Química biológica da Universidade de Coimbra deu ensejo a que o estudante Afonso A. Pinto publicasse no «Movimento Médico» um estudo sobre «A virulência do micrococcus de Neisser» e que o também estudante Aurélio da Costa Ferreira desse à luz um subsídio para estudo dos coeficientes urinários.

PEQUENAS NOTAS PARA A HISTÓRIA

Noticiou-se que o Prof. Plácido da Costa iria iniciar, na Escola Médico-Cirúrgica do Porto, uma série de conferências, teóricas e práticas, sobre doenças oculares (ainda não fora criada a cadeira de Oftalmologia).

Bombarda começou a reger, na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, a 14.ª cadeira (Fisiologia geral e Histologia), em consequência do desdobramento em duas da segunda cadeira. O programa que elaborou era vasto, no respeitante à fisiologia. Quanto à histologia, limitava-se às seguintes linhas: «A evolução ovular. A diferenciação em tecidos. Classificação dos tecidos. Especialização em órgãos. Histologia especial».

O laboratório de Histologia estava instalado num pequeníssimo gabinete anexo ao museu de Anatomia da velha Escola de Lisboa. Tinha apenas 3 velhos microscópios, mas... foi adquirido mais um, novo (Zeiss). Tinha sido nomeado, por concurso, preparador da cadeira, Marck Athias.

(Continua)

ECOS E COMENTÁRIOS

MÉDICOS-VETERINÁRIOS

Este ano, a Sociedade de Ciências Médicas Veterinárias, de Lisboa, mudou o seu nome para Sociedade de Ciências Veterinárias.

A notícia chegou-nos assim, curta, através da imprensa diária, nada sabendo dos motivos que levaram a tal alteração. Mas o laconismo do acontecido não pode tirar a importância que lhe atribuímos.

É daí que nasce este eco e comentário com fim laudatório.

Não será difícil conjecturar as causas e adivinhá-las de grato modo.

A ciência, as ciências, têm pormenorizado e dilatado os seus horizontes. O que ontem era um pequeno mundo é hoje um universo, quer se trate do conhecimento de verdades como do alargamento das nossas dúvidas. Quer umas quer outras acompanham sempre o progresso científico, representam degraus do aumento de consciência que temos, neste século em especial, da complexidade do muito que rasgamos e que ainda mais teremos de desbravar.

A Medicina Veterinária, que ontem era dos ferradores, passou, depois, para os cientistas. Balbuciante ainda procurou na sua irmã mais velha — a Medicina — as muletas que necessitava. Muletas na dupla função de prestígio público e amparo técnico.

Os que a praticavam requereram o título tão vulgarizado de doutores e o conhecimento legal de médicos, eram contudo veterinários. Novos veterinários, com uma cultura técnica equiparável à dos outros universitários! Justa foi a concessão alcançada e que ninguém regateou.

Os tempos decorrem, mais se desenvolve a ciência que cursam e professam e, hoje, o seu principal areópago dispensa o qualificativo médico. Não porque aí se não faça já medicina, mas porque na palavra veterinária está implícito um conceito completo.

Isto significa que a Sociedade de Ciências de Veterinárias encontra no seu nome, o justo baptismo de uma ciência que se individualizou e prestigiou.

Recebe e dá, da Medicina e à Medicina, importantes contributos; pratica actos médicos que sempre se chamaram veterinários. Mas actos qualificados como os melhores das outras ciências, com as quais ombreia e colabora. No momento actual a palavra veterinário não tem menor valor que as demais do mundo científico.

Na comunidade dos universitários são nossos pares como os melhores e nas colunas deste jornal encontrarão sempre acolhimento os seus temas de interesse comum, a saúde pública, de que são valiosos colaboradores.

W. P.

NÚMEROS ESPECIAIS

Com este número de «O Médico» completamos a publicação dos trabalhos sobre a tinea, reunindo assim, em dois números especiais, um conjunto que é o

mais importante que tem aparecido até agora sobre aquela doença. Devemos a organização destes números ao ilustre dermatologista Prof. Juvenal Esteves que teve a cooperação do Dr. Aureliano da Fonseca — ambos nossos muito distintos colaboradores, aos quais a medicina portuguesa fica devendo um valioso serviço, que tem a maior actualidade, agora que a Direcção Geral de Saúde está organizando brigadas para uma luta intensa contra a tinea. «O Médico» agradece aos dois distintos dermatologistas a excelente colaboração que lhe prestou, organizando estes dois números.

Brevemente, apresentaremos outros

números especiais dedicados a assuntos de grande interesse.

CONGRESSO MUNDIAL DE MÉDICOS

Em Viena, realizou-se o Congresso Mundial de Médicos, «para o estudo das condições actuais de vida», que adoptou as seguintes conclusões:

1 — Médicos de cinco continentes, representantes de 32 países, reuniram-se para estudar as consequências das condições de vida sobre a saúde. Procederam ao intercâmbio de opiniões em espírito de amistosa compreensão. Felicitam-se pelos resultados deste Congresso, que permitem esperar o desenvolvimento de um trabalho comum.

2 — Os numerosos e importantes trabalhos apresentados a este Congresso demonstram claramente a realidade das relações entre as condições de existência e a doença e mostram igualmente como foi possível obter-se melhoras no domínio da saúde por meio da melhoria das condições de vida.

O estudo médico destas relações é ainda insuficiente; torna-se necessário desenvolvê-lo nos diversos países. Os problemas que deverão ser especialmente estudados são, principalmente, o papel da fome, da má habitação e da insuficiência de assistência médica, a incidência da tuberculose, a mortalidade infantil, etc., sobretudo nos países pouco evoluídos.

3 — Fora das condições próprias de certos países, a guerra e as suas consequências contam-se entre os factores que influenciam em maior grau as condições de existência e a saúde das povoações. Os trabalhos deste Congresso mostraram, também, que certos aspectos novos desta questão, tais como as consequências médicas das armas atómicas e a influência da guerra sobre a tuberculose e as doenças mentais, pertencem, de facto, ao estudo médico.

4 — A nobreza da sua função impõe ao médico deveres particulares. Habilitado para defender sem restrições a vida e a saúde, não deve, sob qualquer pretexto, abandonar essa obrigação. A sua acção não pode distinguir o tratamento individual da protecção social.

A acção do médico não deve desviar-se sob qualquer pretexto, do seu objectivo: a preservação da vida. É, pois, evidente que a manutenção da saúde no mundo exige uma corrente de intercâmbio livre e permanente das ideias.

5 — Todos os trabalhos empreendidos por este Congresso não representam mais que uma primeira «étape» e devem continuar. Nestas condições, parece necessário manter em actividade um Secretariado Internacional para: a) fazer conhecer os resultados e os trabalhos deste Congresso e levá-los à atenção das organizações médicas internacionais; b) servir de ligação entre os diversos países e levar-lhes toda a ajuda possível, como, por exemplo, na criação de associações em relação com as autoridades do Congresso; c) preparar eventualmente um novo Congresso.



POR COMPRÍMIDO:

Ácido Glutâmico . . .	0,5 gr
Fosfato bicálcico . . .	0,05 gr
Cloridrato de tiamina . . .	0,001 gr

ATRASOS MENTAIS E DEFICIÊNCIAS PSÍQUICAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

EPILEPSIA (PEQUENO MAL)

ANTICONVULSANTE

NOS PERÍODOS DE INTENSO TRABALHO INTELLECTUAL



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

O MÉDICO PERANTE O DOENTE; O DOENTE PERANTE O MÉDICO

(Notas à margem de um artigo)

«Não tem o trabalho médico, na maioria dos casos, sido apreciado como se fazia mister e justiça, em especial e paradoxalmente, desde que a política pretendeu ordenar os cuidados médicos e os Estados tiveram de reconhecer o alcance e a projecção do valor da Saúde.»

(Do «Editorial» do n.º 10, 1.º vol. — do «Boletim Bibliográfico da Ordem dos Médicos»).

«O médico perante o doente» de Daniel Rops (1) — nome que dispensa apresentação e adjectivação — é um artigo em que ao lado das preocupações e dúvidas que no espírito do autor acordam «os sintomas bastante inquietantes de modificações graves nos princípios que foram sempre os da verdadeira medicina», esplanam em sínteses claras e suficientes o teor de vários depoimentos feitos por homens de letras e pensadores, «nenhum é médico; são pacientes em potência que falam e que julgam a profissão médica, relações que eles desejariam encontrar entre os seus médicos e eles próprios, com tanta lucidez e coragem como serena amizade», e que Jeanne Rolin reuniu em livro que lançou no mercado com o sugestivo título: «*Que se espera do médico?*» (2). Este livro é pois uma compilação de ideias e de juízos congeminados por inteligências cultivadas, com os mais honestos e sinceros intuitos e «serena amizade»; mas afinal traduzem antes, e mais do que qualquer outra coisa, anseios e desejos de homens que na previsão de uma doença que os abata, vestem com as melhores roupagens e enriquecem com as maiores virtudes e qualidades o médico que gostariam os assistisse, sem se dispensarem de o ironizar e criticar por vezes. O que é humano, justo e compreensível. Para isto mesmo, e para muito mais e mais importante, se forma e educa o

médico: exercer a sua arte e ciência com consciência e dignidade, preocupar-se primordialmente com a saúde orgânica e a moral e psíquica do doente; respeitar a profissão, e na honra dela a própria honra pessoal; manter o respeito absoluto e integral pela vida humana desde a concepção. «O médico deve ao doente todos os recursos do seu saber, e toda a sua dedicação» (3).

Os colaboradores do livro em questão, não são médicos; mas, sinto que nenhum deles se «lembrasse» do médico senão para exigir-lhe qualidades e virtudes, e impôr-lhe obrigações; — e mais nada.

É sabido: todas as associações em que um dos participantes, apenas, é obrigado — ou no mínimo desfavorecido — têm em si mesmas o gérme da sua destruição; porque quando na insistência em viverem, a desigualdade gera o desentendimento, e este a ineficiência.

Não vejo como separar — e para o seu bom e mútuo entendimento — o médico do doente e o doente do médico; nem atribuir exclusivamente a um deles o que sendo de ambos, a ambos obriga e beneficia. Tudo o que represente dever para o médico perante o seu doente, tem a correspondente réplica para o doente perante o seu médico; tudo o que represente benefício para o doente tem a correspondente réplica no médico perante o seu doente. As cartilhas por onde eles devem ler neste particular do seu encontro, são muito mais semelhantes do que parece; e mesmo as regras, que julgamos se não ajustam nem sobrepõem, não só não são muitas, mas ainda não são tão radicalmente inajustáveis como se supõe.

O ponto crucial no protocolo do bom entendimento entre médico e doente e entre doente e médico, em mútua e eficiente contribuição, enuncia-a o Prof. Portes definindo a clínica como «o livre encontro de uma confiança e de uma consciência» — natural, e compreensivelmente, atribuindo a ambas as mesmas condições de vontade e disposição. «Liberdade de

escolha para o doente», bem de compreender e aceitar não somente neste caso, mas, afinal, em todos aqueles em que se requerem determinadas condições, que correspondam a outras tantas garantias de bom desempenho e eficiente prestação de serviços, o que de algum modo generaliza para todas as profissões liberais esta licença que toma os foros de axiomática. Esta primeira parte do princípio de Portes — «o livre encontro» — não tem correspondência para o médico; salvo «por quaisquer razões de que só ele é árbitro, e apenas quando os cuidados médicos possam ser prestados por outro» (3) e portanto só muito excepcionalmente; porquanto o corrente e usual, é que o profissional sujeito à profissão, e à lei de auxílio ao seu próximo que o obriga moralmente — lei humana, cristã e profissional — se entregue de alma e coração a bem servir sem atender a quem, e tão somente no anseio de «prestar» até onde o seu saber o auxilie, e o coração — como órgão afectivo — o acompanhe.

Mas aos dois pertence igualmente e com igual valores o que se refere à confiança e à consciência. A confiança no doente depende imediatamente das razões da sua escolha, no clínico da essência do seu mister, da sua educação profissional e a Consciência, que é parte integrante de qualquer ser normalmente constituído, moralmente formado, e na posse da boa e inteligente compreensão da sua pessoa humana e das suas regalias de ser pensante, superior.

Às qualidades e prendas do coração e do espírito do clínico: educação, sentimentos de humanidade e solidariedade, dedicação e desinteresse, e todas as que dignificando, distinguem, correspondem idênticas qualidades e prendas da parte do doente. Tanta compreensão e humanidade no trato se deve pedir ao médico como ao doente; como se pede mútua dedicação. Isto é o que me parece sensato, justo e humano. Se nas queixas do doente, e no desabafo de momento — o momento que se oferece num instante de tortura moral que atingiu o seu máximo e transborda malgré tout — há para o médico a indicação premente de um conselho a par do tratamento; ou para um gesto afectivo partido do coração cons-

(1) «O Médico perante o doente», de Daniel Rops. — «Diário de Notícias», n.º 31.442, de quarta-feira, 2 de Setembro de 1953.

(2) Não será o caso de lhe pedir, colaborado agora por médicos, o livro complemento: «O que se espera do doente?»...

(3) «Código Internacional de ética médica», aprovado em 1949 na assembleia geral da A. M. M., em Londres. In «Boletim Bibliográfico» da Ordem dos Médicos. N.º 10, 1.º Volume. 1953.

Combiótico

Pfizer

AGORA NOVOS PREÇOS:

FRASCO DE 0,5 grama (400.000 U. de Penicilina + 0,5 g de Dihidroestreptomicina) Esc. 19\$50

FRASCO DE 1 grama (400.000 U. de Penicilina + 1 g de Dihidroestreptomicina) Esc. 27\$00

— O MERCADO ENCONTRA-SE ABASTECIDO —

ternado perante o sofrer que se lhe confessa e a alma que se abre, também o doente deve sentir e compreender a dedicação do médico, e dar o seu afecto em troca do afecto recebido, e o correspondente reconhecimento pelo auxílio prestado, e dado, com tão boa vontade, liberalidade, e sentimentos cristãos e humanos. Ora perder de vista este ponto de apoio no caso, implica desequilíbrio, desentendimento, desconfiança, por vezes mágoa que reflectindo-se na compreensão e no bom concerto dos dois elementos associados, o médico e o doente, poderá influir no convívio e na confiança mútua em que ambos têm interesse em manter-se; e se requer, para ser, e por ser, o único aconselhável e de desejar.

2. Se é certo, portanto, que convém manter em sensato equilíbrio esta associação de dois elementos que se completam

na necessidade de emergência, para bem de um deles, e emprego do saber do outro no seu papel de recorrido e solicitado, e no cumprimento humano e profissional que lhe pertence na sociedade, haverá que «procurar» conservar tal qual foi sempre, a pureza nos seus intuitos, e a elevação nos seus fins.

De resto, os dois elementos que compõem e completam este binómio humano positivo, estão integrados e vivem no anseio do mesmo fim, aspiram aos mesmos benefícios e às mesmas regalias! E por isso, conservá-las e utilizá-las no máximo do seu valor e correspondentes conveniências, pessoais e sociais, deve ser a aspiração única e de interesse — no que a palavra tem de mais nobre — para qualquer dos dois. E tudo aqui é firme e declaradamente «positivo», porque não jogam nele senão valores positivos, afe-

rindo, igualmente, benesses compensadores: a assistência inteligente, sábia e dedicada, para o doente, o cumprimento do seu cargo e encargo (aquilo para que se formou) para o médico; — o assistido e o assistente, cada um deles no papel que lhe pertence, rigorosamente, e dentro das suas atribuições até ao limite do convencionalizado e aceite, e também das necessidades impostas pela doença até onde ela os levar.

Não se deverá pois impor remodelação radical neste mútuo consenso; o que haverá talvez, é necessidade de rever, adaptar às exigências do clima actual, e às imposições sociais de hoje em face do bem geral, aquilo que for susceptível de precisar de revisão e retoque. Mas respeitem-se os princípios fundamentais do exercício da Arte e da Ciência Médicas, aqueles que a nobilitam, que a distinguem e classificam num parágrafo à parte na classificação das profissões liberais.

Bem pergunta Daniel Rops: «Ora, não existem hoje, sintomas bastante inquietantes de modificações graves nestes princípios que foram sempre os da verdadeira medicina? Não podemos dizer, sem exagero, que as ameaças que pesam sobre a medicina se multiplicam por todos os lados? Concepção materialista da vida e da saúde, mecanização das relações humanas numa sociedade progressivamente atomizada, aberrações de uma política colectivista da saúde pública, textos jurídicos e decisões contenciosas cada vez mais imprudentes... Pode perguntar-se se o desenvolvimento necessário da medicina social não se faz com o desprezo dos caracteres fundamentais do acto médico, se as relações entre médicos e doentes não tendem a esvaziar-se do seu conteúdo espiritual e psicológico, se as liberdades médicas — segredo, prescrição livre, livre escolha, entendimento directo — não são de muitos modos ignorados, se, para dizer-se tudo, numa profissão ameaçada de funcionalização, a medicina, em transe de tornar-se uma engrenagem do Estado, não corre o risco de perder as suas características mais belas, mais admiráveis, e, no fim de contas, as mais necessárias?».

Pergunta; e pergunta com carradas de razão.

3. «Em matéria médica», (talvez se queira dizer: em matéria de clínica, e no seu exercício), «está assente que — salvo excepção — o paciente, em princípio, é um profano; o homem que sabe, o homem que toma a responsabilidade do tratamento que cura, é o médico. Quer isto dizer que o paciente não tenha de intervir, que não seja, ele também, uma parte, e fundamental, do «acto médico? O homem não é um animal que o veterinário cuida sem que ele possa dar o seu parecer ou apreciar o efeito dos remédios. *Está nisto* o problema das relações entre o clínico e o homem que a ele se confia.» — Rops.

A dúvida proposta na primeira asserção, além de verdadeira, é absolutamente indiscutível; mas não é restrictiva, porquanto «o profano» tem seu papel, e de importância nesta aproximação, na eficiência dela e até nos seus resultados. Simplesmente ele fica limitado pelas possi-

NOVEX

Anti-micótico

PARA ADMINISTRAÇÃO
EXTERNA E INTERNA

SOLUÇÃO
FRASCO DE 30 c. c.

POMADA
TUBO DE 30 g.

COMPRIMIDOS
FRASCO DE 75

BOEHRINGER
MANNHEIM

VILLINGER

DEPOSITÁRIOS:

FERRAZ, LYNCE, LIMITADA

TRAVESSA DA GLÓRIA, 6 • LISBOA

O INSTITUTO LUSO-FARMACO
SEMPRE NA VANGUARDA

Dibencilina

UM NOVO CAPÍTULO
NA HISTÓRIA
DA PENICILINA

DIBENCILINA

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

COMPRIMIDOS

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

SUSPENSÃO ORAL

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

INJECTÁVEL

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

**A PENICILINA DE MENORES
REACÇÕES ALÉRGICAS**

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

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

14
Dias



bilidades do elemento «assistido», conhecimentos relativos à evolução do seu mal, informes que tanto podem ser do presente, como do passado do indivíduo ou do morbo, e virão ilucidar o clínico, ajudando-o no seu trabalho. A intervenção do paciente é condição *sine qua non* de uma feliz intervenção do clínico; é por vezes de uma rara importância para ele, mesmo nas condições de ser «um profano» o assistido. Os próprios veterinários pedem, na medida do permitido, ao seu doente, irracional sem quaisquer meios de exteriorização além das reacções próprias que a natureza lhe confere, a confirmação ou a infirmação das suas suspeitas: o lugar da dor, a localização duma fractura, etc., etc. Ora se no irracional o prático procura este auxílio, como se admitiria que no ser pensante — o nosso igual! — não se aproveitassem os dons que nos elevam ao mais alto grau da escala animal, os dons e as qualidades que nos distinguem servidas pelos sentidos que os exteriorizam: a beleza da palavra, a expressão clara do olhar, a vida e o sentir da nossa alma, o raciocínio, a inteligência?

Não há em medicina humana modalidade patológica que para o seu diagnóstico não careça do auxílio do paciente (4), — naturalmente até onde ele pode e deve ir; e, este é o melhor auxiliar do clínico que aborda um queixoso que pretende tratar e curar; — corpo, espírito e alma a atender. Nesta simbiose de ocasião, a cada um dos indivíduos dos dois que nela vivem ocasionalmente, cabe uma tarefa definida, com marcadas responsabilidades e determinados fins; e como os bons resultados desta associação recíproca feita com o fim de a ambos aproveitar em solidária participação, realmente de ambos depende a sua eficácia; — se depender de um só, será comprometer-lhe os fins e até os intuitos. Mas esta é uma hipótese que admitimos por absurdo.

E então, o depoimento de Gustave Thibon — um dos depoentes no livro de Jeanne Rolin — «evocando de modo divertido o médico tão seguro de si, que nem sequer se dá ao trabalho de escutar o que o seu doente julga ter que lhe dizer», não pode mesmo deixar de ser apenas «um modo divertido» de dizer, provocando o sorriso. Não há quem o não saiba: a clínica só se faz como se disse; todo o resto não deverá ser; — a menos que o exemplar seja tão raro que por desconhecido se lhe ponha em dúvida a existência e os feitos...

Fixemo-nos: se o doente — excepção feita à sua incidental inconsciência — não tomar parte integrante no trabalho do clínico, com os próprios informes e inteli-

(4) É bem de ver que para o semelhante não se consideram aqueles que pela sua situação de momento — colapso, ou outra de iguais consequências — estão fora da hipótese. Mas nestes casos é a entourage que responde, e quase sempre com proveito, ajudando o profissional. Quer dizer que, nem mesmo aqui, ainda que por vias indirectas, o paciente deixa de ter o seu papel e ajuda assegurados.

gência, e aclarações, este raramente será útil e profícuo, pois representa nele, para a medicina humana, um dos seus melhores esteios.

4. Germaine Brunier — outra das depoentes do livro de Jeanne — «revela diversos aspectos observados em demasiados hospitais onde o doente não é mais, com excessiva frequência, do que um género de cobaia, de número, para quem os cuidados mais elementares são inúteis» — Rops. Aqui temos um facto que se não estranha, mas que não é possível entre nós, limitados, como são, pelo coração e pelo bom senso dos experimentadores, as condições e a extensão da «experiência», e no respeito da vida humana e dos seus direitos. E, felizmente, constata-se no meio científico na nossa terra não

só um pendor para uma sujeição natural a estes ditames do bom senso, mas ainda acatamento — que não é imposto — pela melhor doutrina. E para o homem que por força das circunstâncias, poderia ser solicitado para se sujeitar à experiência, a liberdade de juízo e de decisão são de tal sorte largas e livres que não se corre o risco nem da subversão dele, nem da imposição do experimentador. Porque estão ambos sempre de acordo; em ambos prevalecem os mesmos sentimentos.

«Em primeiro lugar, é preciso supor que o médico, como pessoa particular, não pode tomar decisão alguma, tentar qualquer intervenção sem o consentimento do paciente. O médico só tem sobre o paciente o poder e os direitos que este lhe dá, explicitamente ou implicitamente e tacitamente. O paciente por sua vez não pode conferir mais direitos do que possui. O ponto decisivo, neste debate, é a liceidade moral do direito que tem o paciente de dispor de si mesmo. Apresenta-se aqui a fronteira moral da acção do médico que actua com o consentimento do paciente» (5).

As fronteiras da acção e da licença para o médico, estão assim bem definidas e limitadas; e o consentimento e concordância do paciente idênticamente estabelecidas; — o que condiciona as responsabilidades de cada um, e as permissões, pelo respeito às considerações de natureza pessoal ligadas ao indivíduo, na sua estrutura, e na própria vida, com lídima e humana compreensão; — na mais lata acepção da palavra.

«E ainda que o conhecimento científico tenha o seu valor próprio no domínio da ciência médica... não quer dizer que todos os métodos ou mesmo um único método bem determinado de investigação científica e técnica, ofereçam todas as garantias morais, ou mais ainda que todos os métodos sejam lícitos pelo simples facto de aumentarem e aprofundarem os nossos conhecimentos» (5). O que representa o alarme e a dúvida que despertam o bom senso e a sua crítica, a meditação que emenda o juízo formado num instante de irreflexão, e enfim o despertar da consciência do Homem e do Profissional, preparando-a para o julgamento, forte de verdade e de realidade, reduzindo ao seu justo valor — humano e utilitário — o método proposto e a intervenção resultante.

5. Suzanne Fouché, «grande doente há muitos anos» — na informação de Daniel Rops — fixa, com uma verdade e uma humanidade notáveis, em uma conceituosa e magistral máxima, o fim último, alevantado, digno e único, da Medicina, reduzindo a uma crítica sábia e cheia de senso, que a todas se sobrepõe, — substituindo-as com raras vantagens — «o médico que no seu doente cessa de ver um homem, esse engana-se, e é esse que está condenado». O que vale dizer que a Ciência Médica que ele representa e pratica, vive deste grande princípio; —

(5) «Limites morais dos métodos de Investigação e Tratamento na Medicina» — S. S. Pio XII.



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

apresentado em forma de stik
com excipiente especial

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



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA



VITAMINA D₂ CRISTALIZADA

SOB DIFERENTES FORMAS DE ADMINISTRAÇÃO

VI-DÉ Gotas — frasco de 10 c. c.

VI-DÉ Superconcentrado oral — frasco de
1 c. c. com 600.000 U.

VI-DÉ Superconcentrado injectável — ampola de
1 c. c. com 600.000 U.

VI-DÉ Superconcentrado sol alcoólico — frasco
de 2,5 c. c. com 600.000 U.

Todas as preparações de vitaminas WANDER
estão sob controle regular do Instituto Suíço
das Vitaminas da Universidade de Basileia

DELTABENZIL

Penicilinoterápia de actividade prolongada

COMPOSIÇÃO

INJECTÁVEL

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G	600.000 U.
Soro apirogénico q. b. p.	1 c. c.

ORAL — 40

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G	2.400.000 U.
Veículo edulcorado q. b. p.	40 c. c.

ORAL — 20

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G	1.200.000 U.
Veículo edulcorado q. b. p.	20 c. c.

COMPRIMIDOS

Dibenziletlenadiazina Dipenicilina G	300.000 U.
Excipiente q. b. p.	1 comprimido

VANTAGENS

O **Deltabenzil** torna-se a penicilina de mais baixo preço, porque com doses bastante mais baixas conseguem-se níveis sanguíneos muito superiores derivado à lentidão da sua eliminação.

O **Deltabenzil** não sacrifica o doente com injeções constantes, causando, por isso, menos traumatismo.

O **Deltabenzil Oral** poderá ser aplicado com a mesma eficiência que o injectável, em virtude das concentrações sanguíneas da penicilina se manterem sensivelmente do mesmo modo, quer seja utilizada a terapêutica parenteral, quer a oral.

O **Deltabenzil** é uma suspensão estável à temperatura ambiente durante um período de cerca de dois anos, o que permite uma preparação pronta a injectar e sem exigência de refrigeração. Do mesmo modo, foi possível preparar uma suspensão de **Deltabenzil** por via oral, utilizando um veículo extremamente agradável que as crianças tomam com prazer.

O **Deltabenzil** é melhor tolerado que as usuais penicilinas, porque a substância que o compõe só provoca fenómenos de intolerância na percentagem de 0,3 % contra 5 % de reacções alérgicas provocadas pela penicilina.

APRESENTAÇÃO

Em injectável, numa ampola de 1 c. c.; em elixir, em frascos de 20 e 40 c. c. e em tubos de 6 comprimidos.



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

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

porque toda nela se engloba, desde os seus motivos até aos seus efeitos e fins. Fugir deste ponto de mira e alvo, é errar por completo e gravemente. A Medicina fez-se para o Homem; o Homem é um ser constituído por corpo e alma: uma Vida; e, tratá-lo, restituindo-lhe com a saúde, a vida, é a razão de ser da Medicina, porque ela se criou e tem enriquecido para o conseguir absoluta e eficazmente.

Suzanne Fouché tem por si e pelo seu esplêndido juízo a infelicidade da longa doença; sublimam-se-lhe as ideias no sofrimento, e com raro espírito de bondade e levantado ideal, condiciona e esculpe o «seu juízo».

Os outros depoentes cheios de saúde — e ainda bem e para sempre! — prevêm a hipótese da doença; mas é, por agora, uma hipótese que não tira nem a euforia da boa saúde, nem a disposição do espírito saudável em corpo saudável. Não há para sentir como passar pelas «coisas» e sofrer-lhe os efeitos. Suzanne sente e sofre; aprecia, possivelmente, a assistência moral, profissional de profissional competente; e o seu reconhecimento e a sublimação do seu julgamento levam-na para os pensamentos são e elevados e para a meditação. Está no meio duma situação que não é imaginada; e sentindo-a, julga por ela e dentro dela. Mas julgou com rara felicidade. É que esta sua crítica bem poderá ser a tal «dúvida», o tal alarme, que obriga a pensar, a agir pelo bom

senso, e pelo melhor, e em todos nós é bem real.

6. Rops, ante a pergunta de Jeanne: «O que se espera do médico?», aventa que «é demasiadamente muito para um homem: infalível na sua ciência e finíssimo na sua arte, peremptório e delicado, optimista mas escrupuloso, dedicado até ao extenuamento e desinteressado do dinheiro, honesto mas conciliador, amigo mas reservado...». Ora exactamente o que um médico gostaria de encontrar no seu doente excluídas as condições que de facto lhe não podem pertencer, como a da ciência que se lhe não pede, ou a arte que lhe não diz respeito. O mais, é tal qual. Ah! menos o desinteresse pelo dinheiro; porque esse só se espera, do médico; e ainda bem.

Pois, com quanto me pese, escrevê-lo, porque não é a mesma a ideia de Rops, «não é muito para um homem»; e a razão que trago para a defesa da minha ideia, é que eu vejo *todas* aquelas condições e qualidades distribuídas por dois — o médico e o doente. E para dois não é muito; e muito principalmente quando ambos, possuindo-as, as saibam usar...

Não será preciso que qualquer deles — médico e doente — sejam deuses, ou quase; por exemplo: santos; — basta que sejam HOMENS, com todos os atributos morais, e de educação e de solidariedade

e boa compreensão da vida espiritual e da vida social.

«...Mas nestes desejos, por mais complexos e contraditórios que pareçam, não existe a expressão de um enorme respeito, duma admiração profunda? E é precisamente porque nós pedimos tudo isto aos nossos médicos, por que esperamos deles tantas virtudes que os perigos que pesam sobre a medicina, em definitivo, não parece deverem prevalecer...» — Rops. O que com mais fortes razões acontecerá, se com o médico e em idênticos esforços, à cômputa nas qualidades e nas virtudes, e nas condições, o doente o acompanhar e ajudar, ajudando o médico em idênticos esforços e boa vontade ao doente. A união faz a força!

7. Há que chegue, neste famoso artigo de Daniel Rops, para muita meditação e exame de consciência; — tanto de um lado como do outro. Arquivá-lo neste jornal, é emoldurá-lo na melhor e na mais indicada das molduras.

Aí fica; e oxalá outras penas venham; — com valor e projecção na profissão e fora dela, que a minha se não arroga, nem possui e tomem o tema à sua conta.

Até aqui falaram os de lá — e bem; porque não há-de ser a hora que se segue, aquela em que os de cá também falem?!

CONCEIÇÃO E SILVA JÚNIOR

(Médico urologista — Lisboa)

NOVO!

Nos ataques
convulsivos cerebrais

NOVO!

COMITAL

para as formas leves

composição de cada comprimido:
Difenil-hidantoina 0,05 g e
Prominal 0,1 g

COMITAL^L

para os casos graves

composição de cada comprimido:
Difenil-hidantoina 0,05 g
Prominal e Luminal 0,05 g cada

Especialmente indicado para o tratamento contínuo
de epilépticos com actividade profissional

Embalagens originais:
frascos com 50 comprimidos cada



»Bayer« **L e v e r k u s e n**, Alemanha

Representante para Portugal: »Bayer«, Limitada, L. do Barão de Quintela, 11, 2º Lisboa

Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos

Concurso para habilitação ao provimento dos lugares de assistente de sanatórios e dispensários de tuberculose pulmonar.

«O Diário do Governo» (N.º 195, de 21 de Agosto de 1953) publicou o seguinte aviso:

Em conformidade com o Regulamento Provisório para Admissão de Pessoal Clínico do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, aprovado por despacho de 10 de Março de 1953 de S. Ex.ª o Subsecretário de Estado da Assistência Social, e tendo ainda em vista o seu despacho de 5 da-quele mês, se publica o seguinte:

- 1.º Está aberto concurso de provas públicas, pelo prazo de trinta dias, a contar da publicação deste aviso no *Diário do Governo*, para habilitação ao provimento dos lugares de assistente de sanatórios e dispensários de tuberculose pulmonar;
- 2.º Os requerimentos dos candidatos deverão ser entregues na secretaria deste Instituto, dentro do prazo acima referido, acompanhados dos documentos constantes do artigo 20.º do regulamento acima citado;
- 3.º Os candidatos mostrarão possuir uma das seguintes habilitações:
 - a) Ter exercido o cargo de assistente de qualquer das

Faculdades de Medicina, na especialidade respectiva, durante, pelo menos, três anos;

- b) Ter o internato completo da especialidade respectiva dos Hospitais Cívicos de Lisboa, do Hospital Escolar ou dos Hospitais da Universidade de Coimbra, ou ainda do Hospital Joaquim Urbano e Hospital de Santo António, da Misericórdia do Porto;
- c) Ter sido assistente voluntário de qualquer das Faculdades de Medicina, nos termos do artigo 84.º do Decreto n.º 19.678, de 1 de Maio de 1931, se, em data anterior à publicação deste diploma, já exercer há mais de cinco anos a especialidade a que deseja concorrer;
- d) Ter o estágio completo do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, a que se refere o artigo 8.º do mesmo regulamento, desde que comprove ter demonstrado zelo e aproveitamento no seu estágio;
- e) Ser especialista com mais de cinco anos de exercício

na especialidade a que concorrer.

- 4.º Poderão igualmente ser admitidos a concurso os candidatos que possuírem o internato de clínica médica dos hospitais, com três anos de prática da especialidade ou, pelo menos, cinco anos de prática em serviço da especialidade, com boa informação;
- 5.º Não há limite de idade para admissão ao presente concurso.

Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, 17 de Agosto de 1953. — O Director, *Carlos Miguéis Carvalho Dias*.

HOMENAGENS

Ao Prof. Bissaia Barreto

Na Figueira da Foz, por iniciativa das direcções dos Grémios dos Armazenistas e dos Retalhistas de Mercearia do Centro, promoveu-se no dia 20, na Colónia Balnear Infantil Dr. Oliveira Salazar, onde se encontram a estagiar 800 crianças de ambos os sexos, uma homenagem ao criador da instituição, Prof. Bissaia Barreto, presidente da Junta de Província da Beira Litoral. O acto teve a presença de muitas individualidades de relevo, entre as quais se notavam o presidente da comissão distrital da U. N. e os presidentes das câmaras municipais de Coimbra, Figueira, Montemor-o-Velho e Cantanhede. No átrio do pavilhão central, uma das crianças descerrou uma lápide em mármore com os seguintes dizeres: «Ao Professor Dr. Bissaia Barreto, criador do Portugal futuro, de alma e corpo robustecidos para a vitória das gerações de amanhã, homenagem dos Grémios dos Armazenistas de Mercearia e do Grémio dos Retalhistas de Mercearia do Centro, no ano de 1953».

Usaram da palavra o Dr. Pedro de Guimarães, delegado do Governo junto daqueles Grémios, e João Maranhã das Neves, presidente do Grémio dos Retalhistas do Centro, que se congratularam com a manifestação. O sr. Mário Azenha referiu episódios que definem a existência da colónia e fez referências ao espírito organizador do Prof. Bissaia Barreto, e à eficiente acção do Dr. Pedro Guimarães na obra social dos Grémios.

Por último, o Prof. Bissaia Barreto afirmou-se sensibilizado com a homenagem, e produziu considerações sobre a política da criança à luz do nosso tempo e sobre as atenções que ela tem merecido à Junta de Província da Beira-Litoral. Falou do carinho que a colónia lhe tem merecido e afirmou-se compensado de tantas canseiras pelos resultados obtidos e pela compreensão do público. As crianças da colónia ofereceram um lindo ramo de cravos ao Prof. Bissaia Barreto e outro ao Dr. Pedro Guimarães.

NOVO ANTI-ESPASMÓDICO INÓCUO
DE ACÇÃO NEURO-MUSCULAR

BETIFEN

Não tem efeitos secundários

Não dá habituação

Sem os inconvenientes dos opiáceos

AMPOLAS DRAGEIAS SUPOSITÓRIOS

LABORATÓRIO FIDELIS

SALI-LAB

Produto de eleição do tratamento dos reumatismos, em especial do reumatismo articular agudo.

Poderoso anti-reumatismal, antiflogístico, antipirético e analgésico.

MUITO BEM TOLERADO E DE ACÇÃO SEGURA

DRAGEAS: Salicilato duplo de cálcio e piramido.	0,20	gr.
Salicilato duplo de cálcio e antipirina	0,20	gr.
Vitamina C	0,10	gr.
Vitamina K	0,0004	gr.

AMPOLAS: Soluto de Salicilato duplo de cálcio e piramido a 10 %.

UM NOVO PRODUTO ORIGINAL LAB

O Sali-Lab é o sexto produto preparado por síntese nos nossos Laboratórios, rivalizando em grau de pureza e eficiência com os melhores estrangeiros.

Literatura e amostras à disposição dos Ex.^{mos} Clínicos

LABORATÓRIOS «LAB» — Av. do Brasil, 99 — Lisboa-Norte — Dir. Técnica do Prof. COSTA SIMÕES

TONO-ENZIMA

Granulado de levedura de cerveja autolizada, rica em polipéptidos, complexo B, complexo enzimático e elementos minerais em combinação orgânica.

SAIS-HEPATICOS

Fosfato, sulfato e bicarbonato de sódio; carbonato de lítio e sais efervescentes

VITAMINA C

Soluto estéril de ácido 1-ascórbico.

Ampolas 5 % 2 c. c. e 5 c. c.

Ampolas 10 % 2 c. c. e 5 c. c.

PERVITALÊTAS

Vitaminas A, B₁, B₂, C, D, PP e pantotenato de cálcio.

VITALETAS

Composição (por pérola):

Vitaminas: Vitaminas A, 2000 U. I. / Vitamina B₁ 200 U. I. / Vitamina B₂, 100 U. B S. / Vitamina C, 300 U. I. / Vitamina D, 200 U. I. / Ácido nicotínico, 5 mgs.

Sais Minerais: Cálcio 69,70 mgs. / Fósforo 55,50 mgs. Ferro (orgânico), 5,85 mgs. / Magnésio, 1,61 mgs. Cobre, 1,00 mgs / Cobalto, 1,00 mgs. / Manganésio, 0,50 mgs. / Óleo de germen de trigo, 100 mgs.

VITALETAS-HEPATICAS

Vitamina B₁, B₂, B₆, amida de ácido nicotínico, pantotenato de cálcio, extracto concentrado de fígado.

Laboratórios SICLA - Campo Grande, 298 - LISBOA-Norte

Direcção Técnica: PINTO FONSECA

V I D A M É D I C A

E F E M É R I D E S

Portugal

(De 6 a 11 de Outubro)

Dia 6—A Cruz Vermelha Portuguesa comemorou o «Dia da Infância», distribuindo em Lisboa uma merenda a todas as crianças inscritas no posto n.º 3 e quatro prémios àquelas que mais se distinguiram pelo aproveitamento escolar e dedicação à família.

7—No Porto, a Assistência aos Tuberculosos do Norte de Portugal e visitada pelo Dr. Francisco Freire, da Direcção Geral de Saúde, a fim de colher dados bibliográficos para a organização de uma exposição promovida pela Liga Nacional de Educação Sanitária da População, recentemente fundada.

O director desta instituição Prof. Dr. Lopes Rodrigues fornece ao visitante alguns exemplares das publicações culturais e de educação sanitária, especialmente feitas pela sua revista médico-social «Vida e Saúde», e pelo seu posto de radiodifusão, que ficarão a ilustrar a projectada exposição Bibliográfica de Educação Sanitária—que documentarão a missão educativa exercida por esta benemérita instituição em actividade permanente desde a sua fundação em Agosto de 1930.

—Pelo Ministério das Obras Públicas são concedidas as seguintes Participações, provenientes do Fundo do Desemprego:

A Santa Casa da Misericórdia de Bragança para beneficiação e ampliação do seu hospital, reforço, 5.200\$00; à Santa Casa da Misericórdia de Vila Franca de Xira, para construção de uma lavandaria, arrecadações e instalações destinadas ao pessoal do seu hospital, reforço 10.100\$00; à Santa Casa da Misericórdia de Castendo, no distrito de Viseu, para aquisição de equipamento destinado ao seu hospital, 180.000\$00; à Santa Casa da Misericórdia de Travanca, também no distrito de Viseu, para construção do novo edificio hospitalar sub-regional, reforço, 50.000\$00.

8—Reúne o Rotary Clube de Braga.

—É palestrante o Dr. José Graça, que apresenta um trabalho subordinado ao tema «Reflexões sobre alguns aspectos do Congresso Internacional de Cirurgia».

—O Conselho Técnico dos Hospitais Civis de Lisboa fica constituído, nos termos da portaria 14.403, de 27 de Maio do corrente ano, pela seguinte forma: enfermeiro-mor, que presidirá, director do Banco e serviço de urgência, Drs. Armando Luzes e Oliveira Machado, como directores clínicos designados pelo enfermeiro-mor e Drs. Fernando Nogueira e Pita Negrão, vogais eleitos pelos directores e assistentes em exercício.

—Após 44 anos de serviço, dos quais 22 como chefe de repartição e 15 como secretário dos Hospitais Civis de Lisboa, abandona o seu cargo, aguardando aposentação, o Dr. Armando Henrique Mousinho da Silveira Barata.

10—De Madrid, onde se encontrava há alguns dias, regressa a Lisboa, o Prof. Reynaldo dos Santos.

11—Em Avintes, Vila Nova de Gaia, o Clube Recreativo Avintense homenagea, pelas 15 horas, a memória de D. Maria Isabel Van-Zeller, pioneira, em Portugal, na luta contra a variola.

Nesta sessão evocativa é descerrada uma lápida, na Quinta de Fjães, em Avintes, onde aquela distinta senhora viveu.

Para o acto comemorativo são convi-

dadas altas individualidades nas ciências e nas letras.

O historiador Portuense Dr. Magalhães Basto é o orador. No seu discurso afirma que foi o amor aos que sofrem que a levou a interessar-se pela Ciência Médica. A epidemia da variola, que então flagelava as populações, levou-a a interessar-se pela vacina descoberta por Jenner. E o seu entusiasmo foi tamanho que, mesmo sem consentimento legal, começou a ministrá-la, salvando 14.000 doentes. Perseguida, foi presa, mas, em 1814, a Academia Real das Ciências deu inteira razão ao seu apostolado, e Maria Isabel Vanzeller foi restituída à liberdade e ao seu campo de acção.

Descerra depois a lápide comemorativa a sua trineta D. Maria Helena Vanzeller.

—O Ministro do Interior, Dr. Trigo de Negreiros, inaugura em Proença-a-Nova um Hospital. Durante a cerimónia o Dr. Acúrcio Castanheira discursa em nome do Corpo Clínico. O Ministro encerra a série dos discursos recordando as recentes inaugurações de algumas casas hospitalares e que se dispenderam nos últimos dez anos mais de seiscentos mil contos em construções e obras de estabelecimentos assistenciais.

Estrangeiro

O Dr. Gaylord Andreson, presidente da Associação Americana de Saúde Pública disse haver agora acordo entre os médicos daquele país, em geral, sobre que a paralisia infantil passava de pessoa para pessoa e não, como alguns tinham suposto, por intermédio de piscinas, moscas ou alimentos. Disse também ser sua convicção pessoal que a doença se transmitia pelas vias respiratórias.

—Doze mil vienenses receberam questionários da Repartição de Estatística do Governo austríaco sobre os seus hábitos de fumadores.

As respostas são destinadas a auxiliar a Universidade de Viena a lançar mais luz sobre a relação que possa existir entre o fumar e o cancro pulmonar, assim como com doenças do sangue, tecidos, coração e estômago.

—A imprensa diária, pelas suas agências noticiosas informa que os cirurgiões e professores da Faculdade de Medicina de Chicago Drs. Morley Cohen e C. Walton Lilleheil, apresentaram um coração artificial de «fabrico popular», para substituir os aparelhos actualmente em serviço e que são muito dispendiosos.

Numa comunicação apresentada ao Colégio Americano de Cirurgia, os inventores explicam que a sua técnica consiste em ligar o aparelho «em paralelo» com o coração do operado, interrompendo a seguir toda a circulação no próprio coração que pode então ser aberto sem perigo.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Para provimento de uma vaga de médico radiologista, com prática de radioterapia, do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da província de Angola.

—Para provimento de um lugar, por contrato, de médico radiologista da província de S. Tomé e Príncipe.

—Para médico anestesista da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

—Os exames dos candidatos aos lugares de médicos contratados para o serviço

Reumatismo

Artrite

Dores musculares

Pleurodinias

etc.

- GRANDE PODER DE PENETRAÇÃO
- ALÍVIO RÁPIDO DA DOR
- DESCONGESTIONAMENTO PROGRESSIVO
- ACCÇÃO DIRECTA NA ZONA DOLOROSA
- PRODUÇÃO DE ACIDO SALICÍLICO "NASCENTE"



Creme anti-reumático analgésico e antiflogístico de Salicilato de Dietilamina.

UM PRODUTO

Davi

TOTALMENTE

N O V O

E O R I G I N A L

PALMIFENICOL

Palmitato de Cloromicetina + Complexo B

COMPOSIÇÃO

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

APRESENTAÇÃO

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



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

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

eventual da Junta de Emigração iniciar-se-ão com as provas escritas no dia 22 do corrente, às 19 horas, no Ministério do Interior, e os dos candidatos a inspectores para o mesmo serviço, começarão no dia imediato, também às 10 horas naquele edificio.

— É no dia 18 próximo, que se realiza no lugar e freguesia de Sangalhos, o Cortejo de Oferendas em benefício da Misericórdia local.

A concentração dos carros e representações de todos os lugares da freguesia, far-se-á no largo da Capela do lugar de Sá, pelas 14 horas, percorrendo depois, o cortejo, o itinerário do costume.

Cada lugar da freguesia apresentará, carros engalanados, ranchos, cânticos e músicas alegres, sendo grande o entusiasmo que reina em toda a freguesia, entusiasmo que há-de redundar em êxito brilhante e proveitosa receita para a Misericórdia.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 2-X a 7-X-953)

2-X

Dr. Júlio Pedro Medina do Rosário, médico de 1.ª classe do quadro médico comum do ultramar português — transferido, por conveniência de serviço, da província de Moçambique para a da Guiné, indo ocupar a vaga resultante da promoção a médico inspector do mesmo quadro do Dr. Rui Randolph Roncon.

— Dr. Vitor Manuel Rodrigues Casaca, médico de 2.ª classe do quadro médico co-

mum do ultramar português, colocado em Angola — nomeado, em comissão de serviço, para desempenhar as funções de médico da missão ou brigada de prosperação e investigação das endemias que possam existir na região Leste ou em outras regiões da mesma província, indo ocupar a vaga do Dr. Antero Jacques Pena, a quem, foi dada por finda a comissão de serviço.

— Dr. Luís Joaquim Prats, médico-cirurgião do quadro complementar de cirurgiões e especialistas da província de Timor — reconduzido pelo período de três anos.

6-X

Dr. Francisco José Mateus — nomeado, delegado de saúde de 2.ª classe do quadro do pessoal técnico das delegações e subdelegações de saúde, com colocação na Delegação de Saúde do distrito de Vila Real.

7-X

Dr. Mário Jacinto Machado, médico civil — contratado para prestar serviço no batalhão n.º 3 da Guarda Nacional Republicana (Reguengos de Monsaraz).

— Dr. Amadeu Lobo Nogueira da Costa, inspector do quadro do pessoal da Inspeção da Assistência Social — exonerado do referido cargo, por virtude de ter tomado posse na mencionada data do lugar de director de serviços técnicos do quadro do pessoal técnico da Direcção Geral de Saúde.

— Dr. António José Torres Pereira, director de serviço geral de clínica-cirúrgica dos H. C. L. — abandonou o serviço em 29 do mês findo, por ter completado na mesma data 70 anos de idade.

— Dr. Mário Sande Freire Seia Fernandes, autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular, os cargos de segundo-assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa e de investigador do Instituto Português de Oncologia.

Partidas e Chegadas

Dr. Óscar Ivanissevich

Acompanhado de sua esposa, chegou a Lisboa, há dias, o médico argentino Dr. Óscar Ivanissevich, antigo ministro da Educação e reitor da Universidade de Buenos Aires e embaixador extraordinário nos Estados Unidos, que, em viagem de estudo, vem visitar diversos países europeus.

Dr. António Pedro Franco

A fim de tomar parte no XV Congresso Luso-Espanhol para o Progresso das Ciências, partiu para Espanha o Dr. António Pedro Franco, assistente do I. N. T. e bolsheiro do Instituto de Alta Cultura.

Dr. Rui Bordalo Machado

Regressou a Lisboa, da sua viagem de Turismo e de estudo a vários centros clínicos da Europa, o Dr. Rui Bordalo Machado.

Dr. Belo Pereira

Partiu para França, acompanhado de sua esposa, o Dr. Fernando A. Belo Pereira, assistente de Clínica Cirúrgica dos H. C. L., que, como bolsheiro do Instituto de Alta Cultura, vai visitar vários centros clínicos da especialidade, naquele país.

FALECIMENTOS

Dr. António dos Santos Tovim

Com 84 anos, faleceu em Lisboa o Dr. António dos Santos Tovim, natural de Coimbra, que, durante dezasseis anos, exerceu o cargo de director clínico do Hospital de Cantanhede.

O extinto foi professor na antiga Escola Normal de Lisboa, das cadeiras de Ciências, Metodologia, Pedagogia, Higiene e Música.

Faleceram:

O sr. António Sarmento de Vasconcelos e Castro, de 81 anos, pai do Dr. Roberto Duarte Silva Sarmento, médico da Maternidade Alfredo da Costa, e do Dr. Alexandre Sarmento, médico do Hospital do Ultramar.

MARTINHO & C.ª Lda

Tudo o que interessa a medicina e cirurgia

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

ERITRAN

**GLUCONATO FERROSO +
COMPLEXO VITAMÍNICO**



O COMPOSTO HEMATÍNICO MELHOR TOLERADO

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

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

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

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

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

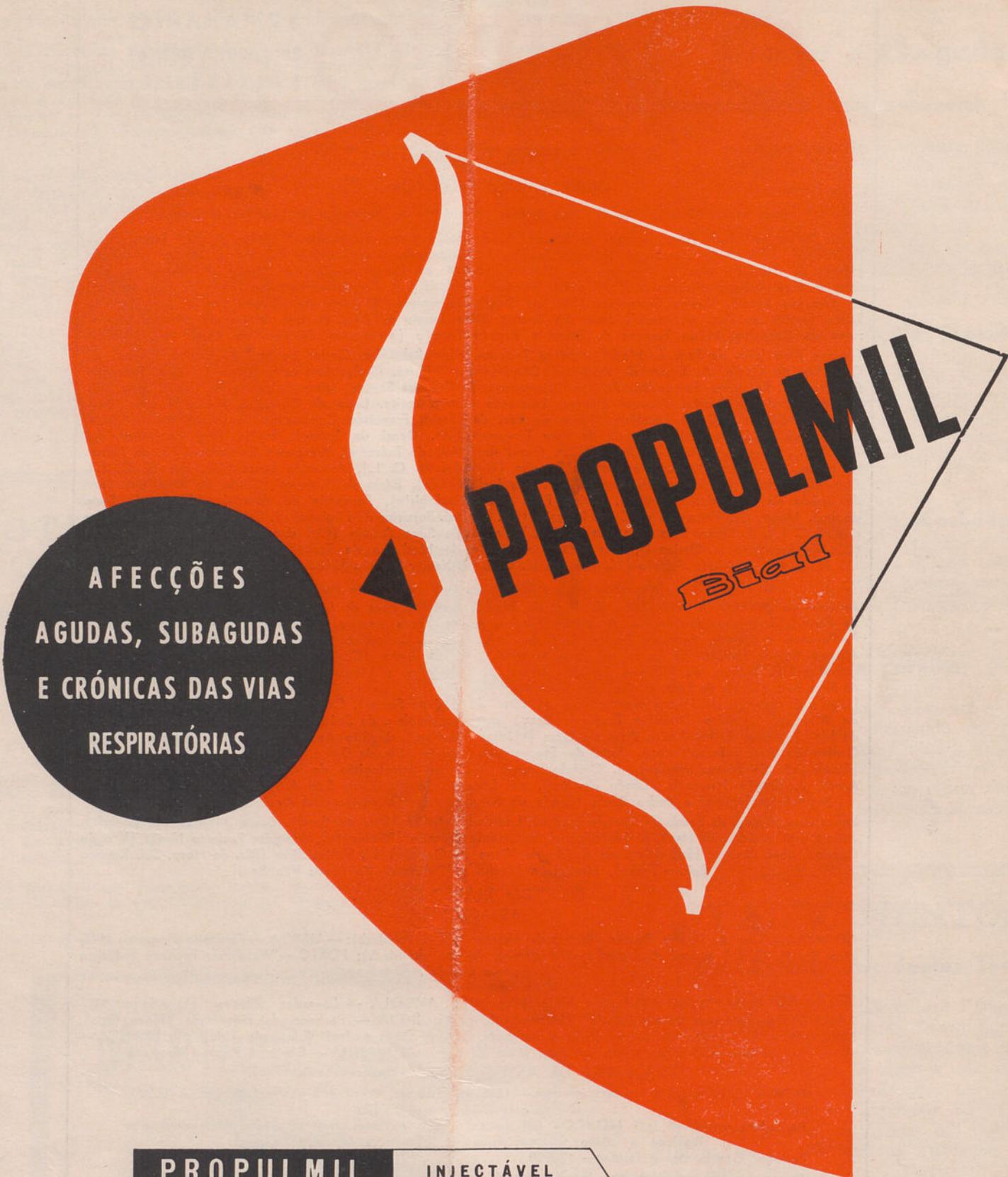
Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com as duas revistas «Acta Endocrinologica Iberica» e «Acta Gynæcologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

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

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

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

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



**AFEÇÕES
AGUDAS, SUBAGUDAS
E CRÔNICAS DAS VIAS
RESPIRATÓRIAS**

PROPULMIL INJECTÁVEL

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

PROPULMIL SUPOSITÓRIOS

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

PROPULMIL INFANTIL SUPOSITÓRIOS

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