

O MEDICO

SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 104
27 de Agosto de 1953

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

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

VOMIDRINE



ENJÔO DO MOVIMENTO
VÔMITOS DA GRAVIDEZ
ESTADOS NAUSEOSOS DIVERSOS



LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

SUMÁRIO

| | Pág. | SUPLEMENTO | Pág. |
|---|------|--|------|
| ARNALDO SAMPAIO — <i>A Saúde é Prosperidade</i> | 715 | <i>O Exercício de Farmácia em Goa</i> — António da Piedade | |
| FERNANDO DE MELO CAEIRO — <i>Normas de Inquérito</i> | | Noronha | 685 |
| <i>Epidemiológico nas Salmoneloses</i> | 718 | <i>Ecos e Comentários</i> | 687 |
| MOVIMENTO MÉDICO — <i>ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS</i> — <i>O síndrome clínico</i> | | <i>A Emoção e a Guerra</i> — Diogo Furtado | 688 |
| <i>de hipercalcemia</i> | 726 | <i>Conferência sobre o Bócio Endémico</i> | 694 |
| <i>O diagnóstico das toxoplasmoses</i> | 729 | <i>Noticiário diverso</i> | |



TRIPENICILINATO G DE ALUMÍNIO + SULFADIAZINA
65.000 U. SULFAMERAZINA
SULFAMETAZINA

| | |
|--------|---|
| a | a |
| 0,11 g | |

ADMINISTRAÇÃO ORAL

Frascos de 20 comprimidos

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA



A Saúde é Prosperidade

ARNALDO SAMPAIO

Desde o aparecimento do Homem à superfície da terra, a sua vida tem sido uma perpétua luta com o meio ambiente. Essa luta não é só com as forças inanimadas da natureza — tempestades, inundações, tremores de terra, extremos de calor e de frio — mas com os seres vivos, animais e plantas, que competem com ele na luta pela conservação da espécie.

Pela sua inteligência, o Homem foi adquirindo o conhecimento das leis pelas quais o Universo é regido, de modo a poder em certo grau prever os acontecimentos, explorar aquelas que lhe possam ser benéficos e subjugar os que lhe possam ser prejudiciais.

O seu controle sobre o meio é porém relativo, nem poderia ser de outra maneira, pois ele constitui parte desse meio. O Homem e o meio que o cerca coexistem num estado de mútua tolerância. Tão íntima é por vezes essa relação que o Homem alberga dentro dele um sem número de micro-organismos dos quais se defende por mecanismos que as suas células adquiriram no curso da evolução, mas que podem ser alterados, surgindo o desequilíbrio traduzido pela doença.

Na sua luta com o meio, o Homem verificou que havia necessidade de viver em comunidade tendo este facto levantado problemas de defesa contra o seu próprio semelhante e contra a doença que a vida gregária origina. *A luta contra a doença deve portanto ser olhada como uma faceta da luta pela existência.*

O Homem recebe constantes estímulos-físicos, químicos e biológicos — provindo da natureza inanimada, da competição com outros seres vivos, animais e plantas e do seu camarada Homem.

O efeito destes estímulos e a sua reacção, são os dois factores que constituem a vida. Segundo a sua intensidade estes estímulos podem ser benéficos ou prejudiciais.

Abaixo de certos limites produzem uma reacção favorável, não só de ordem orgânica mas psicológica, isto é, contribuem para a formação da saúde integral de corpo e de espirito. Mas se esses estímulos ultrapassam um certo nível, são prejudiciais e causam a doença quer física, quer moral.

A doença foi sempre uma preocupação constante do Homem através da sua história. Nas eras remotas a doença era atribuída a castigo de seres sobrenaturais e portanto a sua luta era uma prerrogativa dos sacerdotes, que eram revestidos do poder de interferir com esses seres e pedir-lhes a sua mercê para as vítimas, ou de bruxas e mágicos que apregoavam ter poder de circunscrever por várias maneiras a acção desses seres malignos.

Tanto as bruxas como os sacerdotes, pela sua inteligência e bom senso, juntamente com as práticas espirituais ou de magia, iam introduzindo subtilmente elementos de racionalismo e processos de terapêutica naturais, por exemplo: os sacerdotes de Aesculapius prescreviam um regimen alimentar higiênico e praticavam um sistema de interpretação dos sonhos que nos nossos dias deu a psico-análise.

Além da invocação do sobrenatural, o homem primitivo procurou o remédio nas mais fantásticas fontes — em números, cores, jóias, transferência da doença a animais, etc., etc. Na idade Média por ex., a tosse convulsa seria curada pela aplicação de ratos, caldo de mocho, montar um urso, etc. Acreditar em tais remédios não era difícil, porque como sabemos, uma grande parte das doenças têm tendência para a cura espontânea. Práticas desta natureza, são ainda hoje observadas em povos que mantêm o seu estado primitivo.

Não contente com a parte mágica, e ritual, o Homem procurou no reino vegetal, as drogas para as suas doenças, sendo encorajado nestas pesquisas, pela convicção de que todas as plantas eram criadas para seu benefício e assim

encontrou remédios de grande valor, como a digitalina, a quinina, o colchico, etc.

A medicina assim foi caminhando pelos séculos fora afastando-se da magia e encaminhando-se a passos lentos para a formação de uma ciência racional.

No século XIX, a compreensão do micróbio como gerador de doença, da asepsia, da anestesia e de outras importantes descobertas, revolucionaram a medicina de tal modo e deram-lhe tais possibilidades, que o panorama se transformou completamente.

À medicina empírica, sucedeu a medicina científica que trouxe armas extraordinárias para os povos poderem lutar contra o flagelo doença que afligiu a humanidade sem eficiente controle por muitos séculos. Por outro lado, trouxe problemas complexos que necessitam de muito dinheiro para poderem ser resolvidos.

As possibilidades da medicina de hoje e a evolução político-social no sentido de estender essas possibilidades a toda a população de um país, ou do mundo, traz consigo problemas de extrema complexidade, que não devemos procurar resolver de ânimo leve para não cairmos no oposto do título da palestra de hoje — A Saúde é Prosperidade.

Na verdade, desde que a investigação organizada, entrou no campo da medicina e de outras ciências, a soma de conhecimentos adquiridos tem sido extraordinária, e a sua aplicação à massa populacional, exige uma especialização de tal ordem, que deve obrigar os Estadistas a preparar homens capazes de realizar essa tarefa.

Já passou a época em que qualquer médico com influência política (ou mesmo com grande nomeada no campo clínico) podia levar a cabo e planejar um programa de saúde pública.

A Saúde Pública não é uma especialidade médica, mas mais do que isso, porque, incluindo a medicina como um dos seus principais componentes, obriga a ter grandes conhecimentos das ciências sociais e serviço público.

Antes da era científica da medicina não era difícil e sobretudo não era dispendioso organizar um serviço de saúde pública. Com os conhecimentos sempre crescentes trazidos pela ciência e a ânsia da sua aplicação ao maior número, um programa de saúde pública completo, exige somas extraordinárias que se não forem bem administradas, poderão trazer a ruína da população que se pretende servir.

Só os países ricos têm aproveitado os recursos que a ciência tem trazido, apresentando resultados que animam os pobres a, pelo menos, tentar a aplicação de alguns desses recursos.

De um modo geral foram os países ricos que começaram a aproveitar os progressos da ciência, embora, pelo facto de serem ricos, não terem tanta necessidade como os pobres, do seu aproveitamento. Teve grande importância nessa orientação, o célebre relatório de Sir Edwin Chadwick, intitulado: «The Sanitary condition of the labouring population of Great Britain» dos meados do século passado, focando a relação entre pobreza e doença. Para ele e para os outros pioneiros do movimento de Saúde Pública moderno, tornou-se claro que pobreza e doença formavam um ciclo vicioso. «Quanto mais pobre, mais doente, quanto mais doente, mais pobre».

Partindo do princípio que a saúde traz a força e a riqueza, os países com grandes possibilidades financeiras, foram os primeiros a tirar o proveito das aquisições da ciência, elaborando programas de saúde pública em que essas aquisições eram aplicadas.

Os resultados foram extraordinários como nos mostra

a duração média de vida e taxas de mortalidade antes e depois desses programas.

MÉDIA DE VIDA CALCULADA À NASCENÇA

| SUÉCIA | | AMÉRICA DO NORTE | | | PORTUGAL | | |
|---------|-----------------------|------------------|-----------------------|----|----------|-----------------------|----|
| Datos | Média de vida em anos | Datos | Média de vida em anos | | Datos | Média de vida em anos | |
| | | | H. | M. | | H. | M. |
| 1755-76 | 34 | 1900-2 | 48 | 51 | 1920 | 36 | 40 |
| 1816-41 | 41 | 1948 | 65 | 71 | 1930 | 45 | 49 |
| 1911-20 | 57 | | | | 1940 | 48 | 52 |
| 1936-40 | 66 | | | | | | |

Isto é: o nível médio de vida, no espaço de 50 anos aumentou cerca de 30 %.

O Dr. Marcolino Pascua ⁽¹⁾ estudou a taxa de mortalidade em 15 países europeus desde 1900, verificando que em todos a taxa decresceu, mas se a mesma se mantivesse, teriam morrido em 1947 — 4.187.000 em vez de 2.430.000 que foi o número de mortos nesses países. Salvaram-se 42 % de vidas.

O saldo de vidas ainda se mostrou mais interessante se o dividirmos por idades, sendo de 60 % para as crianças até um ano, de 69 % até aos 5 anos e 18 % para as pessoas acima de 75 anos.

Em países mais atrasados, com falta de recursos económicos, em que não foram aplicadas em grande escala as aquisições da Ciência, nem os princípios de Chadwick, o panorama é diferente.

A relação entre pobreza e doença é flagrante, como nos mostra este quadro tirado duma publicação do Departamento de Estado ⁽²⁾ norte-americano.

| | ÁREAS DESENVOLVIDAS | ÁREAS INTERMEDIÁRIAS | ÁREAS NÃO DESENVOLVIDAS |
|--|---------------------|----------------------|-------------------------|
| Proporção da população do mundo | 1/5 | menos de 1/6 | 2/3 |
| Rendimento anual por cabeça (dollars) | 461 | 154 | 41 |
| Alimentos - calorias por dia | 3.040 | 2.760 | 2.150 |
| Médicos por 100.000 habitantes | 106 | 78 | 17 |
| Esperança de vida à nascença, em anos | 63 | 52 | 30 |

Na China, Egipto, Índia, etc., onde a duração média da vida calculada à nascença é de 30 anos, somente 54 de 100 crianças nascidas atingem a idade de 15 anos. Em contraste, em outras áreas mais desenvolvidas de 100 crianças 92 atingem a idade 15 e vivem uma vida produtiva até aos 60.

Não há dúvida que sem saúde não pode haver prosperidade, mas sem dinheiro para poder aplicar no combate à doença não pode haver saúde.

Como sair deste beco sem aparente saída? Pela elaboração de programas racionais de saúde pública, que serão diferentes consoante os países e as doenças dominantes. Os próprios países ricos embora de começo reconhecêssem que era um bom emprego de capital o dinheiro gasto no combate à doença pelo capital humano que poupavam e que podiam aplicar na produção, não atacaram todos os problemas ao mesmo tempo.

As doenças mais fáceis de combater (técnica e economicamente) foram atacadas em primeiro lugar, e só depois delas vencidas atacaram as outras. Assim obtiveram êxitos seguros e resultados convincentes do bom emprego do capital e facilidades para novos e mais largos investimentos.

O atacar todos os problemas ao mesmo tempo não só seria difícil por falta de pessoal treinado para o fazer mas também por falta de consciência sanitária do País que não permitiria o desvio de grandes verbas sem estar seguro da sua aplicação com êxito. Se os programas forem bem planeados, bem sistematizados, os resultados serão flagrantes. Se pelo contrário forem mal planeados, dando resultados duvidosos, será difícil obter novas verbas, não só para a sua continuação, como para novos empreendimentos, e em vez de criarmos uma opinião pública que colabore conosco, teremos uma opinião pública hostil que nos combaterá.

Em países não ricos, com orçamentos pequenos, é preciso primeiro ponderar se os dinheiros desviados para os serviços de natureza médica, não farão mais falta noutros empreendimentos que tenham por fim elevar o nível de vida e dessa maneira contribuir para o desaparecimento da doença. A História mostra que muitas doenças endémicas diminuíram sem qualquer medida médica específica, mas unicamente porque as condições económicas e sociais da população melhoraram.

O homem que trata de problemas de saúde pública, ao elaborar os seus programas, não se deve esquecer que não ataca a doença pela doença, mas para criar condições de melhor vida à população, e que por vezes esse objectivo é mais depressa atingido, criando trabalho e fomentando riqueza.

É por isso que os que se preocupam com os problemas da saúde dos portugueses se devem alegrar quando medidas de fomento são planeadas, porque mais tarde ou mais cedo essas medidas se reflectirão na saúde da nossa gente.

O problema económico está tão ligado ao problema saúde, que não é possível separá-los, porque se encadeiam um no outro.

O enriquecimento de um país, por aumento das suas forças de produção, traz como consequência melhor poder de compra do indivíduo, o que se reflecte na sua saúde: melhor casa, melhor vestuário, melhor alimentação, aumentando-lhe assim a resistência aos estímulos prejudiciais do meio e portanto preservando-lhe a saúde. Por outro lado, as fontes de produção para originarem riqueza, precisam de não ser perturbadas pela doença, e por isso é necessário defender a saúde.

Em certas regiões do mundo, é impossível tentar qualquer plano de fomento sem primeiro salubrir o meio. A abertura do canal do Panamá é disso o exemplo clássico.

A Medicina, criando normas e regras para a conservação da saúde e combate da doença, desempenha assim uma alta função no desenvolvimento progressivo dos povos. A investigação traz-lhe todos os dias novas armas, que a consciência humana quer ver aplicada na sua tarefa, mas que muitas vezes as condições económicas o não permitem.

A Medicina Curativa embora seja necessária não deve ser aquela a que o administrador de saúde pública deve dar preferência, porque pela sua essência não diminuirá significativamente o índice da morbilidade. A melhor droga é incapaz de extinguir uma doença, se for dada pela técnica da Medicina Curativa, isto é, pensando no doente, sem pensar no meio em que ele vive e que a condicionou.

É certo que é arbitrário dividir a Medicina em curativa e preventiva, porque a cura extinguindo os focos de infecção evita novos casos de doença e portanto torna-se preventiva, mas a divisão é útil na sistematização de um programa de saúde pública.

A Medicina Preventiva deve essencialmente tratar dos

(1) M. Pascua — 1950 — Epid. Vital Statist. Rep., 3,126.

(2) U. S. A. Department of State (1950) Point four: cooperation program for aid in the development of economical by underdeveloped areas, Washington, D-C — (Publication 3719, Economic Cooperation Series 241.

factores ecológicos tentando modificá-los em benefício do homem e por isso tem uma técnica muito mais complicada, porque além de se servir da técnica da Medicina Curativa, tem de se servir da Engenharia, da Pedagogia, etc., etc.

É pela sua técnica que se pode modificar um meio, e tornar o ambiente impróprio para o desenvolvimento ou espalhar da doença. Essa mudança pode ser definitiva, pela extinção de um sem número de condições que favoreciam a doença. A sua aplicação tem transformado em vários pontos do globo, zonas insalubres e pobres em zonas prósperas e saudáveis. A transformação dos campos malditos em Itália, e a salubridade da ilha de Ceilão são disso exemplos notáveis.

Porque é mais fácil prevenir que remediar, a Medicina Preventiva torna-se mais barata que a Medicina Curativa, e prepara no futuro a possibilidade económica de uma boa Medicina Curativa, não só porque reduz o número de doentes mas porque extinguindo doenças permite o desenvolvimento da riqueza onde só havia miséria. A sua vastidão e a sua complexidade pelos inúmeros factores que a envolve, obriga à colaboração de muita gente com especialidades diferentes, desde o médico, o engenheiro, etc., até à população que para isso precisa de ser educada.

Daí a dificuldade da elaboração de um programa de saúde pública, que não pode ser feito por amadores. Exige o trabalho de «equipes» bem informadas dos progressos científicos e da viabilidade económica da sua aplicação, assim como o cálculo em prosperidade que essas medidas trarão se forem aplicadas. Se esses programas forem bem elaborados não será difícil obter o dinheiro necessário, porque as compensações desses gastos serão evidentes.

*

O conhecimento da bacteriologia, epidemiologia e profilaxia das doenças infecciosas, entrando na elaboração dos programas de saúde, trouxe uma redução da morbidade e consequente mortalidade extraordinária.

Hoje a varíola, a peste, a cólera, a febre tifóide, o tifo exantemático, a febre amarela, o paludismo, a sífilis, a tuberculose podem ser dominadas, e já o foram em alguns países, desde que se elaborem bons planos para as combater.

São sobretudo as doenças infecciosas, principalmente aquelas em que se conheça a sua epidemiologia e profilaxia, que devem preocupar em primeiro lugar o serviço de saúde pública, porque é neste grupo de doenças evitáveis que os resultados são flagrantes e compensadores dos dinheiros dispendidos no seu combate. Com o seu desaparecimento ou redução para um nível mínimo todo o arsenal da luta poderá ser desviado para mais complexos e dispendiosos problemas.

Não faria sentido se organizássemos um programa dispendioso contra a doença de Hodgkin e deixássemos sem qualquer controle a varíola.

Se não seriáramos inteligentemente os nossos programas nunca obteremos resultados satisfatórios; aqui como na guerra é preciso dividir para vencer.

Um programa de saúde pública para ter êxito necessita ser completamente realizado, porque se o não for, o dinheiro dispendido não é aproveitado, por ex. — um programa de vacinação, para ser eficiente, tem que atingir uma certa proporção da população, diferente para cada doença, e, além disso continuado por longos períodos, até que as condições do meio se tornem hostis ao espalhar da doença. Se se fizer uma vacinação em massa e depois se abandonar o problema, o esforço e dinheiro dispendidos, serão em pura perda. Portanto, um programa que se não possa executar de uma maneira a obter êxito, é melhor não o iniciar e esperar que hajam as condições em que o sucesso seja certo, porque tentá-lo é trazer o descrédito para os serviços. Será melhor desviar as disponibilidades financeiras para aperfeiçoar outros serviços em curso, do que tentar um programa em que não temos qualquer garantia de êxito. Em saúde pública, não há meias medidas: ou se executam os programas completos, ou os resultados serão nulos ou mediocres.

No entanto há circunstâncias emocionais em que os serviços terão de fazer alguma coisa, embora estejam con-

vencidos da pouca utilidade, mas, essas circunstâncias devem ser muito bem ponderadas e os esforços reduzidos a um mínimo de modo a não irritar a opinião pública e a não desviar grandes verbas de trabalhos mais lucrativos.

Para não fatigar a assistência com números, não vou documentar o que disse com numerosos exemplos, mas não resisto à tentação de citar 2 que Hanlon (1950) refere no seu interessante livro «Principles of Public Health-Administration».

Em Nova York uma intensa campanha de 1929 a 1939 reduziu os casos anuais de difteria, de 14.000, para 453 e as mortes de 1.000 para 22.

O dinheiro gasto com hospitais, médicos, enfermagem, em 1939, somado com o dispendido na campanha, foi menos de metade do que se gastou em 1920, só com o tratamento dos doentes. Em Detroit, um programa de cinco anos de luta anti-tuberculosa, custou 200.000 dollars por ano, mas poupou 1.400.000 dollars só em despesas de sanatórios.

Se somarmos estes saldos em dinheiro ao que se salvou em sofrimento e miséria, não haverá dúvida que o investimento de capital na prevenção da doença é o que traz maiores compensações materiais e morais.

A aplicação da Medicina Preventiva em todas as suas possibilidades, pelo número de doentes e estropiados que evita, é a única alternativa que se nos oferece para melhorarmos a saúde das populações e conseguirmos amanhã uma boa e eficiente Medicina Curativa.

Não é económico e por isso não trará prosperidade, gastar somas astronómicas com a cura do doente, sem primeiro extinguir os focos da doença.

É uma bela missão aliviar ou curar o que sofre, mas é ultrapassada por aquela que evita o sofrimento, porque esta nem ao menos tem como compensação a gratidão do beneficiado.

Se olharmos para as taxas de mortalidade por causas evitáveis do nosso Anuário Demográfico fácil nos é verificar quais são os programas a que devemos dar prioridade. O que é necessário antes de tudo é criarmos uma Consciência Sanitária da Nação, sem a qual não há programa que vingue.

Essa Consciência é preciso criá-la, não só no povo, mas nas classes dirigentes e nos médicos. No povo ensinando-o a preservar-se da doença, empregando métodos simples, compreensíveis dos menos dotados, utilizando a imagem fotográfica, a palavra, etc., estimulando a formação de sociedades educativas e de propaganda da saúde. Às classes dirigentes mostrando-lhes por programas de saúde bem elaborados o valor económico da saúde e os resultados a esperar na melhoria do nível de vida das populações pela aplicação desses programas. É necessário criar um estado de espírito e de compreensão dos problemas de saúde pública de tal forma que afaste para bem longe, o estado actual de coisas existentes entre nós. Aos médicos que têm por função principal curar o doente, deve ensinar-se a repercussão da doença na sociedade, a maneira de a combater e de a evitar. Deve-se sobretudo criar-lhes a mentalidade de que a medicina foi criada para servir a sociedade e não está para servir a medicina.

O doente não pode ser visto como um simples caso clínico por interessante que seja, mas como um elemento da sociedade, que o médico não pode trair.

A ciência moderna, pondo na mão do médico tantas armas para o combate à doença, criou-lhe um prestígio e uma função social que tem que aproveitar, não só em benefício próprio, mas em benefício da sociedade.

O médico português, em regra inteligente e culto não está embuído daquele espírito de Saúde Pública que nós verificamos no americano ou no escandinavo e que são no fim, o segredo do êxito dos programas das suas nações.

O médico português faz gala em não perceber nada de Administração, mas fica ofendido quando é posto à frente de um estabelecimento de medicina, um administrador não médico. Esta situação que existe de facto tem criado a governos e governados, as maiores perturbações. Para que acabe, e é necessário acabar, é preciso que o médico comece a estudar os problemas administrativos com o mesmo cuidado que é tradicional pôr nos seus estudos médicos.

Não é lógico que se vá buscar elementos fora da classe médica para administrar uma ciência da qual não têm a mais pálida ideia. O que é necessário e urgente, para bem da sociedade é que se crie dentro dos elementos dessa classe, os administradores da medicina, isto é, médicos administradores que aliem aos conhecimentos da medicina, conhecimentos da administração. Assim fizeram vários países estrangeiros criando, em normas sãs, as suas Escolas de Higiene e de Saúde Pública, onde, ao lado das técnicas científicas, se ensinam as técnicas de administração que levam os conhecimentos adquiridos pela ciência ao usufruto das populações, mas por um preço compatível com a capacidade económica dos beneficiários.

Com o estado actual da nossa civilização, a saúde do povo de um país, não interessa só a esse país, mas ao povo de todo o mundo em geral, descurá-la, não é só trair o seu país, mas trair a espécie humana, o que biologicamente é ainda mais grave.

Pelo reconhecimento da necessidade de que a luta contra a doença para ser efectiva necessita de ser mundial, as Nações Unidas na conferência de 1945 em San Francisco propuseram que uma agência internacional devia ser criada para tratar de todos os assuntos relacionados com a saúde de modo a coordenar esforços, a estimular ou ajudar os economicamente mais fracos na elaboração dos planos de Saúde Pública. Depois de várias reuniões preliminares, a sua organização permanente foi estabelecida em 1 de Setembro de 1948. Apesar da sua recente criação a O. M. S. conta já no seu efectivo trabalho notável que honra a ideia criadora e as tradições do Office International de Higiene Pública, a Organização da Saúde da Liga das Nações e Divisão de Saúde da UNRRA, organizações de saúde que incorporou.

Além da preparação de técnicos das nações associadas, das suas monografias e boletins bem organizados, etc., são dignos de especial menção as suas campanhas contra a malária, as trepanomatoses e tuberculose pelo B. C. G.

O dia mundial consagrado à propaganda da saúde que hoje comemoramos, traduz a ânsia dos dirigentes desse organismo em obter a colaboração de todos, governos e governados no objectivo de se construir um mundo melhor.

Neste concerto de nações tem Portugal cumprido a sua missão? Embora haja muito a fazer, não há dúvida que nos últimos anos, se tem prestado atenção aos problemas de saúde. As taxas de mortalidade têm descido e a duração média de vida tem subido. No entanto, ainda temos doenças evitáveis com taxas de morbilidade e mortalidade que não nos honram; por ex. a tuberculose, as febres tifóide e paratífóide, a sífilis, as diarreias infantis, são ainda das maiores da Europa. O ataque a estas doenças é urgente e deve preceder qualquer outro programa de Saúde Pública. O seu desaparecimento ou diminuição para índices baixos, não só contribuirá para a prosperidade da nação, mas para um melhor tratamento das doenças não evitáveis, ou seja, para uma melhor Medicina Curativa.

Em 1951, com uma mortalidade geral de 105,473 tivemos uma mortalidade devida a doenças infecciosas de 25.551, igual a cerca de 24 % da mortalidade total — o que deve corresponder a algumas centenas de milhares de portugueses terem sofrido uma infecção nesse ano.

Sendo a maioria destas doenças evitáveis, podemos admitir que o seu controle traria uma economia para a nação incalculável, que aplicada em fontes de produção enriqueceria o país contribuindo assim para a diminuição da doença, ficando uma vez mais demonstrado o aforismo: «Saúde é Prosperidade».

(Palestra realizada no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge em 7 de Abril de 1953, para comemorar o dia Mundial da Saúde).

Normas de Inquérito Epidemiológico nas Salmoneloses

FERNANDO DE MELO CAEIRO

Adjunto da Direcção Geral de Saúde — Interno
Graduado dos Hospitais Cívicos de Lisboa — (Serviço de Doenças Infecto-Contagiosas do Hospital Curry Cabral)

A epidemiologia é um ramo da medicina preventiva, subsidiário de outras ciências.

A descrição de um dado acontecimento epidemiológico requiere o concurso de diversas fontes, de factos fornecidos por outras ciências:

- a) — *Da Clínica*: o reconhecimento da doença;
- b) — *Da Bacteriologia*: a sua confirmação laboratorial;
- c) — *Da Higiene*: o estudo da salubridade do local;
- d) — *Da Demografia*:

Taxa de morbilidade, mortalidade e letalidade.

Distribuição: geográfica (problema de vectores) — anual — estacional (vectores, natureza dos focos e rotas de disseminação), da fauna (reservatório de vírus) — climática — etária — por sexo (susceptibilidade) — da raça — etc.

Assim, uma prevalência limitada sugere fontes e modos de transmissão a considerar, em especial: quando esporádica sugere a presença de reservatório de vírus oculto (poliomielite), portadores passivos, casos subclínicos ou animais inferiores como reservatórios de vírus.

- e) — *Da Estatística*:

O inquérito epidemiológico requiere as mais minucio-

sas descrições envolvendo a demonstração de «associações complexas» mediante a aplicação do método estatístico técnico.

*

A definição etimológica do termo Epidemiologia — a ciência ou doutrina das epidemias — não é completa. Ela deve incluir também o estudo das ocorrências interepidémicas e endémica. A ocorrência epidémica é uma fase temporária na incidência de qualquer doença infecciosa. Consequentemente há que ultrapassar os limites da definição original e incluir nela o estudo dos fenómenos em conjunto.

Para o estudo clínico da doença a unidade é o indivíduo, e inclui a descrição dos fenómenos clínicos, sintomatológicos, anátomo-patológicos, etc.

Para a observação epidemiológica a unidade é o «agregado de indivíduos», a população, e a descrição do fenómeno epidemiológico da doença consiste no estabelecimento dos tipos do fenómeno, frequência e ocorrência na população «como um todo» e incidência nos seus diferentes agrupamentos.

Por exemplo: é comparativamente fácil distinguir clinicamente a F. T. da Difteria, mas já é mais difícil formar uma ideia clara destas doenças sob o ponto de vista de sua distribuição numa população dada — isto é, para as distinguir epi-

POLIDELTA

Complexo de vitaminas, aminoácidos e sais minerais indispensáveis ao organismo

COMPOSIÇÃO

FÓRMULA A (Drageia branca)

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

FÓRMULA B (Drageia corada)

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

APRESENTAÇÃO

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



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

Avenida Elias Garcia — MASSAMA-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



ANTISACER

SIMPLES E COMPOSTO

Amostras e literaturas à disposição
da Excelentíssima Classe Médica

miológicamente há que estudar a sua diferente selecção para certos grupos etários, prevalência, incidência sobre determinadas classes da população, distribuição estacional particular, etc.

Qualquer enfermidade possui os seus próprios e característicos rasgos epidemiológicos que a distinguem de todas as outras. Alguns dos elementos que se hão-de reunir para fixar o conjunto do quadro característico são:

1.º — *Período de incubação da enfermidade.* (Quase sempre, os períodos de incubação são constantes, dentro de estreitos limites).

2.º — *Os diferentes meios porque se pode difundir a enfermidade:* por gotículas de Pflugue, pelas fezes, etc.

3.º — *A velocidade de penetração de enfermidade,* na massa da população. (A varíola, por exemplo, é uma doença de grande difusibilidade).

4.º — *A susceptibilidade dos vários grupos etários,* resultante dos fenómenos imunitários. Ela sugere meios particulares de difusão da doença, como por exemplo, o leite, em certas epidemias de F. T., quando a incidência da doença é muito marcada no grupo etário infantil.

5.º — *A rapidez com que desaparece,* a enfermidade do conjunto da população.

*

As salmonelas determinam no homem duas formas essencialmente distintas de enfermidade, tanto sob o aspecto clínico como epidemiológico.

A forma septicémia — com bacteriemia, portanto — na qual predominam os sintomas septicémicos sobre os intestinais é de que são exemplos as febres tifóide e paratifóides (entre nós mais frequente a paratifóide B), e a forma «gastro-enterite aguda» tipo intoxicação alimentar de início espectacular, alarmante, com predomínio da sintomatologia intestinal (diarreia, vômitos) e de que são exemplos as gastro-enterites agudas pelas salmonelas *Typhi murium* e *colera suis*.

E porque é diferente a sua epidemiologia diferente será portanto a nossa conduta ao proceder ao inquérito epidemiológico. Difere o período de incubação, há consideráveis variantes no modo de disseminação da afecção, no modo de contágio, na fonte de infecção, etc., etc., pelo que teremos que estudar separadamente as normas da sua investigação.

Começaremos pelas febres tifo-paratíficas.

I — INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO NAS FEBRES TIFO-PARATÍFICAS

O inquérito epidemiológico a que o Sanitarista deve proceder no mais breve espaço de tempo uma vez posta a sua indicação, só pode ser realizado eficazmente mediante a observação de um certo número de regras fundamentais, com base no conhecimento da epidemiologia da doença e do meio ambiente em que ela ocorre.

Essas regras não têm nada de complicado mas, e talvez porque são por vezes bastante trabalhosas, nem sempre se observam na sua execução. Frequentemente, ou não há diagnóstico clínico ou não há diagnóstico epidemiológico resultando daí a impossibilidade de aplicação criteriosa dos meios à nossa disposição permanecendo as coisas no mesmo pé em que se encontravam antes do acidente: a população à mercê de novos surtos ou de epidemias alarmantes.

Tentarei, ainda que sucintamente, dar-lhes uma orientação para tal fim, fornecendo-lhes no fim da lição alguns exemplos de inquéritos enfermados desses males e, considero atingido o meu objectivo se conseguir deixar bem vincado no vosso espírito a necessidade de uma mais criteriosa actuação por parte do médico sanitário.

Distinguimos no inquérito epidemiológico as seguintes fases:

- 1.º — Observação geral da ocorrência;
- 2.º — O diagnóstico — clínico e epidemiológico;
- 3.º — Colectânea de todos os casos e contactos;
- 4.º — Estudo do local — Topografia médica;
- 5.º — «Etiologia» e «Patogenia» da ocorrência;

6.º — Medidas de emergência;

7.º — Relatório final.

Antes porém, de iniciar o estudo das ocorrências epidémicas não quero deixar de insistir mais uma vez que a função do médico sanitário é intervir precisamente durante a fase endémica da enfermidade (estudando o meio ambiente, a distribuição dos casos no local, durante o ano, propondo superiormente as medidas profilácticas gerais e especiais que julgar convenientes, etc., etc.), de molde a procurar não só evitar a eclosão de acidentes epidémicos, como também e principalmente ele deve empenhar os seus melhores esforços com o objectivo final de eliminar a enfermidade da sociedade por cuja saúde é responsável.

Por outras palavras, as nossas funções não se devem limitar de modo algum a actuar sobre, ou a jugular todo e qualquer surto epidémico de maior ou menor importância — digamos, a correr afluentemente atrás das epidemias — mas a preveni-las, durante a fase endémica da incidência da doença.

É este o papel fundamental dos Serviços de Saúde e, sempre que este objectivo não é atingido topamos a cada passo com acidentes epidémicos tornando-se então necessária a intervenção urgente das autoridades sanitárias.

1.º — Observação geral da ocorrência:

Em primeiro lugar os serviços de saúde tomam conhecimento da ocorrência.

Se é certo que em dadas condições os serviços são solicitados por qualquer entidade alarmada, o seu papel não deve porém ser de pura expectativa. O subdelegado ou o delegado de saúde estando de posse dos números referidos nos mapas de morbilidade da região entregue à sua vigilância, devem, por sua própria iniciativa intervir ao verificarem qualquer subida na média geral da morbilidade local.

De um ou outro modo, surgem os primeiros casos, depois uns quantos outros. Conhecidos os primeiros doentes mais alguns se tornam suspeitos. Alguns são levados para o hospital, mas muitos outros não abandonam o meio e o lar, aumentando assim as possibilidades de contágio.

A breve trecho a afluência de doentes e suspeitos é enorme e logo se torna imperioso proceder a uma sistematização que nos permita ordenar a caótica afluência de dados aparentemente desconexos.

- ordem cronológica das notificações: casos simultâneos; casos contemporâneos.
- casos confirmados clinicamente.
- casos suspeitos.
- agregados populacionais atingidos (Escolas, Oficinas, Creches, Prisões, etc.).
- agregados familiares atingidos.
- casos esporádicos.
- sua distribuição por grupos etários, profissionais e por sexos.

2.º — Diagnóstico Clínico e Epidemiológico:

A — DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Sem diagnóstico não há inquérito possível e nessas condições baldados serão os nossos esforços na resolução do problema.

Importa, pois, uma detalhada descrição clínica da doença em todos os casos; prevenidos já das suas variantes e modalidades clínicas da doença encontraremos todavia um elo de ligação entre as suas diversas formas aliás do vosso conhecimento, como clínicos.

Frequentemente são enviados aos Serviços Centrais (Inspeccção de epidemias) relatórios de doentes suspeitos de F. T. com o diagnóstico de «síndrome infecciosa da fossa ilíaca direita». Consideramos esta designação incorrecta sujeita a duvidosas interpretações pois como todos os colegas sabem a F. T. é uma doença infecciosa geral de que as placas de Payer no intestino não são mais do que uma fase da sua evolução anatómo

patológica. Em presença de um síndrome infeccioso sem sinais focais aguardando confirmação laboratorial melhor será chamar-lhe um «síndrome infeccioso ainda não determinado».

B — DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

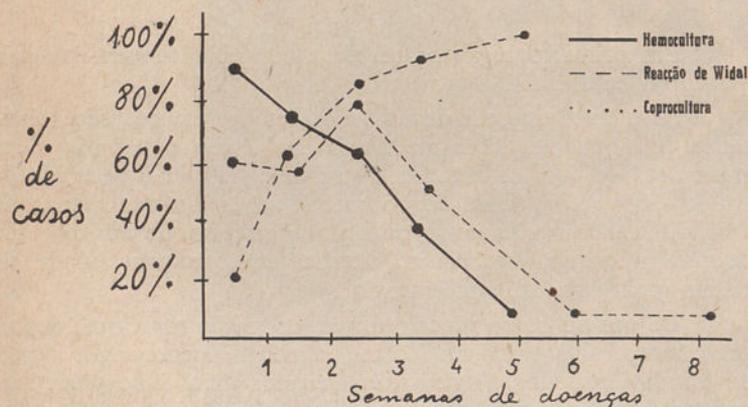
A seguir, e o mais rapidamente possível importa fazer a confirmação laboratorial do diagnóstico clínico.

Sem ela não faremos mais do que levantar problemas. Não nos é possível proceder a um inquérito epidemiológico sem o auxílio do laboratório.

A epidemiologia deve ser o produto do trabalho comum e em associação estreita do bacteriologista com o sanitarista. O inquérito epidemiológico tem que ser um trabalho de «equipe».

As provas laboratoriais têm porém que ser lidas com adequado espírito crítico — convenientemente interpretadas, em função do quadro clínico. Só assim possuem real valor.

Do livro de Topley e Wilson e para mais fácil exposição reproduzimos aqui o elucidativo esquema das principais provas laboratoriais de que dispomos para o diagnóstico laboratorial da F. T., actual e retrospectivo, bem como a sua valorização durante as várias fases da doença.



1) Hemocultura:

É positiva em 90% dos casos durante a 1.^a semana, em 70 a 80% dos casos na 2.^a semana e em 50% na 3.^a semana.

É raro isolar o bacilo tífico no sangue depois da 4.^a semana, e em qualquer fase de doença depois dos primeiros dias do emprego do cloroanfénico.

É, como sabem uma prova de diagnóstico decisiva de doença e infecção activa.

2) Fezes:

Há eliminação de bacilos de Eberth pelas fezes durante toda a doença (em maior percentagem durante a 2.^a e 3.^a semana) em baixa percentagem durante a convalescência e só nalguns casos depois dela (portadores). Por isso, a sua presença nem sempre traduz actividade de infecção, pode servir para diagnóstico actual ou retrospectivo mas o que tem para nós é grande importância no campo epidemiológico (portadores) — cada eliminador de bacilos é uma fonte de infecção.

3) Sero aglutinação (R. de Widal):

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

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

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

indicada, primeiro o «O» e depois o «H». Nos vacinados os títulos costumam ser baixos e por vezes com variações que só as restantes provas podem valorizar, a par dos exames serológicos seriados.

A presença de aglutininas Vi, na presença de quadro febril é igualmente demonstrativo de infecção activa. A sua demonstração na ausência de infecção actual sugere a hipótese de que estamos frente a um porta-bacilos.

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

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

C — ANÁLISE BACTERIOLÓGICA DOS ALIMENTOS E DA ÁGUA

Se na observação geral da ocorrência encontrarmos uma fonte de abastecimento de água ou um alimento comum, será no seu rasto que prosseguiremos no nosso raciocínio.

Um fornecimento de ovos, leite, carne (conservada ou não), marisco, vegetais regados com água inquinada, etc., a disposição da maioria impõe-nos não só a sua análise com vistas ao exame dos caracteres organolépticos do alimento suspeito, mas tendo como objectivo principal o isolamento de salmonelas patogéneas do grupo das responsáveis pelas toxi-infecções alimentares.

Quanto às S. do grupo tífico-paratífico, o período de incubação da doença, só permitindo o diagnóstico ao fim pelo menos, de cerca de 7 a 14 dias inutiliza qualquer probabilidade de se encontrar e isolar o agente no alimento incriminado.

O caso da água, como fonte de infecção, sob esse aspecto, é típico.

Já porque o bacilo tífico é pouco resistente no meio telúrico, em particular na água onde há, digamos, uma depuração «relativa» espontânea, pela acção da luz do sol, pelo fenómeno do arejamento, pela sedimentação, pelo fenómeno da concorrência vital (as espécies saprófitas, muito «robustas» eliminam as espécies patogéneas, muito menos numerosas e aliás fora do seu habitat), pela acção das plantas (papel da clorofila pela «libertação» de oxigénio, pela acção do bacteriófago e fenómeno do envelhecimento das espécies, já porque, descoberta a epidemia decorreram pelo menos 15-18 dias (período de incubação dos primeiros doentes) depois da contaminação da água, só nuns quantos — poucos — casos da literatura mundial foi possível encontrar o bacilo tífico na água, uma vez declarada a epidemia hídrica.

Por isso recorreremos aos métodos de prova, indirectos, da contaminação ou inquinação da água, por fezes humanas:

1.^o Exame físico-químico.

- Doseamento da matéria orgânica e compostos azotados.
- Oxibilidade (normal até 2 mgr./L.).
- Azoto albuminóide (normal até 0,2 mgr./L.).
- Amoníaco (normal até 0,2 mgr./L.).
- Nitritos (não se toleram vestígios).
- Nitratos (normal até 15 mgr./L.).

2.^o Exame micrográfico.

- Pesquisa de ovos e embriões de parasitas (ténias, áscaris, etc.), que o homem elimina pelas fezes.

3.º Exame bacteriológico.

- a) Contagem de colónias em gelose (uma água que dê origem a mais de 200 colónias por c.c. não é potável).
- b) Determinação do título colibacilar; igual ou inferior a 10 c.c. — suspeita de inquinação por bactérias de origem fecal (quanto mais pequeno é o título, mais contaminada está a água).

3.º *Colectânea de todos os casos e contactos*

O sanitaria ou a visitadora sanitária, sua auxiliar procederá ao rateio perfeito, rigoroso e completo de todos os casos confirmados e suspeitos, para cada um dos quais deve usar uma ficha individual na qual inscreve e esgota todos os dados de que dispõe por rigoroso inquérito individual.

Este trabalho pode ser executado por visitadoras sanitárias competentes, mas o epidemiologista não se deve dispensar de visitar pelo menos os primeiros casos, com o objectivo fundamental de apurar se a doença foi ou não importada e de se assenhorear do problema «in loco».

São múltiplos os modelos de ficha em uso. A Direcção Geral de Saúde fornece às delegações e subdelegações de saúde modelos de tipo conveniente.

*

Colhidos do Anuário Demográfico os dados referentes ao número de habitantes da localidade e sua distribuição pelos diferentes grupos etários e, por outro lado, o número de casos de febre tifóide nos últimos dez anos, que divididos por 10 dá uma ideia aproximada das oscilações do índice de morbidade durante esse período, se permite deduzir o número de «casos esperados» durante um ano nessa localidade. Por aqui já se pode avaliar a importância da incidência epidémica e a sua provável evolução espontânea. Assim se eliminam as flutuações anuais e estacionais.

Recolhidos os dados obtidos, o médico sanitário estabelece então a prova de que a ocorrência é um acidente não esperado: verificada a incidência da doença pela média dos últimos anos (décadas, com mais rigor) confronta com o número de casos notificados: se a incidência é maior, espectacularmente superior, poderá então falar de epidemia.

O seu registo gráfico é indispensável: nas ordenadas inscreve o número de casos e nas abcissas as datas do início da eclosão de cada caso, estabelecendo um gráfico em linha ou linear (em colunas) e por ele pode então ajuizar do tipo de epidemia que enfrenta: surtos epidémicos sucessivos, recrudescência endémica ou epidemia explosiva, não sem ter o cuidado de uma inscrição tripla, no mesmo gráfico de casos curados, casos mortais e casos suspeitos. Assim estabelece a taxa de morbidade (em relação a 100, 1.000 ou 10.000 habitantes), da mortalidade (em relação à população do agregado, em idênticas proporções) e da letalidade (número de defunções em relação ao número de casos de doença).

Em seguida tenta responder às seguintes perguntas:

- 1) — É possível considerar todos os casos como tendo sido provavelmente infectados no mesmo dia ou em dias próximos? Para isso deve ter em conta a possível variabilidade do período de incubação.
- 2) — A doença incidiu predominantemente nalgum grupo etário? Limitou-se rigorosamente a um sector da população?
- 3) — Qual o factor comum capaz de explicar satisfatoriamente a eclosão da doença? Às vezes são vários os factores comuns e então é necessário separar os casos declarados, em diferentes grupos, conforme a presença ou ausência de exposição a cada uma das hipotéticas causas de infecção, que podem ser sugeridas. Se uma delas engloba muito maior percentagem de casos que as outras é, com grande probabilidade, a responsável pela ocorrência epidémica em estudo.

*

Cabe precisamente aqui falar da importância dos exames laboratoriais para a pesquisa de factores comuns que expliquem com verosimilhança a origem de infecção.

O exemplo mais frizante é o da classificação das estirpes de bacilo tífico encontradas nas fezes dos doentes e isoladas no sangue de alguns, por intermédio do bacteriófago. Se a estirpe classificada for a mesma, identificada por igual processo, que a encontrada nas fezes de algum portador, sobre o qual o inquérito haja levantado suspeitas — teremos encontrado a chave do problema. É esse o responsável pela contaminação da fonte de infecção e como tal terá que ser tratado a fim de evitarmos a repetição de acidentes semelhantes no futuro.

Como sabem, os fagos são vírus que parasitam as bactérias, com alto grau de selectividade: a acção fagocitária está relacionada com a composição antigénica da bactéria (especificidade por determinados antigénios de superfície), sendo os fagos adaptados ao antigénio Vi, os que se utilizam actualmente para a classificação das estirpes, ainda que outros estejam em estudo e ainda não adaptados.

Conhecem-se actualmente 29 tipos de fagos que determinam a lise de cada estirpe Vi conhecida: bacteriófago A, «poule» B (B₁, B₂, B₃), C, «poule» D. ((D₁, D₂, D₃, D₄, D₅, D₆) E, ..., O.

É claro que uma dada estirpe de bacilo tífico pode ser lisada por vários fagos: por isso as provas são feitas com os vários fagos e os resultados para a classificação são obtidos pela consulta de tabelas previamente ao dispor do analista.

Parece que o fago, numa primeira fase adere à superfície da célula bacteriana (parece que esta dispõe de receptores na sua periferia) e só depois penetra nela provocando a sua lise; uma vez destruída a bactéria, o fago continua apto a penetrar noutra bactéria.

Até hoje estão classificadas 34 estirpes de *S. Typhi* e 10 de *S. paratyphi B*.

4.º *Topografia médica do local. Condições sanitárias gerais:*

Merecem-nos uma especial atenção as condições de insalubridade local.

Para o estudo do meio ambiente teremos que seguir uma determinada ordem, sob pena de omitirmos pesquisas indispensáveis se não observarmos uma certa sistematização.

Situação e descrição do local:

Limites do burgo. Acidentes oro e hidrográficos.
Meios de comunicação com as localidades limítrofes.
Meios de comunicação interna: ruas, sua disposição.

Habitações — Disposição do casario:

Tipos de habitação, com ou sem dispositivos sanitários, maus, regulares ou em boas condições.

Casas sem retrete.

Condições gerais das habitações: condições de insalubridade, escassez de insolação e arejamento, destino dos esgotos e lixos.

Casas com jardins, quintal, horta.

Local das possilgas, estrumeiras, currais do gado estábulos, etc.

Há locais de depósitos de lixo?

Processos de limpeza e remoção de escórias.

Como se desembaraçam os ocupantes desses produtos a eliminar?

Presença de vectores intermediários que sirvam à propagação do morbo:

Mosca, em relação com estrumeiras, estábulos, etc., favorecendo a sua população na habitação do homem. Outros vectores como carraças, piolhos, pulgas, mosquitos, etc., não são de considerar no caso da F. T.

Reservatório de «vírus» além do homem: ratos, animais domésticos, etc.; presença de epizootias ou subsistência

de endemo-epizootias — factor a não considerar também no caso das febres tifo-paratíficas.

Estudo demográfico da colectividade:

População. População estável e flutuante.
Densidade populacional.
Número de fogos.
Agregados familiares: sua composição. Promiscuidade.
Grupos etários, profissionais, etc.
Profissões dominantes
Hábitos. Usos e costumes.
Grau de cultura e de educação sanitária.
Hábito de ferver a água e leite.
Morbilidade e mortalidade geral e das febres tifo-paratíficas em particular.

Sistema de abastecimento de água potável:

Há rede geral de abastecimento de água potável?
Origem. Trajecto. Estado do sistema de condução.
Fontes de abastecimento privativo ou comum: poços, fontes, fontenários, cisternas, «minas», etc.
Processos de utilização: Bicas, bombas, balde (poços de mergulho).
Poços cobertos. Poços descobertos.
Transporte para consumo a distância.
Factores de poluição. Possibilidades de inquinação.
Exames da potabilidade das fontes de abastecimento, já referidos noutra local.
Exames seriados.

Alimentos de consumo público e privado:

Inquirir de alimentos comuns entre os suspeitos.
Leite. É fervido o leite?
Sua proveniência e modo de distribuição, a retalho.
Centrais fornecedoras. Pasteurização.
Famílias abastecidas de leite produzido por gado privativo. Condições sanitárias dos estábulos e vacarias.
Queijo — Tipos: fresco ou conservado.
Lactícínios crus.
Carnes — frescas e conservadas. Sua procedência: indústria caseira (privada) e pública (mercados), a primeira perigosa pela falta de contróle e preceitos higiénicos de que carece o nosso povo.
Abate clandestino.
Gelados: proveniência e transporte. Inquérito à água, leite e frutas que serve para a sua preparação.
Outros alimentos.
Inquérito circunstanciado aos estabelecimentos fornecedores ou preparadores de alimentos:
Casas de pasto, restaurantes, tabernas, pensões, cantinas, cozinhas económicas, etc. Devem merecer ainda a nossa melhor atenção os indivíduos manipuladores, e transportadores de alimentos: cozinheiros, pasteleiros, padeiros, leiteiros, etc., daqueles estabelecimentos.

Casas de reunião colectiva:

Inquérito nas escolas, cadeias, quartéis, casas de espectáculos, etc., são porém de maior interesse na epidemiologia das doenças transmitidas pelas secreções naso-faríngeas.

*

Finalmente faremos menção das medidas profilácticas gerais e especiais que as autoridades sanitárias hajam procedido

nos últimos meses e anos e possam ter influído no saneamento do local bem como na educação sanitária da população:

Campanhas de vacinação
Campanhas de desinfecção
Campanhas de desinfestação

Para terminar este capítulo não posso deixar de chamar a atenção para a necessidade da observância por parte de todos os clínicos, da obrigatoriedade da notificação das doenças infecciosas (portaria n.º 13.031).

A negligência no cumprimento desta disposição é e continua a ser o grande óbice à melhoria das condições sanitárias das nossas populações. Sem notificação correcta não há profilaxia possível: não só não deixar de participar como ainda participar correctamente para que não vejamos a nossa estatística sobre-carregada com taxas de morbilidade acintosa nuns casos e falseada noutros.

5.º Como se deu e porque ocorreu a infecção colectiva:

Reconhecida a epidemia, o agente de infecção e vias de transmissão, em presença de condições propícias do ambiente reconhecidas igualmente, e frente a uma causa comum, um elo de ligação entre todos ou quase todos os casos conhecidos, isto é, recolhidos pacientemente todos os dados até aqui referidos, podemos enfim, num trabalho de síntese determinar as causas e a marcha do acidente.

É um trabalho puramente analítico, de gabinete.

Na presença de todos os dados recolhidos, o sanitarista, sentado no seu gabinete de trabalho colecciona os dados obtidos e relaciona-os racionalmente com base nos conhecimentos epidemiológicos da doença em estudo.

O método estatístico dará «forma» ao conjunto e «realidade» à explicação apresentada para a epidemia em curso.

6.º Medidas de emergência:

A maioria das vezes durante a própria elaboração do inquérito o sanitarista é forçado a actuar, por necessidade imperiosa de cercar o acidente, dominando vectores (desinsectização) e outros veiculadores da doença, fazendo vacinação profiláctica, inutilizando poços seguramente inquinados, confiscando alimentos suspeitos, encerrando colectividades, escolas, etc.

Todavia estas medidas devem-se executar, evitando na medida do possível a inutilização das provas que nos dêem a chave do diagnóstico porquanto sem causa determinada não há profilaxia eficaz. E sob esse aspecto os primeiros dados, os primeiros dias são decisivos para não deixarmos escapar a chave do problema.

7.º Relatório final:

O relatório final é o corolário do que ficou dito. Implica a descrição pormenorizada de toda a ocorrência pela ordem referida. Sucinta, clara, precisa e pouco prolixa, incluindo a menção das medidas tomadas e sobretudo, com base nas conclusões obtidas, a proposta das medidas tendentes a resolver em definitivo o problema actual de molde a prevenir acidentes futuros.

Por outras palavras:

- 1.º) A síntese das condições gerais do agregado populacional;
- 2.º) A crítica sanitária; crítica técnica e construtiva, da qual se possa deduzir;
- 3.º) Um plano de melhoramentos — em benefício da Higiene e Salubridade local e em prol de uma mais eficiente Profilaxia geral.

II — INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO NA TOXI-INFECÇÃO ALIMENTAR

Vejamos agora como proceder ao inquérito epidemiológico no grupo das salmoneloses responsáveis pelos surtos de toxi-infecção alimentar classicamente designada por gastro-enterite aguda. Atribuídas outrora a transgressões alimentares ou con-

sumo de alimentos alterados na sua composição organoléptica, só as investigações dos últimos anos provaram tratar-se de afecções bacterianas — quer por enterotoxina estafilocócica, quer por salmonelas e shigellas.

A sua importância reside não tanto na gravidade do quadro clínico mas sobretudo na grande percentagem de doentes entre os expostos que ingerem o alimento infectado.

Mas outros factos surgiram nos últimos tempos que levaram ao aumento no número e frequência dos surtos de toxi-infecção alimentar.

Nos últimos tempos o problema das toxi-infecções alimentares tomou, com efeito, grande acuidade; não só por melhoria das condições de identificação da doença — diagnosticando-se melhor, diagnostica-se mais — mas sobretudo pelas condições especiais de vida das populações modernas, a afecção aumentou de frequência. São cada vez em maior número aqueles que pelo seu modo de vida — e prazeres — ingerem refeições colectivas, com pratos preparados com antecedência ou no momento mas em péssimas condições higiénicas com o fim de satisfazer com rapidez um grande número de convivas (cantinas, «cozinhas económicas», merendas colectivas em veraneios, feiras, etc.).

Outro factor a considerar nesse aumento de incidência é o uso e generalização do frio como meio de conservação de alimentos. Arma preciosa, quando bem aplicada, é todavia uma arma de dois gumes: a interrupção da «cadeia do frio» (refrigeração do alimento desde a preparação até ao consumo) é frequentemente a responsável do aumento da incidência das toxi-infecções alimentares que se tornaram um problema da hora que passa e cuja profilaxia urge fazer através de uma maior fiscalização das autoridades sobre os alimentos postos à disposição do consumidor.

*

As normas gerais a seguir na investigação epidemiológica de tais acidentes são do tipo das já referidas. Tem, porém, o inquérito aspectos peculiares deduzidos do mecanismo particular por que se opera a ocorrência.

— O curto período de incubação: 1 a 6 horas, em geral 3 para a enterotoxina estafilocócica; 8 a 24 e até 36 horas para as salmoneloses.

— A sintomatologia de súbita instalação, alarmante em certos casos, com sinais gerais, tóxicos, violentos.

— O decurso da afecção: restabelecimento rápido, em horas, por via de regra.

— A alta morbidade em contraste com a baixa ou nula mortalidade, e cujo início espectacular e violento poderia fazer reencenar algumas defunções.

— O tipo de alimento responsável: em geral alimento de preparação prévia para consumo colectivo.

Posto isto vejamos como orientar o inquérito.

a) Em primeiro lugar fazer o *diagnóstico clínico*.

Doença atingindo um grande número de indivíduos consumidores de um alimento comum. Início súbito, quadro clínico por vezes grave. Especificar os sintomas, ordem do seu aparecimento, momento em que surgiram após a ingestão do alimento: cefaleias; náuseas; vômitos; diarreia; cólicas intestinais; câimbras musculares; febre; colapso; etc.

b) Em segundo lugar proceder ao *diagnóstico laboratorial* enviando para análise os seguintes produtos:

— Fezes ou apenas o produto da «Zaragatoa anal» para pesquisa de salmonelas e shigellas.

— Sangue para sero diagnóstico (R. de Widal) de preferência com estirpes isoladas daqueles produtos.

Estas análises devem incidir não só sobre os doentes, como

ainda nos comensais, pessoal da cozinha, copa e mesa que não hajam adoecido (pesquisa de portadores).

c) Em terceiro lugar proceder ao *inquérito alimentar* — colectivo e individual.

Inquirir não só da última, como da penúltima refeição: hora da ingestão, início dos primeiros sintomas, tanto em relação ao doente como a todo o agregado familiar e comensais accidentais.

Indispensável se torna investigar a origem do alimento, quem o forneceu e data da sua aquisição, tempo de depósito, sua exposição a poeiras, moscas, etc.

Terminamos o inquérito alimentar pela investigação do que se relacione com a sua confecção: início e termo da preparação, tempo que aguardou o seu consumo, com ou sem refrigeração intermediária; referência especial a alimento que haja sido já utilizado em refeições anteriores.

d) *Análise bacteriológica e toxicológica dos alimentos suspeitos*: recolhidos o mais breve possível, logo na primeira visita ao local, são embalados em recipiente previamente sujeito a fervura, lacrados e etiquetados com as indispensáveis indicações de referência do produto e seguidamente enviados para o laboratório com a indicação das pesquisas que pretendemos, e que são dependentes das nossas suspeitas. Com efeito é imprescindível fazer acompanhar a nossa requisição para o analista, de uma breve mas elucidativa história da ocorrência especificando qual ou quais os agentes sobre os quais recaem as nossas suspeitas, do mesmo modo que nenhum de vós, na clínica pede singelamente uma análise de sangue. Diz sempre o que pretende: R. Widal, o que subentende a pesquisa de aglutininas; numa pesquisa de hematozoário ou numa hemocultura, procura o próprio agente; a fórmula dirige-se aos elementos figurados do sangue, e assim por diante.

Sem aquela indicação o bacteriologista trabalhará perfeitamente às cegas, uma vez que são inumeráveis as pesquisas (e os meios de que se serve) que pode fazer incidir sobre uma mesma peça alimentar suspeita.

Assim por exemplo, na hipótese de uma toxi-infecção alimentar importa especificar se o epidemiologista suspeita de uma toxi-infecção tipo tóxico (por enterotoxina estafilocócica) ou de tipo infeccioso (por salmonelas). No primeiro caso o bacteriologista insiste sobretudo na pesquisa do estafilococo bem como nas provas da sua patogenicidade, do agente e sua toxina, enquanto que no segundo caso insiste particularmente na pesquisa de salmonelas e shigellas.

e) *Instalações sanitárias do edifício em geral e da cozinha, copa e dispensa em particular*.

Temos que atender sucessivamente:

— Às condições de arejamento, insolação e limpeza.

— À presença de animais domésticos, (cães, gatos, aves, etc.), hospedeiros intermediários.

— À presença de reservatórios «de vírus»; ratos e outros animais (sistema de protecção dos armários, dispensas, etc.).

— Vectores intermediários: moscas, etc.

— Recipientes do lixo: fechados, abertos.

— Instalações sanitárias (lavabos, lava-roupas, pias, etc.).

— Existência de frigorífico; modo de utilização.

*

Para este tipo de inquérito recomendamos o modelo utilizado pelos serviços de profilaxia da Delegação de Saúde do Distrito de Lisboa.

(Lição proferida no IX Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde no dia 4 de Agosto de 1953).

MOVIMENTO MÉDICO

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

ACTUALIDADES CLÍNICAS E CIENTÍFICAS

O síndrome clínico de hipercalcemia

M. ROCH, ED. BERTHOUD e O. KORALNIK

Quer para poupar a resistência física e moral dos doentes — e também as suas veias — quer por razões de economia de tempo e de dinheiro, o médico deve esforçar-se por limitar os pedidos de análises que dirige ao laboratório. Deve também esforçar-se por tirar do interrogatório e do exame clínico os ensinamentos necessários para se inteirar do interesse ou da inutilidade de certas pesquisas.

Com esta ideia, queremos expor os sintomas que devem fazer pensar na existência duma hipercalcemia num grau elevado. Com efeito, interessa estar bem orientado, neste assunto, visto que há numerosas hipercalcemias cuja causa é de difícil tratamento ou incurável: metástases ósseas, mieloma com osteoclasia, doença de Paget, doença de Besnier-Boeck-Schaumann e há outras que indicam prescrições salvadoras tais como a ablação dum adenoma paratiroideu, a detenção da administração de Vitamina D, de calcamina ou de AT po.

*

A taxa de cálcio no sangue, não só na maioria dos doentes como nos indivíduos normais, é duma grande fixidez: oscila entre 90 e 110 mgr. por litro, mantendo-se muitas vezes perto de 100.

Todavia, há afecções que modificam esta taxa duma maneira bastante importante para provocar sintomas característicos que os práticos devem conhecer. Ninguém ignora o síndrome de hipocalcemia: hiperexcitabilidade muscular, exagero dos reflexos, sinais de Chvostek, tetania.

O síndrome de hipercalcemia sobre o qual chamamos a atenção é menos conhecido. Os sintomas que o constituem são aliás muitas vezes acompanhados dos da afecção que provocou a hipercalcemia e é difícil separá-los. Podemos dizer que os sintomas clínicos da hipercalcemia não são em geral bem caracterizados senão por taxas de calcemia que ultrapassam 130 a 140 mgrs. por litro. Acima desta taxa de 140 mgrs. e sobretudo quando a calcemia atinge os 170-180-190 mgrs., o quadro clínico é muito fácil de reconhecer... desde que se conheça e se pense nele.

Os sintomas são essencialmente a lassidão, astenia física e intelectual chegando à prostração e ao coma, à inapetência e ao emagrecimento, à poliúria chegando a uma verdadeira diabetes insípida, à nictúria, e uma sede ardente. Acompanham muitas vezes os principais sintomas, dores abdominais, obstipação, vômitos, cefaleias, vertigens, delírio, ansiedade, anemia, diminuição ou abolição dos reflexos tendinosos, abaixamento da onda T do electrocardiograma.

A hipercalcemia em grau elevado não é frequente. Com efeito, os rins são geralmente capazes de eliminar com rapidez o excesso de cálcio ingerido ou produzido por uma perturbação do metabolismo.

*

A título de exemplos e em confirmação do que alguns autores têm já assinalado, escolheremos algumas observações feitas na clínica médica no decurso destes últimos anos.

I — R. A., homem de 65 anos. Cancro cilindro-celular do pulmão, metástases ósseas osteoclásticas miliares, calcemia: 185 e 195 mgrs./litro.

Este doente entrou no hospital 6 dias antes da sua morte. Há 3 meses, tinha iniciado a doença com tosse, perda de apetite e emagrecimento rápido.

Ele estava angustiado, asténico, hipotónico. A inteligência tinha-se conservado mas as funções psíquicas mostravam-se lentas. Queixava-se de dores em todos os membros «como se lhe tivessem quebrado os ossos». O doente tinha uma anorexia total mas, além disso, sofria duma sede intensa. A poliúria obrigava-o a urinar três ou quatro vezes por noite. Os reflexos tendinosos estavam frescos. O ritmo cardíaco era antes lento entre 60 e 72. No electrocardiograma, notava-se um pouco de alargamento de QRS e achatamento de T nas três derivações standard.

No sangue, a taxa de cálcio era de 185-195, o fósforo inorgânico estava em 52, a fosfatase alcalina em 4,1 unidades Bodanski. Não se observou albuminúria nem cilindrúria. Notava-se pelas taxas de ureia no sangue (1,11 e 1,18 gr./litro), de azoto não proteico (0,66) e de ácido úrico (56 mgrs./litro) um certo grau de insuficiência renal. A taxa de protéidos 80,6 gr./litro estava no limite superior normal. Uma tendência à acidose era-nos dada por 54,6 vol. de CO₂.

II — W. I., mulher de 80 anos. Cancro cínoso do seio com metástases ósseas e osteoporose generalizada. Calcemia 140 e 146 mgrs./litro.

Esta doente, entrando no hospital dez dias antes da sua morte, sofria de dores que ela classificava de ciática, duma grande fraqueza, duma perda total do apetite, de vômitos, de emagrecimento rápido, de secura da boca e duma sede intensa. Ela tinha sonolência, adinamia e obstipação além de nictúria, hipotonia e reflexos tendinosos fracos.

A taxa de calcemia de 140 e 146 acompanhava-se duma taxa mais baixa de fósforo inorgânico (25 mgr./litro). A fosfatase alcalina era de 2,8 UB. A taxa de ureia do sangue subia nestes 10 dias de 0,26 a 0,86 gr./litro. O ritmo cardíaco mantinha-se à volta de 80. O electrocardiograma mostra uma onda T achatada em DII e negativa em DIII.

III — B. L., homem de 38 anos. Mieloma plasmocitário difuso osteoclástico.

Calcemia 176-205-178 mgrs./litro. Este homem entrou no hospital 20 dias antes do seu falecimento; queixava-se há alguns

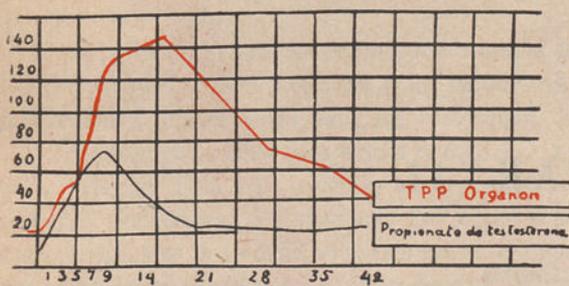


UM NOVO ÉSTER DA HORMONA MASCULINA

T.P.P. - ORGANON

FENIL PROPIONATO DE TESTOSTERONA

- ACCÇÃO MAIS PODEROSA de mais longa duração
- INJECCÇÕES MENOS NUMEROSAS, portanto tratamento mais económico
- SOLUÇÃO LÍMPIDA QUE SE INJECTA SEM DOR



Número de dias decorridos após a injeção

Peso da vesícula seminal (mgr.)

Comparação entre os efeitos exercidos sobre o peso das vesículas seminais de ratos impúberes castrados de um lado por uma injeção de 2,5 mgr. de T. P. P.—Organon e, de outro, de propionato de testosterona.

Apresentação

| | |
|--|--------|
| 3 ampolas de 1 c. c. a 10 mgr. | 23\$50 |
| 3 ampolas de 1 c. c. a 25 mgr. | 43\$00 |
| 3 ampolas de 1 c. c. a 50 mgr. | 74\$00 |

REPRESENTANTES:

UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA

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

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

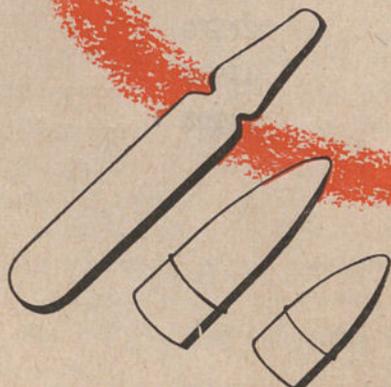
COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS



meses de dores ósseas e articulares, perda de apetite, vômitos, emagrecimento e fraqueza.

Apesar da febre e da insuficiência cardíaca e renal (cilindrúria, taxa de ureia no sangue até 2,95 grs./litro), a polidipsia permite manifestar-se uma abundante diurese durante os 15 primeiros dias de hospitalização.

Ao mesmo tempo que a hipercalcemia, nota-se uma fosfotemia ainda normal (40 mgrs./litro), uma fosfatase alcalina elevada (10,5 e 12 UB), uma taxa de sódio muito grande (3,58 grs./litro) e uma taxa baixa de potássio (134 mgrs./litro).

IV — M. R. G., rapariguinha de 15 anos e meio. Tuberculose do vértice do pulmão direito. Tratamento pela Vitamina D₂. Calcemia 145-160 mgrs./litro.

Esta rapariga recebe erradamente uma injeção quotidiana de Vidê (representando 600.000 unidades de vit. D₂) durante 7 dias. Ao terceiro dia já ela se queixava de abatimento, náuseas, sede e poliúria. A taxa de cálcio no sangue de 145 mgrs./litro continua a aumentar durante alguns dias até 160 mgrs./litro apesar de pararmos com as injeções. Ao mesmo tempo, a taxa

de fósforo inorgânico sobe de 22 para 40 mgrs./litro. A fosfatase alcalina foi doseada a 1,8 V. B.

A taxa de sódio de 3,36 grs./litro permanecia normal, mas a do potássio era baixa (140-145 mgrs./litro). Não houve retenção de ureia apesar dum certo grau de exsiccose marcando-se por um aumento da taxa de protídeos atingindo 93 grs./litro.

Os pediatras vêem muitas vezes casos análogos ou ainda mais característicos.

RESUMO

Os autores referiram quatro observações de doentes que tiveram hipercalcemia e apresentaram um síndrome clínico caracterizado sobretudo por astenia, anorexia, polidipsia e poliúria. Este síndrome merece ser melhor conhecido, porque certas causas que provocam hipercalcemia são curáveis.

(*Revue Médicale de la Suisse Romande — Set. de 1952.*)

O diagnóstico das toxoplasmoses

A toxoplasmose é um capítulo novo da patologia que suscita um interesse crescente, em especial entre os pediatras, os neurologistas, os oftalmologistas e os obstetristas. Nos Estados Unidos, o «National Institute of Health» tem-se dedicado a este problema e organizou em Julho de 1952 uma conferência sobre este assunto

Depois de se terem completado as investigações no laboratório e sob as manifestações clínicas das toxoplasmoses humanas, procura-se saber se é desde agora possível levar à prática médica corrente certos métodos de diagnóstico que pertencem ao domínio da investigação.

As conclusões que se encontram trazidas por A. B. Sabin, H. Eichenwald, H. A. Feldman e L. Jacobs, na «J. A. M. A.», parecem-nos interessantes para ser resumidas.

As toxoplasmoses congénitas constituem a forma essencial desta afecção. Elas não parecem excepcionais: os autores deste trabalho verificaram a morte em 198 casos entre 1948 e 1952. Caracterizam-se por sinais variados entre os quais convém isolar uma tétrada característica: a cório-retinite, as calcificações cerebrais a hidrocefalia ou a microcefalia e perturbações psico-motoras. Este conjunto não é, evidentemente, patognomónico das toxoplasmoses, mas as provas serológicas confirmariam a etiologia em 80 a 90% dos casos. A coriorretinite é o mais específico dos sinais cardinais; na sua falta, o diagnóstico biológico de toxoplasmose torna-se muito difícil. A aparição da doença no nascimento ou nas primeiras semanas de vida, a sua evolução depende naturalmente do período de gestação no qual a infecção é transmitida pela mãe ao filho.

Quando se produz o contágio no começo da gestação, a criança apresenta sinais desde o seu nascimento, a não ser que ela seja nado-morta; quando, pelo contrário, a infecção se efectua nos últimos momentos da gestação, o recém-nascido, pode não apresentar mais do que as primeiras manifestações da infecção aguda, convulsões, uma erupção, icterícia, esplenomegália.

O diagnóstico de toxoplasmose congénita teria, como interesse prático, acompanhar-se dum bom prognóstico para as eventuais gestações ulteriores.

Com efeito, não poderia provar-se que uma mãe fosse capaz de dar à luz mais dum filho atingido de toxoplasmose congénita. Reunindo 45 mães que tinham dado à luz uma criança

atingida de toxoplasmose, os autores não encontraram nenhum outro caso dentro de 67 gestações diferentes que tiveram estas mulheres.

Todavia, se parece útil nos casos de toxoplasmoses congénitas considerar as provas serológicas como métodos de prática corrente, no entanto convém, na opinião dos autores, não recorrer a elas senão para fins de investigação científica nas coriorretinites adquiridas, nas encefalopatias do nascimento, nas hipertensões e nas «encefalites» de causa desconhecida, nos abortos de que não se sabe a origem, de que alguns casos muito raros somente revelam uma toxoplasmose.

O diagnóstico biológico assenta sobre dois testes que medem «in vitro» a taxa de anticorpos toxoplásmicos. O primeiro funda-se nas propriedades tinturiais do citoplasma do agente infeccioso; a sua técnica é simples, mas necessita de toxoplasmas vivos. O segundo é uma reacção de fixação do complemento que utiliza um extracto de membrana coriolantoideia de embriões de frangos infectados pelos toxoplasmas e postos em solução salina isotónica.

Esta prova é, todavia, menos fiel, os anticorpos fixam o complemento aparecendo mais tarde e desaparecendo mais depressa que os anticorpos modificando o citoplasma. Tem-se proposto um teste cutâneo que aprecia a sensibilidade da pele pela injeção intradérmica de antigénio; parece não dever ser conservada uma reacção negativa não permitindo afastar o diagnóstico e uma reacção positiva não trazendo nenhum dado quantitativo.

Praticamente, as duas reacções devem ser praticadas quando se suspeita dum toxoplasmose num lactente. É indispensável descobrir na mãe e no filho uma taxa elevada de anticorpos modificando o citoplasma. É igualmente indispensável verificar este resultado no filho por uma nova reacção praticada algumas semanas mais tarde, a pressão resultante não exprime por vezes senão a passagem no filho dos anticorpos maternos. A reacção de fixação do complemento efectuada por diversas vezes permite seguir o aumento ou a diminuição da taxa de anticorpos segundo a antiguidade da infecção; pode dizer-se que ela indica se a infecção é ou não recente e activa.

F. L.

DIESTREPTO

Sulfatos de estreptomicina e dihidroestreptomicina em associação sinérgica para anular os efeitos tóxicos e exaltar o valor antibiótico

COMPOSIÇÕES

ADULTO

Cada dose contém :

| | |
|---|----------|
| Estreptomicina base (Sob a forma de sulfato) | 0,5 Grs. |
| Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de sulfato) | 0,5 Grs. |
| Soro fisiológico apirogénico | 5 c. c. |

INFANTIL

Cada dose contém :

| | |
|---|-----------|
| Estreptomicina base (Sob a forma de sulfato) | 0,25 Grs. |
| Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de sulfato) | 0,25 Grs. |
| Soro fisiológico apirogénico | 3 c. c. |

APRESENTAÇÃO

| | |
|--|--------------------|
| Embalagem de 1 dose Adulto | Esc. 17\$00 |
| Embalagem de 1 dose Infantil | Esc. 10\$00 |



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

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

S U P L E M E N T O

O EXERCÍCIO DE FARMÁCIA EM GOA

DR. ANTÓNIO DA PIEDADE NORONHA

(Licenciado em Farmácia)

A *Crónica de Goa*, da autoria do médico Dr. Ventura Pereira, publicada em «O Médico», de 9 de Abril e 7 de Maio último, faz um comentário inexacto à situação do exercício farmacêutico no Estado da Índia, e para não passarem em julgado as inexactidões, nem se confundir o que ficou esclarecido na imprensa local, resolvemos elucidar os leitores deste importante periódico portuense «O Médico».

O Diploma n.º 1.452, recentemente publicado, se não teve o mérito de resolver a caótica situação do exercício de farmácia no Estado da Índia Portuguesa, lançou bases necessárias para essa resolução, não obstante uma renitente campanha dos droguistas e dos médicos que exerciam a profissão farmacêutica sem competência técnica e científica.

A campanha desenvolvida na imprensa local mostrou ser infundada e que o seu único móbil era o interesse. E todos os capciosos argumentos apresentados pelos interessados foram, na mesma imprensa, refutados pela Associação dos Farmacêuticos da Índia Portuguesa, e individualmente por alguns farmacêuticos. Os droguistas e os médicos com «ambulâncias» (1) mantinham esta situação ou antes expoliação da economia da classe farmacêutica e, como consequência, resultava: primeiro, os farmacêuticos não podendo exercer a profissão empregavam-se como funcionários públicos ou em outras actividades. E, outros farmacêuticos que tinham suas farmácias não podiam manter-se devido a essa concorrência; segundo, o público era outra vítima porque as receitas médicas eram aviadas por pessoas sem preparação técnica (droguistas e médicos). Os droguistas eram os importadores de drogas neste Estado e ganhavam por dois carrinhos: como representantes das casas produtoras de medicamentos e pela venda directa de medicamentos ao público. O médico com ambulância aviava ele próprio as suas receitas.

Não podia, portanto, lógica e moralmente permanecer por mais tempo este estado de coisas; era necessário pôr

cobro à exploração e à ineficiência do exercício farmacêutico, não só para dignificar a profissão farmacêutica mas o público ficar servido por proficientes. Nem outros são os fins do Diploma, que elaborado pelos Serviços Farmacêuticos deste Estado, foi revisto por uma comissão nomeada pelo Governo Geral, constituída por quatro vogais do Conselho do Governo, presidida pelo vogal Monsenhor Cónego Castilho de Noronha, ilustre deputado da Nação e de que fizeram parte o Director dos Serviços de Saúde e Higiene, o Director da Escola Médica de Goa e o Chefe dos Serviços Farmacêuticos. Em seguida foi o Diploma submetido ao Conselho do Governo e publicado.

Assim se procedeu para regular o exercício de farmácia e para criarmos também nesta província uma «farmácia portuguesa», como almeja o preâmbulo do Decreto-lei n.º 23.422 de 29 de Dezembro de 1933 e nas bases que ele estabelece para todo o Império. Se noutras províncias ultramarinas o exercício de farmácia está seguido naquelas bases, com mais razão devia estar neste Estado onde há uma Escola de Farmácia e cujos diplomados tinham a carreira cortada por falta de protecção legal a definir o campo de actividade do farmacêutico.

Deste modo, realizou-se o ideal de uma «farmácia portuguesa» seguido em Portugal e nas províncias de além-mar a que o Estado da Índia não podia fazer excepção.

Os factos que condicionavam aquela situação caótica foram observados, aqui, pelo Sr. Inspector de Saúde do Ministério do Ultramar, coronel-médico Dr. Augusto Pereira Brandão, a cuja actuação deve muito a publicação do citado Diploma n.º 1.452.

Diz o articulista Dr. V. Pereira que a imprensa local se pronunciou unanimemente contra a promulgação do Diploma n.º 1.452 e transcreve dois artigos: «Sobre queda... coice!» do diário «Heraldo» e outro «O que era de prever», do diário «O Heraldo».

Não basta a imprensa local pronun-

ciar-se contrariamente; é preciso ver os argumentos que aduziu e como eles foram refutados. A vasta prosa do Dr. Pereira faria obra imparcial, se ao lado das transcrições feitas apresentasse a refutação para o leitor fazer o seu juízo. Infelizmente não o fez e nós limitámo-nos aos artigos supra.

O primeiro refere-se à Portaria n.º 5.634 que regula o comércio de medicamentos especializados; o outro, à proibição de as drogarias poderem vender medicamentos e à *dificuldade* de se poder instalar novas farmácias nos termos do citado Diploma.

Quanto ao primeiro artigo, a Portaria n.º 5.634 adoptou as mesmas normas existentes em Portugal por serem mais adequadas e menos onerosas para o público do que as das outras Províncias Ultramarinas. Não há «condições peculiares» a esta província que obstem a execução das medidas promulgadas. Isto de condições peculiares para o caso do Diploma é uma blague e *faca* de dois gumes que se emprega aqui conforme as conveniências. Porque assim é, entendeu o Governo Geral não atender a pretensão dos droguistas quanto à revogação da referida Portaria n.º 5.634.

Quanto a dificuldades apontadas no segundo artigo para a instalação de novas farmácias, é apenas em defesa da situação imoral, da venda de medicamentos ser feita como dantes em drogarias e nas ambulâncias dos médicos. Verifica-se agora o contrário: já há novas farmácias depois da publicação do Diploma n.º 1.452. E muitos farmacêuticos não se abalançam ainda a instalar farmácias nas zonas onde elas fazem falta, por causa da ostensiva opposição dos médicos locais que tinham ambulâncias, embora o diploma Legislativo n.º 1.468, de 19 de Março de 1953, cuja publicação foi solicitada pela Ordem dos Médicos da Índia Portuguesa, proíba aos médicos o exercício de farmácia por meio de ambulâncias.

A necessidade do Diploma e a importância das normas legisladas torna-se cada vez mais evidente; e, não têm sido atendidas as petições dos interessados

feitas a S. Ex.^a o Sr. Ministro do Ultramar e ao Governo Geral do Estado da Índia, por se reconhecer que o Diploma dá a César o que é de César e não consente a exploração de uma profissão por outra.

Diz o articulista da *Crónica de Goa* que «a Índia Portuguesa não cria, nada produz, nada investiga» e que «em nosso fraco entender, não se alcança o alvo desta maneira, com leis inadapáveis às condições naturais de um País. Para nós, a dignificação de qualquer profissão estaria nos benefícios práticos que essa classe profissional procurasse criar, produzir e investigar». (O itálico é nosso).

Reconhecida a precária situação da classe farmacêutica da Índia, e a sua luta para exercer a profissão no meio de tais e tantos concorrentes doutras profissões, nem o farmacêutico podia nobilitar-se e menos ainda realizar isso que o articulista ambiciona. Mas, justamente para eliminar as anomalias da situação e dar estímulo ao profissional, era necessário promulgar normas directivas. Foi o que fez o Diploma n.º 1.452 em prol da causa pública, atendendo às «condições naturais» do país, à situação dos farmacêuticos e à psicologia dos que exerciam a farmácia indevidamente.

«A situação financeira do médico de Goa seria outra» — continua o médico articulista — «se se lhe permitisse ter uma ambulância como tinha antes e como é permitido presentemente na Índia vizinha». Conclui-se daqui, que o autor da *Crónica* deseja contra todos os princípios da moral deontológica e da legislação da própria Ordem dos Médicos da Índia Portuguesa a que ele pertence, que se mantenha a antiga indisciplina!

Hoje em dia é inaceitável o critério antiquado de a medicina e a farmácia serem exercidas por uma só pessoa — o médico. Se o médico pode vender medicamentos, para que são as farmácias e de que vivem os farmacêuticos? Se o curso de medicina, também habilita os médicos para o exercício de farmácia, que utilidade tem a Escola de Farmácia

de Goa e qual o destino a dar aos diplomados por esta Escola?

Se a União Indiana mantém as ambulâncias, é porque nas suas Universidades não havia curso farmacêutico, que foi agora introduzido (1949). E a Ministra de Saúde da Índia, sr.^a Rajkumari Amrit Kaur, ao inaugurar em Dezembro de 1951 o Pharmaceutical Department da Universidade de Andhra, referiu-se à escassez dos farmacêuticos nestas palavras: «A única forma de preencher esta lacuna é encorajar a educação farmacêutica nas universidades e outras instituições do nosso país...» E, acrescentou: «Há necessidade urgente do desenvolvimento da educação farmacêutica na Índia para elevar a qualidade das drogas ao nível internacional». Isto demonstra — para quem saiba avaliar o esforço daquele país que quer introduzir o progresso — que a própria União Indiana já pretende dar farmácia ao farmacêutico, porque viu claramente quão prejudicial se tornou ao país o exercício de farmácia por aqueles que não têm instrução técnica. Como não há farmacêuticos bastantes, a União Indiana permite as ambulâncias, sem querer fazer desta necessidade uma virtude. O nosso caso é diferente porque temos centenas de diplomados cujo número excede o global dos farmacêuticos de todas as outras províncias ultramarinas, eis porque só a esta província foi dado o privilégio de ter o seu Sindicato.

Na *Crónica de Goa*, fala-se do «Laboratório dos Serviços Farmacêuticos» (que não existe em Goa) e pergunta-se qual a utilidade deste laboratório! Também não correspondem à verdade as afirmações de que os Serviços Farmacêuticos são uma dependência da Direcção da Escola Médica de Goa, e de que o Hospital Escolar compra *soro salino normal* (soro fisiológico isotónico?) no mercado, pois ele é fornecido pela Farmácia do Hospital Escolar onde é preparado em grande escala.

Finalmente, a *Crónica de Goa* transcreve o art.º 82.º do Diploma n.º 1.452 e conclui nesta linguagem: «Portanto, ao

próprio médico não é facultado deter uma morfina, um óleo canforado ou um soro anti-tetânico que ele possa usar em caso de emergência ou ainda em caso de urgência!» (O itálico é nosso).

O artigo transcrito não diz respeito ao médico e refere-se «a todo aquele que, sem estar legalmente autorizado a negociar com drogas medicinais, importe ou detenha, prepare, compre ou venda, ofereça à venda, ou pretenda comprar ou forneça de qualquer modo, mesmo gratuitamente, quaisquer produtos medicinais ou especialidades farmacêuticas, será punido com multa de cinquenta a quinhentas rupias». Portanto, o artigo não se aplica a médicos porque estes não podem negociar com drogas. Mas, o Diploma Legislativo n.º 1.468 (art.º 4.º) faculta aos médicos o direito de possuir medicamentos de urgência.

*

Focamos apenas alguns pontos da *Crónica de Goa*, do Dr. V. Pereira e o reverso da medalha para os leitores terem uma ideia do caso da farmácia neste Estado, e da forma como se procedeu para acabar com os anacronismos, anormalidades, abusos e imoralidades, visando o progresso desta nossa província ultramarina de harmonia com as bases em que funciona a «farmácia portuguesa». A campanha dos jornais, as queixas dos médicos e os queixumes dos droguistas, são absolutamente humanos e compreensíveis: é a reacção dos interesses feridos e da rotina contra a nova ordem, lógica, progressiva e útil.

Cidade de Goa, 20 de Julho de 1953.

Instituto Português de Oncologia

O Prof. Manuel Pinto, chefe do Laboratório de Bacteriologia e Virulogia do I. P. O., fez no dia 6, naquele estabelecimento de assistência, uma conferência intitulada «Considerações sobre tumores experimentais».

O orador começou por uma breve história dos vários aspectos do problema da cancerização experimental, referindo-se à literatura e trabalhos realizados no Instituto de Oncologia.

Mais adiante, relatou os resultados obtidos experimentalmente naquele Instituto com o emprego da cortizona injectada em animais de experiência, sujeitos a tumores experimentais, dizendo que, em algumas experiências, a cortizona evitou o crescimento dos tumores, ao passo que noutras tinha efeito contrário. Finalmente, o Prof. Manuel Pinto fez considerações sobre a orientação actual seguida pelos experimentadores, ao procurarem estudar a teoria virulógica da cancerização, afirmando prever uma orientação mais satisfatória do que até aqui se tem conseguido.

UM NOVO PRODUTO:

AMINODIOL

“ANDRADE”

Acção hormonal electiva sobre a fase anabólica

Composição — (por 200 grs.)

Aminoácidos essenciais: 547 mgr. — Metil-androsteno-diol: 100 mgr.
 Extracto total de fígado: 5 grs. — Complexo B: 975 mgr. — Vitamina B₁₂:
 0,030 mgr. — Vitamina D₂: 0,015 mgr. — Colina: 200 mgr. — Inositol 50 mgr.
 Glicero fosfato de cálcio: 5 grs. — Gluconato ferroso: 5 grs.
 Excipientes e amargos q. b. p. 200 grs.

LABORATÓRIOS ANDRADE, L.^{DA}

123, Rua do Alecrim, 127

LISBOA

ECOS E COMENTÁRIOS

GATOS PARA EXPERIÊNCIAS

Noticiam os jornais ingleses da última semana terem sido julgados um homem e duas mulheres, sendo condenado o primeiro, por andarem a apanhar gatos vadios. Provou-se que os gatos eram vendidos a um intermediário que por sua vez os vendia às Escolas Médicas para experiências científicas.

Alegaram os acusados que não sabiam o fim a que se destinavam os gatos, pensando que eram vendidos para divertimento de famílias que os tratariam com cuidados e afecto, o que foi levado em conta para que a pena fosse reduzida.

No julgamento declarou-se que os animais vadios não podiam ser utilizados para experiências, para o que havia criações especiais de animais. Por imposição das poderosas Sociedades Protectoras dos Animais (de que há 3 em Inglaterra) eram destruídos anualmente 200.000 gatos, mas nunca entregues aos investigadores.

Representa isto um curioso regimen de mentira pública que não impede (e nunca o poderia fazer) a experimentação animal, mas que a torna extremamente honerosa. O preço que os laboratórios pagam pelos gatos gira em Inglaterra por 3 a 4 libras e os cães ainda são mais caros.

Felizmente que em Portugal as circunstâncias são outras e as Câmaras fornecem à investigação os animais de que necessitam, num serviço público de grande eficácia e utilidade como é o de Lisboa.

Se assim não fosse, com os orçamentos de que dispõem os nossos Institutos, teríamos que parar a investigação em animais ou então sujeitávamo-nos a graves inconvenientes. Do pessoal docente e do pessoal menor poucos não estaríamos marcados pelo estigma policial.

J. A. L.

TERAPÊUTICA DA TUBERCULOSE

A terapêutica da tuberculose tem feito progressos consideráveis, em todas as suas formas. Basta reparar nos resultados que se obtêm na meningite bacilar. Os êxitos dos tratamentos — médicos e cirúrgicos — na tuberculose pulmonar são dos que marcam com maior brilho o avanço da medicina contemporânea.

Recentemente, o «British Medical

Journal» publicou o segundo relatório que apresentou o Comité Nacional Inglês sobre o Tratamento Médico da Tuberculose Pulmonar, que recolhe o resultado das experiências que se fazem em 52 hospitais ingleses. O primeiro relatório foi publicado em Outubro de 1952 e refere-se aos resultados do estudo comparado da Isoniacida com a Estreptomina mais o PAS; nele se afirma que a Isoniacida tem a mesma eficácia que a Estreptomina mais o PAS, mas com a primeira há uma resistência maior para a droga.

As conclusões que se tiram do estudo comparativo das diversas combinações medicamentosas são, actualmente, as seguintes:

1.^a — Nenhum dos três medicamentos (Estreptomina, Isoniacida e PAS) deve utilizar-se isoladamente.

2.^a — Administrar a um doente uma combinação de duas destas drogas quando o organismo se mostra resistente a uma delas equivale a dar só a outra.

3.^a — Os processos para estabelecer a resistência são lentos e nem sempre satisfatórios; por isso, muitos médicos não querem aproveitá-los antes de começar o tratamento; neste caso, é necessário fazer uma história cuidadosa com averiguação exacta da medicação a que o doente se submeteu até então, com o que se podem evitar combinações inúteis; mas tal investigação não deve considerar-se como substituto do verdadeiro teste de resistência, o qual se levará a efeito logo que seja possível.

4.^a — Em doentes diagnosticados pela primeira vez, e, portanto, nunca tratados, pode existir uma resistência inicial, como sucedeu em 279 estudados pelo Comité, provavelmente porque a infecção se fez com cadeias já resistentes à Estreptomina; isto, que agora não tem importância, provavelmente a terá daqui a alguns anos. Por conseguinte, se se quer começar sem se averiguar, antes, o teste, deve-se determinar o foco de contágio e o tratamento do mesmo.

5.^a — É necessário encontrar uma técnica simples, segura e rápida para a cultura do bacilo e para determinar a sua sensibilidade.

Todo o doente, depois de submetido a um tratamento, deveria ter este estudo com vista a ulteriores necessidades de tratamento, ainda que não devemos esquecer a possibilidade de uma variante na sensibilidade.

Finalmente, o Comité insiste em que a superioridade da combinação Estreptomina-Isoniacida sobre a Estreptomina-PAS reside em dois factos: em que desce mais a velocidade de sedimentação e aumenta mais o peso; no resto, mostra-se igual. Esta superioridade refere-se ao emprego durante três meses. Continua-se a investigar com o fim de se saber o que sucede no quarto mês. Além disto, investiga-se sobre outras doses distintas daquelas que agora se utilizam (1 gr. de Estreptomina diária com 200 mgrs. de Isoniacida por dia ou com 20 grs. de PAS em quatro vezes).



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

TUBO PLÁSTICO DE 10 GRAJEIAS



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

A EMOÇÃO E A GUERRA

DIOGO FURTADO

(Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa
— Cap. Médico, Chefe da Clínica de Neurologia
e Psiquiatria do H. M. P.)

Propomo-nos na presente exposição fazer um estudo sintético dos principais fenómenos psicopatológicos, determinados no campo de batalha pelas emoções, tão numerosas em tal circunstância.

Não se julgue trabalho fácil este de que nos cometemos; principiando pela imprecisão do conceito psicológico da emoção, passando pela impossibilidade de fixar o papel respectivo dessa emoção e de tantas outras causas vigentes na linha de fogo em muitos estados mórbidos, esbarrando a cada passo com as duas sombras negras — pesadelos resistentes às décadas e às análises — que são ainda hoje a histeria e a simulação voluntária, as dificuldades ir-se-nos-ão deparando a cada passo das nossas tentativas de síntese. Acresce ainda que o título que pusemos a esta exposição tem muito de eufemístico. Na realidade, a emoção de que vimos tratar é, principalmente, o medo. Por isso, se não fora para bravos oficiais, para quem a palavra medo deve ser abolida, o título desta exposição teria de ser «o medo e a guerra».

Encontramos a primeira dificuldade da nossa exposição na própria definição de emoção. Sabem todos que se trata de um fenómeno ou grupo de fenómenos psicosomáticos de aparição brusca, normais, mas insólitos, cuja intensidade ou cuja fixação podem conduzir a estados mórbidos.

Tem havido entre os psicologistas modernos marcada tendência para definir separadamente as diferentes espécies de emoção, evitando uma definição de conjunto.

Dumas, por exemplo, diferencia a emoção choque da emoção sentimento; *William James*, cuja obra foi notável neste capítulo da psicologia, distingue, pelo seu lado, as emoções físicas e inferiores, das emoções intelectuais superiores. Por exemplo, opõe o puro medo físico duma situação de perigo, às emoções estéticas elevadas que acompanham a vista ou a leitura de uma obra de arte.

Preferimos pelo nosso lado, abstrair das diferentes definições apresentadas e procurar compreender, em face dos fenómenos da psiquê normal, o aparecimento e o significado da emoção em geral.

Na percepção, sob a influência da nossa orientação psíquica, para um certo ponto da realidade e para uma certa categoria de estimulantes dos nossos receptores sensoriais, efectua-se, por intermédio de modificações de que são sede os nossos órgãos dos sentidos, uma acomodação destes órgãos, que favorece a acção dos estímulos sobre os nossos receptores. Integramos depois cada conhecimento particular assim obtido, no conjunto do nosso saber e ele torna-se um sinal para a nossa actividade. «Apercebemo-nos» do real, no sentido total da palavra, isto é, não só compreendemos o que ele é, como

também o que ele representa para nós, fazemos a sua «avaliação». O sentido e o valor que apresenta para o eu esse real não provém da sua acção sobre os nossos receptores, nem da natureza desses receptores diferenciados; depende, o que nós deles esperamos ou tememos, da sua aptidão para satisfazer as nossas necessidades e os nossos desejos.

Cada fenómeno cognitivo vai, pois, influir sobre o nosso estado afectivo, sendo em cada momento este estado, a que *Jaspers* chama sentimento, tudo aquilo que não cabe na vida intelectual ou volitiva, resultante do intercâmbio permanente das nossas tendências e instintos e da compreensão do real.

Tudo o que para nós representa valor, orienta-nos para o real, dirige o sentido da nossa acção e encaminha as nossas faculdades de reconhecimento; somos guiados no sentido utilitário do que nos interessa ou nos é necessário pelas nossas próprias tendências instintivas profundas. Existe, pois, no estado normal uma sinergia psicomotora tendendo à produção das variações tónicas necessárias ao comportamento adaptado à realidade, em relação com as variações da actividade mental.

Ora, e chegámos neste ponto precisamente ao conceito da emoção, tal sinergia pode ser interrompida, sem que isto constitua fenómeno patológico.

Aquilo que para nós representa valor, percepção ou vivência, pode em certas circunstâncias, por ter adquirido uma intensidade especial ou encontrado terreno propício, desviar-nos da nossa orientação habitual para a acção, tornar-nos impotentes em face da realidade. Estamos então perante um fenómeno estranho, embora transitório, durante o qual a actividade mental assume uma modalidade nova, perdendo a sua orientação sistemática objectiva. É a este fenómeno, cujas repercussões intelectuais, afectivas e somáticas estudaremos brevemente, que passaremos a dar o nome de *emoção*.

Importa salientar aqui que, a nosso ver, e contrariamente ao que aceitam certos autores, nem o carácter afectivo, nem o elemento surpresa, são suficientes para caracterizar o nome da emoção.

Diz *Dide*, por exemplo, que a emoção é a reacção às solicitações que tendem a romper a tonalidade afectiva média, ou seja que constitui portanto uma reacção de natureza afectiva. Ora, como adiante veremos, a emoção não é só reacção afectiva; comporta realmente uma parte afectiva e expressiva, mas acompanha-se de uma perturbação intelectual e de uma série de reacções somáticas cuja importância é tal, que uma das doutrinas interpretativas do fenómeno, a de *Lang* e de *William James*, crê que o primitivo são estas reacções somáticas, sendo a emoção que o indivíduo sente apenas a repercussão psicológica dos fenómenos somáticos desencadeados directamente pelo estímulo.

O elemento surpresa, pelo seu lado, não pode também de forma alguma participar da definição de emoção. Esta não é só produzida pelos estímulos externos, surgindo ex-abrupto na nossa subconsciência. Também certas representações, a representação de um perigo passado, de



GASTRENERITE AGUDA. ENTERITES
AGUDAS E CRÔNICAS. COLITES.
DIARREIAS. INTOXICAÇÕES ALIMENTARES.
FERMENTAÇÕES INTESTINAIS,
ETC.

Tubo de 20 comprimidos



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

uma situação agradável ou pelo contrário molesta, conhecidas, previstas e até provocadas pelo indivíduo, são capazes de produzir a mesma emoção, em cuja gênese se não poderá então evocar qualquer participação de surpresa.

Concebida a emoção tal como acabamos de o fazer, analisemos a forma como ela se apresenta, tanto sob o ponto de vista somático como psíquico, a semiologia dos vários elementos que entram na sua constituição.

O fenómeno da emoção, à simples análise superficial, mostra-se-nos formado por dois grupos de condições: as primeiras, de ordem psicológica, constituindo a experiência emocional, cujo conjunto vai dar origem ao sentimento subjectivo da emoção; as últimas, de ordem somática, material, constituindo a expressão emocional, parte integrante de tanta importância no fenómeno da emoção como a própria experiência subjectiva.

Analisaremos muito brevemente, porque o tempo mais nos não permite, os diversos tipos destas manifestações.

Em primeiro lugar, as manifestações somáticas. Uma parte destas manifestações é de natureza expressiva; outra parte depende da enervação vegetativa, e portanto só o é indirectamente. De entre as manifestações expressivas temos a variação do tonus muscular, por exemplo, as alterações dos movimentos voluntários, quer dizer, a impossibilidade de fazer movimento, ou pelo contrário, a tendência à liberação motora com actos raptiformes emotivos, cuja importância veremos adiante.

As variações da mimica facial, a mais representativa expressão da emoção, bem como as variações da enervação da laringe, causadoras de gritos, sons, dislalias, dependem da mesma inervação cérebro espinal e devem ser também interpretadas como fenómenos de liberação tónica.

Não menos importantes são os fenómenos inervatórios dependentes do sistema nervoso vegetativo. As disfunções vaso motoras são bem conhecidas de todos: palidez, rubor, resfriamento ou aquecimento das extremidades; do mesmo modo as alterações secretórias, quer no sentido da hiperfunção, quer no da inibição, oligúria ou poliúria, urinas de fraca densidade (urina espástica) hipersecreção gástrica ou intestinal, diarreia emotiva, interrupção transitória dessas secreções, sialorreia ou secura intolerável da boca, sudação exagerada local ou geral, crises de lágrimas ou suspensão do lacrimar. As perturbações do ritmo cardíaco são também notáveis: taquicardia ou bradicardia, extrasistolia, crises de taquicardia paroxística, sensações de palpitação, de constrição precordial, são fenómenos bem conhecidos na emoção. Os espasmos da musculatura lisa incidem sobre vários órgãos e tornam-se conscientes, traduzindo-se por sensações constritivas, angustiosas, o clássico aperto da garganta, do esófago, dos músculos respiratórios, as perturbações dos esfínteres, da pupila, em especial.

O síndrome da emoção é, como vêm, complexo e vasto, explicando-se perfeitamente que os psicólogos da escola de *William James* tenham sido impressiona-

dos por ele, a ponto de o colocarem em primeiro lugar.

O quadro psíquico é mais difícil de precisar. Na sua essência, podemos dizer que a actividade mental do indivíduo é polarizada, dominada, pelo fenómeno emotivo. Não há uma interrupção completa daquela actividade como no estupor ou no coma, mas ela perde o seu habitual carácter objectivo, extravertido para o real e para a acção a executar, transformando-se numa actividade diferente; o emocionado evade-se da objectividade, permanece absorto num acontecimento dominante, o qual revive constantemente.

Daqui, uma série de perturbações concomitantes, mais aparentes do que reais, desorientação, inatenção, indiferença afectiva, inconsciência da situação, por vezes onirismo (diferente do onirismo verdadeiro) actos automáticos de fuga, agressão, ou pelo contrário de imobilidade e estupor.

Ocorre nesta altura perguntar, visto estarmos tratando de um fenómeno que reputamos normal, e que só quantitativamente pode passar a ser patológico, se todos os indivíduos são igualmente aptos e predispostos a experimentar o fenómeno da emoção, no caso particular, o fenómeno especial do medo, em grau patológico. A resposta parece ser negativa. A opinião geral é, presentemente, de que há determinados indivíduos que, pela sua constituição, se nos apresentam particularmente atreitos a emoções repetidas, de desusada violência e duração, às quais poderemos atribuir carácter patológico.

A guerra, a excelente reagente para tais indivíduos, fornece-nos ensejo de observar soldados cuja emotividade, já muito grande de início, se vai intensificando, a ponto de tornar intolerável a sua existência no receio da morte, no receio dos projecteis que hão-de vir, no receio de ter receio, e assistimos então à fuga para a terra de ninguém ou à deserção, qualquer delas equivalente a uma morte certa, que o indivíduo prefere à sua situação miserável.

Ora os indivíduos nestas condições, vítimas duma susceptibilidade emotiva exagerada, parecem ser na realidade predispostos. *Regis*, num inquérito prosseguido entre as famílias dos soldados mortos pelo inimigo ou fuzilados em tais circunstâncias, durante a guerra de 14, no exército francês, pode afirmar entre eles a existência de débeis mentais e de nevropatas. *Dupré*, porém, foi mais longe; celebrou-se criando uma constituição especial, a constituição emotiva, que seria apanágio dos seres de que nos estamos ocupando.

Segundo o psiquiatra francês, os indivíduos portadores da constituição emotiva teriam estigmas mentais e motores especiais, a susceptibilidade perante tudo o que os possa afectar psiquicamente, a sua extrema impressionabilidade, e sobretudo a natureza das suas reacções emotivas, desmedidamente exageradas, quer pela intensidade, quer pela duração, desproporcionais aos estímulos e revertentes à terapêutica.

Importa, porém, ter também em conta o facto de muitos indivíduos normais, isentos de quaisquer dos estigmas men-

cionados por *Dupré*, poderem a certa altura, após sucessivos estímulos emocionantes, passar a reagir como verdadeiros emotivos.

A guerra europeia de 14-18 foi fértil em casos deste género, que constituem ensinamento flagrante. Tal é o caso que cito, por extremamente demonstrativo, de um oficial que durante dois anos fez essa guerra, como capitão, com as mais brilhantes citações e a maior heroicidade. Promovido ao posto imediato, este oficial foi colocado a comandar um sector em Verdun. Ordenada uma ofensiva, dias depois de lá estar, o oficial trabalhou intensamente na sua preparação; noites seguidas não dormiu atendendo a todos os pormenores. Começado, porém, o bombardeamento preparatório da ofensiva das suas forças, o oficial mudou completamente. A cada detonação tremia, ficava mais ansioso, exteriorizando um medo, incompreensível perante o seu passado. Não perdeu entretanto, por completo, o domínio de si próprio. Dirigiu-se ao posto de socorros e ele próprio ditou ao médico a seguinte declaração: «O comandante F. não se encontra em condições morais e físicas de assumir o comando dos seus homens». Em seguida, suicidou-se.

Ficaria incompleta esta primeira parte de ordem informativa geral da minha exposição, se lhes não falasse, pouco que seja, acerca das doutrinas interpretativas da emoção e dos trabalhos experimentais que sobre a sua gênese têm sido levados a efeito nos últimos anos.

O conhecimento das emoções e as tentativas para esclarecer a relação expressão-emoção, podem dizer-se antigas como a própria filosofia. *Aristóteles*, *Galeno* e tantos outros sábios da antiguidade abordaram o problema. Pelos séculos fora, não houve psicologista que não tivesse sobre ele o seu conceito pessoal. Esquemáticamente, duas tendências se têm delineado desde há muito: a primeira, que tem a sua gênese em *Epicuro*, que encontra defensor em *Descartes*, vai achar a sua expressão científica nas teorias modernas de *Lang* e *William James* — é a doutrina fisiológica, que implica a adopção do princípio filosófico geral da causalidade psico-física. O estímulo gerador da emoção provocaria nos seres humanos um complexo de reacções, do sistema nervoso cérebro-espinal como do autónomo; estas reacções constituem a expressão somática das emoções, que estudamos há pouco, e seriam fenómenos de ordem meramente reflexa. A presença destes fenómenos no organismo é que iria gravar na consciência o sentimento ou estado afectivo característico do tipo de reacção e indirectamente da emoção. «Estamos tristes porque choramos», seria a síntese da doutrina de *James* em contraste com «choramos porque estamos tristes» síntese da doutrina intelectualista.

James resume portanto assim a sua teoria — modificações corporais seguem imediatamente a percepção do facto excitante, e o sentimento que nós temos dessas modificações, à medida que elas se produzem, é a emoção. Contrariando esta, encontramos a corrente intelectualista. Para ela, o primitivo seria a acção do

estímulo sobre a psique. A emoção seria inicialmente um fenómeno psíquico; o aparecimento da expressão somática, cuja importância os defensores desta doutrina como *Herbart* não negam, seria consequência do fenómeno psíquico, resultado da liberação de centros funcionalmente inferiores, no sentido de *Jackson*.

Sob o ponto de vista psicológico, a questão, pode dizer-se, mantém-se insolúvel; a habitual insuficiência dos métodos introspectivos não permite um mais profundo conhecimento.

Nos últimos anos porém, adquirimos conhecimentos novos sob o ponto de vista puramente fisiológico.

A fisiologia experimental do sistema nervoso veio mostrar-nos que a tonalidade afectiva, a emoção que acompanha os processos psíquicos, está na dependência imediata duma determinada região do sistema nervoso, o pavimento do 3.º ventrículo, ou hipotálamo, pequena zona cujo diâmetro não excede meio centímetro, mas à qual se encontram ligados todos os processos afectivos do nosso organismo.

Como é sabido, sob o ponto de vista fisiológico, pensamos hoje que todos os fenómenos psíquicos motores ou sensitivos, que se passam ao nível do cérebro, são traduzidos fisiologicamente por circuitos eléctricos, diferenças de potencial que ininterruptamente se estabelecem entre os diversos sectores ou grupos celulares do sistema nervoso.

Precisamente, a tonalidade afectiva é introduzida nesses circuitos quando eles passam pelos grupos celulares existentes ao nível do hipotálamo. Assim, a destruição do hipotálamo pode trazer a abolição total da afectividade e da emotividade, a apatia absoluta, do mesmo modo como a excitação do hipotálamo, por exemplo num animal de experiência e até no próprio homem, pode dar lugar a reacções afectivas exageradas do tipo da raiva, da turbulência, da angústia ou do medo. Assim, sabemos alguma coisa mais do que sabíamos anos atrás; sabemos que o colorido afectivo dos processos psíquicos, as reacções emotivas, o medo, estão em íntima ligação com uma pequeníssima zona da base do cérebro, o hipotálamo.

Condição alguma da vida humana possui tão dilatada acção sobre o psiquismo como a guerra.

É certo que as grandes catástrofes, os abalos sísmicos, os naufrágios, os incêndios, são susceptíveis de sacudir com igual violência a alma do Homem. Mas a repetição das emoções, o estado constante de expectativa de morte, a preocupação do resultado final, da situação longínqua dos seus, só a guerra é capaz de as impor ao pobre espírito humano.

«É aquele monstro — dizia já o Padre *António Vieira* — quem se sustenta das fazendas, dos sangues, das vidas, aquela calamidade em que não há mal algum que se não padeça ou se não tema, nem bem que seja próprio e seguro».

Um dos instintos fundamentais do homem, o da própria conservação, está permanentemente em jogo durante a guerra, e se no campo de batalha se desenrola a luta entre duas forças opostas, também dentro do espírito do com-

batente se passa uma outra luta não menos dramática — a do medo, estado de receptividade emotiva permanente, expressão do seu instinto de conservação, com as faculdades repressivas que o desenvolvimento intelectual concede ao indivíduo.

Diz *Ardant du Picq*: «Cada homem é capaz de uma quantidade determinada de terror, para além da qual foge ao combate». E foram os maiores guerreiros, heróis dos mais legítimos da História, como *Bayard* e *Ney*, que nos deixaram a corajosa confissão do seu medo.

O grau de repressão varia de indivíduo para indivíduo, sendo impossível precisar onde termina o medo normal e onde principia o patológico. Mas o papel desempenhado pelo medo, em todas as guerras, desde as da antiguidade até às mais recentes, é de capital importância, tão grande que muitos dos que me lêem não terão talvez a noção dessa grandeza.

Cito, para fornecer um exemplo das guerras modernas, dados colhidos do livro do coronel americano *Marshall* «*Men under fire*». O inquérito conduzido pelas autoridades militares americanas em 500 Companhias de Infantaria do exército daquela grande nação, mostrou que a média dos homens que tomaram parte activa nos combates travados por essas Companhias, não passou de 15 a 20 por cento dos seus efectivos totais. Apenas esta percentagem de soldados chegou, durante os combates, a disparar as suas armas, e nela está mesmo incluído o número de homens que fizeram apenas um ou dois tiros e lançaram apenas uma granada.

Este dado singular e verdadeiramente inesperado põe bem em evidência o papel do medo durante o combate. Verifica-se por aqui que a imensa maioria dos homens que constituem uma Companhia não chega a tomar no combate uma parte activa.

Verifica-se, como diz o coronel *Marshall*, que a ossatura de fogo de uma Companhia é, afinal de contas, formada por uma escassíssima minoria.

O mesmo se observou, mais particularmente, em Companhias que tomaram parte em acções famosas. Assim, foram estudadas sob este ponto de vista as cinco primeiras Companhias que primeiro desembarcaram na Normandia, no dia D, e que estabeleceram a testa de ponte a partir da qual se fez a invasão da Europa. Verificou-se que nessas Companhias, altamente adestradas e consideradas de grande poder combativo, também apenas 20% dos homens desembarcados fizeram uso das suas armas, durante a acção que conduziu ao estabelecimento da testa de ponte. Este facto mostra bem a importância do factor emotivo, impedindo os homens de intervir eficazmente no combate.

Observou-se também que a presença de uma arma pesada aumenta a eficácia do combatente: ao passo que nos pelotões de atiradores a percentagem dos que realmente disparavam era baixa, pelo contrário, as Companhias de armas pesadas atiravam muito mais, e tinham muito mais eficácia durante o fogo, parecendo assim que a presença da arma pesada, morteiro

ou metralhadora, conferiria ao homem um maior sentimento de segurança.

Também a avaliação dos números totais das indisponibilidades por motivo psiquiátrico, conduz à mesma conclusão do importantíssimo papel do medo em combate.

Tive já ensejo, numa palestra que fiz anteriormente, de apresentar os dados recolhidos dos relatórios do tenente-coronel *Appel* e do brigadeiro-general *William Meninger*. Por esses dados se verifica que, de 1 de Janeiro de 1942 a 30 de Dezembro de 1945, houve aproximadamente, no exército americano, um milhão de doentes com doenças neuropsiquiátricas que foram admitidos em hospitais do exército. Este número representou uma taxa de 45 baixas por mil homens e por ano e constituiu 6% do total das admissões. Ora, deste número de um milhão de indisponíveis, 64% eram devidos a psico-neuroses, reacções psicogénias, numa palavra, reacções emotivas, a cujo fundamento o medo não era estranho.

Verifica-se assim, o extraordinário papel desempenhado pelo medo durante o combate.

Mas tão mórbido é para o psiquiatra o hiper-emotivo que não consegue dominar-se e foge, como um indivíduo que não sente o risco, a quem a emoção não toca, no qual o instinto de conservação está reduzido ao nada. O primeiro é portador do estado constitucional que vimos descrevendo, o segundo tem o seu lugar no vasto grupo dos esquizóides. O verdadeiro heroísmo, deduz-se daqui, não deriva da ausência de medo, não é indiferente e impulsivo, resulta do equilíbrio raciocinado das faculdades repressivas dirigidas por considerações intelectuais, morais e éticas, dentro das quais se englobam as ideias de Pátria, de Justiça, os ideais que geram os heróis.

Na guerra moderna, o número de emoções multiplicou-se desmesuradamente. O alcance das armas cresceu, a aviação veio juntar um novo elemento de insegurança, o inimigo surge protegido em blindados imperfuráveis, o próprio ar que se respira pode trazer o gérmen da morte, e se o emotivo de há séculos só tremia ante a vista do inimigo, o da nossa época tem motivos de abalo no silvo de cada projectil, em cada alarme de avião ou de gás, no detonar de cada morteiro; e nem sequer a acção, o movimento, o desenvolver da sua motórica voluntária vem ajudá-lo a liberar a sua ansiedade.

As condições especiais das guerras modernas forçam a longas permanências em trincheiras, a estadas infundáveis em abrigos, retido, imóvel, oculto, como uma fera perseguida, criando terreno propício a um mórbido desenvolver da sua emoção.

Eis porque o dispêndio da energia psíquica, a usura do moral das tropas, são incomparavelmente maiores nas guerras actuais do que nas guerras do passado, e porque os pánicos colectivos, a quebra catastrófica e súbita de resistências, que pareciam possíveis ainda longo tempo, se apreciam talvez hoje com mais frequência.

Uma série de circunstâncias deprimentes colabora com as emoções repetidas, prepara por assim dizer o terreno para a fixação destas. Convém notar en-

tre as de natureza física: o frio, a humidade das trincheiras e dos abrigos, a insónia, os ferimentos, a má alimentação. É preciso não esquecer que «três dias de dietam bastavam a César para desencorajar uma tropa».

Entre as causas psíquicas, a monotonia dos dias passados em quase imobilidade, a inquietação pela sorte da família, o receio da existência dos novos armamentos desconhecidos nas mãos do inimigo, a chamada surpresa técnica, as preocupações do comando, para os oficiais, tudo são agentes predisponentes para as reacções mórbidas emotivas.

Onde se encontram então os factores que contrariam e reprimem esta emotividade, sempre com tendência a liberar-se em todo o ser humano, mais ou menos para ela predisposto?

Essa força moral, vão os combatentes encontrá-la no espírito colectivo, na disciplina e no comando. Entre os homens do mesmo agrupamento, companhia, bateria ou esquadilha, estabelece-se em geral um espírito de corpo, comunidade de aspirações e de vistas, identidade nos riscos corridos, nos desgostos e nas emoções que ligam os homens uns aos outros, criam uma repressão colectiva inconsciente que é um dos grandes factores da moral das tropas. Cada homem procura regular o seu comportamento pelo dos outros, sente-se observado, e esse facto aumenta o seu valor próprio. Por outro lado, os mesmos ideais que determinam cada guerra encontram mais fácil exaltação na colectividade do que no indivíduo isolado. Este espírito colectivo pode ir

até ao ponto de a própria emoção se tornar extensiva a todos os homens do agrupamento, determinando neles idênticas reacções.

O desenvolvimento deste espírito colectivo, a propaganda dos ideais que alimentam a guerra, foram durante a última conflagração feitos já duma forma científica, em extremo desenvolvida. Brigadas de propaganda, dependentes de núcleos de higiene mental percorriam as unidades, os campos de treino e de repouso, faziam palestras, através das quais os objectivos da guerra e as suas razões fundamentais eram demonstradas. Nos exércitos soviéticos a mesma propaganda era conduzida por intermédio dos comissários políticos, cuja missão era sobretudo a de higiene mental, propaganda política e criação de um ambiente moral, propício ao desenvolver da guerra. O papel que estes agentes especiais, brigadas de higiene mental, brigadas de propaganda, comissários políticos (os nomes são indiferentes, as funções são as mesmas) o papel que eles serão chamados a desempenhar nas guerras do futuro, afigura-se-nos extremamente importante.

Não se deve esquecer também a organização científica do Ministério da propaganda alemã, feita na sua maioria por psicólogos e psiquiatras, e que tanto contribuiu para manter elevado o moral das tropas germânicas a despeito dos grandes reveses que nos últimos anos da guerra sofreram.

A disciplina, é outra das circunstâncias que aumenta grandemente as possibilidades repressivas de cada indivíduo.

A sua presença imanente, a constante recordação dela, constitui já de si uma repressão que até certo ponto supre as que vão faltando ao próprio combatente.

Finalmente, é fundamental também o papel do comando. Actua tanto pela autoridade como pelo conforto moral, e mais ainda talvez pela confiança que a tropa nele deposite. Nas circunstâncias da guerra mais ainda do que em quaisquer outras, o espírito humano encontra-se pronto a aceitar a ascendência doutrém, desde que creia que dessa ascendência lhe possa advir protecção. Por isso a firmeza do comando, firmeza não só das ordens, como da conduta de quem manda, do seu auto-domínio durante o fogo, desempenham inestimável papel na manutenção da energia moral das tropas.

A oportunidade de determinadas ordens, o conhecimento dos homens comandados e das suas fraquezas, pode ter um papel importantíssimo no sustentar do moral duma tropa. Por isso, o acção dos subalternos em conhecer os seus homens, em conduzi-los ao fogo, é inestimável sob este aspecto. O saber, a tempo, trocar um homem extremamente emotivo e medroso que se encontra num pelotão de atiradores para a guarnição de uma arma pesada, o evitar os efeitos da inactividade da tropa, tão nocivos sob este aspecto, o conhecer outros pormenores psicológicos e saber julgá-los oportunamente, pode fazer com que o comando evite descalabros morais da parte das suas tropas.

Observou-se por exemplo, o nocivo efeito psicológico do «vazio do campo de batalha»: a existência de um espaço

REUMATISMO?

A experiência demonstra que



**CREME ANTI-REUMÁTICO,
ANALGÉSICO E ANTIFLOGÍSTICO**

dá bons resultados

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

DAVI
LISBOA

morto, na sua frente, onde o inimigo está seguramente oculto, mas sem que ele saiba onde, exerce sobre o soldado uma profunda acção desmoralizante; daí a vantagem encarecida também por Marshall no seu livro, de mandar abrir fogo sobre pontos presumidos, onde se faz crer às tropas que se encontram efectivos do inimigo. Esta circunstância fortifica o moral da tropa.

Um factor que se deve ter em conta, é que tanto o pânico, como a coragem, são contagiosos; por isso o exemplo a dar é extremamente importante para a manutenção do moral da tropa. O facto, por exemplo, ocorrido na última guerra, de que um sargento que conduzia uma tropa foi atingido por uma bala que lhe cortou uma artéria e vendo a sua hemorragia, apertou o braço e correu para o posto de socorros, pequeno facto que levou a tropa a debandar por supor que o sargento recebera ordem de retirada, põe em relevo a facilidade com que se contagia o pânico, do mesmo modo como a facilidade com que se contagia a coragem.

Muitas vezes, não chega o exemplo mudo, é necessário gritar, estabelecer ruído. A acção dos ruídos violentos como deprimentes da coragem, foi usada durante a última guerra, com buzinas e outros sons produzidos por aviões. Do mesmo modo, os gritos de encorajamento de um oficial ou de um sargento que leva a sua tropa ao assalto, podem largamente contribuir para fortalecer o moral desta e levá-la ao objectivo visado.

Vê-se assim, que o papel dos oficiais, em geral, e em particular o papel do comando na manutenção da moral da tropa em combate, é de primacial importância e é mesmo talvez o factor maior na manutenção desse moral.

É tempo de nos ocuparmos agora dos quadros sob os quais se apresentam os syndromas emotivos da guerra. A sua variedade é muito grande tornando-se difícil fazer uma sistematização coerente e explícita. Exporei em breves palavras os grandes syndromas psicomotores complexos atribuídos à emoção, deixando de parte alguns quadros particulares que, tendo um grande interesse para os psiquiatras, não teriam justificação numa palestra de carácter geral como a presente.

Os syndromas psicomotores da emoção oscilam entre dois tipos extremos: o icto emotivo e o raptio emotivo. São

estes quadros, juntamente com algumas formas especiais de neurose ansiosa, a que depois me referirei, que foram conhecidos durante a primeira guerra europeia, com a designação de shell-shock, e que na última guerra tiveram as mais variadas denominações: neurose de guerra, nervoux exhaustion, neurose emotiva, etc.

Os syndromas do primeiro tipo ou sejam os caracterizados pelos fenómenos de inibição, apresentam-se muito mais frequentemente do que os do segundo tipo. Na sua forma extrema, caracterizam-se por uma suspensão brusca da actividade mental ou motora.

O individuo, atingido pelo estímulo desencadeante da emoção, permanece em mutismo absoluto; cai por terra, apresentando porém contractura muscular intensa que lhe produz uma rigidez generalizada. Se o colocarem de pé, poder-se-á manter nesta atitude, mas ao menor empurrão desaba literalmente. Nota-se anes-tesia da córnea, reagindo correctamente as pupilas; as pálpebras, em geral, mantêm-se extremamente abertas, mas em alguns casos é possível apreciar-se blefaroespasmos. Os estímulos dolorosos não provocam qualquer reacção aparente; na realidade, porém, o relentamento do pulso e a dilatação pupilar tendem a mostrar que a sensação é percebida.

Este estado persiste durante tempo variável: o atingido, enquanto ele dura, permanece onde caiu, não dando conta dos riscos que porventura poderá correr. Pode desaparecer espontaneamente ou sob a acção da terapêutica; muitas vezes, após a desapareção do syndroma psicomotor persistem alterações mentais, que adiante estudaremos.

No extremo oposto a estes syndromas acinéticos determinados pela emoção, encontramos os acidentados raptiformes. Trata-se aqui de uma série de actos automáticos, os mais variados possível, durante os quais o estado psíquico do doente se aproxima do dos syndromas acinéticos emotivos atrás descritos. Tal como aqueles, também o raptio provocado pela emoção tem um início brusco, logo após a causa desencadeante. O emocionado, preso em geral de ansiedade e terror desmedidos, foge sem sentido, sem destino, ocorrendo muita vez o facto paradoxal da sua fuga para a frente, em direcção à morte. Brousseau cita o facto de um individuo culto, inteligente, engenheiro,

grande emotivo, ter apresentado um destes raptus emotivos típicos; no cúmulo da ansiedade, transido de medo, o referido soldado voltou para a terra de ninguém e encaminhou-se para as trincheiras inimigas. Trazido novamente para as suas linhas por um official, foi condenado à morte pelo Conselho de Guerra. A incerteza da sua sorte, a inquietação da expectativa, haviam levado o infeliz ao paroxismo da receptividade emotiva. A certeza da morte, restituiu-lhe a serenidade e, paradoxalmente, pode mostrar-se sereno ante o pelotão executor.

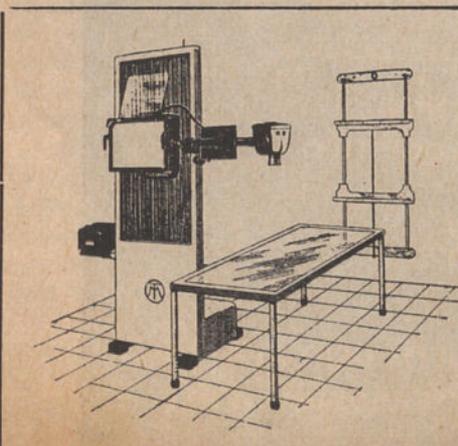
Em geral, porém, a fuga do raptio emotivo faz-se na direcção do posto de socorros do batalhão, onde o homem instintivamente procura abrigo; o aspecto dele é então característico: tremor generalizado, expressão de terror, olhar esgaçado; na fuga, não atende o emocionado a qualquer consideração de segurança, tornando-se frequentemente alvo das armas inimigas. No posto de socorros, refugia-se a um canto como a fera acossada de perto; treme e pouco fala, e quando o faz mostra entretanto que a sua obtusão de consciência é escassa.

Como se vê, o raptio emotivo difere essencialmente do icto emotivo; ao passo que neste predomina a inibição, acompanhada de um humor neutro sem desvios marcados da tonalidade afectiva, naquele o estado de ansiedade mórbida avulta no quadro clínico. O raptio emotivo de guerra é pois, na sua essência, um raptio ansioso.

Além destas duas formas, digamos fundamentais, de neuroses de guerra, outros quadros se apresentam com certa frequência. Os quadros com turvação de consciência, amnésia total dos acontecimentos passados, foram encontrados na última guerra em muitas circunstâncias, sobretudo após a retirada de Dunquerque, onde uma verdadeira epidemia de semelhantes syndromas se estabeleceu, chegando a ser denominada «neurose de Dunquerque». Os homens desconheciam completamente tudo o que com eles se passara, mostravam-se ansiosos, aflitos e tinham frequentemente visões, nas quais reviviam os factos ocorridos durante o combate e durante a trágica retirada a que tinham estado sujeitos.

Outros quadros são, por exemplo, aqueles em que a ansiedade domina, com plena lucidez de consciência, e nos quais os sintomas somáticos são os que maior evidência tomam. Então, o emocionado aparece-nos com queixas cardíacas ou digestivas, presa de taquicardia, de extrasístoles frequentes, crises de diarreia, e outros fenómenos somáticos de vária ordem.

Também não é rara, após os paroxismos das neuroses emotivas de guerra, a persistência de amnésias lacunares ou mesmo das famosas amnésias totais para o passado do individuo. Entretanto, a experiência psiquiátrica dos últimos anos tem mostrado que, se uma amnésia lacunar e transitória pode ser sincera, a imensa maioria das grandes amnésias, englobando todo o passado do individuo e levando à constituição duma segunda personalidade, são intencionais e geralmente interessadas,



10 NOVOS MODELOS

Aparelhos de Raios X para a radiografia e radioscopia de 10-20-50 e 100 miliampères. Preços e condições excepcionalmente vantajosos.

Enviamos catálogos e descrições sem compromisso.

SOCIEDADE COMERCIAL MATTOS TAVARES, LDA.

A maior organização de Raios X em Portugal

Rua dos Sapateiros, 39-2.º - LISBOA - Tel. 25701 - (Fundada em 1920)
No PORTO: BACELAR & IRMÃO, LDA. - Em COIMBRA: FARIAS LDA.

Não é possível, pela escassez do espaço e tempo de que dispomos, alargar mais as vastas considerações que haveria que fazer acerca do quadro clínico das neuroses emotivas.

Terminaremos agora falando um pouco da sua profilaxia. Passámos em revista, como era nosso intuito, a patologia da emoção e em especial a dos fenómenos emotivos de guerra; procurámos mostrar as circunstâncias em que esses fenómenos se produzem e a variedade considerável com que se apresentam ao clínico que presta serviço na linha de fogo. Caberia, pois, falar agora na sua profilaxia, visto que, para o seu tratamento, da competência do especialista, o médico ou o oficial, devem limitar-se a dirigir o emocionado para organismos especiais instalados, conforme a doutrina hoje defendida, muito próximos das linhas de fogo. É aí, como a experiência mostrou, que deve ser feito o tratamento destes indisponíveis, para que os seus resultados sejam compensadores.

Interessa-nos, porém, aqui o problema da profilaxia. Esta apresenta dois aspectos: um, puramente médico, outro militar.

O aspecto médico deve consistir no estabelecimento de consultas psiquiátricas, no fazer acompanhar os homens quanto possível duma assistência especializada. Disse já, numa conferência anterior, o extraordinário desenvolvimento que atingiu a assistência psiquiátrica no Exército dos Estados Unidos. A existência de psiquiatras adstritos ao serviço divisionário fazendo consultas nos postos avançados de tratamento, acompanhando as tropas nas suas deslocações, foi uma das inovações da última guerra. Do mesmo modo, a criação de brigadas de higiene mental, actuando nos campos de treino e nas unidades em estacionamento, encarregadas duma psicoterapia de grupo, duma psicoterapia colectiva, para manter o moral das tropas, afigura-se cada vez mais importante. A tendência actual parece ser a de estabelecer em cada unidade, mesmo durante as suas deslocações e até durante o combate, a possibilidade de uma consulta psiquiátrica, fazendo com que os homens mais predispostos ou que começam a mostrar modificações da sua conduta, sejam dirigidos pelos seus superiores ou pelo médico da unidade para essas consultas. É importante a segregação tanto quanto possível precoce dos indivíduos que começam apresentando quadros emotivos graves. Como atrás salientei o medo, as emoções, são essencialmente contagiosas; há portanto que retirar tão cedo quanto possível do convívio dos combatentes, os homens que começam apresentando sinais de desfalecimento moral e emotivo.

Papel não menos importante — já o dissemos — é o desempenhado pelo comando na manutenção do moral dos homens e indirectamente na profilaxia destes fenómenos emotivos. Este papel compete principalmente aos oficiais mais em contacto com as praças, capitães e subalternos. Estes devem ser sobretudo «homens de acção, cuja confiança em si próprios infunde confiança aos outros; são opti-

mistas, porque não devem prever a dificuldade, e triunfam muitas vezes porque não duvidaram do sucesso. Olham para a frente e não para trás, conservam-se alegres, apesar dos reveses, porque pensam sempre que a uma série infeliz há-de seguir-se uma série feliz; encontram no próprio risco físico um atractivo» (*Dide*).

Tal actividade combativa, cuja influência sobre a tropa é preciosa, exige dos oficiais um esforço, uma disposição física de que só a mocidade é capaz. Implica, além disso, que eles estabeleçam com os homens um contacto íntimo, que os animem nos seus desfalecimentos e incitem nas suas descrenças. Implica ain-

da que esses oficiais tenham recebido uma instrução ética, que os leve a compreender inteiramente as altas funções do seu papel de condutores de homens, quantas vezes para a morte.

Nunca será demais fazer conhecer a todos os oficiais esse papel essencial que podem vir a desempenhar, salientar-lhes que a confiança e entusiasmo resultantes da integral repressão dos instintos e das emoções, têm o poder de transformar uma má tropa num punhado de heróis.

(*Revista Portuguesa de Medicina Militar* — Vol. 1, N.º 1, 1953).

NA MODERNA SULFAMIDOTERAPIA INTESTINAL

TRÊS PRODUTOS «CELSUS»

DE COMPROVADA SUPERIORIDADE

FTALIL-TIAZOL

FTALIL-TIAMIDA

FTALIL-KAPA

LABORATÓRIOS «CELSUS»

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

CONFERÊNCIA SOBRE O BÓCIO ENDÊMICO

No mês de Dezembro de 1952, numa conferência, convocada por iniciativa da O. M. S., examinaram-se diversos aspectos do bócio endêmico: tratava-se dum grupo de estudo, composto por médicos e especialistas que se reuniram no *National Institute for Medical Research, Mill Hill* (Londres).

Esta conferência tinha por objecto definir a extensão do problema sob o ponto de vista da saúde pública, estabelecer claramente o que se sabe e o que se ignora sobre a doença e sua profilaxia, e de se delimitar certos domínios em que novas pesquisas poderiam seguir-se útilmente.

O relatório detalhado sobre os trabalhos da conferência será objecto duma outra publicação da O. M. S.. O presente artigo propõe-se resumir para os leitores não especializados, as conclusões do grupo de estudo e sublinhará, especialmente, as lacunas consideráveis que apresentam os nossos conhecimentos actuais.

O BÓCIO ENDÊMICO, PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

O bócio endêmico encontra-se sobretudo nas partes do mundo economicamente pouco desenvolvidas. Embora seja uma das doenças mais fáceis de remediar, continua a pôr um problema muito sério de saúde pública nos territórios em que a ignorância, a indiferença, a incompreensão ou as dificuldades económicas impedem a aplicação das medidas profiláticas relativamente simples que se impõem.

Raramente se conhecia a frequência da doença enquanto não se efectuou um minucioso inquérito. Por este facto, é impossível estabelecer a distribuição mundial do bócio com precisão; contudo, as principais zonas de forte endemia são já conhecidas. A conferência não era obrigada a estudar o problema em cada zona de endemia, mas pôde fazê-lo de maneira detalhada para algumas delas.

Na Índia, toda a parte setentrional do Baixo-Continente é uma região de muito forte endemia. A «zona do bócio» estende-se através da Índia do Norte, do Cachemira a Assam, onde perto de 70% dos habitantes de certas circunscções podem ser atingidos pela doença e onde se pode mesmo verificar uma hipertrofia da glândula tiroideia em 60% dos lactentes. A frequência da doença modificou-se muito pouco desde o começo do século, época em que Sir Robert McCarrison procedeu a profundos estudos.

O muito pequeno número de artigos consagrados ao bócio pela imprensa médica indiana, no decurso destes últimos anos, testemunha uma diminuição de interesse pela endemia que grassa no país.

Os resultados de numerosos estudos feitos nos Estados Unidos da América mostram a eficácia da profilaxia pelo iodo; têm-se registado igualmente, vários casos significativos em que a substituição

do sal extremamente refinado pelo sal bruto provoca endemias de bócio. Os efeitos salutareos da profilaxia pelo iodo têm sido particularmente bem observados em Michigan, em que a junção obrigatória do iodo ao sal foi seguida dum inquérito muito minucioso.

Na Suíça, a primeira carta de distribuição do bócio foi estabelecida em 1893.

Nesta época, os cantões mais atingidos eram os de Fribourg e de Berne. Desde então, a morbidade diminuiu na parte oriental do país; entretanto, tem-se notado recentemente uma tendência da doença a deslocar-se para este. No começo, a profilaxia do bócio consistiu em simples expedientes, de suposta eficácia, quer seja levando à volta do pescoço um pingente de madeira impregnado de iodo ou depositando nas salas de aula ou nos quartos, um pires contendo algumas gotas duma solução iodada. Em compensação, a introdução do sal iodado foi a causa duma grande redução da frequência do bócio em todo o país, com diminuição das enfermidades concomitantes. Nos nossos dias, verifica-se a raridade da existência de nódulos tiroideus nos homens de menos de 40 anos, contrariamente ao que se passava outrora. (Convém notar que se estendeu a profilaxia iodada quando todos os indivíduos actualmente compreendidos neste grupo de idade eram ainda adolescentes).

O hipertiroidismo provocado pelo iodo não se observou em seguida ao uso profilático do iodo.

No novo Estado do México, representando no total alguns 13 milhões de habitantes, a frequência do bócio é de 19%. O cretinismo é frequente nas regiões bociosas e os casos de surdi-mutismo e de debilidade mental são muito numerosos. No decurso dos dez últimos anos, a população das regiões indemnes de bócio aumentou 14% enquanto que as que foram atingidas de endemia bociosa não aumentaram mais de 5,4%. Todos os métodos profiláticos ensaiados têm dado excelentes resultados; o problema consiste então em estender estas medidas ao conjunto da população. No momento actual, as instalações existentes não permitem iodar mais de cerca de 35% das quantidades de sal necessários ao país.

O bócio é extremamente frequente na Jugoslávia; uma larga zona de endemia estende-se em diagonal através do país. É na Bósnia e na Eslovénia que a doença é mais frequente. Em certas regiões a situação é tal que seis meses de residência são suficientes para provocar um hipertiroidismo visível. As medidas profiláticas foram introduzidas em 1923, data em que se verificou que 6% dos recrutas da armada eram portadores de bócio.

Uma grande parte do sal consumido obtém-se simplesmente por evaporação nas bacias. Actualmente, um decreto governamental impõe a junção de iodo ao sal.

O bócio endêmico encontra-se em várias partes da Nova Guiné e da Austrália. No decurso de estudos empreendidos a

fim de determinar se o iodo, permitia reduzir o número de bócios existentes, obteve-se uma diminuição somente de 20% nas crianças portadoras de bócio de menos de 12 anos, sendo nulos os resultados nas raparigas de 15 a 18 anos. Parece então que o efeito do iodo é essencialmente profilático. Inquéritos aprofundados efectuados na Tasmânia não puseram em evidência nenhuma diferença de regimen alimentar entre as regiões com bócio, e as regiões isentas dele.

Em geral, a profilaxia corrente pelo iodo tem tido pleno êxito; todavia, nos dois distritos da Tasmânia, não se observou nenhuma modificação na frequência do bócio, sem que tenha sido possível determinar a razão deste facto.

INQUÉRITOS SOBRE O BÓCIO

A falta de uniformidade na conduta das investigações tem embaraçado os progressos da profilaxia do bócio endêmico e retardado o nosso conhecimento sobre a extensão da doença. É verdade que, em certos casos, o volume da tiróide pode aumentar dentro duma certa medida sem que a hipertrofia seja aparente; mas nas pesquisas que têm por fim avaliar a importância duma endemia, convém assinalar apenas os bócios visíveis. A presença de nódulos constitui um testemunho suplementar da existência do bócio endêmico. Seria muito útil remeter aos investigadores esboços, diagramas ou fotografias, para assegurar a uniformidade de classificação. O sintoma essencial a notar é o aumento visível da glândula tiroideia. Nas regiões de fraca endemia a observação dos adolescentes fornecerá um índice mais apreciável da hipertrofia tiroideia; em caso de endemia mais forte, a pesquisa incidirá igualmente sobre os adolescentes e, aqui onde a endemia é extremamente elevada, será útil examinar mesmo as crianças e os lactentes. Infelizmente até aqui tem-se descurado estudar a repartição da doença por idade e por sexo. Todavia estas indicações são particularmente preciosas, para avaliar, não só a importância da endemia, mas ainda a eficácia das medidas profiláticas. O grupo de estudo tem recomendado vivamente que no futuro, todas as pesquisas visem recolher este género de ensinamentos.

CONSEQUÊNCIAS SOCIAIS DO BÓCIO ENDÊMICO

Se a hipertrofia tiroideia fosse a única consequência do bócio endêmico, não se trataria senão dum problema de estética. Contudo, outros efeitos são atribuídos à carência de iodo. O cretinismo endêmico que acompanha o bócio endêmico tem constituído sempre, nas regiões bociosas, um importante problema de ordem médica e económica. A intervenção



Assegura ao lactente privado do leite materno um crescimento normal e regular e uma eficaz protecção contra as infecções.

Pelargon

LEITE EM PÓ COMPLETO ACIDIFICADO
TIPO MARRIOTT
PARA A ALIMENTAÇÃO REGULAR DO LACTENTE



cirúrgica não deixa de apresentar perigos consideráveis, quando esta forma de tratamento é a que é mais empregada.

Certos factos parecem indicar uma frequência cada vez maior do hipertiroidismo e talvez do carcinoma da tiróide nas regiões onde grassa o bócio.

O bócio endémico é uma causa de debilidade mental, de surdi-mutismo, de lentidão do crescimento e de improdutividade económica? Trata-se duma questão muito discutida. Numerosas investigações sobre o bócio têm feito ressaltar a coincidência destes fenómenos, mas há realmente entre eles relação de causa e efeito? Muitas informações apresentadas a este propósito pareceram pouco convincentes ao grupo de estudos. Muitas vezes é muito difícil a um território pouco desenvolvido medir as faculdades mentais e o grau de surdi-mutismo na população. O número de factos assinalados podem ser atribuídos mais à coexistência de duas afecções que a uma relação de causalidade.

O grupo de estudos sublinhou então a necessidade de novas observações a fim de precisar a possível influência do bócio endémico sobre o abaixamento do nível físico e mental. Seria óptimo recolher dados sobre a estatura, a envergadura e o desenvolvimento do esqueleto, assim como sobre a capacidade mental. São evidentes as dificuldades que a reunião encontra para obter informações exactas mas a utilização judiciosa de técnicas de aferição pode fornecer esclarecimentos extremamente seguros, mesmo que o número de pessoas examinadas seja pequeno.

PROFILAXIA PELA JUNÇÃO DE IODO AO SAL

A junção ao sal de pequenas quantidades dum composto iodado é o meio mais económico e mais eficaz de administrar iodo a uma população em que ele falta. Tem-se empregado o iodeto de potássio com sucesso nas regiões mais avançadas economicamente em que o sal é vendido no estado seco e onde a produção é organizada em grande escala.

Noutros países, a iodização é contrariada por sérias dificuldades. Na Índia e no México, por exemplo, uma grande parte do sal é obtido por evaporação nas

bacias e o produto é distribuído sem a ulterior refinação. A junção de iodo deve fazer-se à mão, o que constitui um método pelo menos penoso e lento. Noutras regiões o sal bruto é obtido simplesmente por raspagem de placas de sal e é utilizado sem ter sofrido a purificação. Além disso, as condições climáticas são tais que o sal iodado tende a perder uma grande parte do iodo que contém.

É possível iodar grandes quantidades de sal por meio duma instalação extremamente simples. Um aparelho barato foi apresentado ao grupo de estudos: o sal corre duma tremalha sobre um parafuso sem fim que o leva e o vai lançar num recipiente. A junção do iodeto ou iodato no estado seco faz-se à custa da gravidade num ponto do percurso, por meio dum dispositivo de alimentação de precisão. Um só aparelho deste género permite tratar as quantidades de sal necessárias a várias centenas de milhar de pessoas.

ESTABILIDADE DO IODO NO SAL

A estabilidade do sal iodado depende dos seguintes factores: *a)* teor do sal em água e humidade; *b)* luz, calor e outros factores meteorológicos; *c)* impurezas contidas no sal; *d)* pH da mistura; *e)* forma sob a qual o iodo se apresenta no sal.

Se se trata de iodetos, a humidade é provavelmente o factor mais importante: não só arrasta uma perda de iodeto, mas também modifica igualmente a repartição desta substância no interior do condicionamento.

Quando o sal é húmido, o iodeto concentra-se no fundo e na parte superior do saco, enquanto que no centro a proporção é extremamente fraca.

Uma vez que o recipiente se encontra vazio, encontra-se uma grande quantidade de sal no seu interior e chega-se a recuperar quase todo o iodeto. A luz natural e o calor podem causar grandes desperdícios de iodeto e, quando a reacção é ácida, as perdas são muito mais consideráveis que quando se junta um produto estabilizador alcalino. Todavia, se o sal é embalado e conservado seco num recipiente impermeável, o seu teor em iodeto ficará constante e a repartição

do iodeto na massa permanecerá uniforme durante meses. Quando estas condições não puderem realizar-se, será preferível utilizar compostos iodados, do tipo do iodeto de sódio ou de potássio. Aqueles que parecem apresentar mais interesse são os iodatos.

Os iodatos apresentam em relação aos iodetos certas vantagens, de que a principal é a estabilidade. O teor em iodo do sal iodado permanece relativamente constante, mesmo nas condições desfavoráveis de humidade, de temperatura, e sob a exposição à luz solar.

Um membro do grupo de estudos resumiu os conhecimentos sobre a farmacologia dos iodatos.

Estudos anteriores indicaram que o iodato de potássio, administrado em dose muito forte numa só injeção, é tóxico para o coelho. Nestas experiências tinha-se notado no fundo do olho alterações pigmentares difusas fazendo pensar numa retinite pigmentar. Entretanto, as quantidades de iodato necessárias para provocar estas alterações são muito superiores àquelas que se juntam ao sal. De estudos prolongados feitos pelo National Institute for Medical Research, de Londres, sobre a administração de iodato por via local resulta que o iodato de sódio é muito pouco tóxico para o rato e o coelho. Nenhuma modificação patológica se descobriu na retina ou no rim destes animais. Estes estudos permitem pensar que o sal pode ser iodado com toda a segurança na proporção de 1 por mil, concentração superior àquela que exige a profilaxia do bócio endémico.

Certos estudos fisiológicos efectuados com um iodato contendo o iodo fixado ¹³¹I mostraram que quase todo o iodo do composto é assimilável pela glândula tiróide. Se bem que as experiências não provem que a glândula faça realmente passar para hormona o iodo proveniente do iodato ingerido, pode-se supor que este iodo é efectivamente utilizável para a síntese da hormona.

O grupo de estudos concluiu que se pode empregar sem perigo os iodatos em lugar dos iodetos para tratar o sal e que eles oferecem certas vantagens de estabilidade sobre os iodetos. Se a aplicação prática é ainda insuficiente para permitir formular uma opinião precisa quanto à eficácia dos iodatos na profilaxia do bócio endémico, os resultados provisórios fazem pensar que estes compostos são tão eficazes como os iodetos.

PROPORÇÃO DE IODO A JUNTAR AO SAL

A concentração de iodo que é oportuno obter depende da necessidade quotidiana de iodo e do consumo diário de sal. Este último varia consideravelmente. São numerosas as crianças que só absorvem o sal junto com os alimentos quando são preparados. O consumo médio de sal nas regiões quentes e húmidas, como o sul da Índia, é de cerca de 30 gramas por dia. A proporção de iodeto que se recomenda juntar ao sal difere igualmente

CALDAS DE AREGOS

ÁGUA HIPERTERMAL,
SULFÚREA SÓDICA,
CARBONATADA SÓDICA
E MIXTAS, ETC.

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

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

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

muito dum país para outro: nos Estados Unidos, é de 1 por 10.000, na Suíça, propôs-se 1 por 200.000. Felizmente, a glândula tiróide é capaz de se adaptar a grandes variações na quantidade de iodo fornecida.

O grupo de estudos recomendou iodar o sal de maneira a fornecer uma ração quotidiana de 0,1 mgr. de iodo. A concentração de iodo no sal dependerá então muito da quantidade de sal consumido pela população. O homem tolera um grande excesso de iodo.

NECESSIDADES EM IODO E FISIOLOGIA DA TIRÓIDE EM CASOS DE CARÊNCIA DE IODO

Possuem-se poucos esclarecimentos acerca do metabolismo do iodo nos bócios das zonas de endemia. Certos dados provenientes de observações feitas na Argentina Ocidental foram comunicados ao grupo de estudos. Em numerosos indivíduos estudados, verificou-se que a tiróide tinha uma grande avidez para o iodo e uma taxa de renovação elevada.

As pessoas que tinham um régime alimentar suficientemente rico em iodo assimilavam uma fraca proporção de ^{131}I , enquanto que as pessoas com carência de iodo assimilavam grandes quantidades. Podemos dizer que a quantidade de ^{131}I fixada pela tiróide varia em sentido inverso da quantidade de iodeto fornecida pelo régime alimentar. Na maior parte dos indivíduos que excretam menos de 0,04 mgr. de iodo por dia, a quantidade de ^{131}I assimilado ultrapassava 60% da quantidade ingerida. Quando se dão doses quotidianas de iodeto a certas pessoas, observa-se uma lenta diminuição da avidez da tiróide para o iodeto, com aparição concomitante duma taxa iodada positiva. Num indivíduo a quem se tinha administrado 1,5 mgrs. de iodeto por dia durante 6 semanas apareceu uma tireotoxicose. Estudando os efeitos que pode ter sobre a assimilação do iodo radioactivo a junção de quantidades variáveis de iodeto estável, verificou-se que esta assimilação é pouco influenciada por doses únicas de iodeto inferiores a 2 mgrs.; em compensação, se se administra mais de 5 mgrs. numa só dose, a maior parte é expelida pelos rins.

Estes trabalhos, assim como outros, parecem indicar que, na profilaxia do bócio endémico, a ração quotidiana de iodo é de 0,1 mgr. Esta dose assegura uma margem de segurança suficiente, porque é muito inferior à dose tóxica mínima.

Destas observações pode-se concluir igualmente, que nos programas profiláticos que permitem a administração intermitente de iodeto em dose forte, sob a

fôrma de bombons por exemplo, não é racional dar mais de 5 mgrs. de uma só vez.

NECESSIDADE DE NOVAS INVESTIGAÇÕES

No decurso das discussões dum grupo de estudos, pela necessidade de recolher esclarecimentos mais completos sobre numerosas questões, apareceram muitas surpresas. Foram assinaladas certas lacunas. Entre as investigações a efectuar, citam-se as seguintes:

1—Determinar mais exactamente a distribuição mundial do bócio endémico.

2—Definir com mais precisão a relação entre o bócio endémico e a carência em iodo. Para este efeito, é preciso dispor de meios para determinar a quantidade de iodo estável excretado na urina, considerada como índice da quantidade de iodo ingerida.

3—Estudar as relações do régime alimentar com o bócio endémico—se bem que a carência de iodo seja certamente a causa da maior parte dos casos de bócio endémico.

4—Estudar mais a fundo as relações do bócio endémico com a debilidade mental, o atraso de crescimento e o surdimutismo.

5—Prosseguir os estudos sobre o metabolismo do iodo nos indivíduos carenciados. Estes estudos deveriam permitir, se possível, o emprego de iodo radioactivo e o doseamento químico do iodo. Conviria observar, por estes métodos, os efeitos a longo prazo da junção do iodo ao régime alimentar.

6—Precisar métodos simplificados para a determinação do iodo nos humores; disso resultariam imensas vantagens para os estudos do bócio endémico «sobre o terreno».

7—Fazer estudos sobre as relações entre a dureza da água, a quantidade de cálcio absorvida e o bócio endémico, frequentemente citadas nas publicações antigas. Estas investigações seriam duma

execução relativamente simples num laboratório equipado para a determinação do ^{127}I e ^{131}I .

8—Continuar as pesquisas sobre a relação entre o bócio endémico e o carcinoma da tiróide. Estudos convenientemente feitos sobre os tipos histológicos dos tumores tiroideus deveriam fornecer esclarecimentos preciosos sobre as relações entre hiperplasias e neoplasias.

9—Estudar a patogénese dos nódulos tiroideus pelos técnicos de autoradiografia numa região de endemia.

10—Colher novos conhecimentos contendo os efeitos de conjunto, da temperatura, da humidade e da manutenção sobre a estabilidade comparada do sal ao qual se juntou quer seja um iodeto ou um iodato.

11—Estudar a estabilidade dos iodetos e dos iodatos no decurso das operações culinárias, em que se ignora quase tudo.

CONCLUSÕES

Cada vez que seja possível, o sal deveria ser iodado de maneira a fornecer cerca de 0,1 mgr. de iodo por dia ao consumidor. A iodização deveria tornar-se obrigatória por lei. Quando as razões de ordem económica não permitem assegurar o sal iodado necessário a toda a população, pesquisas minuciosas deveriam delimitar as regiões de bócio endémico.

Um iodato pode ser utilizado em lugar dum iodeto e apresenta sobre este certas vantagens em virtude da sua estabilidade ao calor e à humidade.

É necessário proceder a novas pesquisas sobre a natureza e efeitos do bócio endémico, sobre a fisiologia da tiróide em carência de iodo e sobre as técnicas a utilizar para a produção e distribuição do sal iodado.

(*Chronique de l'Organisation Mondiale de la Santé—Volume 7, N.º 3, de Março de 1953*).

Quinarrhenina Vitaminada

ELIXIR E GRANULADO

Alcalóides integrais da quina, metilarsinato de sódio e — Vitamina C

Soberano em anemias, anorexia, convalescenças difíceis. Muito útil no tratamento do paludismo. Reforça a energia muscular, pelo que é recomendável aos desportistas e aos enfraquecidos.

Fórmula segundo os trabalhos de Jusaty e as experiências do Prof. Pfannestiel

XAROPE GAMA

DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO NAS BRONQUITES CRÓNICAS

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR POLI-GLICERO-FOSFATADO (COM GLICEROFOSFATOS ÁCIDOS)

Depósito geral: **FARMACIA GAMA** — Calçada da Estrela, 130 — LISBOA

V I D A M É D I C A

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 16 a 22 de Agosto)

Dia 16 — Os Subsecretários da Assistência e Obras Públicas inauguram em Trancoso o Hospital sub-regional. Este é o 25.º hospital sub-regional construído no País e está dotado de 24 camas, repartidas por duas unidades, médica e cirúrgica, tendo-se nele dispendido cerca de dois mil contos. No seu discurso o Eng.º Saraiva e Sousa, Subsecretário das Obras Públicas diz:

«Se tivermos em conta que no mesmo período foram já construídos 7 postos de consultas e socorros, remodelados ou ampliados, 54 hospitais, e que está em curso a construção de 27 novos edifícios e a remodelação de 28 — podemos concluir que quase metade dos concelhos têm hoje, ou vão ter em breve concluída, a infra-estrutura — passe o termo — da solução do problema hospitalar. O novo hospital vem render a guarda do que até agora serviu a população do concelho, construído em boa parte graças à dedicação e esforços de um trancosense.

Usa a seguir da palavra o Dr. Ribeiro Queirós que se congratula também com o significado dos melhoramentos hoje inaugurados, principalmente conjugando-se, na mesma data, «obras diversas que, respectivamente, consomem o fomento económico, a comodidade dos povos e a solidariedade para com os que sofrem», todos eles possíveis, frisou, «pela produção dos esforços aliados do Governo central e das forças vivas regionais». Põe, também, em especial relevo o benefício do hospital, afirmando:

«Aqui, como por todo Portugal alvoroçadamente foram aproveitadas as facilidades e auxílio concedidos pelo Estado para a realização dessa enorme cadeia de centenas de hospitais que hão-de assegurar a todos os doentes a defesa da sua vida, o refrigério do seu sofrimento, a acalmação da sua angústia. Ficam a pertencer - vos umas dezenas das 20.000 camas do plano hospitalar em realização, plano esse que, por sua vez, constitui pequena parte de um plano de assistência que, só no que respeita à doença, contém mais de 10.000 camas para tuberculosos, de que mais de metade se encontra já a funcionar; outras tantas camas para doentes mentais, metade delas em acção; a mais moderna leprosar; os dispensários de higiene social e de assistência materno-infantil em todos os centros urbanos que os justifiquem; as maternidades, etc.»

— Sob a presidência do conde de Rio Maior, presidente da Câmara Municipal de Oeiras, inaugura-se na sede da Junta de Freguesia de Barcarena um posto clínico para serviço de radioscopia e radiografia modelarmente apetrechado.

Para comemorar o facto, realiza-se, à tarde, naquela povoação, na sede dos Bombeiros Voluntários, uma sessão solene que esteve muito concorrida e em que vários oradores puseram em relevo o valor do admirável melhoramento.

18 — De Lisboa partem para Génova os Drs. Assunção Teixeira e Adelino Padesca, respectivamente, director e vice-presidente do Instituto Português de Reumatologia, que, como delegados de Portugal, vão tomar parte no VIII Congresso Internacional de Reumatologia.

19 — No Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge continua o IX Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde do continente. Na sessão da manhã profere a sua lição sobre «Alguns aspectos da gripe» o Dr. Arnaldo Sampaio. Seguidamente o Dr. Luis Caiola da Mota faz a sua lição sobre tosse convulsa. À tarde apresenta o seu trabalho o Dr. Castro Soa-

res que se ocupa da difteria, sendo escutado com grande atenção por todos os médicos presentes ao curso.

20 — Em Ervedal da Beira, povoação de Vila Franca do Ervedal é inaugurado o busto do saudoso médico Dr. Agostinho Marques Antunes, notável trabalho do escultor Costa Mota. A esta homenagem pós-uma, levada a efeito pelos vilafranquenses, associa-se todo o concelho de Oliveira do Hospital.

— Em Lisboa, no IX Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, o Dr. Heitor da Fonseca apresenta o seu trabalho sobre características e exemplos das doenças profissionais, depois do que os médicos componentes do curso visitam a Estação de Filtragem e Cloragem de Água na Amadora.

À tarde, sob a direcção do Dr. Costa Andrade, há uma visita de inspecção a um local de trabalho.

— Os professores Vaz Serra, Cândido de Oliveira e Alvaro Rodrigues apresentam cumprimentos de despedida ao Ministro do Ultramar.

21 — Continuam os trabalhos do IX Curso de Aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde do Continente.

O Dr. Casanova Alves, apresenta o seu trabalho sobre «As bases modernas da profilaxia» que desperta grande interesse e termina com uma prolongada troca de impressões em que intervêm vários subdelegados e o Dr. Arnaldo Sampaio, chefe do laboratório de bacteriologia do Instituto Superior de Higiene.

Seguidamente há uma visita aos serviços da B. C. G. do Instituto da Assistência Nacional aos Tuberculosos.

A parte da tarde é ocupada com uma lição do Dr. Castro Soares acerca de «Prática Epidemiológica» após o que o curso visita o Instituto Bacteriológico Câmara Pestana.

— Parte para Luanda, onde vai participar na reunião do Comité de África da Organização Mundial de Saúde, o Dr. Francisco Cambournac, professor do Instituto de Medicina Tropical e director regional eleito da O. M. S.

Estrangeiro

Noticiam da América que os laboratórios da Companhia «Monsanto Chemical C.» descobriu um novo processo que permite produzir, pela primeira vez, quantidades praticamente ilimitadas de cortisona. Até agora, a cortisona era tirada da bilis do boi, cujas disponibilidades são limitadas. O novo processo permite o fabrico da cortisona, a partir do tuleno, matéria abundante e barata, obtida por destilação do alcátrão. A Companhia «Monsanto Chemical C.» indica a este respeito: 1.º. Não pode ainda calcular o preço de venda da cortisona, produzida pelo seu novo processo. Actualmente, o preço é de 14,50 dólares o grama; 2.º. É preciso certo tempo, antes que esta descoberta de laboratório possa ser aplicada à produção comercial, em grande escala, da cortisona.

— Em Leyden, onde esteve reunida em congresso a Federação Internacional dos Estudantes de Farmácia, ficou resolvido que a próxima reunião será em Londres, em 1955, tendo sido eleito presidente do novo executivo S. J. Ralph.

O Congresso também tomou medidas para fortalecer os contactos com a América do Sul por intermédio dos representantes espanhóis e para incluir a Ásia Central, e as áreas da Austrália e da Indonésia dentro do campo de trabalho da Federação.

— Em Santander realizou-se, de 3 a 14 de Agosto um Curso internacional de Anestesiologia.

— Nos Estados Unidos reuniu-se de 10 a 14 de Agosto, em S. Francisco, a Sociedade Americana de Bacteriologistas.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Para o provimento do lugar de médico do 2.º partido municipal, com sede e residência obrigatória em Dornelas (Aguiar da Beira), cuja área abrange as freguesias de Dornelas, Forninhos, Cortiçada, Valverde e Soito do referido concelho.

— Para provimento do lugar de médico municipal do 1.º partido, com sede na freguesia de Moura (Murça).

Vai partir em breve para a Índia uma missão de professores das nossas três Faculdades de Medicina e do Instituto de Medicina Tropical. Será constituída pelos Drs. Vaz Serra, da Faculdade de Medicina de Coimbra; Cândido de Oliveira, da Faculdade de Medicina de Lisboa; Alvaro Rodrigues, da Faculdade de Medicina do Porto; e Fraga de Azevedo, do Instituto de Medicina Tropical.

Cada um destes professores realizará, na Escola Médico-Cirúrgica de Goa, cursos de aperfeiçoamento da sua especialidade destinados aos últimos anos, podendo a eles assistir todos os médicos do Estado da Índia, que para isso se deslocarem a Goa. Tem-se, assim, em vista estreitar as relações entre os estabelecimentos de ensino médico da Metrópole e a Escola Médica de Goa e contribuir para o melhor conhecimento mútuo dos seus métodos de trabalho. Apresenta, pois, o maior alcance científico e espiritual esta missão.

Deve lembrar-se que a Escola Médico-Cirúrgica de Goa foi fundada em 1842, em continuação do ensino médico que fora estabelecido em 1542 no Colégio de S. Paulo.

Os professores referidos devem seguir para a Índia nos princípios de Setembro, a fim de realizarem os seus cursos até ao fim de Outubro.

Estrangeiro

Em Bellagio, de 24 a 31 de Agosto, realiza-se o IX Congresso Internacional de Genética.

— Em Montreal, Canadá, de 5 a 12 de Setembro, realiza-se a Reunião internacional dos Farmacologistas.

— Em Paris, em 11 de Setembro, reúne a União internacional contra a Tuberculose.

— Em Madrid, a 3 de Outubro, realiza-se o VI Congresso internacional de Leprologia.

— Em Merano, de 9 a 12 de Outubro, realiza-se o Congresso internacional de Medicina profiláctica.

— Em Marselha, de 15 a 18 de Outubro, o IV Colóquio internacional de Dermatologia.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 13-8 a 20-8-953)

14-8

Dr. Fernando de Melo Caeiro, interno do internato complementar dos serviços gerais de clínica médica, contratado além do quadro (interno graduado), dos H. C. L.

UM PRODUTO DELTA

NEOSONA

Cortisona + Neomicina

Uma dupla acção anti-inflamatória
e anti-bacteriana, para uso oftálmico

COMPOSIÇÃO

Cada frasco contém:

| | |
|---------------------------------------|------------|
| Acetato de cortisona | 0,075 Grs. |
| Sulfato de Neomicina | 0,025 » |
| Excipiente oftálmico q. b. p. | 5 c. c. |

APRESENTAÇÃO

Frasco conta-gotas de 5 c. c. **Esc. 50\$00**



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

Avenida Elias Garcia — MASSAMA-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

— autorizado, em comissão gratuita de serviço, a utilizar uma bolsa de estudo concedida ao nosso País pela Organização Mundial de Saúde para estudo em França da luta contra as doenças transmissíveis, por um período de três meses, a começar em 1 de Outubro próximo.

— Dr. Leonel Lopes de Sant'Ana Marques, médico inspector do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Angola — nomeado para exercer, interinamente, o cargo de médico-chefe da Reparação dos Serviços de Saúde e Higiene do Ministério do Ultramar, indo ocupar o lugar vago pela passagem à situação de reforma do coronel-médico Dr. Elísio Dias da Fonseca.

— Dr. Asdrúbal António de Aguiar, professor extraordinário da Faculdade de Medicina de Lisboa — colocado na situação de inactividade permanente, em virtude de ter atingido o limite de idade.

— A Câmara Municipal de Silves declara que para o provimento do 4.º partido médico de S. Marcos da Serra daquele concelho, foi nomeado o Dr. Júlio Duarte de Sousa Calagas.

18-7

Dr. Fernando Ramalho da Conceição Correia, adjunto do chefe de serviços do Laboratório de Bacteriologia Sanitária, contratado, do quadro do pessoal técnico do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge — provido definitivamente no lugar de adjunto do chefe de serviços do Laboratório de Bacteriologia Sanitária do mesmo quadro.

19-8

Dr. João Fraga de Azevedo, médico analista, chefe de serviço dos H. C. L. — autorizado a ausentar-se do País de 24 deste mês a 10 de Setembro próximo, em missão oficial do Instituto de Alta Cultura.

— Dr. João Eduardo Ferraz de Abreu, tenente-médico da Armada — autorizado por despacho do Conselho de Ministros a acumular o cargo de interno do internato complementar dos H. C. L.

— Dr. Raúl Francisco Xambre Bento, médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado em Angola — nomeado definitivamente, para aquele lugar.

— A Câmara Municipal de Almeida declara que para o lugar de médico municipal do partido de Monte Perobolço, do referido concelho, foi admitido o Dr. Abel de Matos Filipe.

20-8

Dr. Carlos Larroude Gomes, otorinolaringologista dos H. C. L., director de serviço — autorizado a aceitar a equiparação a bolseiro fora do País durante quarenta e cinco dias, a contar de 1 de Setembro próximo, concedida pelo Instituto de Alta Cultura.

— Dr. Armando José Ducla de Sousa Soares, médico, contratado, dos Hospitais Cívicos de Lisboa — autorizado a aceitar a equiparação a bolseiro fora do País, de 1 a 20 do próximo mês.

Partidas e Chegadas

Dr. Gualter Marques

Partiu para o estrangeiro, em viagem de estudo, o Dr. Gualter José Marques.

Dr. João Saraiva

Partiu para o estrangeiro, em missão de estudo da sua especialidade, o médico oftalmologista, Dr. João Saraiva.

Dr. Dias Viegas

Partiu para França e Inglaterra, em missão de estudo, equiparado a bolseiro do I. A. C., o Dr. António Dias Viegas, assistente de Urologia do I. P. O.

Dr. Mendonça da Cruz

Partiu para a Suíça, a fim de, como membro do Congresso Internacional de Reumatologia e com o patrocínio do I. A. C., tomar parte nos trabalhos do mesmo Congresso.

FALECIMENTOS

Dr. António Carlos Craveiro Lopes

Faleceu, no dia 12 do corrente, em Carcavelos, o Dr. António Carlos Craveiro Lopes, de 85 anos, pai do Dr. José Craveiro Lopes e tio do sr. Presidente da República.

O extinto cursou, com a maior distinção, a antiga Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, onde foi discípulo de Sousa Martins e contemporâneo da primeira médica portuguesa, a Dr.ª Elisa de Andrade. Logo após a formatura, com 22 anos, entrou, por concurso público, para a secção cirúrgica do Hospital de S. José, onde afirmou brilhantemente as suas qualidades.

Jovem, irreverente, confiante na sua inteligência e plétórico de aspirações, o Dr. Craveiro Lopes, formado numa escola que abria novos horizontes à Cirurgia — bem diferente, então, daquilo que hoje é — foi recebido com certa desconfiança pelos seus colegas mais idosos. No próprio dia em que entrou para o banco de S. José teve uma atitude que ficou célebre.

Ao ver entrar o director do Hospital, que era então Ferraz de Macedo, saltou pela janela do rés-do-chão para o ir cumprimentar. Mas o severo e circunspecto médico não gostou do gesto e repreendeu-o: «Senhor cirurgião do hospital, saltar por uma janela não são termos». Resposta imediata do Dr. Craveiro Lopes: «Para saudar V. Ex.ª saltaria montes e montanhas».

A reputação do jovem cirurgião fez-

-se, contudo, rapidamente e a sua carreira foi uma sucessão de êxitos brilhantes.

Aos trinta anos, era já director de clínica, tendo desempenhado sem soluções de continuidade os cargos de director das enfermarias de Santo Amaro, S. João Baptista e Santo António. A sua elevada posição social e o facto de seu pai — o general Francisco Higinio Craveiro Lopes — ser chefe da Casa Militar de D. Carlos (e depois da de D. Manuel) franquearam-lhe desde muito novo a entrada na Corte, onde era particularmente estimado pelo soberano e pelos príncipes. D. Manuel manifestou-lhe sempre grande amizade e quando do falecimento do seu ilustre pai foi em pessoa apresentar-lhe as suas condolências. Essa amizade havia de se afirmar mais tarde e D. Manuel, já rei, convidaria muitas vezes o Dr. Craveiro Lopes para a sua mesa e para parceiro de «bridge», o «voltarete», como então se dizia.

A fotografia, nessa época uma arte incipiente, era uma das grandes paixões do distinto cirurgião, que guardou uma série de recordações curiosas das estadas da família real no Buçaco.

Como cirurgião, a actividade do Dr. Craveiro Lopes foi ininterrupta até atingir o limite de idade, em 1938, e de tal forma notável que o Governo lhe conferiu um louvor pela sua brilhante carreira hospitalar. Foi médico da Misericórdia de Lisboa e o primeiro clínico português que tratou de doentes por acidentes no trabalho. Possuía a comenda da Ordem de Santiago e as medalhas de ouro de Comportamento Exemplar e Bons Serviços, além de grande número de portarias de louvor. Era sócio correspondente da «Société des Chirugiens de Paris» e de outras associações científicas. Efectuou várias viagens de estudo ao longo da sua carreira e tomou parte, como representante do País, no Congresso Hispano-Português de Urologia, realizado em Madrid em Maio de 1926.

Dr. José Madeira

Faleceu em Lisboa, no dia 7, o Dr. José da Costa Madeira, de 48 anos. Formado em 1930 pela Faculdade de Medicina de Lisboa, concorreu em Novembro do mesmo ano a interno dos H. C. L., obtendo uma das melhores classificações. Terminado o internato, foi escolhido, pelas suas qualidades profissionais e de carácter, para interno graduado. Capitão-médico do quadro permanente, tinha uma honrosa folha de serviços com vários louvores. Entre outras distinções possuía o grau de Cavaleiro da Ordem de Avis, por mérito científico e militar. Mobilizado nos Açores, prestou três anos de relevantes serviços no Hospital Militar da Terceira, acompanhando o período de estacionamento das forças nacionais naquele arquipélago. Passou à reserva, a seu pedido, em 1949. Exercia clínica em Évora, onde contava gerais simpatias pela sua reconhecida proficiência, dotes de carácter e de bondade.

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. Moreais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.º assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bessa (chefe da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroude, 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 Sarmiento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Elísio da Fonseca (Chefe da Rep. dos Serv. de Saúde do Min. das Colónias), Eurico Paes (Endocrinologista), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando da Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), J. Oliveira Machado (Médico dos H. C. L.), J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), Jorge da Silva Araújo (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) e Xavier Morato (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Morais, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrombotomosa do Dispen. de Higiene Social), Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), 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 Gynecologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

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

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

Delegações de «O Médico»: COIMBRA: Casa do Castelo — Arcos do Jardim, 30 e R. da Sofia 49 — ANGOLA, S. TOMÉ E PRÍNCIPE, ÁFRICA FRANCESA E CONGO BELGA — Publicações

Unidade (Sede: Avenida da República, 12, 1.º Esq. — Lisboa; deleg. em Angola — R. Duarte Pacheco Pereira, 8, 3.º — salas 63-64 Luanda). — LOURENÇO MARQUES: Livraria Spanos — Caixa Postal 434 — NOVA GOA: Livraria Singbal.

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

Intogine



ÓVULOS

DE PEQUENAS DIMENSÕES
E COM INTERMÉDIO HIDROSSOLÚVEL

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

Por óvulo

Caixas de 6 e de 12

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