

# O MÉDICO

SEMANÁRIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 86  
23 de Abril de 1953

DIRECTOR E EDITOR:  
**MÁRIO CARDIA**

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

DOENÇA DE OUIDOS?

INFLAMAÇÃO DO OUIDO MÉDIO?



## CILOPRINE

(4-carboximetilamino 4'-aminodifenilsulfona sódica)

O medicamento absolutamente inofensivo permitindo o tratamento conservador causal, *in situ*.

- igualmente em perfurações do tímpano
- cura e acalma as dores
- não tem contra-indicações.

Instilar algumas gotas de 3 em 3 horas.



CILAG, - S. A. - SCHAFFHOUSE - SUÍÇA

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

### SUMÁRIO

	Pág.
ALMEIDA RIBEIRO, FERNANDO DE — O conceito da moral e a profissão .....	353
CAYOLLA DA MOTTA, LUÍS — Infecções pelo Virus da Parotidite Epidémica .....	355
MOVIMENTO MÉDICO — Resumos da Imprensa Médica .....	373

### SUPLEMENTO

	Pág.
A literatura adicionada às especialidades — António José Lúcio .....	321
A Farmácia na Alemanha .....	322
Ecoss e Comentários .....	323
Serviço Social e Medicina — Maria Amélia Couceiro ...	324
O aviso prévio do Prof. Manuel Cerqueira Gomes .....	328
Noticiário diverso	



# MIOCILINAS

FRASCOS SILICONADOS

<b>A</b>	300.000 U.		<b>R</b>	200.000 U. (Infantil)	Cx. 1 — 11\$00
		Cx. 1 — 12\$50		400.000 U.	Cx. 3 — 26\$50
	500.000 U.			Cx. 1 — 14\$00	
		Cx. 1 — 15\$50		Cx. 3 — 40\$00	
	1.500.000 U.			Cx. 5 — 62\$50	
		Cx. 1 — 30\$50		Cx. 10 — 120\$00	
				600.000 U.	Cx. 1 — 17\$00
					Cx. 3 — 49\$00
					Cx. 10 — 150\$00

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

LISBOA

PORTO

COIMBRA

# O conceito da moral e a profissão

FERNANDO DE ALMEIDA RIBEIRO

(Prof. da Fac. de Medicina de Coimbra)

É sem dúvida um truismo (para usar da maneira inglesa) a afirmação de que a moral varia no espaço e no tempo. Mas não corresponde menos a uma verdade, embora esta não seja já tão evidente, o dizer que os modos de ver sobre a virtude podem variar, com apreciável amplitude, numa determinada época e num determinado lugar, com a profissão. E isto, bem entendido, tendo em vista apenas o que respeita as profissões propriamente ditas, quero dizer — lícitas, honestas e servidas por pessoas socialmente normais, de intenções louváveis e reputadas, no tempo e no lugar, como gente de bem.

Resultam estas diferenças da formação (alguns serão tentados a dizer: da deformação) profissional respectiva.

Não admira, pois, que certas disposições legais do direito constituído ou de direito constituído tenham acolhimento íntimo diferente da parte dos juristas e da parte dos que o não são, e nomeadamente dos médicos.

Duma maneira geral, pelo próprio facto dos seus estudos, das lições recebidas dos mestres e da preparação e prática actuante do modo social da vida que escolheram, os juristas, e sobretudo os magistrados, claviculários das leis, estão inclinados a aceitar como «sábias e justas» as disposições que os poderes reconhecidos competentes tenham estabelecido e a procurar respeitá-las meticulosamente, enquanto durarem, tão inteiramente como nelas se contenha.

Decerto, há-de haver casos em que se encontre entre os juristas quem tenha dificuldade em conformar-se com certas disposições que lhes cumpra aplicar mas que contrariem fundamentalmente os velhos conceitos de justiça e de moralidade a que tivessem já dado, anteriormente, a sua aceitação. Quero acreditar que nem todos os juristas, senão todos os magistrados, do III Reich não-de ter aceitado como morais todas as regras legais então neo-formadas e prescritas. Mas a tendência natural da profissão do jurista será levá-lo a reconhecer que o que é legal é moral, e que não pode haver moral fora da legalidade.

Já o prestígio da lei, só por que é lei, não terá tanta força para se impor ao médico, sobretudo quanto contrarie, ou a ele parecer que contraria, as regras que a sua profissão, através de uma longa elaboração e transmissão secular, lhes fixou na consciência como respeitáveis. Isto, embora paralelamente, mas em sentido contrário do que pode excepcionalmente acontecer com os juristas, também médicos haja que, com relativa facilidade, se sintonizem com normas legais que impliquem o abandono da orientação até aí seguida dentro do exercício da Medicina. Não foram nem um nem dois apenas, nem dos menor categoria mental e científica, os médicos do III Reich que, ao abrigo dos ditames legais, se entregaram complacentemente e porventura entusiasticamente à execução de práticas de experimentações perigosas, e mesmo de resultados mortais, *in anima nobili*.

Claro é que as referências que acabam de ser feitas a condições tão excepcionais, que não observáveis e decerto nunca poderão vir a sê-lo em Portugal, apenas têm o propósito de, por uma grande ampliação, tornar mais compreensível a possibilidade de surgência de discordâncias entre os conceitos dos médicos e os dos juristas e sobretudo os dos, entre os segundos, para quem a moral seja acima de tudo o que considerem — bem ou mal — a utilidade do Estado.

Estas discordâncias são quase sempre muito atenua-

das, pelos esforços de uns e de outros para a compreensão mútua. E isso é bem patente no que respeita ao segredo, abrangendo o segredo médico, cujo culto pelos respectivos profissionais tem origens milenárias. Se nalgumas legislações de países civilizados não se cogita da admissão da respeitabilidade e da necessidade desse segredo, noutras e entre elas na portuguesa vai-se ao ponto de prescrever a obrigatoriedade dele, na generalidade dos casos, só o dispensando, ou mesmo proibindo, em circunstâncias excepcionais, para os quais seja reputada de manifesto e prevalente interesse público a inobservância de tal preceito.

Mas, se os médicos facilmente se convencem da necessidade da mitigação das regras do segredo absoluto em casos, como o da participação obrigatória de certas doenças e outros em que a protecção do interesse público não implica uma lesão dos interesses materiais ou morais do cliente ou da sua memória ou da honra das famílias, já essa facilidade para eles pode não existir quando seja de vislumbrar tal lesão.

Está o médico talvez mais predisposto do que o jurista para descortinar, através dessa lesão imediata do interesse particular, a também verdadeira, embora mais remota lesão no próprio interesse geral, pela minoração da confiança que qualquer membro da sociedade, mesmo indigno, possa depositar no médico a quem seja tentado a recorrer para garantia da saúde e vida próprias ou de gente a quem deseje valer.

É difícil encontrar exemplos mais frisantes dessas eventualidades do que aquelas que podem ser suscitadas pelas práticas do aborto criminoso.

Não precisam os juristas de explicar aos médicos quão grande é o prejuízo social ocasionado pelas tão numerosas provocações voluntárias de interrupção de gravidez sem qualquer espécie de necessidade de protecção da vida ou mesmo da saúde da grávida. Direi até que, melhor ainda do que pelos juristas, é esse perigo conhecido e avaliado pelos médicos; pois ao conhecimento dos primeiros só chega uma parte mínima dos casos de que os segundos são sabedores, dada a frequência com que a estes recorrem as criminosas passivas, simultaneamente vítimas, das perigosas intervenções destruidoras duma gravidez em evolução, quando não os próprios agentes activos das manobras realizadas, uma vez produzidos os efeitos inquietantes e assustadores.

O número total de profissionais, parteiras e, infelizmente também, algumas vezes, médicos, que deslizam para o campo criminal de abortadores habituais não é pequeno nos meios urbanos. E a tal ponto que, à grávida que não deseja parê-lo, nem, portanto, que a sua gravidez se prolongue, não se torna necessário o recurso a criaturas sem conhecimentos obstétricos ou fornecedores de beberagens que outrora tão em moda estiveram e produziram tantos envenenamentos, dos quais a expulsão do produto da concepção, frequentemente, não era senão um dos sintomas finais, predecessores da morte.

As manobras directas sobre o útero grávido e o seu conteúdo também nos pequenos centros e nos campos se vão tornando cada vez mais frequentes e encontram cada vez mais quem a elas se preste, passiva ou activamente. É triste, mas é inevitável ter de se reconhecer que assim é!

É compreensível que os juristas, apesar de, como se costuma dizer — «não saberem da missa a metade», saibam dela o bastante para se sentirem indispostos pela verificação de quão raro é, na prática, apanhar na rede da lei não já apenas aquelas, as abortadas, para quem essa mesma

lei determina atenuantes se foram movidas pelo desejo de ocultar a sua desonra, mas também aqueles para quem a lei comina agravantes de responsabilidade quando realizadores de práticas abortivas injustificáveis, fonte criminosa de lucros materiais com falseamento não só dos deveres gerais mas ainda dos particulares da respectiva profissão.

O próprio médico, chamado a acudir a uma rapariga ou mulher arriscada a morrer por hemorragia ou infecção resultante duma provocação de aborto criminoso, e tornado sabedor de, como e por quem, o crime foi activamente cometido, estimaria que a Justiça pudesse pôr cobro a nefastas actividades futuras das ou dos *profissionais* desse crime. Mas sente que o descobrimento deles implicaria quase sempre o da sua doente, vítima sim, mas, além disso, criminosa ela também!

Este será sempre o principal motivo da sua inibição como esclarecedor da justiça. Bem maior do que aquele (em todo o caso também de valor apreciável) que possa eventualmente originar-se no facto de ser quem realizou as manobras abortivas ou, mais raramente, forneceu ou aconselhou drogas ou beberragens a pessoa que solicita a intervenção salvadora do clínico para a criação em perigo.

Neste assunto de crime de aborto, a posição do médico que socorre a mulher, é sempre delicada e ingrata e pode dar até, uma ou outra vez, origem a levantamento de injustas suspeitas acerca da verdadeira natureza da sua intervenção: já tem acontecido ser reputado como autor do malefício aquele que acode a remediar-lhe os efeitos. Suspeitas dessa espécie não atingirão facilmente um velho médico, de reputação feita e moralidade consagrada; mas já a mesma protecção contra a possibilidade do seu levantamento não a terá sempre o médico novo, acabado de estabelecer-se. Daí a sugestão, que não é de agora, ao jovem prático que se encontra em tão molestas circunstâncias, da conveniência de obter que o segredo seja partilhado por um colega mais antigo, de inabalável reputação.

\*

Não faltam ao médico, no decurso da sua prática clínica, embaraçosos ensejos que nele façam surgir conflitos de consciência. Mas os mais frequentes, senão sempre os mais graves, levantam-se a propósito do segredo profissional.

O legislação recente aplicável ao segredo médico vem dar maior frequência de surgência desses dramas de que o médico é a vítima e o seu foro íntimo o teatro. Isto, que já seria natural esperar em face da letra da lei, depreende-se que já se tem realizado na prática mais do que uma vez desde que se leia o muito douto parecer do venerando Conselho Consultivo da Procuradoria Geral da República de 26 de Abril de 1952, publicado no Diário do Governo n.º 177, da II série, de 28 de Julho de 1952 e no Boletim do Instituto Nacional de Trabalho e Previdência (n.ºs 13 a 16-Julho e Agosto de 1952) e que o n.º 80 do IV Ano de «O Médico» benemêritamente reproduziu, e todos os médicos devem atentamente ler.

A doutrina do notável parecer citado é a de que: «não é de invocar o segredo profissional por médico assistente de pessoa falecida em relação à qual haja suspeita de ter provocado aborto criminoso para se eximir a depor em processo penal».

Tal doutrina, de resto, já bem se deveria depreender da lei, cuja letra não se presta a quaisquer dúvidas razoáveis. Com efeito, o Decreto-Lei n.º 32.171, de 29 de Julho de 1942, é muito preciso no Artigo 7.º e seus parágrafos 1.º e 2.º, no que respeita a esse ponto.

«Art.º 7.º — O médico que revelar em prejuízo de outrem e sem justa causa segredo que vier ao seu conhecimento directo em razão da sua profissão será condenado em prisão até seis meses».

«§ 1.º — Há *justa causa* quando a revelação se torne necessária para salvaguardar interesses manifestamente superiores».

«Em especial verifica-se a *justa causa*:

1.º — Quando a revelação à autoridade seja imposta por lei, como no caso dos n.ºs 1.º e 3.º do Artigo 4.º;

2.º — Quando haja suspeita de qualquer crime público.

§ 2.º — O médico não poderá recusar-se a depor em processo penal nos casos indicados no parágrafo anterior, a não ser que a pessoa assistida possa incorrer em responsabilidade penal».

Desta forma, é claramente determinada ao médico não apenas a dispensa da obrigação de manter o segredo, mas até a *obrigação de o não manter*, quando chamado a depor, em casos de suspeita de qualquer crime público, a pessoa assistida esteja já livre, pela morte, de incorrer em responsabilidade penal; e, portanto, no caso de morte de uma mulher que tenha sido ré e vítima de crime de aborto.

Não se esquece o douto parecer, logo de entrada, de sublinhar a clareza da lei, ao tempo em que reconhece que, apesar dela, «não foi possível ainda fazer ingressar a doutrina legal na convicção geral da classe médica ao colaborar com os tribunais». Não seria fácil sintetizar de forma mais precisa e luminosa a conclusão a tirar de que em casos de processos «de aborto em que se deu o falecimento da pessoa assistida e sobre a qual recaiam suspeitas de ter provocado aborto criminoso, alguns médicos, por sua iniciativa ou por determinação da Ordem dos Médicos, escudam-se no segredo profissional para se eximirem a depor naqueles processos».

Seria talvez menosprezar a inteligência desses médicos o supor que eles, procedendo assim, uma vez sabedores do texto legal, não reconhecem que incorrem na falta de cumprimento do que esse texto determina. Ainda menos parece de aceitar que esse reconhecimento não seja tido pela Ordem dos Médicos. A lei não se afigura susceptível de duas interpretações.

E creio que a eventual consulta do médico assistente aos corpos directivos da sua Ordem não visará a iluminar-se sobre o alcance, de si claro, da disposição aplicável, nem, predominantemente pelo menos, ao propósito de tentar pôr a coberto, total ou parcialmente, a própria responsabilidade da inobservância, procurando transferi-la ou deli-la para ou em aqueles Corpos.

O motivo principal dessa consulta há-de ser, suponha eu, o pretender o médico, dadas as circunstâncias especiais do caso concreto, certificar-se de se, na ética tradicional médica, é de aprovar ou não o procedimento que projecta ter, ou que já teve.

Ora, como os da Ordem são, naturalmente, médicos também, não é de admirar que eles tenham um modo de ver coincidente com o do colega, embora prudente mas tão escrupuloso que se preocupe mais com o sossego da própria consciência do que com a comodidade física pessoal, que lhe adviria da simples, rápida e materialmente fácil conformidade com a disposição vigente.

O eventual procedimento discordante da estrita legalidade, do médico ou da Ordem, resultam, pois, como muito bem o diz o douto parecer, de não ter sido «ainda possível fazer ingressar a doutrina legal na convicção geral da classe médica».

E haverá essa possibilidade? Eis uma pergunta que os juristas terão por despropositada, mas que aos médicos não se apresentará como absurda; precisamente porque a formação (ou deformação) profissional nuns e noutros é diferente!

A lei, com a natural conformidade dos juristas, permite o segredo médico em casos criminais para salvaguarda da pessoa viva que seja vítima e culpada; e já não se interessa pela salvaguarda da memória dela, quando morta. Mas desta última salvaguarda e do sossego e honra das famílias o médico dificilmente deixará de cogitar.

Uma vez, será alguma rapariga solteira tida por virgem que um descuido sexual levou à gravidez, que oculta, eventualmente até da própria mãe; resvala no crime da provocação do aborto e morre vítima dele. Outra vez, será uma mulher casada com o marido no Ultramar, que, por obra de outro, engravidou, se faz abortar e morre. Pode

ser bastante difícil para quem tenha recebido a influência das doutrinas éticas da medicina, milenariamente transmitidas até ele, dos velhos aos novos, dos mestres aos discípulos, ir com a sua palavra concorrer para que a família e os conhecidos da morta fiquem sabendo que ela não merecia a reputação de honestidade de que gozava. E assim surge o drama da perplexidade do médico que desejaria poder cumprir estritamente a lei, mas se sente inibido de o fazer, pela preocupação de não concorrer para a desonra da memória da falecida ou para aumentar os motivos da consternação da família atribulada.

Tais conflitos de consciência serão tanto mais fáceis de produzir-se e tanto mais intensos quanto o médico mais reflexivo e escrupuloso for e menos apegado à própria comodidade e segurança; pois é de ver que o seu interesse pessoal e egoísta seria sempre coincidente com o cumprimento exacto e pronto da determinação legal.

Não é humanamente possível impedir que o médico — *cura dos corpos* — tenha tendência a paralelizar a sua posição com a de padre — *médico das almas*. O exercício da medicina é profissão; mas sacerdócio também. Assim como o exercício da clerezia não é apenas sacerdócio; mas em geral ainda profissão, que, justo é, garanta a existência de quem a tem. Mais profissão, menos sacerdócio, além; mais sacerdócio menos profissão aqui? É natural. Mas, simultaneamente, uma e outra coisa, em ambos os casos!

E o médico não deixará de pensar que, se convidado por eventual ditame legal a revelar segredos confessionais em certas emergências semelhantes àquelas em que o médico é legalmente obrigado a revelar o que só pelo exercício da sua profissão lhe chegou ao conhecimento, em casos de aborto, o padre não obedeceria à determinação civil e respeitaria a determinação canónica. Por certo em Portugal não se levantarão jamais para os padres semelhantes dificuldades; e o médico pode razoavelmente ambicionar que, para ele próprio, médico, tais dificuldades não sejam levantadas.

\*

Pelo que fica dito, afigura-se-me que seria melhorada a disposição se nela viesse a ser feita a supressão do § 2.º do seu artigo 7.º citado.

Havendo *justa causa*, ficaria o médico desobrigado

de guardar o segredo, mas não seria obrigado a revelá-lo. Ao tribunal interno da sua consciência ficaria entregue a decisão do procedimento a seguir. E o médico resolveria se as vantagens sociais da parcela de auxílio à Justiça resultantes da sua revelação como depoente compensariam a lesão dos interesses materiais e morais do cliente vivo ou morto e aquela que também assim se podesse fazer no interesse público geral, pela diminuição da garantia da confiança a ser tida, por um eventual criminoso doente ou por quem a ele quisesse acudir, no procedimento do médico, a que pretendessem recorrer, não só sem prejuízo da sua segurança mas também sem perigo de desdouro da sua memória, ou aumento de aflições da família.

As denúncias, a prova testemunhal, a demonstração pericial, a própria participação (já se tem visto) ou a confissão da interessada, simultaneamente ré e vítima do crime, ou dos agentes activos deste restariam à disposição da Justiça, na falta de depoimento que o médico assistente entendesse não dever ser feito. E dar-se-ia à classe médica uma prova de confiança, que se me afigura merecida.

Não desapareceriam as perplexidades, as dúvidas, os conflitos íntimos de motivações no espírito do médico, no qual ainda aumentaria o sentimento da própria responsabilidade, por ficar entregue à prudência e honestidade do seu arbítrio, eventualmente esclarecido por consultas que entendesse fazer, a decisão a tomar, a qual poderia variar conforme as circunstâncias especiais do caso.

Não é de rejeitar, com efeito, a possibilidade de o médico, certificado de o facto criminoso estar claramente estabelecido e divulgado no respeitante à sua cliente, independentemente das suas declarações, entender serem estas desejáveis e fazê-las de boa vontade, no empenho de auxiliar a Justiça na repressão dos culpados activos do delito. Ou até a de que o médico, mesmo não convidado para depor, entendesse fazer uma espontânea participação dos factos, dada a autorização ou até solicitação recebida da vítima do crime, dela própria e alheio.

Desta forma, nunca um médico consciencioso, meticoloso observador do que reputasse os ditames da boa ética da profissão se veria arriscado ao labéu de não cumpridor dos seus deveres legais. E não deixaria ele, quando a consideração das circunstâncias do caso da espécie lho permitisse à sua consciência, de concorrer para facilitar o combate da Justiça contra o que ele muito bem sabe que constitui um verdadeiro flagelo social.

# REVISÃO DE CONJUNTO

## Infecções pelo Virus da Parotidite Epidémica <sup>(\*)</sup>

(Conclusão)

LUIS A. C. R. CAYOLLA DA MOTTA  
(Médico da D. G. S., Interno dos H. C. L.)

### 3.ª Parte: (Diagnóstico Diferencial, Diagnóstico Biológico, Terapêutica, Profilaxia e Referências Bibliográficas)

#### VIII) DIAGNÓSTICO DAS INFECÇÕES PELO VIRUS PAROTIDIANO

Fácil nos casos típicos da infecção, o seu diagnóstico pode ser mais difícil nas formas discretas e benignas e tornar-se, até, extraordinariamente difícil nas formas atípicas, muito especialmente naquelas em que nunca surgem quaisquer sinais, clinicamente aparentes, das glândulas salivares.

Nos primeiros casos os sinais físicos — ou clínicos — são absolutamente suficientes para um diagnóstico preciso, em especial quando se verifica uma epidemia da doença e, muito particularmente, quando o meio é favorável: escolas, quartéis, etc.

Nos últimos casos, mesmo que a suspeita clínica ou epidemiológica exista, só as provas biológicas específicas permitem o seu esclarecimento etiológico preciso.

#### VIII') DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial põe-se, quer para as formas salivares, quer para as formas atípicas.

Se estas surgem, entretanto, no decurso da evolução de formas parotidianas típicas, o seu diagnóstico diferencial é bastante mais fácil, pois a suspeita de especificidade etiológica da-

(\*) A 1.ª Parte desta revisão e actualização de conjunto (*Introdução, História, Etiologia, Patogenia, Anatomia Patológica e Epidemiologia das Infecções pelo Virus da Parotidite Epidémica*), foi publicada em «O Médico», Vol. I (n.º 84): pág. 323 a 331; 1953.

A 2.ª Parte (*Formas Clínicas, Sintomatologia, Evolução, Complicações e Prognóstico das Infecções pelo Virus da Parotidite Epidémica*), foi publicada em «O Médico», Vol. I (n.º 85): pág. 339 a 351; 1953.

quelas é então legítima e quase segura. Nestes casos as provas biológicas específicas podem-se dispensar, portanto, na prática corrente.

#### A) Diagnóstico Diferencial das Formas Salivares Típicas

Vejam agora, brevemente, quais são as afecções com que as formas parotidianas e outras formas salivares desta infecção se podem mais frequentemente confundir e com as quais o diagnóstico diferencial se terá de pôr.

Não nos devemos, entretanto, esquecer que a parotidite epidémica é a afecção mais frequente da parótida e das restantes glândulas salivares (J. Erick, Meiklejohn, etc.), argumento a ponderar em todos os casos de diagnóstico diferencial desta doença.

As outras afecções com que, habitualmente, a parotidite epidémica mais se pode confundir, são as *parotidites infecciosas inespecíficas*

Destas, as mais frequentes são as *agudas*, geralmente de origem estafilocócica e estabelecidas, quer por invasão directa, a partir de infecções da boca e anexos, quer, metastaticamente, por via hemática ou linfática. Entretanto, a febre é mais elevada do que na parotidite epidémica, os sinais locais são habitualmente mais violentos, o «*trismus*» é constante e são frequentes as descargas purulentas através dos ductos salivares. Além disso, existe sempre uma leucocitose elevada, ao contrário do que sucede nas infecções salivares por vírus.

As *sialoadenites inespecíficas crónicas*, associadas geralmente a calcrose dos ductos salivares, têm uma marcha mais arrastada, cortada por algumas exacerbações agudas. Mesmo quando se não comprova leucocitose marcada, existe sempre, nestes casos, uma neutrofilia relativa, que não surge nunca nas formas epidémicas simples; aquelas formas são, além disso, mais frequentes em indivíduos idosos, ao contrário do que sucede nestas últimas.

Estão descritas também *parotidites tóxicas*, por iodo, chumbo, mercúrio, etc., mas o seu diagnóstico é, em regra, fácil por se acompanharem sempre de outras manifestações, mais ou menos típicas, de iodismo, saturnismo, hidragirismo, etc. (E. Coutinho).

Não são raras as hipertrofias dolorosas das glândulas salivares, motivadas pelo encravamento de *cálculos salivares* nos respectivos ductos. Muito raras nas parótidas, tais cálculos são relativamente frequentes nas sub-maxilares (Erick).

Estes casos, além de não manifestarem febre, são facilmente diagnosticados pelo exame roentgenológico.

A *inflamação tuberculosa das glândulas salivares* é rara, mas é, geralmente, facilmente diagnosticada pela presença habitual de outras infecções tuberculosas da vizinhança (boca, gânglios linfáticos, etc.).

Muito mais raras ainda são as *sialoadenites sífilíticas*, que só podem ser diagnosticadas com precisão por biópcia.

É rara também, embora um pouco mais frequente, a *actinomicose das glândulas salivares*, mas o seu diagnóstico é muito fácil pela fistulização múltipla e pús característico.

A sublingualite específica pode, por vezes, confundir-se com uma retensão quística — a *rânula* —, não rara, mas que é indolor e nunca se acompanha de febre.

Com maior frequência, tem sido erradamente diagnosticada, de parotidite epidémica, uma afecção de etiologia ainda desconhecida, o *síndrome de Mikulicz*, que consiste, essencialmente numa hipertrofia das glândulas salivares e lacrimais, sem quaisquer sinais gerais. Neste síndrome a hipertrofia inicia-se pelas glândulas lacrimais, só mais tarde sendo atingidas as sub-maxilares e, depois, as parótidas.

Nesta fase a confusão pode admitir-se, uma vez que o vírus parotidiano pode atacar simultaneamente aqueles três grupos de glândulas. Entretanto, a falta de febre, cefaleias e todos os outros sinais gerais, bem como o estudo das imagens citológicas na saliva dos doentes (já por nós referido) esclarecem facilmente o diagnóstico, que, nos casos daquele síndrome pode ser finalmente corroborado definitivamente por biópcia (Sohier, Erick).

Sohier cita a existência de *outras hipertrofias parotidianas não específicas* (por agentes diferentes do vírus de que nos ocupamos nesta revisão de conjunto) que podem surgir, inclusive sob forma epidémica, em certas zonas tropicais, e que têm sido descritas, com o nome de «*mangy*», sobretudo em Madagáscar, na Indochina e em certas regiões da África Equatorial Francesa.

Conhecem-se ainda casos de *parotidites inflamatórias em doentes sofrendo de diversas formas de disenteria* (amebiana, bacilar, balantidiana, etc.), mas cuja verdadeira etiologia é desconhecida, não sendo, entretanto, devidas ao vírus parotidiano, como já foi bem comprovado (Sohier).

Em *alguns casos de perturbações alimentares e vitamínicas*, têm-se citado, também, sialoadenites, sobretudo da parótida e que sempre regressam com o equilíbrio dietético (Sohier, Erick).

Tem-se referido ainda a hipertrofia inflamatória de algumas glândulas salivares e lacrimais em casos de sarcoidose ou doença de Besnier-Boeck (*forma uveo-parotidiana desta afecção*), que se pode facilmente confundir com o síndrome de Mikulicz e, mais raramente, com a parotidite epidémica. A história da evolução da doença, o estudo citológico da saliva colhida dos ductos respectivos e, finalmente, a biópcia esclarecem sempre estes casos.

Finalmente, o diagnóstico diferencial das formas salivares da parotidite epidémica, tem que fazer-se com os *tumores das glândulas salivares*, dos quais os mais frequentes são os tumores mixtos e, depois, os adenocarcinomas.

Mas, em todos estes últimos casos o diagnóstico diferencial é bastante fácil, pela história progressiva, evolução e exame local. O tipo do tumor só pode ser, entretanto, confirmado, com precisão, por meio de biópcia.

#### B) Diagnóstico Diferencial das Formas Atípicas e Extra-salivares

Não podemos, para nos não alongarmos excessivamente, entrar em detalhes a propósito do diagnóstico diferencial das diversas localizações extra-salivares de infecção parotidiana, assunto, de resto, de muito menor importância do que o das localizações salivares, não só porque estas são as mais frequentes entre as formas clinicamente aparentes, como também porque aquelas costumam habitualmente acompanhar ou seguir estas últimas.

Como se compreende, o diagnóstico diferencial é fácil nestes casos, uma vez que eles foram acompanhados ou precedidos por uma infecção parotidiana epidémica típica. Entretanto, a confirmação etiológica só nos pode ser dada pelas provas biológicas específicas, como atrás se apontou, a propósito das diversas localizações atípicas.

Nas formas atípicas isoladas é que o diagnóstico é extremamente difícil e, para estes casos, existem sempre numerosas hipóteses etiológicas a considerar, que é preciso investigar uma a uma, para finalmente concluir.

Para só nos referirmos às mais frequentes, temos, por exemplo, as orquites parotidianas, as ooforites parotidianas, as pancreatites parotidianas, as lesões parotidianas do ouvido interno e do VIII par craniano e, sobretudo, as meningites e meningo-encefalites parotidianas, quando surgem isoladamente.

Não vamos, entretanto, fazer novas considerações acerca do diagnóstico diferencial respeitante a estas localizações parotidianas isoladas, uma vez que já atrás se apontaram, não só os principais dados, clínicos e laboratoriais, sobre os quais devem assentar os seus respectivos diagnósticos, como também as afecções com que mais frequentemente aquelas se podiam confundir e, ainda, como se deve fazer a sua destrição.

De resto, serão tratados, a seguir e com maior pormenorização, todos os processos de diagnóstico biológico das infecções parotidianas em geral, que são os únicos que permitem o diagnóstico etiológico seguro de todas as formas atípicas.

### VIII") DIAGNÓSTICO PRÓPRIAMENTE DITO DA INFECÇÃO PAROTIDIANA. DIAGNÓSTICO BIOLÓGICO

#### A) Diagnóstico Clínico

Como atrás se disse e por motivos óbvios os métodos físicos de observação, isto é os métodos clínicos correntes, são mais do que suficientes na prática geral, para o diagnóstico dos casos atípicos e, até, das formas e localizações extra-salivares, quando estas ocorrem no decurso da evolução daqueles.

Baseiam-se na história progressiva cuidadosa, no conhecimento do meio e dos seus estados nosológico e epidemiológico actuais e na observação cuidada dos doentes.

Não repetiremos, evidentemente, as características epidemiológicas da afecção, nem os sintomas (subjectivos e objectivos) mais típicos, de cada uma das formas e localizações, por já atrás descritos (ver, respectivamente, 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> Partes desta revisão de conjunto).

#### B) Diagnóstico Laboratorial ou Biológico

Preferimos o termo de métodos de diagnóstico biológico ao de métodos de diagnóstico laboratorial, por aquele ser mais extenso e apropriado.

Estes métodos de diagnóstico, absolutamente dispensáveis na prática corrente, em todos os casos típicos, sem ou com localizações extra-salivares, têm, em nosso entender três grandes campos

Um produto original "Delta"

# HIDROBIÓTICO-H

Sulfato de Dihidroestreptomicina + Hidrazida do ácido Isonicotínico  
em associação sinérgica

## COMPOSIÇÕES:

### NORMAL

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de Sulfato)	0,50 Gr.
Hidrazida do Ácido Isonicotínico . . . . .	0,10 Gr.
Água bidestilada apirogénica . . . . .	3 c. c.

### FORTE

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de Sulfato)	0,50 Gr.
Hidrazida do Ácido Isonicotínico . . . . .	0,20 Gr.
Água bidestilada apirogénica . . . . .	3 c. c.

## APRESENTAÇÃO:

NORMAL			FORTE		
1 Dose . . . . .	Esc.	15\$00	1 Dose . . . . .	Esc.	15\$50
3 Doses. . . . .	Esc.	43\$00	3 Doses. . . . .	Esc.	44\$50
5 Doses. . . . .	Esc.	70\$00	5 Doses. . . . .	Esc.	71\$50
10 Doses. . . . .	Esc.	138\$00	10 Doses. . . . .	Esc.	139\$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

# Nembutal

de acção breve,  
só requiere

**1/2 da dose**

em comparação  
com muitos outros barbitúricos

Como a dose de NEMBUTAL é pequena (metade, aproximadamente, em comparação com outros barbitúricos) tem que inativar-se menor quantidade do produto, e há pouca tendência para o efeito acumulativo e as reacções secundárias tardias. Regulando a dose de NEMBUTAL de acção breve, pode-se obter exactamente o grau de depressão adequado, desde a sedação ligeira até à hipnose profunda. No adulto médio, uma dose de 0,10 a 0,20 gm. (1-2 cápsulas de NEMBUTAL) provoca rápida e profunda hipnose, se o doente se encontrar em ambiente tranquilo; o efeito prolonga-se cerca de seis horas, inactivando-se neste período toda a dose. O NEMBUTAL é apresentado em frascos de 10 e 25 cápsulas a 0,1 e 0,05 gm.

Em doses iguais, por via oral nenhum outro barbitúrico combina  
**UM EFEITO MAIS RÁPIDO, MAIS BREVE E MAIS PROFUNDO, que o NEMBUTAL**

**Nembutal\***  
MARCA REGISTADA

(Pentobarbital Abbott)

INFORMAÇÕES MAIS COMPLETAS E LITERATURA PORMENORISADA SÃO FORNECIDAS POR :

**ABBOTT LABORATÓRIOS, L.<sup>DA</sup>** · Rua Joaquim António de Aguiar, 43 r c. Dt.<sup>o</sup>  
LISBOA — PORTUGAL

de aplicação: 1.º) Na confirmação do diagnóstico de todas as formas suspeitas e de todas as formas atípicas, especialmente das extra-salivares (e muito particularmente nos casos de meningites ou meningo-encefalites, orquites, pancreatites e lesões do ouvido interno pelo vírus parotidiano, sobretudo quando surgem isoladamente); 2.º) Na efectivação de inquéritos de investigação, epidemiológica ou outra, para pesquisa das formas ligeiras, discretas, latentes e atípicas de infecção pelo vírus parotidiano, por exemplo entre os conviventes dos casos típicos, entre os doentes de uma enfermaria de casos de meningites linfocitárias, entre um grupo de doentes que sofreram de orquites ou pancreatites de etiologia desconhecida, entre mulheres ou homens sofrendo de esterilidade, ou, ainda entre uma dada massa populacional, representativa da população geral; e 3.º) Como meio seguro de diagnóstico retrospectivo, em qualquer das condições atrás apontadas, a título de exemplo, ou em outras.

Note-se que, em qualquer destes três grandes campos de aplicação dos métodos de diagnóstico biológico e, muito particularmente no segundo e no terceiro, só se devem empregar os métodos biológicos específicos (isolamento do vírus ou, o que é muito mais frequente, reacções serológicas ou cutâneas específicas) para se poder chegar a um resultado seguro.

Na realidade, existem, além destes, alguns outros métodos biológicos inespecíficos que nos podem ser, entretanto, extremamente úteis, não nas investigações epidemiológicas e outras, mas em clínica. Sendo muito mais fáceis, acessíveis, práticos, rápidos e económicos do que os métodos específicos e estando, ainda, ao alcance mais fácil de qualquer laboratório, compreendem-se bem a sua importância e o seu interesse na clínica, uma vez que nos podem dar já fortes presumpções de um diagnóstico correcto.

#### 1) Métodos Inespecíficos de Diagnóstico Biológico da Infecção Parotidiana

Já nos referimos atrás, ocasionalmente, a algumas das provas biológicas inespecíficas que se podem realizar em casos de infecção parotidiana e que nos podem fornecer dados de presumpção diagnóstica nos casos suspeitos.

Estas provas são mais simples e económicas do que as específicas e permitem respostas muito mais rápidas do laboratório.

Essencialmente, essas provas consistem em análises comuns de sangue, urina e líquido céfalo-raquidiano e são efectuadas no sentido de se procurar conhecer, por exemplo, o número de leucocitos e fórmula leucocitária no sangue circulante, a velocidade de sedimentação, as taxas de amilase no sangue e na urina, a pressão do líquido céfalo-raquidiano, a sua aparência e o seu conteúdo em proteínas, glucose e cloretos e o número e espécies de células que contém.

Mais recentemente, têm-se desenvolvido ainda os exames citológicos da saliva dos doentes (Sohier).

De uma maneira geral, todas estas provas se podem efectuar e são, habitualmente positivas (nos sentidos adiante indicados), não só nos casos típicos de parotidite epidémica, como também nas formas atípicas extra-salivares. Recordemo-nos, por exemplo, que já atrás se disse: que embora o aumento da amilase seja mais elevado nas pancreatites parotidianas, existe também em quase todas as formas parotidianas simples, que em cerca de 80% dos casos de parotidite epidémica se podem comprovar certas alterações da composição citológica do liquor, mesmo que não existam quaisquer sinais clínicos de meningismo, etc.

Entretanto, alguns resultados obtidos por estas provas inespecíficas são, com maior frequência ou com maior intensidade, positivos em umas formas de infecção parotidiana, do que em outras, por motivos óbvios.

##### a) Exames Hematológicos

Os exames citológicos do sangue periférico e da medula, efectuados em milhares de casos de infecção parotidiana, não complicados por outras afecções secundárias, têm demonstrado que o número de glóbulos rubros é sempre normal e que só na série branca se podem comprovar alterações (van Rooyen).

Estas alterações consistem, essencialmente, em um aumento, pelo menos relativo mas com frequência também absoluto, do número de linfocitos, em praticamente 100% das formas, típicas e atípicas, da infecção parotidiana (Wesselhoeft, van Rooyen, Kolmer, etc.). Também é frequente o aumento relativo do número de monocitos (Sohier).

O número total de leucocitos pode ser normal, ou estar diminuído (em regra trata-se, nestes casos, de leucopénias moderadas), ou aumentado. Em qualquer dos casos, há sempre linfocitose

relativa, da ordem dos 40-45%, e, por vezes absoluta, podendo constatarem-se até 15.000 linfocitos por mm<sup>3</sup>. A monocitose relativa nunca é tão constante nem tão marcada, mas é também frequente.

Estas alterações da fórmula leucocitária constatarem-se sobretudo, do 1.º ao 14.º dia da evolução das formas típicas ou atípicas, regressando em regra à normalidade, após a segunda semana.

Em muitos casos de orquite e nas formas parotidianas bilaterais mais graves, é frequente uma leucocitose de 15.000-18.000, por vezes com neutrofilia, havendo também entretanto sempre um aumento do número absoluto de linfocitos e monocitos (Wesselhoeft).

A velocidade de sedimentação globular está, regra geral, normal ou pouco aumentada, com excepção dos casos de orquite, de pancreatite e de meningite ou meningoencefalite específicas em que o seu aumento costuma ser bastante mais pronunciado. Este aumento parece ser máximo nos casos de orquite; um aumento brusco da V. S. em um caso de parotidite epidémica deve pôr-nos imediatamente de sobreaviso contra a possibilidade do aparecimento de uma orquite específica (Candel).

Finalmente, o aumento da taxa de amilase no sangue (valores normais: de 70 a 200 mg. de glucose, a partir de amido, por cada 100 c.c. de soro sanguíneo — segundo Kolmer) comprova-se, com frequência, sobretudo durante os primeiros dias da doença, em cerca de 80-90% dos casos de parotidite epidémica típica, mesmo nas formas monolaterais e ligeiras, ao contrário do que antigamente se pensava, de que esse aumento só existiria nos casos com compromisso pancreático específico (Meiklejohn). É evidente que a hiperamilasemia é habitualmente mais marcada nestes últimos casos, muito especialmente durante a primeira semana da sua evolução; entretanto, em alguns casos de parotidite bilateral marcada, os valores da amilase sanguínea podem ser mesmo mais elevados do que em certas pancreatites específicas (Applebaum).

##### b) Exames da Urina

Não é rara a comprovação de um aumento da diastase sanguínea — de 30 a 200 u./c.c. — na urina (amilasúria), em um grande número de casos típicos e, especialmente, nas formas mais graves e nas pancreatites parotidianas.

Excepto nos raríssimos casos em que se verifica compromisso renal, as restantes características reveladas por um exame banal de urinas, são normais, nos casos de infecção parotidiana (van Rooyen, Gordon, Feiling, etc.).

##### c) Exames do Líquido céfalo-raquidiano

Como, já por mais de uma vez, se disse, é possível constatar alterações de composição do liquor em casos de parotidite epidémica típica, mesmo na ausência de quaisquer sinais clínicos, subjectivos ou objectivos, de meningite ou de qualquer outra afecção do S. N. C..

Está hoje provado que, conforme as diferentes epidemias, 40% a 80% dos casos típicos de parotidite epidémica podem revelar tais sinais, ao exame do líquido céfalo-raquidiano, embora só cerca de 10% a 30% se acompanhem de quaisquer sinais clínicos de meningite ou meningo-encefalite, na sua grande maioria ligeiros e muito benignos (Afzelius, Maris, Dingles, Candel, Brown, Bang, etc. — ver 2.ª Parte).

Estes factos foram estabelecidos pelas punções raquidianas efectuadas sistematicamente em diversas enfermarias com numerosos casos de parotidite epidémica, pelos autores citados e por muitos outros.

Nestes casos clinicamente assintomáticos (pelo que diz respeito a sinais meníngeos ou outros sinais neurológicos), os dados mais frequentemente encontrados nos exames do líquido céfalo-raquidiano, são os seguintes: aumento da pressão, aumento de células e, mais raramente, discreto aumento das proteínas.

De tudo isto, o mais constante e mais típico é a hiperclorotórria, que, nestes casos latentes e nos benignos, costuma ser da ordem de 10 a 100 elementos por mm<sup>3</sup>. Trata-se quase que exclusivamente de células linfocitárias.

Nos casos de meningite ou meningo-encefalite, que já se acompanhem de sinais clínicos, a hiperclorotórria — mais precisamente, a hiperlinfocitórria — é mais marcada, ultrapassando sempre os 100 elementos por mm<sup>3</sup> e situando-se, habitualmente entre os 300 e os 500 elementos por mm<sup>3</sup>. Não são raros, entretanto, os casos com 500 a 800 e até 1000 linfocitos por mm<sup>3</sup>, sobretudo nas formas graves.

Nestes casos, além de elevada hiperlinfocitórria, constatarem-se ainda as seguintes características do líquido céfalo-raqui-

diano: marcado aumento de pressão, cor normal, aspecto límpido a turvo (conforme o grau de hiperlinfocitorráquia), proteínas totais ligeiramente aumentadas, especialmente à custa das globulinas (o que é a causa de uma reacção de Pandy  $\frac{+}{+}$  ou  $+$ ), glicose normal ou muito discretamente aumentada, cloretos sempre dentro dos limites normais e reacções coloidais normais ou ligeiramente alteradas.

Em todos os casos de meningites ou meningo-encefalites parotidianas, não complicadas por qualquer infecção secundária, as culturas do liquor «*in vitro*» são sempre negativos.

Nos primeiros dias da doença — no máximo até ao 5.º-6.º dia de evolução — tem sido possível, por inoculação em ovos embrionados de galinha, isolar o vírus causal do liquor, não só nos casos aparentes, como até em alguns raros casos de parotidite epidémica em que não existiam quaisquer sinais aparentes de compromisso meníngeo (Afzelius, Sohier).

#### d) *Exames da Saliva (Imagens citológicas da saliva dos doentes)*

Já, a propósito da Anatomia Patológica desta infecção (ver I Parte) se referiram as *imagens citológicas* encontradas habitualmente na saliva dos doentes de parotidite epidémica e se apontou o seu interesse diagnóstico, inclusivé em casos sem hipertrofia parotidiana aparente.

O facto daquelas imagens serem bastante típicas, embora não completamente específicas, confere uma grande importância prática ao processo de colheita e exame da saliva dos suspeitos, uma vez que se trata de uma prova simples, rápida e fácil de executar, como tivemos ensejo de ver (\*). Confere ainda maior interesse a esta prova o facto de ser, com frequência, positiva, em casos em que a hipertrofia salivar é mínima e se não acompanha praticamente de sinais gerais e, até, em casos atípicos extra-salivares (R. Sohier).

Com os modernos aparelhos de colheita, a aspiração da saliva faz-se com facilidade e sem dor, directamente a partir da abertura bucal dos ductos salivares, após a prévia desinfecção da mucosa com álcool iodado. É, assim, possível colher 3 a 4 c.c. de saliva por minuto, especialmente se se excita a secreção salivar deixando cair sobre a língua umas gotas de sumo de limão, por exemplo.

A saliva pode recolher-se em tubo estéril e a partir dela podem fazer-se: esfregaços para exame directo (a fresco e após qualquer coloração banal — Giemsa, Gram, etc. —), inclusões em parafina (para estudos histológicos) e inoculações a animais susceptíveis ou a ovos embrionados de galinha.

Ao exame directo constata-se já imagens celulares diversas, (especialmente de polimorfonucleares neutrófilos, macrófagos e células epiteliais pavimentosas), muito alteradas, não sendo raro verem-se núcleos sem citoplasma. Não se encontram nunca, ao contrário do que sucede nas parotidites bacterianas, numerosas imagens de cocos ou bacilos (estafilococos, estreptococos, etc.).

A saliva obtida de parótidas normais não revela mais do que algumas células epiteliais, do epitélio dos ductos, com morfologia perfeitamente conservada.

Nas parotidites crónicas inespecíficas que atrás se referiram, a propósito do diagnóstico diferencial, bem como nos casos de síndrome de Mickulicz, de hipertrofias salivares em disenterias e em perturbações alimentares, etc., vemos apenas células epiteliais normais e alguns linfócitos bem conservados.

Nos casos de calculose dos ductos, quando é possível obter-se alguma saliva, comprova-se habitualmente um grande número de eosinófilos, bem conservados também.

Nos cortes corados, obtidos de inclusões em parafina do coágulo de centrifugação da saliva dos doentes de parotidite epidémica, o detalhes, atrás apontados, distinguem-se com maior nitidez e, não raramente, comprova-se a existência de corpos hialinos de inclusão que tomam a coloração eosinófila, no interior do citoplasma dos macrófagos e de outras células menos alteradas. Estas imagens corresponderiam a aglomerações intracelulares do vírus parotidiano (Goodpasture e Johnson, Habel, Sohier).

#### 2) *Métodos Específicos de Diagnóstico Biológico da Infecção Parotidiana*

Os métodos específicos são todos aqueles que permitem ou o isolamento e identificação do vírus causal ou a comprovação da

existência de anticorpos rigorosamente específicos, nos indivíduos doentes ou suspeitos.

Todos estes métodos biológicos específicos só foram possíveis depois de se ter conseguido o isolamento e a cultura do vírus (Goodpasture e Johnson, Habel, Beveridge, Lind, Burnet, Anderson, Enders, Henle, etc.) e, especialmente, após a preparação de anti-génios específicos seguros em quantidade razoável, a partir de culturas de vírus no saco amniótico ou na corion-alantoideia de embriões de galinha, para a realização das reacções de inibição de hemaglutinação e de fixação de complemento, que só nos últimos anos foram criadas e aperfeiçoadas (Enders, Levens, Kilharn, Henle, Sohier, etc.).

Dentro dos métodos específicos, temos: 1.º os *métodos directos*, que consistem no isolamento e caracterização do vírus; e 2.º os *métodos indirectos* (a) serológicos e b) cutâneos ou alérgicos), em que se procura comprovar a existência de anticorpos específicos, no soro ou na derme dos indivíduos doentes ou suspeitos.

##### a) *Isolamento e identificação do Vírus específico*

O isolamento do vírus específico tem sido conseguido, sobretudo a partir da saliva dos doentes, durante o seu período de infeciosidade — já atrás apontado (ver 1.ª Parte) — (Goodpasture e Johnson, Habel, Enders, Levens, Kilharn, Henle, Sohier, etc.). Em segundo lugar tem sido isolado do líquido cefalo-raquidiano de doentes de meningite ou meningo-encefalite específica e, mesmo, em alguns raros casos, do liquor de doentes de formas parotidianas típicas sem ou com sinais meníngeos mínimos (Enders e colabs., Henle e colabs., Sohier e colabs., van Rooyen, etc.). Tem sido, finalmente, possível isolá-lo do sangue periférico, nas primeiras horas da infecção (Wollstein, Lenberg, van Rooyen, Sohier).

A título excepcional, cita-se ainda o seu isolamento de alguns órgãos, sobretudo em biópcias e necrópcias — diagnóstico póstumo retrospectivo — : testículo, ovário, glândulas mamárias, pâncreas, meninges, cérebro, ouvido interno, etc. (van Rooyen, Henle, Enders, Sohier, Wesselhoef, Meiklejohn, etc.).

Para o isolamento do vírus, é necessário que o ou os produtos a analisar sejam colhidos com todos os rigores de asséptica, por motivos óbvios. É mesmo aconselhável juntar, a certos produtos a inocular, particularmente à saliva, antibióticos (penicilina, estreptomina, etc.).

É ainda indispensável conhecer os limites dos períodos em que é possível encontrar-se o vírus, por motivos óbvios também.

Assim, por exemplo, no sangue o isolamento só tem sido possível dentro das primeiras 24-30 horas da doença, seja qual for a sua forma clínica (Sohier). É natural, entretanto, que já antes da eclosão dos sintomas clínicos seja possível o seu isolamento, mas trata-se apenas de uma conjectura.

Os isolamentos a partir do liquor têm tanto mais probabilidades de conseguir-se, quanto mais precocemente se fizerem as colheitas e as inoculações indicadas. Segundo Sohier, depois de passado o 4.º dia (no máximo o 5.º dia) de evolução das formas meníngeas ou meningo-encefálicas não vale a pena tentar aquele isolamento.

A possibilidade de isolamento a partir da saliva é, felizmente, bastante maior e, sobretudo, estende-se por um período um pouco mais longo, embora seja praticamente impossível após o 7.º dia de evolução da parotidite (Sohier).

Como se disse no capítulo da Epidemiologia desta infecção (ver 1.ª Parte), o vírus começa a encontrar-se na saliva desde cerca de 4 (no máximo 7) até 2 dias antes do início da doença clínica e a sua eliminação pode prolongar-se por uma semana além do começo da hipertrofia parotidiana (Leymaster e Ward, Henle, etc.). Entretanto, a sua pesquisa na saliva deve procurar fazer-se o mais precocemente possível, preferivelmente nos 3-4 primeiros dias e nunca além do 7.º (van Rooyen).

Está provado que esta eliminação do vírus pela saliva pode ser mais prolongada nos casos sub-clínicos e latentes, que constituem os transmissores-sãos, onde não tem sido raro o isolamento até 15 a 24 dias após o contacto (Henle e colabs.). A pesquisa do vírus na saliva destes portadores são, entre os conviventes dos doentes por exemplo, só tem, entretanto, interesse epidemiológico.

Em caso de orquites específicas, o isolamento, que não é habitualmente possível depois do 3.º-4.º dia de evolução (Sohier), só se tem conseguido por biópcia — em casos de intervenções —, o que, evidentemente, não está indicado na prática. Nos casos em que se verificou hidrocelo, nunca foi possível comprovar, no líquido, senão anticorpos específicos.

(\*) «Curso sobre o diagnóstico biológico das doenças transmissíveis», no «Centre International de l'Enfance», em Paris, de Out. a Nov. de 1952.

Os isolamentos conseguidos de outras estruturas não têm qualquer interesse prático. Têm sido efectuados, sobretudo, em material necrótico.

Os produtos, colhidos asépticamente, para tentativas de isolamento do vírus parotidiano devem, quando não se puderem inocular imediatamente, ser conservados: preferivelmente a cerca de  $-25^{\circ}$  (em geleiras apropriadas, como por exemplo nas geladeiras de sorvetes), ou, pelo menos, a  $0^{\circ}$ - $4^{\circ}$  (em frigoríficos comuns), onde o vírus se conserva bem, durante 48 h., em média.

A  $-60^{\circ}$  C., o vírus conserva-se bem, em qualquer produto, durante um ano, pelo menos. A  $-25^{\circ}$  C., conserva-se por alguns meses. A  $-10^{\circ}$  ou  $-12^{\circ}$  C., por algumas semanas. Nos frigoríficos comuns ( $+0^{\circ}$  a  $+4^{\circ}$  ou  $+6^{\circ}$  C.), pode conservar-se, no máximo, durante 2-3 dias.

É indispensável a junção prévia de antibióticos (penicilina e estreptomicina, por exemplo) a todos os inóculos com possibilidade de virem conspurcados por flora microbiana, como sucede por exemplo com a saliva mesmo quando colhida asépticamente ou com material necrótico para diagnóstico póstumo.

É preciso não esquecer também que os produtos líquidos (e especialmente a saliva) a inocular devem ser, ainda, previamente centrifugados, a fim de se desembaraçarem de todos os seus elementos em provável suspensão, excepto os vírus.

A partir dos produtos indicados, o isolamento do vírus parotidiano só se tem conseguido pela inoculação a animais susceptíveis ou a ovos embrionados de galinha, como se indicou no capítulo da Etiologia (ver 1.<sup>a</sup> Parte).

O único animal até há pouco conhecido como susceptível a este vírus era o macaco, particularmente das espécies *cynomolgus* e *rhesus*. Estes animais podem ser infectados por qualquer das seguintes vias: 1) parotidiana — quer por injeção directa na parótida, quer por injeção através do canal de Stenon, quer até pela simples colocação de um algodão, embebido no inóculo, colocado junto à abertura bucal daquele canal; 2) testicular — e, então, ele sofrerá uma orquite específica, não raramente acompanhada pela eliminação do vírus através da saliva, embora nem sempre se verifique sialoadenite; 3) intraraquídia — seguindo-se, nestes casos, uma meningite ou meningo-encefalite específica; 4) intracerebral — meningo-encefalite grave; 5) endovenosa — que só muito raramente resulta, como sucede com 6) intraperitoneal (Goodpasture e Johnson, Levaditi, Gordon, van Rooyen, Sohler, etc.).

As inoculações a coelhos, ratinhos, cobaio, ratos, etc., provaram que estes animais não eram habitualmente susceptíveis à inoculação pelas mesmas vias. Entretanto, a inoculação do material suspeito a alguns deles pode ser útil, como diagnóstico diferencial, uma vez que o síndrome suspeito de origem parotidiana, pode ser causado por outro microorganismo que estas inoculações poderão, eventualmente, revelar.

É por exemplo aconselhável, em casos de meningite linfocitária suspeita de origem parotidiana, a inoculação intracerebral do liquor ao ratinho, permite o isolamento, relativamente fácil, por exemplo, do vírus da coriomeningite linfocitária propriamente dita (C. M. L.), ou de algumas estirpes de vírus da poliomielite, infecções que podem desencadear quadros meníngeos clinicamente semelhantes e indistinguíveis de muitas formas neurológicas da infecção parotidiana.

Wollstein, conseguiu a inoculação a gatos jovens, obtendo, conforme as vias utilizadas, parotidites, orquites e meningo-encefalites.

As inoculações a cães têm dado resultados variáveis e contraditórios, mas parece que o isolamento do vírus tem sido, por vezes, possível, através destes animais (Sohier).

A pequena incessante de animais mais manejáveis e económicos do que o macaco, e susceptíveis ao vírus parotidiano, permitiu a descoberta recente de que a inoculação na *câmara anterior do olho de cobaio* permite, com certa frequência, o isolamento daquele vírus (Henle, van Rooyen, Sohler).

Entretanto, o método de eleição — por mais simples, prático, económico e seguro — consiste na inoculação a ovos embrionados de galinha, preferivelmente com 7 dias de incubação e desenvolvimento.

Embora se saiba hoje que é possível cultivar o vírus na corion-alantoidea, no saco amniótico, no saco vitelino, no amarelo do ovo ou saco da gema e no próprio embrião, a inoculação ideal para o isolamento inicial do vírus parotidiano deve ser feita na cavidade amniótica (Enders e colaboradores).

Já para as culturas subsequentes de manutenção e para a

preparação de antigénios para diagnóstico é preferível a inoculação na membrana corion-alantoidea.

Inoculado o material suspeito, depois de adicionado de antibióticos (especialmente se se trata de saliva) e de desembaraçado dos elementos maiores por centrifugação, na cavidade amniótica (\*) de ovos embrionados de galinha com 7 dias, estes ovos devem incubar-se a  $35^{\circ}$  C. por um período médio de 5 a 7 dias, ao fim dos quais se abrem a fim de se procurar se houve ou não desenvolvimento.

Não podemos, evidentemente, entrar aqui em detalhes da técnica destas inoculações, nem nos das manipulações que se lhe seguem para se retirar o líquido amniótico — com ou sem o vírus — a fim de se comprovar o seu isolamento e de se fazer a sua identificação.

A identificação final do vírus parotidiano faz-se por meios serológicos, a partir do líquido amniótico, colhido ao fim de cerca de 6 dias de incubação dos ovos inoculados.

Não é, esta identificação das mais longas e difíceis, uma vez que, felizmente, parece existir — ou, pelo menos, conhecer-se —, apenas uma única estirpe serológica daquele vírus. Até hoje, pelo menos, todos os vírus isolados, em todas as epidemias, em qualquer dos continentes, têm provado ser serologicamente idênticos (Beveridge e Lind, Enders e colabs., Henle e colabs., Sohler), ao contrário do que sucede com muitos outros vírus patogénicos para o homem.

Das quatro provas serológicas mais empregadas para a identificação do vírus — de neutralização, de hemaglutinação, de inibição da hemaglutinação ou I. H. e de fixação de complemento ou F. C. —, só as três últimas são correntemente hoje empregadas, por serem menos complicadas e mais seguras.

O vírus parotidiano possui, como alguns outros vírus (exemplo os da gripe), a propriedade de conseguir, mesmo em diluições marcadas, a aglutinação dos eritrocitos de alguns animais superiores. Inicialmente a sua identificação fazia-se, assim, pela aglutinação dos eritrocitos de galináceos (galinhas jovens, preferivelmente), mas sabe-se hoje que aquele seu poder se estende igualmente aos do homem, do cobaio, do pombo e do carneiro. O seu poder aglutinante é máximo sobre os glóbulos rubros de galinha e de cobaio, que têm sido, portanto, os mais utilizados com estes fins (Beveridge, Lind, Anderson, Enders, Burnet e Henle).

A partir da suspensão suspeita de conter o vírus (líquido amniótico dos ovos inoculados, por exemplo) são feitas diluições sucessivas, a que se juntam iguais quantidades de uma suspensão a 2% de eritrocitos de galinha ou de cobaio e de soro fisiológico. Depois de se agitar a mistura, deixa-se permanecer em repouso à temperatura ambiente, e a leitura faz-se umas horas mais tarde, determinando-se assim qual foi a diluição máxima que ainda aglutinou os glóbulos rubros.

A confirmação da espécie do vírus em causa, faz-se aproveitando a propriedade que têm os soros imunes (de convalescentes de parotidite epidémica) de inibirem, especificamente, aquela hemaglutinação (Levens, Enders, etc.). Note-se que, para esta prova, os soros imunes devem ser previamente inactivados, por exemplo pelo calor, a  $56^{\circ}$  C. durante 20' a 30'; este aquecimento, embora destrua um factor inespecífico que pode inibir a hemaglutinação, em nada altera os anticorpos específicos responsáveis pelas provas de I. H. e de F. C..

Também se pode empregar a prova da neutralização *in ovo*, que consiste em neutralizar, com soros imunes-padrões, a infecção específica do ovo inoculado, o que se comprova pela pesquisa final de anticorpos específicos nos fluidos do ovo inoculado, por reacções de inibição da hemaglutinação ou preferivelmente, por reacções de fixação de complemento (Habel, Enders). Entretanto, como já acima se disse, esta prova não é habitualmente empregada para a caracterização do vírus — nem já para diagnósticos serológicos —, por demasiado morosa, complicada e de técnica difícil (Sohler).

Mesmo as provas de hemaglutinação e da sua inibição têm ultimamente, sido substituídas pela prova de fixação de complemento (Henle e colabs.), que é, realmente, a mais específica e, ao

(\*) Tivemos a ocasião de ver, em Paris, durante as lições e demonstrações de R. Sohler, no decorrer do «Curso sobre o diagnóstico biológico das doenças transmissíveis» (organizado pelo *Centre International de l'Enfance*, sob a orientação da O. M. S.) a inoculação amniótica por uma técnica menos precisa do que a clássica, mas que é mais rápida e de uma acurabilidade suficiente na prática corrente. Consiste em iluminar o ovo com uma lâmpada de raios paralelos e em, localizado o olho do embrião, picar em direcção ao olho, injectar e retirar muito rapidamente. Mesmo que se atinja o embrião, isto não lhe causa grande mal e a inoculação resulta habitualmente, sendo muito pequena a percentagem de erros.

mesmo tempo, a mais simples e de resultados mais constantes. Pode pesquisar-se, por seu intermédio, quer 1) directamente, o vírus nos fluidos do ovo inoculado, utilizando soros-ímmunes padrões, quer 2) indirectamente, os anticorpos específicos nos líquidos do ovo, utilizando então antigénios-padrões (Sohier).

b) *Provas Serológicas para pesquisa de Anticorpos específicos*

Têm sido utilizadas com este fim: 1) *provas de neutralização*; 2) *provas de hemaglutinação sobre eritrócitos previamente tratados (prova de Burnet)*; 3) *provas de inibição da hemaglutinação*; e 4) *provas de fixação de complemento*.

Todas elas visam a identificação de anticorpos específicos no soro sanguíneo dos doentes ou convalescentes de qualquer forma de infecção parotidiana.

São estas, as provas específicas desta infecção hoje mais largamente utilizadas, sendo, em especial, as provas de fixação do complemento (F. C.), as mais precisas e seguras, depois do isolamento do vírus causal. Como, entretanto, este isolamento só se consegue raramente, a título excepcional diremos mesmo, aquelas provas e muito especialmente a F. C. são, na prática corrente — clínica e epidemiológica — as mais seguras e, pois, as mais indicadas, em todos os casos suspeitos ou de dúvida.

Sejam quais forem as provas serológicas a utilizar, as colheitas de sangue dos doentes, para a sua efectivação, devem obedecer a um certo número de normas comuns.

Como em todas aquelas provas serológicas interessa, mais do que o valor isolado de um título de anticorpos, o comportamento da curva dos títulos ao longo do tempo, importa que aos doentes ou suspeitos se colha sangue para aquelas análises por três ou mais vezes e nunca menos do que por duas vezes — separadas por cerca de 2 semanas — pelo menos.

Se a primeira colheita para provas serológicas se efectuar nos primeiros dias da doença, ocasião em que ainda não é habitualmente possível comprovar taxas significativas de anticorpos específicos, a segunda colheita deve ser feita entre o fim da 2.<sup>a</sup> e o da 3.<sup>a</sup> semanas de evolução e a terceira entre o fim da 4.<sup>a</sup> e o da 6.<sup>a</sup> ou 8.<sup>a</sup> semanas de evolução. É evidente que, caso possível e para melhor estudo serológico, se devem fazer mais colheitas, como por exemplo uma por semana ou cada quinzena, a partir da 1.<sup>a</sup> quinzena da doença até 2 a 3 meses depois.

Entretanto, na prática clínica, em casos atípicos ou suspeitos, em que o diagnóstico diferencial seja difícil e, ainda, nos estudos serológicos em massa entre os conviventes dos doentes, etc., três colheitas são, regra geral, suficientes, desde que se efectuem, aproximadamente, dentro dos períodos acima indicados.

O sangue deve ser sempre colhido em quantidade suficiente para aquelas provas e tendo sempre em mente que elas podem ter de se repetir, pelo que julgamos que, de cada vez devem ser extraídos 20 c.c. e nunca menos de 10 c.c..

Estas colheitas devem efectuar-se, preferivelmente, com material esterilizado a seco, a fim de se prevenir a hemólise. A separação do soro deve ser feita tão rapidamente quanto possível, devendo o sangue permanecer no frigorífico enquanto ela se não efectuar. Note-se que aquela manobra e aquela conservação devem ser feitas dentro das primeiras 48 horas após a colheita.

Um outro problema que importa considerar é a conservação do soro, quando as provas não podem, por qualquer motivo, ser efectuadas imediatamente. Isto é sobretudo muito importante para as reacções de inibição da hemaglutinação, em que o soro a examinar deve ser conservado a Ph de 7,4.

Sempre que assim for e sempre que o soro se tenha de enviar a distância, deve-se fazer, previamente a sua separação do coágulo e acrescentar-se-lhe, como conservador, fenol a 0,05 % ou, preferivelmente, glicerina a 50 % (Cox).

Posto este preâmbulo, vamos apontar, brevemente, quais as provas serológicas mais empregadas para diagnóstico específico de infecção parotidiana.

a) *Prova de hemaglutinação de Burnet (utilizando eritrócitos humanos previamente sensibilizados pelo vírus parotidiano)*

Em 1946, Burnet criou uma prova serológica baseada na aglutinação, pelo soro de doentes e convalescentes de qualquer forma de infecção parotidiana, de eritrócitos humanos previamente sensibilizados pelo vírus específico.

Um concentrado de glóbulos rubros humanos do grupo O $\alpha$  $\beta$ , previamente lavados, é levada ao contacto com uma suspensão de vírus parotidiano (em fluido amniótico de ovos inoculados e soro

fisiológico), por 3 horas, em banho-maria a 37° C., a fim de serem sensibilizados pelo vírus.

Aqueles glóbulos são, em seguida, recuperados, lavados, centrifugados e, com eles, se prepara depois uma suspensão a 2 %, em soro fisiológico.

Esta suspensão é misturada, em quantidades iguais, com iguais porções de soro dos doentes ou suspeitos, em diluições sucessivas, fazendo-se a leitura ao fim de 2 h. de contacto, em banho-maria a 37° C..

O título é-nos dado pela diluição máxima em que se verifica hemaglutinação nítida, sendo, habitualmente, considerados como significativos os superiores a 1/160, a partir da segunda semana da doença.

Mais importante é a subida do título, ao longo das três ou mais provas serológicas que se efectuem.

Tem ainda importância para a valorização do título, nesta como nas restantes provas, o conhecimento do índice de morbidade real de infecção parotidiana no meio, uma vez que ele varia um pouco de país para país e até de época para época (Sohier, van Rooyen, etc.). Assim certos títulos que podem ser significativos em um local, não o são em outro.

Entretanto, desde que se efectue mais do que uma prova, o estudo da curva é, como se disse, habitualmente esclarecedor.

Na opinião de alguns autores esta prova dá, efectuada ao mesmo tempo do que a da inibição da hemaglutinação, títulos um pouco mais elevados (Burnet, Habel, van Rooyen).

Entretanto, tem sido, ultimamente, menos empregada do que aquela e sobretudo menos do que a prova da F. C., sobretudo na Europa, por ser de técnica mais difícil, delicada e onerosa do que as outras e por ser de resultados menos seguros e mais variáveis (Sohier).

$\beta$ ) *Prova da inibição da hemaglutinação (I. H.)*

Esta prova baseia-se no facto da inibição, da hemaglutinação pelo vírus parotidiano, em presença de soro portador de anticorpos específicos (Levens, Enders, Beveridge e Lind).

Trata-se de uma prova ainda complicada e dando resultados habitualmente variáveis de autor para autor (Sohier).

O soro dos doentes a utilizar nesta prova, se se tiver de guardar por algum tempo, deve ser conservado, nas condições acima indicadas de Ph (7,4) e de estabilização.

Deve ser ainda obrigatoriamente aquecido a 56°-60° C. durante 30' (Sohier) — ou 2 horas (van Rooyen) —, a fim de se evitar o fenómeno da inibição inespecífica de todo o soro humano normal fresco, descrito por Beveridge e Lind.

Na realidade, todo o soro fresco, humano ou de cobaio, mesmo proveniente de animais sãos e normais inibe, inespecificamente, a hemaglutinação pelo vírus parotidiano. A prévia absorção daqueles soros por *Vibrio cholerae* (Sohier), ou o seu simples aquecimento a 56° ou 60° C. — por 2 horas segundo uns (van Rooyen) ou por 20' a 30' segundo outros (Sohier, etc.) — destroem, entretanto, aquela sua propriedade.

O soro-problema deve, depois desta sua inactivação inespecífica, ser ainda previamente tratado com eritrócitos normais (suspensão a 10 %) da mesma espécie animal a que pertençam os a empregar na prova da I. H., a fim de absorver as hemaglutininas humanas normais para os glóbulos rubros daquela espécie animal.

Como atrás se disse, podem empregar-se, nas provas de hemaglutinação e, pois, nas de I. H., eritrócitos humanos, de galinha, de cobaio, de pombo, ou de carneiro, sendo especialmente empregados os daquelas três primeiras espécies.

Os eritrócitos de cobaio têm sido, entretanto, os mais utilizados nos últimos anos, pela facilidade da sua obtenção, pela maior facilidade de leitura e pela constância dos resultados das provas que os empregam (van Rooyen, Enders). Note-se, contudo, que também ainda se empregam muito os de galinha (Sohier).

A suspensão, formolizada, de vírus parotidiano a utilizar na I. H. deve conter uma concentração de vírus 4 a 5 vezes superior à concentração-padrão (Beveridge e Lind, Sohier). Parece que a melhor estirpe para estas provas é a estirpe de Enders, adaptada já à corion-alantoideia, o que permite obter maiores quantidades de vírus.

Os eritrócitos, de cobaio ou de galináceo, devem ser utilizados para a prova final, em uma suspensão salina a 2 %.

O soro-problema, conservado como se disse e tamponado a Ph 7,4, deve, depois de ter sido aquecido a 60° C. durante 20' a 30' e de ter sido libertado das aglutininas humanas naturais anti-glóbulos de cobaio (ou de galinha), como atrás se especificou,

ser finalmente diluído de 1/20 até 1/160 pelo menos, ou até, caso possível, 1/640.

Junta-se, em seguida, a cada diluição, igual quantidade da suspensão de vírus (com a concentração indicada), pelo que as diluições finais vão de 1/40 a 1/320 (1/1280).

É conveniente empregar sempre, como testemunha, um soro padrão de título elevado (1/1280 ou superior).

Modernamente as provas de I. H. podem realizar-se com mais simplicidade e economia, por micrométodos, em placas com godés, em vez de em tubos (Sohier).

Os resultados destas provas são fáceis de ler e o título de anticorpos específicos inibidores da hemaglutinação é, geralmente, fácil de determinar, sejam quais forem o método e as técnicas seguidas.

Os títulos considerados significativos são os de 1/80-1/160 ou superiores, mas, como já por mais do que uma vez se disse, isso varia muito com o local geográfico em que as provas de I. H. se efectuam. Por exemplo, títulos de 1/80, já considerados francamente positivos nos U. S. A., não o são em França senão quando de 1/160-1/320 (Sohier).

Isto mostra-nos, mais uma vez, como é indispensável que se façam várias provas, para se conhecer o comportamento da curva do título ao longo do tempo. Uma curva francamente ascendente, mesmo entre valores baixos, é mais significativa do que um valor elevado isolado.

Segundo Sohier e colaboradores, os anticorpos responsáveis pela I. H. costumam aparecer em títulos superiores a 1/80-1/160, após o 8.º-10.º dia da doença, regra geral. No fim da 2.ª semana de evolução de qualquer infecção parotidiana estão quase sempre presentes naquele título, aumentando depois rapidamente até à 4.ª-6.ª semana, iniciando-se, logo em seguida, o seu declínio habitual, que é bastante mais rápido do que o dos anticorpos responsáveis pela reacção de F. C..

Por outro lado, Enders e colaboradores, em experiências efectuadas em macacos, provaram que aqueles anticorpos ainda podem estar presentes em título elevado até cerca de 3 meses após o início da infecção.

Os resultados da prova de I. H. parecem ser, entretanto, muito variáveis de país para país e até de investigador para investigador e dependem demasiadamente de inúmeros factores (temperatura, Ph dos meios, raça das galinhas ou dos cobaios fornecedores dos eritrocitos, etc., etc.), pelo que se verifica, hoje em dia, tendência para substituir esta prova pela da fixação do complemento, mais precisa e segura (Sohier).

#### γ) Prova da neutralização do vírus pelo soro dos doentes

Trata-se de uma prova ainda mais raramente utilizada, por demasiado complexa e de resultados variáveis (Sohier, van Rooyen).

Baseia-se na neutralização do vírus pelo soro de convalescentes, já bem comprovada no homem, em macacos e em gatos (Wollstein, Goodpasture e Johnson, Enders e Habel).

Habel aproveitou esta particularidade para uma prova de neutralização *in ovo*. Tentou a neutralização, pelo soro de doentes ou de convalescentes, da infecção do vírus parotidiano inoculado no saco da gema de ovos de galinha de 5-8 dias.

A prova final da neutralização específica procura-se pela pesquisa de anticorpos nos fluidos do ovo inoculado, por intermédio de uma reacção de fixação de complemento (Habel).

Como se verifica é de uma técnica longa e delicada, muito sujeita a erros, pelo que já não é habitualmente empregada.

Idearam-se outras provas de neutralização, também complicadas e sem aplicação prática (van Rooyen, Sohier).

#### δ) Prova de fixação de complemento (F. C.)

Esta prova, que se deve sobretudo aos trabalhos de Enders, Cohen, Habel, Beveridge, Lind, Anderson, Levens e Henle, é a prova serológica específica mais perfeita, para o diagnóstico da infecção parotidiana em geral (Sohier).

Além de ser a mais simples, prática, rápida e económica de todas as provas serológicas específicas é ainda a que nos dá resultados mais precisos, mais seguros, mais precoces e mais regulares.

O antigénio, que, inicialmente, se preparava a partir de parótidas de macacos infectados, é hoje preparado a partir de culturas do vírus em ovos embrionados de galinha, sendo, para isso, preferível a cultura em corion-alantoideia. Ele deve ser o mais purificado possível, estabilizado e padronizado, empregando-se hoje, preferivelmente, sob forma liofilizada (Henle, Sohier).

O soro a examinar deve ser previamente aquecido a 56° C.

por 15'-20', processo que permite a inactivação de factores inespecíficos (como o complemento, o factor responsável pela hemaglutinação inespecífica, etc.), conservando entretanto todos os anticorpos específicos, responsáveis pelas provas de I. H. e F. C.

A prova de F. C. pode efectuar-se por qualquer das boas técnicas da reacção de fixação de complemento, utilizadas por exemplo para sífilis e para tantas rickettsioses e viroses. Nos últimos anos têm-se desenvolvido micrométodos que permitem efectuar estas provas de F. C. em placas, com maior rapidez, economia e simplicidade (Henle, Sohier, Lépine).

Tanto o antigénio como o complemento devem ser titulados antes de cada prova, seja qual for a técnica seguida.

São indispensáveis soros-testemunhas, positivo e negativo.

O soro-problema tem, habitualmente, as diluições finais de 1/8 a 1/256.

Quanto à técnica da prova de F. C., não a indicamos por poder ser qualquer das reconhecidamente aprovadas e não ter interesse entrar em tais detalhes, numa revisão de conjunto desta indole.

Os títulos considerados como significativos nesta prova, são os de 1/64-1/128 ou superiores. Mas, como atrás se disse, mais importante ainda e mais significativo é a sua subida progressiva.

De uma maneira geral não é possível comprovar títulos significativos, em casos de infecção, antes do (8.º)-10.º-12.º-(14.º) dia de evolução. Eles sobem depois rapidamente, atingindo o cume pela 4.ª-6.ª-8.ª semana, para, em seguida, declinarem muito lentamente, até um certo nível, que se mantém por muitos meses ou até por anos, o que permite, com frequência, o fácil diagnóstico serológico retrospectivo nesta infecção (Henle e colabs., Sohier).

As investigações de Henle e colaboradores neste campo, permitiram individualizar, no sangue dos doentes e convalescentes da infecção parotidiana, pelas provas de F. C., dois anticorpos distintos: o *anti-S* e o *anti-V* (Henle, Henle e Haris).

O primeiro, talvez inespecífico, surge mais precocemente, sendo possível detectá-lo já pelo 5.º-6.º dia de evolução, em regra (Henle). O segundo, *anti-V*, que seria, para Henle, o verdadeiro anticorpo específico, surge um pouco mais tarde, só pelo 8.º-10.º dia. No fim da 2.ª, princípio da 3.ª semana, já ambos costumam estar presentes em títulos bastante aproximados. Entretanto, o *anti-S* declina muito mais rapidamente e, regra geral, 6 meses após a infecção só é possível comprovar o *anti-V*, à permanência do qual parece estar ligada a imunidade à doença (Henle e colabs., Wesselhoef).

Nas provas de F. C. correntemente utilizadas, o antigénio empregado apenas permite o reconhecimento do *anti-V*, que é, de resto, aquele que mais interessa.

Estas provas permitiram a realização, nos últimos anos, de interessantes estudos de investigação sobre a doença (suas morbidade, infecciosidade, imunidade, etc.), que foram fundamentais para o melhor conhecimento da sua epidemiologia e que já atrás expusemos em resumo (ver o capítulo de Epidemiologia na 1.ª Parte).

Foi por seu intermédio também que Enders e colabs., Maris e colabs., Sokes e colabs., etc., provaram que é possível descobrir um aumento progressivo de anticorpos específicos no sangue de até 2/3 dos indivíduos expostos ao contágio (conviventes) mas que não sofrem, entretanto, infecções clinicamente aparentes. Isto é mais uma das muitas provas da enorme extensão desta infecção e da frequência com que pode decorrer sob forma inaparente.

#### c) Provas Intradérmicas ou Alérgicas específicas na infecção parotidiana

Estas provas constituem um dos métodos mais simples e práticos para o diagnóstico da infecção parotidiana, embora só permitam um diagnóstico retrospectivo, uma vez que só são positivas após o fim da fase clínica.

Baseiam-se em uma reacção intradérmica de tipo alérgico, entre um antigénio específico e anticorpos específicos dos indivíduos que sofreram a infecção, sendo pois do mesmo género do que as intradermoreacções que, por exemplo, se efectuam para a tuberculose, brucelose, tularémia, doença das unhas dos gatos, etc.

Foi Enders quem, em 1945, criou estas provas cutâneas utilizando material com vírus, em intradermoreacções, sobre indivíduos que tinham tido a doença.

Enders, Cohen e Kane preparavam, inicialmente, o antigénio para estas provas a partir de parótidas de macacos infectados (em suspensões salinas inactivadas pelo calor e estabilizadas com 0,5 % de fenol). Mais tarde a sua preparação passou a fazer-se a partir ou do saco da gema (Habel), ou do líquido alantoideu de ovos

inoculados (Enders e Henle), em suspensões inactivadas pelo calor (65° C. por 20') e com 0,5 % de fenol.

A leitura destas provas deve fazer-se, preferivelmente, às 48 h., uma vez que às 24 h. algumas futuras reacções positivas ainda são fracas e também porque assim se podem melhor despistar as reacções inespecíficas, que só são mais intensas às primeiras horas. Com o mesmo fim, têm-se feito, ultimamente, intradermoreacções com extractos de parótida de macaco, saco de gema ou líquido alantoideu (conforme o tipo de cultura de vírus empregada para a preparação do antigénio para diagnóstico), no braço oposto àquele em que se fez a verdadeira prova, a fim de mais facilmente se distinguirem as falsas reacções positivas (inespecíficas) das verdadeiras (Henle, Sohler).

São consideradas positivas as reacções em que se puder constatar, 48-72 h. depois: 1) eritema e edema com 10<sup>mm</sup> ou mais de diâmetro; 2) ou eritema, apenas, com 20<sup>mm</sup> ou mais de diâmetro (Sohler, van Rooyen).

Estas reacções só começam a ser positivas, no máximo, entre (1), 2 a 3 semanas e 3 meses após o início da infecção, e os anticorpos por elas responsáveis não têm nada que ver, nem caminham paralelamente aos responsáveis pelas provas de F. C., como o demonstraram os numerosos trabalhos de Enders e colaboradores.

Como, regra geral, não costumam ser positivas senão 1 a 3 meses após a doença, o seu valor diagnóstico é apenas retrospectivo e, assim, na prática só podem ter interesse em epidemiologia.

Este seu valor epidemiológico é tanto maior quanto é certo que costumam permanecer positivas por toda a vida em todos os indivíduos que sofreram um ataque pelo vírus parotídico, seguido ou não de doença clinicamente aparente — típica ou atípica —, desde que não percam a imunidade, o que parece ser excepcional (Sohler, Enders, etc.).

Estas provas são, portanto, igualmente positivas: quer nos que sofrem as mais graves formas clínicas (parotídicas típicas, orquites, meningites, etc.), quer nas formas ligeiras e até nas subclínicas ou latentes e, ainda, em um grande número de conviventes dos doentes e de outras pessoas expostas à infecção.

Não têm, entretanto, o rigor diagnóstico das provas serológicas de F. C.. Conhecem-se vários casos em que, sendo, embora, negativas estas intradermoreacções, foram positivas as provas de F. C.; e tratava-se, nestes casos, realmente de verdadeiras infecções parotídicas inegáveis, tendo-se conseguido mesmo o isolamento do vírus em alguns daqueles casos (Sohler).

As provas intradérmicas possuem ainda, além do atraso da sua positividade e do seu apreciável grau de incurabilidade, um terceiro inconveniente: a sua efectivação em indivíduos «negativos» (que nunca sofreram qualquer infecção parotídica, mesmo inaparente) vai despertar neles ou, pelo menos, em um grande número desses indivíduos (em cerca de 50 % segundo van Rooyen) anticorpos específicos e torná-los subsequentemente «positivos», não só a futuras intradermoreacções específicas, como também a quaisquer provas serológicas específicas (I. H., F. C., etc.) que no futuro se possam vir a efectuar (Enders, van Rooyen, Sohler).

A fim de se procurar afastar esta grande causa de erro em investigações clínicas e epidemiológicas, aconselha-se hoje a que, por cada indivíduo, se efectuem sempre, primeiramente, todas as provas serológicas que interessem e que só em último caso e depois de todas as outras terminadas e esclarecidas, se efectuem então, as provas intradérmicas (van Rooyen, Sohler). Isto é, de resto, o que hoje se aconselha em todas as infecções em que se podem efectuar provas serológicas e cutâneas específicas, pelos mesmos motivos (exemplo: brucelose, tularânia, rickettsioses, etc.).

Estas intradermoreacções vieram permitir, juntamente com as provas serológicas de F. C., um grande número de investigações, clínicas e epidemiológicas, de grande interesse, como já, por mais do que uma vez, se apontou, não só no esclarecimento retrospectivo de inúmeros casos de formas atípicas e extrasalivares de infecção parotídica, como também nos estudos epidemiológicos sobre a imunidade, a transmissibilidade, a morbidade, etc., da doença.

Embora as provas serológicas sejam bastante mais rigorosas naquelas investigações, as provas intradérmicas vieram possibilitar o seu alargamento a muitos milhares de indivíduos, visto se tratar de métodos muito mais simples, práticos, económicos e rápidos (Enders, Henle, Cohen, Kane, Habel, van Rooyen, Sohler, etc.).

Assim, por exemplo, foram possíveis pela primeira vez estudos epidemiológicos importantes em largas comunidades e entre todos os conviventes e contactantes dos doentes em diversas epidemias (Enders e colabs.).

Estes investigadores mostraram que as intradermoreacções

foram francamente positivas em 82 % e fracamente positivas em 9 % (total de 91 %) de uma larga população de adultos que referiam história de infecção parotídica no seu passado, por vezes há muitas dezenas de anos atrás. Encontraram também 58 % de intradermoreacções positivas em um grande número de indivíduos dos quais nenhum referia, no seu passado, qualquer infecção parotídica clinicamente aparente, mas que assim se verificou deverem ter sofrido formas atípicas ou inaparentes, ficando igualmente imunizados.

Quando a percentagem de intradermoreacções positivas, entre indivíduos expostos ao contágio (conviventes e contactantes, dos doentes, em qualquer comunidade em que se verifique uma epidemia de parotidite), é inferior a 50 %-40 %, aqueles autores mostraram que são, então, sempre de esperar numerosos casos secundários de infecção. Pelo contrário, se aquela percentagem for superior a 50 % os casos secundários serão em menor número e tanto mais escassos quanto mais elevada ela for.

Demonstraram também a relação entre o grau de eritema que pode surgir nestas provas e o grau de imunidade e risco de infecção dos indivíduos em que aquelas provas se efectuem.

Segundo as suas investigações, quando o diâmetro do eritema é de 10<sup>mm</sup>-11<sup>mm</sup> ou menor as probabilidades que os indivíduos que os apresentam têm de sofrer uma infecção clínica são de 1/3 a 1/6; quando é de 12<sup>mm</sup> a 15<sup>mm</sup>, aquelas probabilidades são de 1/13; e quando é de 16<sup>mm</sup>-25<sup>mm</sup> são de 1/50. Pelo que se conclui que enquanto que os indivíduos com eritemas de diâmetro inferior a 11<sup>mm</sup> se devem considerar como susceptíveis os com eritema de diâmetro superior se podem considerar como imunes.

No decurso destas investigações sobre o valor da prova intradérmica como meio de diagnóstico retrospectivo da infecção parotídica em geral e como processo de estudo da morbidade, da transmissibilidade e da imunidade da doença, Enders e colaboradores puderam ainda constatar que a inoculação intradérmica do antigénio para diagnóstico, ao mesmo tempo que despertava, em perto de 50 % dos indivíduos «negativos», assim inoculados, anticorpos subsequentemente reveláveis, por meio de novas provas cutâneas ou, até, por meio de provas serológicas, conferia àqueles indivíduos um certo grau de protecção contra um eventual ataque pelo vírus.

Estes resultados merecem ser considerados, para mais desenvolvido estudo acerca da profilaxia desta infecção, como adiante se indicará.

## IX) TERAPÊUTICA

Apesar de algumas apressadas afirmações em contrário, não se conhece, até hoje, qualquer terapêutica quimioterápica ou anti-biótica específica da infecção parotídica, pelo que todo o tratamento dos casos desta doença terão que ser puramente sintomáticos (Sohler, Wesselhoeft, Meiklejohn, van Rooyen, Homer, Donovan, Nickerson, Worden, Shane, Sodero, etc.).

Nos últimos anos têm-se citado alguns casos de parotidite epidémica em que o emprego de antibióticos de largo espectro de acção (terramicina, aureomicina, cloomicetina) pareceu ter encurtado o período de evolução da doença (Langley, Bryfogle, Spinelli e colabs., Schaub, Schmuttermeyer e colaboradores, etc.). Entretanto, trabalhos recentes, melhor conduzidos, mostraram que se tratava de conclusões apressadas ou mal observadas e que o número de casos assim estudados era muito pequeno. Mostrou-se ainda que, na realidade, o emprego daqueles antibióticos não parece ter qualquer interesse nos casos simples ou complicados de infecção parotídica, excepto pelo que diz respeito à profilaxia de quaisquer complicações infecciosas secundárias, quando estas sejam, por qualquer motivo, particularmente de reccar; aqueles antibióticos não têm qualquer acção sobre o vírus parotídico (Wesselhoeft, Homer, Donovan, Meiklejohn).

Os cuidados sintomáticos gerais a adoptar em todas as formas de infecção parotídica clinicamente reveláveis, consistem apenas em repouso no leito. Este repouso na cama deve ser obrigatório, mesmo nos casos mais ligeiros, pois se demonstrou que ele pode contribuir extraordinariamente para a profilaxia de outras localizações ou complicações, em especial da orquite (Wesselhoeft).

Note-se, entretanto, que alguns autores, embora preconizem sempre o repouso, não acreditam que ele possa contribuir para a redução da incidência da orquite parotídica (Dukes, Radin e Mc Guinness e Gall).

Se a febre for muito elevada e as cefaleias marcadas, estão indicados os febrífugos e analgésicos habituais, nas doses comuns.

Nas formas parotídicas mais graves e especialmente nas bilaterais, é conveniente o emprego de analgésicos e sedativos cada

# Eliminando a toxicidade da Estreptomicinoterápia...

Com partes iguais de sulfato de Estreptomicina e de sulfato de Dihidroestreptomicina (em lugar de um só destes sais)

## — NEUROTOXICIDADE

CONSIDERÁVELMENTE REDUZIDA

## — EFICIENCIA HABITUAL

# ATRALMICINA

### NORMAL:

0,25 g de sulfato de Dihidroestreptomicina  
0,25 g de sulfato de Estreptomicina  
400.000 U. de Penicilina

### FORTE:

0,50 g de sulfato de Dihidroestreptomicina  
0,50 g de sulfato de Estreptomicina  
400.000 U. de Penicilina

### FORTÍSSIMA:

0,50 g de sulfato de Dihidroestreptomicina  
0,50 g de sulfato de Estreptomicina  
800.000 U. de Penicilina

### INFANTIL:

0,125 g de sulfato de Dihidroestreptomicina  
0,125 g de sulfato de Estreptomicina  
150.000 U. de Penicilina

LABORATORIOS ATRAL

# 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

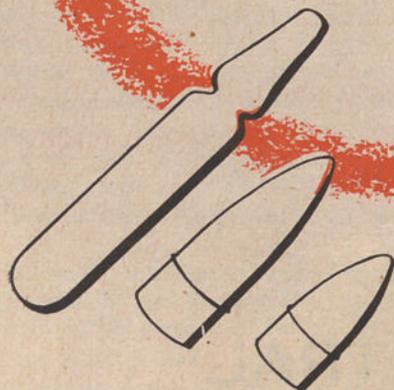
COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

#### EQUIVALENTE A

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

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS



8 h., ou até cada 6 h., a fim de aliviar as violentas cefaleias habituais e as dores nas regiões parotidianas.

Nestes casos ainda, a alimentação deve ser líquida ou semi-líquida a fim de não obrigar à mastigação, extremamente penosa para estes doentes.

Exteriormente, tem-se recomendado a aplicação de diversas pomadas antiflogísticas e analgésicas (como por exemplo vaselina gaiacolada a 2%, pomada de beladona off., etc.) sobre as zonas edemaciadas. Enquanto alguns doentes sentem alívio com a aplicação local de calor, húmido ou seco, mas que não deve nunca ser excessivo, outros preferem a aplicação de borrachas de gelo.

É ainda aconselhável que se bebam bastantes líquidos, especialmente se se sente a boca seca, a fim de evitar a formação de cálculos salivares, por se fluidificar a saliva (Wesselhoeft).

Enquanto alguns autores recomendam a desinfecção repetida da boca com antissépticos fracos (exemplo: água oxigenada a 2%, clorato de potássio a 4%, etc.), a fim de evitar uma subsequente infecção secundária das parótidas (E. Coutinho), outros que não acreditam neste risco, recomendam bochechos apenas com água fervida tépida, a fim de não excitar desnecessariamente as glândulas salivares com o sabor daqueles antissépticos, o que parece aumentar o desconforto local (Wesselhoeft).

O repouso no leito, que deve ser sempre rigoroso — e tanto mais quanto mais perto da puberdade estiver o doente —, deve manter-se enquanto durar a febre e por mais uns 3 a 5 dias, por excesso de precaução (Wesselhoeft, Meiklejohn, Diamond, Norris, etc.). As outras formas e localizações da infecção parotidiana, quando ligeiras, necessitam apenas dos mesmos cuidados gerais acima apontados, sendo sempre fundamental o repouso na cama.

Nas formas mais graves de meningite e de meningoencefalite parotidiana, em que as cefaleias, agitação, delírio, etc., não cedem por vezes nem aos opiáceos, a medida mais indicada é a drenagem lenta e controlada do líquido cefalo-raquidiano, por punção lombar o que, regra geral, resolve favoravelmente todos aqueles sinais, de forma dramática (Wesselhoeft). Esta drenagem, que sempre se deve fazer quando a tensão do liquor for superior a 300<sup>mm</sup> OH<sub>2</sub> pode, caso necessário, repetir-se cada 8 horas.

Em caso de orquite, é fundamental o repouso dos testículos que devem ser envolvidos em algodão e suspensos em saco escrotal, de maneira a aliviar as dores. Não está hoje indicada a aplicação local de calor nem de frio; o repouso e a protecção contra traumatismo é que são fundamentais.

É ainda importante a abstinência sexual, que, de resto, parece ter também valor profilático, pelo que diz respeito à localização testicular (Rolleston).

Quando se desenvolver hidrocelo marcado e as dores forem muitas, está indicada a sua drenagem. Mas mesmo nos casos graves e sem hidrocelo, Wesselhoeft e Vose costumam, quando as dores não cedem aos analgésicos mais potentes, fazer uma pequena abertura na albugínea, o que segundo eles, permite um alívio dramaticamente imediato e parece evitar, ainda, quando feito nas primeiras 36 horas de evolução, a necrose testicular e subsequente atrofia, por pressão. Nestes casos tem-se proposto, também, o emprego de medicamentos que obriguem a um repouso funcional dos testículos.

Diversos autores têm, assim, aconselhado o emprego de estrogénios, naturais ou sintéticos, não só para prevenir a orquite parotidiana nos indivíduos púberes, como também para apressarem e facilitarem a sua cura, depois de surgida, mas os resultados que cada um proclama com aquele método são, infelizmente, bastante contraditórios (Wesselhoeft, Hoyne e colabs., Norton, Meiklejohn, Crosnier, etc.). Enquanto que, por exemplo, em uma série, o emprego de 1 mg. de dietilestilbestrol nos casos ligeiros e o de 5 mg. nos casos graves, parece ter dado muito bons resultados — encurtamento da evolução, melhoria geral do quadro clínico e falta de sequelas, em comparação com um grupo testemunha — (Hoyne, Diamond e Christian), em uma outra série os benefícios obtidos foram nulos ou discretos, embora se tivessem chegado a empregar doses diárias de 15 mg. daquele estrogénio (Norton).

Entretanto, os últimos trabalhos de que temos conhecimento (Crosnier, em 1952), parecem ter demonstrado que: 1.º os estrogénios, naturais ou sintéticos, têm um certo efeito profilático sobre a orquite específica, nos casos de parotidite epidémica, em indivíduos do sexo masculino, de idades próximas da puberdade, ou que já a tinham ultrapassado, desde que sejam dados precocemente, logo após o primeiro dia de evolução, em doses de 1 a 5 mg./d., para o estilbestrol, por exemplo; 2.º declarada a orquite, a sua evolução e a sua gravidade podem ser diminuídas, em um grande número de casos, pelo emprego ime-

diato de doses um pouco mais elevadas daqueles ou de outros estrogénios, se forem instituídas desde o primeiro dia da doença; 3.º como profilaxia da esterilidade e da impotência funcional, de base tantas vezes psicológica que podem seguir-se à orquite, parece ter dado muito bons resultados o emprego de hormona gonadotrófica e de testosterona, bem como uma psicoterapia bem conduzida, no sentido já anteriormente por nós indicado a propósito das orquites parotidianas.

Em todas as restantes localizações e complicações o tratamento, puramente sintomático, não se enriqueceu de quaisquer novos conhecimentos ou técnicas, pelo que não o apontaremos para cada uma delas em especial.

Antes de terminarmos este capítulo do tratamento, queríamos frizar que, apesar de termos negado a existência de tratamento específico desta infecção, nos referíamos a fármacos não biológicos, uma vez que diversos autores têm proposto o emprego de soros de convalescentes e de gama-globulina, de sãos ou de convalescentes, na terapêutica e na profilaxia da infecção parotidiana, verdade seja que sem grandes resultados de interesse prático (Wesselhoeft, Walcott, Kutcher, Zeligs, Regan, Gunn, Cambes-sédès, Hess, Barenberg e Ostroff, Candel, Wheelock, Grimaldi, R. G. Smith, Gelis e colabs., etc.).

Os resultados da injeção de soro ou até de sangue total de convalescentes, com intuito terapêutico, administrados desde os primeiros sintomas, têm sido um pouco contraditórios, mas a maioria dos autores conclui que tal terapêutica, que comporta um certo número de riscos (desde a transmissão de hepatite por vírus de soro homólogo até a reacções alérgicas), não tem qualquer vantagem real, pelo que se desaconselha hoje o seu uso, não só como terapêutica, como até como profilaxia da infecção e das orquites específicas (Wesselhoeft, van Rooyen).

## X) PROFILAXIA

Visto se tratar de uma infecção proteiforme, cuja morbilidade varia extraordinariamente de país para país, de local para local e até, em cada local, de ano para ano e de estação para estação (ver Epidemiologia, na 1.ª Parte), é muito difícil poderem avaliar-se, com segurança, os resultados de quaisquer medidas profiláticas contra ela empreendidas.

Até há poucos anos procuravam seguir-se medidas de isolamento (medidas «quarentenárias») rigorosas e até desnecessariamente longas.

Conhecidos melhor a transmissão e o período de infecciosidade — durante o qual o vírus se elimina pela saliva — dos doentes, verificou-se que não havia qualquer interesse em estender aqueles isolamentos além de uma semana após o início dos sintomas, uma vez que se provou que o vírus deixa de ser eliminado pela saliva ao fim daquele período, como na 1.ª Parte especificamos (Enders e colabs., Leymaster e Ward, Wesselhoeft).

Como em certos casos a hipertrofia parotidiana se pode prolongar por mais do que uma semana, alguns autores, por excesso de cuidado, definem o período de isolamento, como «o tempo por que durar a ou as hipertrofias das glândulas salivares atingidas e que nunca deve ser inferior a uma semana» (Wesselhoeft).

Entretanto, esta medida de isolamento não pode chegar para impedir a transmissão da doença aos susceptíveis, em vista dos seguintes factos: 1.º está provado que os doentes começam eliminando o vírus pela saliva, desde 7 a 2 dias antes do início da sialoadenite ou de outras queixas clínicas (Henle e colabs., etc.); 2.º sabe-se que existem alguns casos atípicos, sem localização parotidiana inicial, mas que podem eliminar o vírus através da saliva, sem quaisquer queixas aparentes das glândulas salivares (Enders e colabs.), embora naturalmente não muito numerosos (Wesselhoeft, Henle); e, sobretudo 3.º o conhecimento da existência de numerosas formas discretas, subclínicas e latentes que, embora com mínimas ou sem quaisquer queixas clínicas, eliminam contudo o vírus, constituindo-se, assim, em portadores-transmissores sãos, muito mais perigosos e muito mais importantes transmissores da infecção do que os doentes, não só porque naqueles o período de eliminação é habitualmente muito mais longo do que entre os doentes (trabalhos das equipas de Enders e de Henle), como também porque são impossíveis de reconhecer entre a população geral mesmo por intermédio dos mais rigorosos exames clínicos, uma vez que não exibem sintomas.

Em face de tudo isto, os modernos epidemiologistas e clínicos abandonaram já, em muitos países (Inglaterra, U. S. A., Países Escandinavicos, etc.), quaisquer medidas rigorosas de isolamento como profilaxia desta infecção, sobretudo entre as crianças.

De resto, pensam que, tratando-se uma infecção tão largamente espalhada em todo o mundo, que decorre geralmente com benignidade entre as crianças (especialmente entre os 5 e os 10 anos, grupo etário este em que a mortalidade por esta infecção é praticamente nula) e que convem sofrer-se antes da puberdade (uma vez que muitas das suas localizações secundárias e complicações mais graves, em especial a orquite, ocorrem depois dela), é preferível fomentar o contágio entre as crianças sãs (com mais de 5 anos de idade e menos de 12-13 anos) e as doentes, sempre que se verificarem casos em escolas, em asilos, nas famílias, etc. (Wesselhoeft, Meiklejohn, Levine, Leineberg, Enders, Kane, Maris, Stokes, Afzelius, Sohier, etc.).

Pensamos que estes epidemiologistas têm razão e esperamos que o problema seja revisto à luz destas novas noções, em todos os locais em que ainda são obrigatórias excessivas e desactualizadas medidas de isolamento, como, por exemplo, ainda se verifica entre nós.

Em todos os casos em que, entretanto, se pretender marcar qualquer período de isolamento, este não precisa exceder uma semana, ou o da duração da fase de hipertrofia das glândulas salivares, se ela ultrapassar a semana.

Porque a saliva é o único meio de eliminação e transmissão do vírus, a única desinfecção que se aconselha é uma desinfecção concorrente ou decorrente, dos objectos que possam conspurcar-se com ela e das mãos. Visto se tratar de um vírus de fraca resistência no meio exterior (Habel, Enders, etc.) simples lavagens com água e sabão das mãos e das roupas, seguidamente expostas ao sol são suficientes; por excesso de precaução podem empregar-se desinfectantes banais em diluições médias ou fracas, como por exemplo oxicianeto de mercúrio, derivados das bases quaternárias de amónio («B. T. C.», «Desogene», «Cetavlon», «Bradosol», etc.), derivados fenólicos, etc..

Além disso, não é evidentemente aconselhável que os doentes beijem os sãos ou falem muito perto deles, etc., sendo ainda razoável a fervura dos utensílios de uso próprio, em especial dos empregados na alimentação.

Note-se, entretanto, que nada disto precisa ser cumprido com grande rigor, uma vez que conheçamos todas as possibilidades de transmissão a partir dos portadores sãos e que compreendamos a vantagem em se sofrer, dentro das idades menos perigosas — pelas suas consequências — uma infecção que, invariavelmente, atingirá 90% e mais da população total.

De resto, se promovermos o contacto dos sãos com os doentes, como hoje se preconiza, entre as crianças, verifica-se que nem todos adoecem: regra geral só entre 1/3 a 1/2 dos conviventes infantis e um número muito menor dos conviventes adultos, vêm a revelar formas clínicas da infecção. Isto, porque, dos que aparentemente não adoecem, uns já estão imunizados, por anteriores infecções atípicas ou inaparentes, enquanto que os restantes sofrem realmente a infecção, mas só por forma subclínica ou inaparente, embora permaneçam depois igualmente imunizados, habitualmente para o resto da vida, exactamente como os que sofreram as formas clinicamente mais graves (Enders e colabs., Henle e colabs., Sohier, Meiklejohn, Levine, Leineberg, Stokes, etc.).

Todos estes factos nos levam a aconselhar o processo moderno de se procurar a imunização activa das crianças susceptíveis, pelos meios naturais, como se indicou.

Outros processos de imunização e profilaxia, estes agora artificiais, se têm tentado entretanto, desde que a doença é conhecida como entidade nosológica e, especialmente, desde o conhecimento do seu agente.

De todos eles, apenas referiremos os dos últimos 25 anos, por serem os que merecem qualquer interesse.

Destes últimos, os mais utilizados têm sido os processos artificiais de imunização passiva, pela administração, durante o período de incubação, de soro, ou, mais excepcionalmente, de sangue total compatível, de convalescentes. Entretanto, os resultados dos diversos investigadores que os têm empregado, não só como profilaxia da infecção parotidiana, nos indivíduos expostos ao contágio, como também nos já doentes com o fim de evitar localizações secundárias — em particular a orquite —, são contraditórios (Regan, Zelig, Cambessédès, Gunn, Kutsher, Lyday, Wesselhoeft e Walcott).

O soro de convalescentes empregou-se, como profilactico da infecção parotidiana, inicialmente na dose de 2 c.c. a 4 c.c.. Mais recentemente, preconizou-se em doses mais elevadas, de 10 c.c., 20 c.c. e mais.

Parece que, desde que o soro seja injectado em indivíduos susceptíveis em período de incubação, pode conseguir, por vezes,

abortar a infecção clínica ou, então, encurtar e tornar mais benigno o quadro clínico, desde que se empregue dentro da primeira semana que seguiu o contágio provável (Regan, Wesselhoeft, etc.).

Estes resultados não são, entretanto, constantes, nem tão seguros como em outras infecções (exemplo: o sarampo). De resto, a injeção do soro humano, dos convalescentes, implica um certo número de riscos, pelo que, modernamente, aquela profilaxia se não faz, nem se aconselha (Wesselhoeft, Meiklejohn, van Rooyen).

A idênticas conclusões chegaram os autores que experimentaram o soro dos convalescentes nos casos declarados de parotidite epidémica, com o fim de diminuir a incidência da orquite específica (Rambar, Candel, Wheelock, Grimaldi e R. S. Smith).

Meiklejohn considera mesmo desaconselháveis e perigosos todos os processos de imunização passiva da parotidite em crianças, porque, mesmo que concedam protecção, esta será sempre transitória e deixa o indivíduo chegar susceptível à idade adulta, onde a doença é mais grave e de piores consequências.

Têm-se conseguido melhores resultados profilacticos com o emprego precoce de injeções de gama-globulina do soro de adultos saudáveis, ou, preferivelmente, de convalescentes da doença. A gama-globulina é não só mais potentemente profilactica — inespecífica e específica — do que o soro total, como tem ainda a vantagem de, o seu emprego, não envolver os riscos que implica a aplicação do soro humano, como, por exemplo, a transmissão de hepatites por vírus.

Os trabalhos acerca deste método profilactico da infecção parotidiana por imunização passiva, estão, entretanto, ainda em curso e não é possível tirarem-se já conclusões definitivas. Contudo, Wesselhoeft afirma que a gama-globulina obtida da mistura de plasmas de vários dadores não revela efeito protector sobre esta infecção, que se compara ao que consegue, por exemplo, na profilaxia do sarampo, aproximando-se, quando muito, do efeito profilactico que habitualmente confere em casos de rubéola e de varicela, quando tal efeito não é completamente nulo.

Segundo aquele autor, apenas teria alguma eficácia a gama-globulina dos soros de convalescentes, quando aplicada no decorrer da primeira semana de incubação.

Foi já possível provar, em alguns casos, a sua grande eficácia na profilaxia das orquites parotidianas: a incidência de orquites parotidianas, em um grupo que recebeu gama-globulina de mistura de plasmas de dadores sãos foi de 27,4%, enquanto que a verificada em grupo idêntico, que recebeu, desde os primeiros dias da parotidite clínica, gama-globulina de soros de convalescentes, foi apenas a de 7,8% (Gellis, Mc Guinness e Peters).

Embora este efeito da gama-globulina na profilaxia da orquite pareça ser claro e de aconselhar nos adultos que sofram infecções parotidianas, não nos parece muito aconselhável o seu emprego, como profilactico da parotidite epidémica em geral, em crianças (no decurso da primeira semana que segue o contacto suspeito ou provado), porquanto se vai conferir, assim, uma protecção apenas passiva e sempre temporária e de curta duração, permitindo-se, desta maneira, que as crianças que a sofreram cheguem ainda susceptíveis à idade adulta, onde qualquer infecção parotidiana, eventualmente contraída, será bastante mais grave, como se sabe. Por tudo isto, pensamos que sejam sempre de preferir quaisquer processos de imunização activa e de resultados permanentes, ainda que só sejam possíveis através de meios naturais, como o contacto das crianças susceptíveis com as sãs.

Ainda a propósito da profilaxia inespecífica da orquite parotidiana, muitas outras coisas, já referidas no capítulo de terapêutica, se têm tentado.

Inicialmente, pensava-se que o repouso físico fosse fundamental e ainda hoje, apesar de diversos investigadores não terem podido comprovar diferenças significativas de incidências, entre os doentes de parotidite que seguiram um repouso rigoroso no leito e os que o não seguiram (Dukes, Radin e Mc Guinness e Gall, na última guerra), aquele repouso é ainda universalmente aconselhado (Wesselhoeft).

Os traumatismos locais, de ordem profissional habitual, parecem ter relativamente pouca influência na eclosão da orquite específica (exemplo: na penúltima Grande Guerra, a incidência de orquites parotidianas só foi 0,6% mais elevada entre a cavalaria do que entre a infantaria — Wesselhoeft —), mas são, entretanto, sempre de desaconselhar.

Já os esforços sexuais parecem influir muito mais decisivamente a sua eclosão, o que explicaria o facto da incidência de orquites parotidianas, nas últimas guerras, ter sido bastante mais elevada entre os militares que estavam à rectaguarda do que entre os que combatiam nas primeiras linhas (Rolleston, Wesselhoeft).

Estudos feitos no Brasil, demonstraram, também, este facto e constataram uma incidência ainda mais elevada, não só nos que se entregavam a excessos sexuais, como especialmente nos portadores de sífilis e de outras doenças venéreas (H. Maciel, E. Coutinho).

Tendo em atenção estes e outros factos, propôs-se a profilaxia pela administração precoce de estrogénios, a fim de se procurar um repouso testicular funcional, uma vez que se conhece a raridade da orquite parotidiana nas crianças (embora haja alguns raros casos descritos — Wesselhoef).

Os ensaios de diversos autores neste campo, são ainda em número limitado e, por vezes, contraditórios, como já se disse. Parece, entretanto, que o emprego, muito precoce, de doses diárias médias ou fortes (1 a 5 mg.  $\times$  1 a 3 vezes por dia), de estrogénios, naturais ou sintéticos, pode contribuir para diminuir a incidência de orquites parotidianas em adultos e, sobretudo, para, no caso da sua aparição, diminuir a gravidade do seu quadro clínico e a possibilidade de sequelas (Wesselhoef, Hoyne, Diamond, Christian, Savran, Norris, Crosnier, etc.).

Note-se, entretanto, que este método não entrou ainda na prática corrente. Não cremos que ele se deva utilizar indiscriminadamente, enquanto não forem mais extensas as séries de casos assim tratados e enquanto se não definirem melhor as vantagens e as doses deste método, a propósito do qual pensamos poder dizer-se, com Wesselhoef, que, exactamente como com o emprego profiláctico de soro e de gama-globulina de convalescente, ainda não é completamente convincente e deve permanecer em estudo por mais algum tempo.

Para terminarmos a citação dos principais métodos artificiais de profilaxia da infecção parotidiana, devemos ainda referir-nos, embora muito brevemente, às tentativas de imunização artificial activa, isto é, às tentativas de vacinação específica.

Foram Johnson e Goodpasture (em 1936) os que primeiro ensaiaram a vacinação contra esta infecção, em macacos. Puderam demonstrar imunização activa em macacos inoculados com material contendo o vírus vivo, em diminutas quantidades, por pulverizações na boca, garganta ou nariz dos animais ou, ainda, pelas vias intraparotidiana e intra-cerebral.

Mais tarde, em 1945, Enders e colaboradores utilizando, como vacina, suspensões de parótidas infectadas de macacos, formolisadas e precipitadas pelo alúmen, constataram que cerca de 60 % dos animais, vacinados por via subcutânea, mostravam aumento de resistência à infecção por vírus vivos através das vias naturais de transmissão. Puderam comprovar ainda, em uma grande maioria dos animais imunizados a presença de anticorpos específicos no soro, a partir de 3 semanas após a inoculação, em regra.

Verificaram também que alguns dos animais que apesar de vacinados adoeceram quando inoculados com vírus vivo e virulento, sofreram, apenas, uma forma abreviada e mais benigna da doença (período de incubação mais curto, de 2 dias apenas em regra, hipertrofia parotidiana mais discreta e mais consistente mas sem edema facial discretos, com ou nulos sinais gerais e evolução total mais breve), que consideraram como fenómenos alérgicos associados a um estado geral imunitário (Enders, Levens, Stokes, Maris e Berenberg).

Habel obteve resultados semelhantes em macacos vacinados, por via subcutânea, com líquido do saco alantoideu ou do saco da gema de ovos infectados pelo vírus, e inactivados pelo eter ou por exposição a radiações ultravioletas.

Tentativas de vacinação têm-se feito também entre a espécie humana, sobretudo depois dos resultados obtidos por Enders e colaboradores durante os seus ensaios com as provas intradérmicas específicas, já por nós referidas no capítulo do Diagnóstico biológico desta afecção.

Mas já antes destes trabalhos, Leineberg propunha a inoculação subcutânea ou intradérmica, às crianças susceptíveis, de sangue desfibrinado de doentes, colhido durante os 2 ou 3 primeiros dias de infecção.

Mais tarde, durante os primeiros ensaios das provas intradérmicas de diagnóstico, Habel, Enders, Cohen e Kane, constataram que a injeção intradérmica do antigénio para diagnóstico (suspensões, inactivadas pelo calor, de parótidas de macacos doentes, ou de saco de gema de ovos inoculados), a indivíduos susceptíveis, poderia conferir resistência activa a eventuais ataques naturais pelo vírus, a alguns destes indivíduos. Na opinião de Enders, conseguiram-se melhores resultados imunitários com os antigénios preparados a partir de parótidas de macacos, embora, mais recentemente, outros autores declarem preferíveis e mais específicos os preparados a partir de culturas em ovos embrionados de galinha (Habel, Sohler).

Em 1946, Stokes e colaboradores vacinaram um número razoável de crianças, por via subcutânea, com suspensões formolisadas de parótidas infectadas de macaco. Aquelas crianças sofreram, seguidamente, tentativas de infecção: 1) umas, por pulverização da mucosa bucal com material com vírus vivo e, destas, cerca de metade não adoeceu, sofrendo os restantes de formas benignas e de curta evolução, sem nenhuma localização secundária; 2) outras, pela introdução directa do vírus nos ductos salivares e, destas, cerca de 50 % sofreram uma forma acelerada, mas benigna também, da doença, comparável à obtida por Enders em macacos vacinados, e que se considerou como resposta alérgica ou vacínóide e testemunho de um certo grau de imunidade.

Um método diferente de vacinação foi, pouco depois, tentado por Enders, Levens, Maris, Stokes e Berenberg, que, em um grupo de crianças susceptíveis, fizeram pulverizações da mucosa bucal com vírus atenuados através de diversas passagens por ovos embrionados de galinha, cada 8 dias, e em que se utilizavam vírus de crescente virulência. Constataram que, mesmo com o emprego dos vírus mais potentes e em maior quantidade, nenhuma daquelas crianças desenvolveu quaisquer sinais clinicamente aparentes de doença, o que corresponde certamente a imunidade adquirida. Além disso comprovaram a presença de anticorpos específicos, por intermédio da prova de F. C., no soro daquelas crianças, logo 2 a 3 semanas após a primeira pulverização, com vírus atenuados.

Demonstrada, por todas estas experiências a possibilidade de se conseguir, em um apreciável número de susceptíveis, uma imunidade activa artificial contra a infecção parotidiana, aqueles e outros autores têm estudado, nos últimos 5 anos, os melhores métodos de preparação e de aplicação de vacinas específicas (Enders, Maris, Stokes, Levens, Kane, Cohen, Harris, Lépine, Sohler, etc.).

Aqueles métodos de vacinação, embora já, por vezes, utilizados nos U. S. A., não têm tido, ainda, grande difusão na Europa, naturalmente porque se trata de vacinas caras, não completamente eficazes e, ainda, porque a parotidite epidémica é uma doença bastante benigna na grande maioria dos casos.

Os modernos investigadores europeus, bem como muitos norte-americanos, insistem antes no processo da imunização activa natural, pela promoção do contacto entre as crianças susceptíveis (especialmente entre os (3)-5 e os 10-(12) anos de idade) e os doentes, sempre que se verifique qualquer foco familiar, escolar, etc. (Sohler, Levine, Meiklejohn, Wesselhoef, Werner, van Rooyen, etc.).

Na realidade, e como já atrás se disse, só cerca de 40 % a 50 % dos contactos susceptíveis adoezem clinicamente (sob formas habitualmente benignas, por ser essa a regra nesta infecção), embora a maior parte dos restantes — num total sempre superior a 80 % dos restantes — fique também igual e definitivamente protegida, através de infecções clinicamente inaparentes.

## XI) RESUMO

Nesta revisão-actualização de conjunto, o A. procurou resumir os factos mais importantes acerca das infecções pelo vírus da parotidite epidémica, tentando, em cada um dos capítulos que tocou, referir os mais recentes conhecimentos e progressos a propósito do estudo destas infecções.

Na 1.<sup>a</sup> Parte desta revisão, depois de uma Introdução, em que se foca a importância de um melhor conhecimento do problema, em vista da vasta distribuição da doença, sobretudo entre os meios escolares e militares, do grande número de formas latentes mas transmissoras e da existência de numerosas formas atípicas extra-salivares, muitas vezes erradamente diagnosticadas e tratadas, fazem-se breves referências à História da doença e à sua Etiologia, citando-se, a propósito, os nomes de Martha Wollstein, Goodpasture e Johnson, Habel, Enders, Levens, Kane, Cohen, Maris e Henle, que contribuíram decisivamente para os progressos realizados, nos últimos anos, a propósito da Etiologia, Patogenia, Epidemiologia, Profilaxia e Diagnóstico Biológico Específico das infecções parotidianas.

Ainda na 1.<sup>a</sup> Parte (publicada no jornal «O Médico», Vol. I, n.º 84, págs. 323 a 331, 1953), fazem-se, em seguida, algumas considerações acerca da Patogenia das infecções parotidianas, insistindo-se no seu carácter de invasão geral ou sistémica e nos seus marcados tropismos glandular e neurológico, da sua Anatomia Patológica e, finalmente, da sua Epidemiologia.

No capítulo da Epidemiologia das infecções parotidianas, depois de se ter indicado a sua distribuição geográfica mundial, referem-se: o modo de transmissão do vírus, apontando-se, a propósito, o importantíssimo papel nele desempenhado pelos porta-

dores-transmissores são, os períodos de infeciosidade ou transmissibilidade entre os doentes e os portadores são, os problemas da imunidade específica e, finalmente, os principais factores epidemiológicos e incidências (racial, sexual, etária, profissional, habitacional, sazonal, etc.) desta infectopatia.

A 2.<sup>a</sup> Parte (publicada em «O Médico», Vol. I, n.º 85, págs. 339 a 351, 1953) foi consagrada exclusivamente à exposição das principais Formas Clínicas conhecidas que a infecção pelo vírus parotídiano pode adoptar, referindo-se, para cada uma delas, as respectivas Sintomatologia (prodrômica e do período de estado), Evolução e Complicação, tendo-se ainda apontado o Prognóstico em geral e para cada uma das principais formas, localizações secundárias e complicações, fazendo-se, a propósito, as necessárias considerações.

As principais Formas Clínicas referidas e mais pormenorizadamente expostas, dividiram-se em três subcapítulos: 1) Localizações Glandulares — com referência às formas parotidianas e outras das glândulas salivares, às orquites, ooforites, mastites, pancreatites, dacriocistites, hepatites, etc., específicas, e em que se encaram as possíveis consequências e sequelas de tais localizações, desde a esterilidade masculina e abortos até à possibilidade de diabetes mellitus, etc.; 2) Localizações Neurológicas — com especial referência às frequentes meningites e meningoencefalites parotidianas (que se sabe, hoje, ocorrerem em mais de 3/4 dos casos de parotidite epidémica típica, embora, desses, só menos de 1/3 apresente sinais clínicos), que põem difíceis problemas de diagnóstico diferencial com outras meningites linfocitárias e simples reacções meníngeas, às encefalomyelites e mielites mais raras mas bastante mais graves, às nevrites e polinevrites específicas diversas, etc.; neste subcapítulo citaram-se, ainda, as localizações e manifestações específicas nos Órgãos dos Sentidos, especialmente no nervo óptico e órgãos da visão e em diversos órgãos do ouvido interno; 3) Outras Localizações — muito mais raras e menos importantes, como por exemplo, no coração, nos rins, nas supra-renais, na hipófise, no fígado, etc.

Na 3.<sup>a</sup> Parte, agora publicada («O Médico», Vol. I, n.º 86, págs. 355 a 372, 1953), abordam-se, finalmente, os problemas do Diagnóstico, Terapêutica e Profilaxia das infecções pelo vírus parotídiano. No capítulo do Diagnóstico, depois de se referir o Diagnóstico Diferencial, a propósito, sobretudo, das formas parotidianas e neurológicas, abordaram-se, dentro dos Métodos de diagnóstico próprio desta infecção, os principais problemas do seu Diagnóstico Laboratorial ou Biológico.

Neste subcapítulo, são encaradas e discutidas: 1) primeiramente, as provas laboratoriais inespecíficas, tais como os exames citohematológicos, a determinação da V. S. e da taxa de amilase sanguínea, os exames de urinas, os exames do liquor e as imagens citológicas salivares; e 2) finalmente as provas biológicas verdadeiramente específicas, indispensáveis para o seguro diagnóstico de todas as formas atípicas e inaparentes das infecções pelo vírus parotídiano. São, a propósito, citados com alguma pormenorização: a) os isolamentos do vírus, a partir da saliva, do liquor e do sangue, através da inoculação a animais susceptíveis e a ovos embrionados de galinha; b) as provas serológicas específicas, nomeadamente as de neutralização, as de hemaglutinação de eritrócitos humanos previamente sensibilizados, as de inibição da hemaglutinação e as de fixação de complemento, salientando-se, a propósito, as vantagens destas últimas, que são, na realidade, as mais seguras e práticas, hoje em dia; e c) as provas intradérmicas ou alérgicas.

No capítulo da Terapêutica, referem-se os cuidados, puramente sintomáticos, a ter com a maioria dos casos, de quaisquer das formas clínicas e citam-se os resultados, praticamente sem interesse, da aplicação de soro de convalescentes, de antibióticos de largo espectro de acção e, para os casos de orquite, de estrogénios. A propósito da Profilaxia destas infecções, apontam-se os métodos conhecidos de imunização: 1) passiva — pelo emprego, na primeira semana que segue o contacto suspeito, de soros de convalescentes ou de gama-globulina preparada a partir daqueles soros, processos estes cujas vantagens e inconvenientes se indicam; 2) activa — que pode atingir-se, a) por meios artificiais: pela inoculação de vacinas, ainda em estudo, mas que parecem relativamente eficazes, ou b) por meios naturais, promovendo o contacto das crianças susceptíveis, entre os 5 e os 10 anos de idade, com os doentes, visto a afecção ser, naquelas idades, bastante benigna.

Ainda a propósito deste último método profilático, refere-se que ele é o mais recentemente preconizado pelos modernos epidemiologistas europeus e por alguns americanos, não só porque a doença é muito benigna naquelas idades, como também porque,

embora nem todos os contactos sofram doença clínica, a sua grande maioria fica, de igual modo, permanentemente imune, através de infecções inaparentes e, ainda, porque se reconhece ser preferível sofrer esta afecção antes da puberdade.

Finalmente, citam-se as medidas habitualmente aconselhadas, a fim de se evitar uma das mais temíveis complicações desta infecção, quando ela surge em indivíduos do sexo masculino após a puberdade — a orquite parotídiana.

## XII) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) AFZELIUS, LESLIE — in «Aseptic (nonbacterial) meningitides»; Suplem. 263 da *Acta Med. Scand.*, v. 140; 1951.
- 2) APPLEBAUM, I. L. — *Ann. Int. Med.*, 21: 35; 1944. — cit. 35 —.
- 3) APPLEBAUM, I. L. and others — *Ann. Intern. Med.*, 23: 170; 1945.
- 4) BANG, H. O. and BANG, J. — *Acta Med. Scand.*, 113: 487; 1943.
- 5) BEVERIDGE, W. I., LIND, P. E. and ANDERSON, P. G. — *Austr. J. Exp. Biol. Med. Sci.*, 24: 15 e 127; 1946. — cit. 38 —.
- 6) BURNET, F. M. and others — *Brit. J. Exp. Path.*, 27: 228 e 244; 1946. — cit. 38 —.
- 7) CANDEL, S. and others — *Naval Med. Bull. Wash.*, 42: 501 e 861; 1944. — cit. 38 e 44 —.
- 8) CANDEL, S. and WHEELLOCK, M. C. — *Ann. Intern. Med.*, 25: 88; 1946.
- 9) COUTINHO, E. — «Tratado de clínica das doenças infectuosas e parasitárias». Ed. Guanabara, Rio de Janeiro, 1951.
- 10) CROSNIER, R. — *La Presse Médicale*, n.º 66: 1398; 1952.
- 11) DONOHUE, W. L. — *J. Pediat.*, 19: 42; 1941. — cit. 35 e 44 —. 861; 1944. — cit. 38 e 44 —.
- 12) ENDERS, J. — *Ann. Intern. Med.*, 18: 1015; 1943.
- 13) ENDERS, J. F. and others — *J. Exp. Med.*, 81: 93 e 119; 1945. — cit. 38 e 44 —.
- 14) ENDERS, J. F. and others — *J. Exp. Med.*, 84: 341; 1946. — cit. 35, 38 e 44 —.
- 15) ENDERS, J. F. and others — *J. Immunol.*, 54: 283; 1946.
- 16) ENDERS, J. — in «Viral and Rickettsial diseases of man», de T. Rivers; *Lippincott Co.*, Filadélfia, 1948.
- 17) ERICH, J. — in «Text-book of Medicine»; W. B. Saunders, Filadélfia, 1952.
- 18) GELLIS, S. S., MC-GUINNESS, A. C. and PETERS, M. — *Amer. J. Med. Sci.*, 210: 661; 1945. — cit. 35, 38 e 44 —.
- 19) GORDON, J. E. and HEEREN, R. H. — *Amer. J. of Med. Sci.*, 210: 661; 1940. — cit. 38 e 44 —.
- 20) GREENE, J. A. and HEEREN, R. H. — *J. Lab. Clin. Med.*, 23: 129; 1937. — cit. 44 —.
- 21) HABEL, K. — *Publ. Health Reports, Wash.*, 60: 201; 1945.
- 22) HABEL, K. — *Publ. Health Rep., Wash.*, 61: 1655; 1946.
- 23) HENLE, G., HENLE, W. and HARRIS, S. — *Proc. Soc. Exp. Biol., New York*, 64: 290; 1947. — cit. 38 e 44 —.
- 24) HENLE, G. and MC DOUGALL, C. L. — *Proc. Soc. Exp. Biol., New York*, 66: 209; 1947. — cit. 38 e 44 —.
- 25) HENLE, G. and others — *J. Exp. Med.*, 88: 223; 1948. — cit. 40 e 44 —.
- 26) HOMER, L. and DONOVAN, W. N. — *The J. of the Amer. Med. Ass.*, 150 (5): 465; 1952.
- 27) HOYNE, A. L., DIAMOND, J. H. and CHRISTIAN, J. R. — *J. of Am. Med. Ass.*, 140: 662; 1949.
- 28) JOHNSON, C. D. and GOODPASTURE, E. W. — *J. Exp. Med.* 59: 1; 1934. — cit. 44 —.
- 29) JOHNSON, C. D. and GOODPASTURE, E. W. — *Am. J. Path.*, 12: 495; 1936. — cit. 44 —.
- 30) KILHARN, L., LEVENS, J. and ENDERS, J. F. — *J. of Am. Med. Ass.* 140: 934; 1949.
- 30) LÉPINE, P., SOHIER, R. et SAUTTER, V. — *Ann. Inst. Pasteur*, 64: 175; 1940.
- 31) LEVENS, J. H. and ENDERS, J. S. — *Science*, 102: 117; 1945. — cit. 38 —.
- 32) LEYMASTER, G. R. and WARD, T. G. — *Proc. Soc. Exp. Biol., New York*; 65: 346; 1947. — cit. 44 —.
- 33) MACIEL, H. — *Bol. da Acad. Nap. de Med.*, ano de 1940: 8; 1940. — cit. 9 —.
- 34) MAISONDIEU, P. — Tese de doutoramento, citada por Wesselhoef. — cit. 44 —.
- 35) MARIS, E. P. and others — *J. Exp. Med.*, 84: 1946. — cit. 38 e 44 —.
- 36) MEIKLEJOHN, G. — in «Text-book of Medicine»; W. B. Saunders, Filadélfia, 1952.
- 37) NORTON, R. J. — *J. Amer. Med. Ass.*, 143: 172; 1950.
- 38) PHILIBERT, A. — *Progr. Med. Paris*, 4: 145; 1932. — cit. 44 —.
- 39) ROOYEN, C. E. van, and RHODES, A. J. — in «Virus diseases of man»; T. Nelson ed., New York, 1948.
- 40) ROSENBERG, D. H. — *Arch. Int. Med.*, 76: 257; 1945. — cit. 38 e 44 —.
- 41) SOHIER, R. — in «Cours sur le diagnostic biologique des maladies transmissibles de l'enfance»; *Centre International de l'Enfance*, Paris, Out.-Nov., 1952.
- 42) TOP, F. — in «Modern practice in infectious fevers», de Stanley Banks; *Butterworth and Co.*, London, 1951.
- 43) WERNER, C. A. — *Ann. Int. Med.*, 32: 1066; 1950.
- 44) WESSELHOEFT, C. — in «Virus and Rickettsial diseases»; *Harvard Univ. Press*, 1940. — cit. 38 e 44 —.
- 45) WESSELHOEFT, C. — in «Modern practice in infectious fevers», de Stanley Banks; *Butterworth and Co.*, London, 1951.

# MOVIMENTO MÉDICO

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

## RESUMOS DA IMPRENSA MÉDICA

### Resultados do tratamento da colite ulcerosa, com salicilozosulfopiridina.—Gastroenterology, 21: 133; 1952.

O A. deste trabalho, refere os resultados obtidos em 52 doentes de colite ulcerosa grave, que foram seguidos durante cerca de dois anos e meio, após um tratamento com salicilozosulfopiridina.

A dose habitualmente empregada, foi a de 1,5 g. de 3 h. em 3 h. durante o dia, com interrupção durante as horas de sono, sendo a dose diária total de 9 g., para a maioria dos doentes, durante 2 semanas consecutivas.

Conforme a resposta terapêutica, estas doses eram repetidas, mais uma ou duas vezes, mas sempre com um intervalo mínimo de 2 semanas entre cada série.

Em 8 doentes, não foi possível levar o tratamento até o fim, por má tolerância ou hipersensibilidade. Dos restantes, 30 melhoraram de forma notável, 2 tiveram pequenas melhoras e 12 não pareceram tirar qualquer benefício do tratamento.

Os doentes que melhoraram, viram desaparecer-lhes as dores, a diarreia, o sangue das fezes e a febre, bem como os restantes sinais gerais tóxicos, frequentemente associados com esta doença.

Na grande maioria destes casos, as melhoras foram assás permanentes, mantendo-se ainda ao fim de cerca de dois anos e meio.

Os sinais tóxicos atribuíveis à droga e mais frequentemente encontrados, foram: náuseas, vômitos, artralguas, eritema e anemia secundária, regra geral discreta. Só em 18 casos tais sintomas obrigaram à interrupção do tratamento. Dois doentes puderam continuar a tomar aquele medicamento em doses menores.

O A. conclui que a droga parece ser útil no tratamento de alguns casos de colite ulcerosa grave, mas chama a atenção para os seus perigos e pede que seja sempre empregada com cautela e que a sua administração se faça sempre sob rigorosa supervisão médica e com frequentes exames de sangue. Aconselha ainda a que se não abandonem, durante o seu emprego, outras medicações sintomáticas úteis e indicadas conforme os casos.

Termina, fazendo votos para que novos estudos se façam neste campo e esperando que se possam sintetizar-se outras drogas quimicamente aparentadas com a salicilozosulfopiridina, mas que sejam, ao mesmo tempo, menos tóxicas e mais eficazes.

L. C. M.

### Prevenção e Tratamento do Coma Diabético.—Ref. in J. A. M. A. 150(5): 516; 1952.

Segundo o A., todo o caso diagnosticado de coma diabético deve ser, sempre que possível, imediatamente hospitalizado, uma vez que em qualquer clínica hospitalar se podem recorrer muito mais rápida e facilmente a diversas análises e a medidas terapêuticas urgentes, hoje indispensáveis a fim de que o tratamento daqueles casos se faça o melhor possível.

São indispensáveis imediatas colheitas de sangue e de urina, com o fim de se determinarem: conteúdo em glicose, acetona e ácido diacético da urina e determinação das taxas de glicose, CO<sub>2</sub> e azoto no protelco no sangue.

Enquanto se não conhecerem os resultados destas provas, é indispensável dar, com a maior urgência, alguma insulina, ao doente. Segundo o A. do presente trabalho, a dose habitual em casos de coma diabético, é de 100 unidades de insulina-simples, que podem ter de ser acompanhadas, se os sinais clínicos assim o indicam, e enquanto se não conhecem os resultados das análises, de mais 50 a 100 unidades por via endovenosa.

As doses subsequentes, a administrar cerca de uma hora depois da dose endovenosa inicial, dependem dos resultados das provas. Assim, por ex., se a glicémia é de 300 mg. a 600 mg. %, devem injectar-se mais 50 a 200 unidades, se é de 600 mg. a 1.000 mg. %, mais 200 a 300 unidades e se é de 1.000 mg. % ou mais, mais 300-400 e até 500 unidades.

É também extremamente importante combater a perda de fluidos e electrolitos, que se deve basear, também, em determinações analíticas.

O A. julga ainda benéfica a lavagem gástrica com aspiração, o que costuma vencer a dilatação gástrica, tão frequentemente presente nestes casos, e contribuir para uma mais precoce instituição da alimentação oral.

Na opinião do A., não deve, hoje em dia, verificar-se qualquer caso de morte por coma diabético, se o caso for precocemente diagnosticado e tratado convenientemente.

L. C. M.

### Primeiros resultados de vacinação em massa pelo B. C. G. na Índia — Indian Med. Gaz., 87: 62; 1952.

K. S. Ranganathan refere, neste trabalho, o que foi a primeira grande campanha de vacinação em massa pelo B. C. G., entre a população da União Indiana, campanha essa levada a cabo com a ajuda da organização Mundial de Saúde.

Foram vacinados 1.265.135 indivíduos tuberculino-negativos. As provas à tuberculina empregadas, foram, inicialmente, diversas, mas escolheu-se, finalmente, como padrão, a partir de Junho de 1950, a prova intradérmica com 5 unidades de P. P. D. (Tuberculina purificada: derivado proteínico purificado de tuberculina).

Dadas as distâncias que separavam, no início da campanha, os institutos europeus preparadores e fornecedores da vacina e de tuberculina, e as dificuldades de transportes, em geladeiras, verificou-se a necessidade de criação de um centro produtor de tuberculina e de B. C. G. na Índia.

A vacinação pelo B. C. G. fez-se sempre por injeção intradérmica. 84,7 % dos indivíduos vacinados encontravam-se tuberculino-positivos entre 6 e 10 semanas após a vacinação, resultado este que é muito favorável, mesmo em comparação com os resultados obtidos em campanhas similares na Grécia, Austria, Checoslováquia e Jugoslávia.

O A. espera que seja possível obterem-se resultados ainda melhores, aumentando o pessoal técnico empregado na campanha e uniformizando mais estritamente as técnicas, o que tem sido difícil em um país tão extenso e com tão diversas condições climáticas.

Embora os resultados desta campanha sobre a morbidade e a mortalidade específicas por tuberculose só possam vir a conhecer-se daqui a muitos anos, o A. pensa que a percentagem de «conversões tuberculínicas» e sobretudo a completa ausência de qualquer complicação séria entre os 1.265.135 indivíduos vacinados na Índia, constituem já resultados cujo interesse importa divulgar, visto revelarem, por um lado, as possibilidades e, por outro, a inocuidade da vacinação pelo B. C. G., mesmo quando conduzida em uma grande campanha em massa e entre populações atrasadas, como as da Índia.

L. C. M.

### Diodoquina na disenteria amebiana. — The J. of Tropical Medicine and Hygiene, v. 52-vis, Febr.-1949.

Foram tratados pelo Dr. A. G. Richards 127 casos de disenteria amebiana com o produto conhecido pelo nome comercial de «Diodoquina» (5:7: diodo-8 hidroxiquinolina), que já diversos autores tinham apontado como activo contra as formas quísticas das amebas patogénicas.

Os doentes foram divididos em 4 grupos: 1) grupo assintomático, sem lesões reveláveis pela sigmoidoscopia; 2) assintomático com lesões à sigmoidoscopia; 3) sintomático sem lesões; 4) sintomático com lesões. Todos tinham análises de fezes positivas.

A droga foi-lhes dada numa média de 3 comprimidos (de 3,2 gãos cada, mais ou menos) três vezes por dia, durante 20 dias pelo menos. Nestas doses não se notou qualquer sintoma de intoxicação ou intolerância, mesmo num caso que tomou a droga por 35 dias.

O critério de cura adoptado consistiu na remissão dos sintomas (dos que os tinham) e em pelo menos 6 exames negativos de fezes em um período nunca inferior a 3 meses após o fim do tratamento (mas a média de observações, foi de 4 meses e meio após).

Com este critério: 91 doentes foram dados como «curados»; 20 recidivaram (quistos de novo nas fezes); e, para os 16 restantes, considera-se ser ainda cedo para se poder formar uma opinião definitiva. Houve, pois, pelo menos, 71,6 % de curas já bem averiguadas, segundo este critério.

O autor do trabalho fez ressaltar a pequena ou nenhuma toxicidade da droga em relação a outros amebicidas e diz que ela é principalmente activa contra os quistos de *E. histolytica*.

Segundo ele, a diodoquina nunca deve ser usada isoladamente no tratamento de disenteria amebiana. O seu valor na terapêutica da doença será muitíssimo maior se associada por ex. à emetina, conessina, etc.

A sua maior, mais eficaz e prática aplicação é, ainda segundo Richards, no tratamento em massa dos portadores crónicos de quistos, dada a sua tão baixa toxicidade.

L. C. M.

BAIXA DE PREÇOS

# SYNERGISTIN

Um produto de Consagração Mundial  
3 Doseamentos 3 Exitos

**Synergistin Normal**—Sulfato de dihidroestreptomicina equivalente a 0,5 gramas de dihidroestreptomicina base 300.000 U. O. de Procaína Penicilina G Cristalizada, 100.000 U. O. de Penicilina G sódica Cristalizada.

1 Dose	Esc.	23\$00
3 Doses	Esc.	66\$00
5 Doses	Esc.	107\$00
10 Doses	Esc.	207\$50

**Synergistin Forte** —É igual à dose normal na Penicilina mas com 1 grama de Dihidroestreptomicina base.

1 Dose	Esc.	32\$00
3 Doses	Esc.	92\$50
5 Doses	Esc.	150\$00
10 Doses	Esc.	295\$00

**Synergistin Infantil**—Metade da dose normal

1 Dose	Esc.	15\$50
3 Doses	Esc.	42\$50

Esta substância está protegida e registada na Secção 505 da U. S. Food Drug and Cosmetic Act.

Apresentada em Portugal pelos :



**LABORATÓRIOS**  
**QUÍMICO**  
**BIOLÓGICOS**

Avenida Elias Garcia — MASSAMÁ-QUELUZ-Telef. QUELUZ 27  
EXPEDIENTE—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24873  
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

### A LITERATURA ADICIONADA ÀS ESPECIALIDADES

Os reclamamos às propriedades e indicações sobre posologia e aplicações terapêuticas das especialidades farmacêuticas, escritos nos respectivos envólucros e em folhetos anexos, não têm qualquer interesse para o médico nem para o farmacêutico, suscitam muitas vezes confusões no espírito do doente e ajudam a tornar os curandeiros ainda mais atrevidos e, portanto, mais perigosos por lhes darem um falso sentimento de segurança. Por consequência, não há razão alguma para aqueles produtos continuarem com tão má companhia que, afinal, só as deslustra. A eliminação pura e simples impõe-se, portanto, para prestígio das especialidades e dos próprios laboratórios onde são preparadas.

Para ser aplicada esta medida basta que os laboratórios de especialidades farmacêuticas desejem pô-la em prática, pois a sua realização não depende de qualquer outra entidade.

Duma maneira geral, apesar de se encontrarem ainda longe da meta, os laboratórios têm-se aproximado dela reduzindo o texto dos folhetos e eliminando aquelas indicações de alguns envólucros, e já pelo menos um apresentou os seus últimos produtos sem folhetos anexos nem quaisquer indicações sobre posologia e aplicações terapêuticas, o que só merece louvores.

Muito embora reconheçam que as referências àquelas indicações não têm razão de existir e mostrem, mesmo, vontade de as eliminar, como se trata dum velho hábito muito arraigado, parece haver, da parte de alguns laboratórios, o receio de provocar um certo abalo com a eliminação pura e simples logo de uma vez.

Afigura-se-me não haver razões suficientemente fortes para fundamentar tal receio porquanto, procedendo à citada eliminação, demonstram possuir a certeza da eficácia dos seus preparados, dentro dos limites estabelecidos, por forma a poderem confiar na preferência dos médicos sempre desejosos de aplicar apenas medicamentos de actividade terapêutica garantida. Por outro lado, com a execução daquela medida, também denotam desprezar totalmente a venda efectuada por intermédio de quaisquer curandeiros e prestam, assim, uma boa prova de pretenderem obter lucros unicamente dentro dos mais rigorosos princípios de moralidade. Não se julgue que este último pormenor é destituído de valor pois, muito ao contrário, possui grande importância. O laboratório, ao proceder daquela forma, impõe-se ao res-

peito do clínico e incute-lhe confiança nos respectivos produtos. Já assim não sucederia se o médico verificasse, da parte de alguns preparadores, a existência de habilidades, mais ou menos engenhosas, tendentes apenas a salvar as aparências, por se lembrar, sem dúvida, de que inspira pouca confiança quem não é dotado de força moral suficiente para resistir à tentação de utilizar certos processos, só pelo facto de lhe darem lucro, visto não se conhecer o limite até onde se exerce o poder de atracção. O médico ao recordar-se desta velha regra sentir-se-ia atormentado pela desconfiança e, certamente, só em último caso aplicaria medicamentos de tal proveniência.

Tem aqui perfeito cabimento a conhecida expressão: não basta que a mulher de César seja séria, é também preciso que assim o pareça.

O facto de alguns laboratórios não desejarem, porventura, ser os primeiros a abrir caminho e a seguir à frente dos restantes também não os poderá preocupar, visto já pelo menos um de entre eles ter tomado a vanguarda nesta trajectória.

Ao possível argumento de este processo ainda não estar em voga no estrangeiro responderia que essa razão, só por si, é destituída de valor e poderia, até, constituir ofensa para o brio de um povo de pioneiros, como tem sido o português, por não haver motivo algum para ficarmos de cócoras à espera dos outros tomarem a dianteira no caminho descoberto por nós próprios.

Pelas razões apontadas, os textos contendo as indesejáveis indicações devem ser banidos.

Bem ao contrário, teriam grande utilidade, em vários casos, pequenas indicações escritas em linguagem simples, tendentes a evitar erros com o inadequado manejo de certos acondicionamentos. Assim, por exemplo, quando no laboratório se coloca o bico dum conta-gotas dentro do tubo de borracha, para evitar que se quebre, conviria explicar a necessidade de se trocar a respectiva posição para poder ser correctamente utilizado.

Como este tantos outros pormenores muito simples para os conhecedores mas que constituem grandes novidades e sérios problemas para quem os enfrenta pela primeira vez. Por isso mesmo, por serem autênticos ovos de Colombo, aparecem com frequência pessoas a afirmar, quando não foram previamente elucidadas, que certo conta-gotas não presta ou a contar, por cada pequeno esguicho, uma gota. Nem por este e outros fac-

tos semelhantes serem bem comensurados deixam de fazer correr sérios riscos como, por exemplo, o causado por doses erradas.

O tempo gasto com estas pequenas explicações evitaria graves perigos, mas tem-se preferido empregá-lo a mostrar sabedoria com o resumo de teorias em pequenos rectângulos de papel, recheando-os com nomes esquisitos e fórmulas só compreensíveis pelos técnicos na matéria e que, por não se destinarem a estes, são dum ridículo espantoso. Se se visse um farmacêutico juntar, aos remédios manipulados na sua farmácia de acordo com as fórmulas prescritas pelos médicos, uns papéis a exaltar as propriedades dos componentes, com uma lista de doenças para as quais tivesse possível utilidade e repleto de nomes um tanto ou quanto arrevezados, que ideia se faria a respeito do autor do processo? Pois não haveria diferença entre esta atitude e a de se juntarem, às especialidades, papéis com igual palavreado.

As palavras sobre posologia e indicações terapêuticas escritas nos envólucros e nos folhetos só servem para o curandeiro, especialmente o duma espécie muito espalhada, se tornar mais atrevido por supôr que tudo quanto elas afirmam pode ser tomado à letra. Ao ler que o remédio serve para todas as colites, para todas as diarreias ou para todas as doenças da pele, não descobre o verdadeiro sentido destas palavras, julga estar a seguir o conselho dado por grandes técnicos, perde o receio de aplicar o remédio e, como não podia deixar de ser, ocasiona maus resultados de que, às vezes, nem ele próprio se apercebe. Nem outra coisa há a esperar de quem, mércê da falta de estudos e de conhecimentos, não pode destringir se de facto existe uma colite, se a diarreia é útil ou prejudicial ou se o que vê na pele não passa dum sintoma de doença noutra parte do organismo.

Ora, quando o laboratório escreve coisas daquelas nas caixas ou nos folhetos não está a ajudar a tornar o curandeiro mais atrevido e, portanto, ainda mais perigoso? Sem dúvida que sim.

Enquanto ninguém focou este problema poder-se-ia aduzir que nunca se reparara nos seus perigos mas, depois de terem sido denunciados, as circunstâncias já mudam muito de figura e compete, aos responsáveis, tomá-los na devida conta.

Verifico com agrado que as ideias sobre a eliminação preconizada têm tido bom acolhimento e deu-me grande prazer o resumo da exposição feita

à Comissão de Estudos do Conselho Regional do Porto da Ordem dos Médicos onde se lê a seguinte afirmação: «A inclusão de papelinhos explicativos nas embalagens deve ser proibida porquanto não passa de propaganda extra-médica. O médico que receita a droga, conhece-a, não deve precisar do papelinho».

Dada a geral concordância neste assunto, é legítima a esperança de se verem, dentro de pouco tempo, as especialidades farmacêuticas apresentadas sem a má companhia de indicativos inúteis e prejudiciais, quer em folhetos anexos quer nos envólucros, tornando-se assim mais valiosas para os doentes e, por consequência, mais simpáticas aos olhos dos clínicos.

A eliminação daqueles indicativos fará, só por si, reduzir imenso a enxurrada de curandeiros, especialmente os duma certa espécie, que tantos e tantos prejuízos causam, directamente aos doentes e indirectamente à economia nacional, com as suas artimanhas, não só por fazerem gastar dinheiro com remédios inúteis e mesmo prejudiciais como também por originarem perdas de oportunidade de cura e esta, uma vez perdida, nunca mais volta.

ANTÓNIO JOSÉ LÚCIO

## Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa

Reuniu no dia 17 de Março a Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, tendo o Dr. Andressen Leitão, apresentado um trabalho intitulado «Inactivação da histamina», problema de grande interesse em várias clínicas.

O autor, que neste seu trabalho encarou o problema do metabolismo da histamina à luz de novos conhecimentos, trouxe a sua contribuição pessoal no sentido de minorar as dificuldades existentes para a compreensão daquele problema.

Depois de expor, largamente, as suas investigações, o Dr. Andressen Leitão disse, a terminar, que, em resultado delas, pode afirmar que grande parte da histamina injectada na veia-porta é conjugada, ficando em parte retida no fígado e passando uma fracção, sob a forma inactivada, para a corrente sanguínea.

# A FARMÁCIA NA ALEMANHA

«*Médecine et Hygiène*», de Genebra, publicou recentemente um artigo sobre o renascimento da indústria farmacêutica alemã. A Alemanha renasce das ruínas que a última guerra provocou com extraordinária potência em todos os ramos da indústria, incluindo os produtos químicos, que atingiram o nível anterior. Publicamos a seguir dados interessantes sobre este assunto.

A indústria química alemã que, antes da guerra, cobria cerca de 30 % da produção mundial, tinha diminuído gradualmente em relação ao seu nível de 1939. Actualmente, o «Financial Times» mostra-nos que em 1951 a Alemanha, exporta mais produtos químicos que a Grã-Bretanha: a proporção é de 175 milhões de libras esterlinas para a Alemanha e de 159 milhões para a Grã-Bretanha.

É de anotar que a Alemanha entrega os seus produtos a um preço mais baixo que a Grã-Bretanha; assim, alguns deles são vendidos de 25 a 75 £ a tonelada mais baratos que os mesmos produtos ingleses. Note-se que os chefes dos sindicatos alemães pedem aos operários das fábricas de produtos químicos para trabalharem ininterruptamente em turnos com o fim de evitar o descanso. Censura-se por outro lado que na Alemanha, depois de 1950, os salários só aumentassem 6 % enquanto que esse aumento foi de 12 % na Inglaterra, de 17 % na Itália e de 39 % na Suécia.

Actualmente, a exportação total da Alemanha ocidental é de 2.240 milhões de libras esterlinas, das quais 7 % dizem respeito aos produtos químicos. A proporção é de 5 % para os mesmos produtos exportados de Inglaterra.

### A FARMÁCIA ALEMÃ DURANTE A OCUPAÇÃO

Resulta dum artigo de Percy H. A. Wirth (The Pharm. Journal 1953, 10 Jan., p. 27) que, no caos que sucedeu à guerra e à ocupação, a farmácia representou um papel importante dando os medicamentos que dispunha em stock para o uso da população. Na Alemanha ocidental os Aliados deram a prioridade às «provisões» medicinais, a fim de evitar epidemias no seio de um povo sub-alimentado; é importante notar que nenhuma epidemia se declarou neste país devastado.

A farmácia conheceu pois uma actividade normal na Alemanha ocidental.

Na Alemanha oriental os russos tenderam a socializar a medicina e a far-

mácia; criaram um contróle do Estado sobre a farmácia, e a maior parte das farmácias privadas foram ligadas ao Estado.

O processo de comunização foi conduzido lenta mas seguramente, e as empresas privadas foram inteiramente eliminadas. Sucedeu o mesmo com a indústria química e farmacêutica; actualmente é o governo que produz e que dita as quantidades a produzir.

Na zona americana ocidental, os Estados Unidos seguiram, no domínio da prática farmacêutica, uma política «anti-trust, anti-cartel, anti-monopólio», tal como é praticada nos Estados Unidos. O slogan era: «comércio livre». O sistema de concessões foi abolido pelos serviços de ocupação: todo o farmacêutico «registado» foi autorizado a abrir uma farmácia em qualquer parte. Resultou disso a criação de mais de 1.000 farmácias em dois anos. É ainda demasiado cedo para emitir um juízo sobre este sistema, inteiramente diferente dos sistemas pre-existentes que consistiram em autorizar a abertura duma farmácia para cerca de 1.000 habitantes. As autoridades americanas não fizeram caso dos protestos das farmácias estabelecidas e observaram o preceito de Hipócrates: *Salus aegroti suprema lex*.

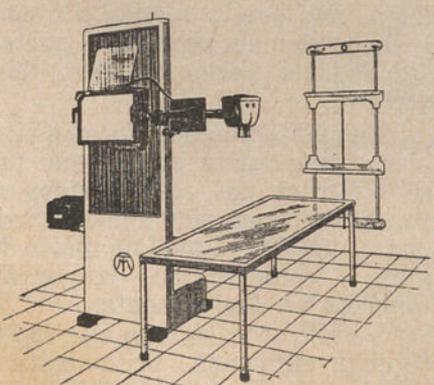
em dúvida nenhuma, ao fim, o aumento do número de farmácias prestou grandes serviços à medicina mas, dissearam os farmacêuticos estabelecidos, qual foi definitivamente, o resultado da abertura sem discriminação de novas farmácias?

Foi de desenvolver os negócios farmacêuticos à americana, quer pela venda de artigos diversos, bebidas, perfumaria, etc., venda que constitue a maior parte dos negócios.

Por outro lado, em certas regiões, aconteceu o contrário e abriram muitas «farmácias de prescrições», especializadas na venda de medicamentos; enfim, «farmácias alemãs».

Assim, no decurso destes últimos meses, viram-se nas diversas províncias ocupadas pelos americanos, os estatutos do livre estabelecimento mudar-se em empresas farmacêuticas «dirigidas», a saber farmácias criadas em lugares que delas necessitavam, com um capital «ad hoc» e outras condições favoráveis.

Há actualmente cerca de 6.000 farmácias nos 12 Estados federais da Alemanha ocidental e aproximadamente 60.000 médicos. O país está em plena via de reconstrução depois das devastações da guerra e o farmacêutico encontra-se recolado nas condições de vida anteriores; ele está à frente, pronto a vir em auxílio dos doentes, segundo a tradição estabelecida pelos seus antepassados no decurso dos séculos.



**10 NOVOS MODELOS**

Aparelhos de Raios X para a radiografia e radioscopia de 10-20-50 e 100 miliamperes. 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.

# ECOS E COMENTÁRIOS

## ESCOLHA DE MÉDICOS

Ainda sobre o discurso do Prof. Cerqueira Gomes, que temos transcrito, refiro-me hoje a uma passagem que merece especial atenção. Trata do assunto, que tem sido discutido algumas vezes em «O Médico», de se preferir, nos seguros sociais, a escolha livre do médico ao clínico privado, como tem agora a Federação. Durante muito tempo, não preconisei, para a nossa previdência, que, em vez de médicos privativos, houvesse escolha, por parte do doente dos seguros sociais, de entre os médicos que aceitassem as condições da previdência. Não porque contrariasse a doutrina, mas porque supunha que a situação económica dos nossos seguros não era de molde a estabelecer a modalidade da escolha livre do médico. Desde que é possível adoptar-se em Portugal a modalidade usada na maioria dos países da Europa — escolha de entre os médicos que queiram trabalhar para a previdência social segundo regras definidas e pagamento por unidade de serviço — julgo que não há que hesitar. Todos os argumentos contra este regime — como os dos nossos distintos colaboradores e amigos Drs. Constantino de Almeida Carneiro e Pacheco Nunes e outros que tenho visto apresentar — são inconsistentes e não me convencem que em Portugal, por serem os médicos menos honestos e menos dignos (que não são) tenhamos de optar por serviços clínicos pagos em regime de avença, à maneira de burocratas. É preciso não confundir a generalidade dos serviços em regime de seguros sociais com os serviços nos Hospitais, Dispensários do Estado, organismos de profilaxia, etc. Interessa que a medicina curativa que a Previdência Social dispensa seja o mais semelhante possível à tradicional medicina que inspira confiança ao doente, o que não quer dizer que, em certos casos, se não recorra, em organizações adequadas, às vantagens da medicina de equipe, com os seus especialistas. O que escreveu em «O Médico» o Dr. Constantino de Almeida Carneiro e, sobretudo, o que se publicou aqui do Dr. Pacheco Neves, merece largos comentários, que agora não posso fazer. Mas direi ainda, para terminar, que estranho ter-se agora formado tão grande corrente, entre os médicos da «Federação» (onde se encontram muitos distintos clínicos, que seriam os primeiros a lucrar em que os serviços da nossa Previdência

Social se fizessem noutras circunstâncias que podemos chamar mais europeias), admiro-me que tantos colegas mostrem a sua honestidade ao que defendeu, com tanto brilho, na Assembleia Nacional, o Prof. Cerqueira Gomes. No regime em que estão, actualmente, os médicos da «Federação», temos de considerar — e o Governo assim o considera — que se trata de lugares como outros que estão sujeitos à lei das acumulações (e a Federação considera esses lugares correspondentes a «vencimentos actualizados»). Continuando assim, uma gran-

de parte dos actuais funcionários médicos da «Federação» ou de outro organismo nas mesmas condições terão de optar entre aqueles e outros, como de professores das Faculdades de Medicina, Exército, Subsecretariado de Estado da Assistência, etc.

M. C.

## VALOR TERAPÊUTICO DE PLANTAS

Com este título, escreveu Waldemar Pacheco num dos nossos últimos números, um eco, para o qual merece ser chamada a atenção.

Refere a existência de uma erva em Luanda com muito provável acção na litíase biliar e outra analgésica em Cabinda.

Acrescenta, em relação ao estudo destas e de outras plantas das nossas possessões ultramarinas:

«Não nos parece exagerado apontar este caminho como um dos mais importantes para a nossa investigação científica e, quiçá, da nossa economia.

É necessário, através da Universidade e da organização corporativa, auxiliados pelo Estado, apetrechar um instituto que pelo estudo encontre o muito que certamente aí há de materiais terapêuticos».

Não concordo, inteiramente, com Waldemar Pacheco, pois se é indiscutível que essas plantas devem ser estudadas, o Instituto indicado para o fazer é o Instituto de Medicina Tropical.

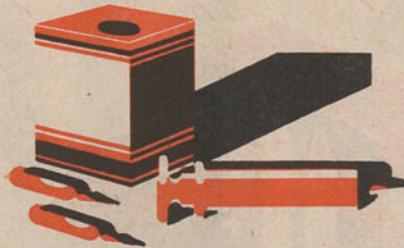
Claro que o Instituto de Medicina Tropical não deve ser uma segunda Faculdade de Medicina. As suas atribuições devem ser bem definidas e complementares da Faculdade naquelles campos em que a medicina ultramarina é nitidamente diferenciada da medicina metropolitana.

Além da clínica e terapêutica de doenças exóticas, da parasitologia e entomologia, não vejo que haja campo mais nitidamente caracterizado para uma cadeira de especialização que a Farmacologia Tropical. Dois aspectos fazem pensar assim: o primeiro a necessidade de estudar farmacologicamente as plantas indígenas que potencialmente têm acções terapêuticas; o segundo estudar os farmacos de acção específica nas doenças tropicais.

Este assunto, está, certamente, na mente dos que têm desenvolvido tão brilhantemente o Instituto de Medicina Tropical e o vão transplantar para novo edifício.

J. A. L.

## ACÇÃO BIOLÓGICA DA HORMONA DO CORTEX SUPRARRENAL



## CORTIGRADON

Acetato  
de desoxicorticosterona

DOENÇA DE ADDISON.  
DOENÇAS INFECCIOSAS  
GRAVES: FEBRE TIFÓIDE,  
DIFTERIA, PNEUMONIA,  
GRIPE, ETC. CONVALESCENÇAS,  
ASTENIAS, ADINAMIA,  
MIASTENIA, ÚLCERA GASTRODUODENAL,  
TOXICOSES GRAVIDICAS,  
INTOXICAÇÕES CRÓNICAS,  
ETC.

Caixa de 3 × 1 c. c. a 2 mg.

Caixa de 3 × 1 c. c. a 5 mg.

Caixa de 3 × 1 c. c. a 10 mg.

**LABORATÓRIOS**  
DO  
**INSTITUTO**  
**PASTEUR DE LISBOA**

# SERVIÇO SOCIAL E MEDICINA

MARIA AMÉLIA COUCEIRO

(Assistente Social nos Serviços de Acção Social — Ministério das Corporações)

Ao relermos «Social Diagnosis», encontramos duma flagrante actualidade palavras escritas em 1917:

«Nota-se por vezes no trabalho social, ligado aos tribunais e às clínicas, uma tendência para sair das verdadeiras normas.

A explicação disto está no facto de certas profissões já criadas há muito tempo lançarem, por assim dizer, sobre essas normas uma larga sombra, com as suas tradições, as suas rotinas, a sua terminologia e mesmo uma forte acção de solariedade profissional. O trabalho social algo sofre com tais coisas. Quando um médico ou um juiz aceita que as trabalhadoras sociais sejam agregadas às clínicas ou aos tribunais, só terão a ideia da sua contribuição para interpretar ou autenticar factos sociais que interessem ao seu trabalho profissional e, por isso, há tendência para as adaptar às fórmulas das profissões, médica ou jurídica, pondo de parte as características puras do trabalho social. O juiz, às vezes, aplica-as em trabalho policial, o médico, acostumado à obediência das enfermeiras, põe-nas a levar recados aos doentes ou destina-lhes um serviço semi-clerical. Além das perdas de muitas oportunidades, resulta uma solução errada das observações sociais que se fazem» (1).

É de alguma forma o que a experiência de 13 anos de Serviço Social nos faria apresentar como conclusões nossas, embora, também felizmente pudéssemos apresentar excepções, que por tal confirmariam a regra.

O Serviço Social, nas suas múltiplas facetas actuais, funciona na solução de casos difíceis de conflitos quer íntimos, quer familiares, no reajustamento ao meio, na readaptação ao trabalho, como o mais directo colaborador da Medicina Psicosomática.

«Não é de recomendar para o clínico geral a aplicação da análise profunda, narcoanálise e hipnose. São técnicas delicadas que consomem tempo e necessitam prática especializada. É mais útil ao clínico procurar resolver os problemas domésticos e financeiros do doente com a ajuda da assistente social ou dos vários serviços sociais de que possa dispor» (2).

## I

### Os objectivos do Serviço Social

Analisando os termos — Serviço Social — expressão de origem anglo-saxónica, encontramos a sua explicação.

«Serviço» — significa o acto ou efeito de quem pratica uma acção, e praticar uma acção é *agir*, mover para o bem, para o melhor; analisando o termo «Social», verificamos que, em sentido filo-

sófico, é a simples extensão da Moral à actividade humana, considerada não no individuo em si, mas na «pessoa humana» chamada a tomar parte com os seus semelhantes na satisfação das suas necessidades e no desenvolvimento da sua natureza.

A definição de Serviço Social foi-nos dada na 5.ª Conferência Internacional do Serviço Social como: «uma forma de actividade social que, por

meios técnicos apropriados, pretende promover a constituição ou o funcionamento normal dos quadros sociais necessários ou úteis aos homens, na medida em que estes sejam incapazes de o conseguir pelos seus próprios meios. De forma geral, é o conjunto do trabalho social coordenado e metódicamente feito por agentes competentes, tecnicamente preparados» (3).

Poupar-vos-emos a história da expansão do Serviço Social, mas não queremos deixar de lembrar o nome do Dr. Richard Cabot, que, primeiro no Hospital de Boston (Massachusetts) e depois na sua clínica particular, foi o grande impulsionador do Serviço Social-Médico.

Sendo múltiplas as suas especializações e tendências, e visando o Serviço Social a um fim único, — conjugação de esforços, — convém sintetizar a sua acção. Adoptaremos a fórmula aprovada pela 1.ª Conferência da União Católica Internacional de Serviço Social (Paris, 1928).

Segundo essa fórmula, a acção do Serviço Social deve:

- 1.º Aliviar os sofrimentos provenientes da miséria — *acção paliativa*;
- 2.º Prevenir os flagelos sociais — *acção preventiva*;
- 3.º Repor os individuos e as famílias em condições normais de existência — *acção curativa*;
- 4.º Melhorar as condições sociais e elevar o nível da vida — *acção construtiva*.

## II

### O trabalho Social

No trabalho social, o que primeiro nos chama a atenção é a série de perturbações que se entrecrocaram na vida individual e social das famílias.

Até que ponto as perturbações individuais são causa do mal estar social?

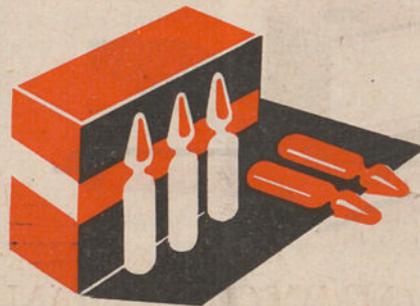
Até que ponto o mal estar social é causa das perturbações individuais?

Há um intercâmbio de perturbações, de difícil, se não impossível, destrinça. Dele se conclui que não há seres independentes e que o individuo não sofre sozinho, isolado. Tal como a pedra que caiu no lago e que vai alargando cada vez mais os círculos concêntricos que formou, ele irá repercutir os seus problemas no meio familiar, no meio de trabalho, no meio em que vive.

A trabalhadora social terá de procurar a origem da perturbação na ordem:

}	económica	}	afectiva
	física		e
	psíquica		mental

## TERAPÉUTICA ANTI-SIFILÍTICA



## SALIBI

Suspensão oleosa de salicilato básico de bismuto, em dispersão muito fina. Cada ampola de 2 cc. contém 0,15 g. de Bi metálico.

Caixa de 12 ampolas  
de 2 cc.

25\$00

LABORATÓRIOS  
DO  
INSTITUTO  
PASTEUR DE LISBOA

A ÚLTIMA DESCOBERTA DE ANTIBIÓTICO  
 PARA TRATAMENTO DE INFECÇÕES  
 PRODUZIDAS POR UM VASTO ESPECTRO  
 BACTERIANO TANTO **GRAM-POSITIVO**  
 COMO **GRAM-NEGATIVO**



POLIMIXINA B . . . . .	60.000 U. I.
SULFATO DE DIHIDROESTREPTOMICINA . . . . .	0,5 Gr.
PENICILINA G PROCAÍNICA . . . . .	300.000 U. I.
PENICILINA G POTÁSSICA . . . . .	100.000 U. I.

EM UM FRASCO-AMPOLA



UMA AMPOLA DE VEÍCULO COM CLORETO DE COBALTO  
 CAIXAS COM 1-3-5 FRASCOS-AMPOLAS

LABORATÓRIO FARMACOLÓGICO  J. J. FERNANDES, LDA.

LISBOA - PORTO - COIMBRA - FUNCHAL

Precisamente no conhecimento da causa que originou o conflito individual é que a trabalhadora social antevê o possível *diagnóstico*.

Tal como para o médico, o diagnóstico só tem valor enquanto actual e é modificável por circunstâncias tanto intrínsecas, como extrínsecas.

É um trabalho de pesquisa sempre necessário, mas nunca definitivo, onde o factor tempo tem a maior influência, porque o Serviço Social é a «Vida» em si e esta evolue constantemente.

São de Mary Richmond estas palavras: «O campo especial do Diagnóstico Social, é o do Serviço Social dos casos individuais. Destina-se, também, a ser um auxiliar nos sectores da Medicina, da pedagogia, da jurisprudência e da indústria. Enquanto os conhecimentos provenientes destes ramos estão a ser aplicados no Serviço Social dos casos individuais, este tem progredido, aperfeiçoando métodos que irão ser úteis àqueles» (4).

Um diagnóstico leva a uma terapêutica, a um *tratamento*.

Para tal, a trabalhadora social terá de entrar em contacto directo com o indivíduo, terá de pôr em jogo todo o seu interesse por cada caso, num desejo sincero de compreender e de ajudar.

Tem de o aceitar tal como se lhe apresenta, com os seus problemas, de fazer sentir que está ali *unicamente para o ouvir*, para procurar compreendê-lo e ajudá-lo sem nada pedir em troca. Mas não pode ser só uma pessoa de «boa vontade: essa ouviria o indivíduo e não poderia agir.

«... cette science du service social, qui touche à tout le domaine des relations humaines (sociologie, droit, législation, etc.) est avant tout très fortement basée sur la psychologie, la psychiatrie et la psychanalyse» (5).

Miss Jung, professora da New-York School of Social Work, sublinhando as tendências que na América o Serviço Social tem para a demasiada especialização, comenta com ironia:

«Já lá vai o tempo em que as trabalhadoras sociais ignoravam todos os complexos provocados pelo «complexo de Edipo», mas tinham uma visão clara do conjunto dos problemas sociais que não poderão ter mais» (6).

A preparação científica é indispensável a quem faz Serviço Social. A ciência estabelece relações gerais e abstractas no campo dos fenómenos, mas não sugere soluções às situações concretas. O Serviço Social aplicará a teoria à realidade, estudando caso por caso e tendo em vista os elementos susceptíveis de se lhes adaptarem.

### III

#### O Médico e a Assistente Social

«A Missão da Assistente Social, nas suas relações com os serviços clínicos, não se limita a procurar a realização dos fins imediatos de tratamento. A sua actividade deve exercer-se em um campo

de acção muito mais largo, porque têm de atender-se, muitas vezes, as necessidades de carácter social que acompanhem os casos clínicos» — diz o Prof. Beleza dos Santos (7).

O Serviço Médico-Social foi concebido por quem pretendeu o aperfeiçoamento do trabalho médico em hospitais e dispensários e encontrou no Serviço Social um poderoso meio para mais exacto diagnóstico e tratamento.

«Com a intervenção da Assistente Social, procuram remover-se os problemas que podem conservar ou agravar o estado do doente: a falta de recursos, a habitação pouco saudável, a dificuldade de admissão em estabelecimentos de cura, ou de convalescença, a ausên-

cia de emprego compatível com as forças do indivíduo doente ou convalescente, etc.» (8).

A Medicina Humana, visando o homem no seu todo, não se pode contentar com passar uma receita, que não sabe sequer se poderá ser comprada. O trabalho da Assistência Social junto do Médico é um complemento, não é uma mistura de trabalhos. A Assistente Social não é médica, sabe de Medicina aquelas noções gerais que os seus Professores-Médicos lhe ensinaram, (9) não vai levar ao Médico indicações sobre a Doença mas sim, indicações do meio em que o doente vive, razões de ordem psicológica e moral, quase sempre ligadas a razões de ordem material.

Citamos de memória uma afirmação feita por um médico: a colaboração da Assistente Social é indispensável ao Médico que pretende fazer uma Medicina mais completa da que habitualmente se pratica.

O Médico pode contar não só com a preparação técnica da Assistente Social que foi instruída cientificamente e que em estágios práticos assimilou a teoria, mas também com a obrigação de Segredo Profissional, a que ela está moralmente comprometida.

Nunca é demais afirmar que o Segredo Profissional é a base de confiança das relações entre Médico, Assistente Social e Assistido. Cremos que é este o capítulo da profissão que lhe dá a independência e autonomia necessárias para actuar na solução de problemas em que se torna imprescindível uma extrema prudência, tão grande que se o Assistido não quiser ser ajudado, ela nada deverá fazer.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — Mary Richmond — «Social Diagnosis», Russell Sage Foundation, 1940.
- 2 — Prof. Pedro Polónio — «O Médico», N.º 74, Vol. I, IV ano, 29 de Janeiro de 1953.
- 3 — Mlle. Baers — Compte Rendu — 5ème. Conference Catholique Internationale de Service Sociale, Paris, 1953.
- 4 — Mary Richmond — Obra citada.
- 5 e 6 — E. Kaepelin — Les Centres Sociaux Américains, in Informations Sociales, N.º 1, Editions U. N. C. A. S., Paris, 1953.
- 7 — Citado por Maria Adozinda de Moraes Alves, em «O Serviço Social no Sector da Medicina», in Boletim de Informação dos Serviços Médicos Sociais, Federação das Caixas de Previdência, N.º 5, Ano II, Maia de 1949.
- 8 — Maria Adozinda de Moraes Alves — idem.

(9) No entanto não esquece que o Médico pode ter profundos conhecimentos sociais.

Vemos que em Congressos de Medicina se aponta como uma necessidade o Estudo de Ciências-Sociais. Como exemplos desta tendência, veja-se 1.º Congresso Americano de Medicina no Trabalho, Compte Rendu, Buenos-Aires, Dezembro de 1949 e Congresso da Organização Mundial de Saúde, Nancy, Dezembro de 1952.

RESFRIADOS GRIPE  
DORES REUMATISMAIS

# EUPIRONA

DRAGEIAS

(Maleato de N-p-metoxibenzil-N'-N'-dimetil-N- $\alpha$ -piridiletilenadiazina + metil-melubrina + o-Oxibenzoilamida + p-Acetofenetidina + trimetil-xantina 1, 3, 7 + ácido l-ascórbico).

ANTIPIRÉTICO ANALGÉSICO  
ANTI-HISTAMINICO

Apresentação:

Carteiras de 4 e 16 drageias

CORISA — SINUSITES E RINITES  
INFECCIOSAS OU ALÉRGICAS

# TUAZIL

(Sulfato de 2-amino-heptano + gramidina + clorobutanol, em excipiente aquoso tamponado isotónico).

No TUAZIL reúnem-se as acções:

- I — VASOCONSTRITORA intensa — imediata e prolongada
- II — ANTIBIÓTICA E BACTERICIDA
- III — ANESTÉSICA E ANTI-SÉPTICA
- IV — NÃO IRRITANTE DA MUCOSA NASAL — PH isotónico com a secreção nasal

O Tuazil não altera as funções do epitélio das fossas nasais.

Apresentação: Frasco de 30 c. c.



LABORATÓRIO FIDELIS  
Rua D. Dinis, 77 — LISBOA

## ASSEMBLEIA GERAL DA ORDEM DOS MÉDICOS

Com a presença de 55 dos 64 delegados eleitos, reuniu-se a Assembleia Geral da Ordem no passado dia 28 de Março, para discussão do relatório da gerência finda a eleição do Bastonário.

Eleitos o Prof. Aleu Saldanha para Presidente da Assembleia e os Drs. Galvão Rocha e Fernando Nogueira para Secretários, entrou-se na ordem do dia.

Iniciou-se a discussão do relatório sendo aprovado por aclamação um voto de louvor ao Bastonário cessante Prof. Cerqueira Gomes, que a assistência ovacionou prolongadamente e de pé.

Falaram, entre outros oradores, os Drs. Silva Leal, Gregório Pereira, Augusto Cerqueira Gomes, Artur Teixeira e Coelho de Campos.

Foi posta na mesa a pergunta, para esclarecimento do relatório, sobre a cópia de uma carta que um delegado apresentava e que com muitas outras é passada de mão em mão e atribuída ao sr. Ministro das Corporações e dirigida ao Prof. Cerqueira Gomes, Bastonário da Ordem dos Médicos, era autêntica.

Levantada a questão de se tratar de um esclarecimento necessário à compreensão do relatório do Conselho Geral, foi posta à votação, sendo aprovado, por unanimidade, que se devia

interrogar o Bastonário sobre o assunto. Este respondeu ser a cópia igual a uma carta manuscrita que recebera do Ministro.

Foi então dito que sendo a carta dirigida ao Prof. Cerqueira Gomes na qualidade de Bastonário da Ordem dos Médicos e referindo que o problema era de interesse para a classe, devia ser lida na sessão da Assembleia Geral.

Aprovada a leitura por unanimidade, foi a carta lida pelo 2.º secretário.

No final da leitura foi pedido que o Bastonário informasse a assembleia da resposta que dera, a um documento tornado público, por inconfidência e que era altamente imperioso para a Ordem e para a classe médica em geral.

Foi aprovado perguntar-se ao sr. Bastonário como respondera a tal documento.

Tomando a palavra, o Sr. Bastonário disse que sabia por carta do Dr. Soares da Fonseca que este apenas tinha lido a carta a uns amigos e que a sua divulgação era uma inconfidência de que não tinha culpa.

Não queria o Prof. Cerqueira Gomes tornar a resposta pública, mas como o Dr. Soares da Fonseca tinha lido a

sua carta a uns amigos, ele também tinha o direito de a ler aos seus amigos que se encontravam na sala. Omitiria as passagens em que respondia às acusações particulares que lhe faziam e leria apenas a resposta às acusações feitas à Ordem e aos médicos em geral.

No final da leitura a assistência prestou uma prolongada ovação ao Prof. Cerqueira Gomes.

Como não houvesse mais discussão e aprovado por unanimidade o relatório, procedeu-se à eleição.

Havia dois candidatos legalmente propostos para Bastonários, os professores Manuel Cerqueira Gomes e Augusto Vaz Serra.

Feita a eleição verificou-se ter sido reeleito o Prof. Cerqueira Gomes por 50 votos contra 5 do Prof. Vaz Serra.

Após grande ovação o Prof. Cerqueira Gomes agradeceu a sua reeleição e disse da alta consideração em que tinha o Prof. Vaz Serra. Referiu que lhe tinham comunicado os Profs. Maximino Correia, João Porto e Rocha Brito, que tinham proposto a candidatura do Prof. Vaz Serra por lhes ter sido declarado que o Prof. Cerqueira Gomes não aceitava ser reeleito.

# METIOCOLL

LÍQUIDO

INOSITOL • METIONINA

CITRATO DE COLINA • EXT.

CONCENTRADO DE FÍGADO

UM VALIOSO PRODUTO

PARA TRATAMENTO DAS

INSUFICIÊNCIAS HEPÁTICAS

E

ESCLEROSES VASCULARES

LABORATÓRIO



SAÚDE. L.ª

RUA DE SANTO ANTÓNIO Á ESTRÉLA, 44—LISBOA

## A MEDICINA EM S. BENTO

## O AVISO PRÉVIO DO PROF. MANUEL CERQUEIRA GOMES

## Discurso do Prof. Cerqueira Gomes

(Continuação do número anterior)

V) *Prestação de Serviços Médicos.* — Quase todas as nossas instituições de previdência cumprem o encargo das prestações sanitárias com médicos privativos. Poucas são as caixas que mantêm para os segurados o direito de procurar o médico mais da sua confiança.

A Federação, que representa mais de metade do total dos beneficiários, tem um quadro de médicos contratados, com vencimento fixo, para ver os doentes, em horas certas, nos postos, ou para visitar em casa, durante o dia, os doentes não ambulatórios, ou para atender no consultório aqueles outros que estão fora das terras onde há postos.

Estes, em número de 71, estão dispersos pelo País e foram especialmente construídos pela Federação. Houve a preocupação de construir muito e rapidamente, e assim nos primeiros três anos estavam levantados 66 postos e, a bem dizer, começados os 5 restantes do grupo actual. O pensamento foi prender a obra logo de entrada à realização de grande investimento de capitais de tal modo que elas próprias defendessem a razão da obra.

Deixemos as condições de construção dos postos, que já tiveram suficiente julgamento até no próprio inquérito feito em 1949 à Federação, para esclarecer que dentro deles há gabinetes de clínica geral e algumas especialidades e ainda de enfermagem.

Para além dos postos quis-se, há quatro anos, alargar a fase de realizações com a construção de hospitais privativos. Fui daqueles que se levantaram contra a intenção da Previdência; além do desvio doutrinário que representava, o Estado tinha delineado e começado a construir uma rede de hospitais largamente concebida pelo País e não havia decididamente possibilidades económicas ou técnicas para uma duplicação. Assim foi entendido superiormente e os hospitais — o primeiro já estava planeado — não se edificaram.

Ao lado dos postos tem a Federação tentado criar serviços próprios para os meios auxiliares de diagnóstico, especialmente análises clínicas e radiologia. Os de radiologia assumiram ultimamente um aspecto accidentado. Passaria de alto se a minha nota de aviso prévio não tivesse provocado neste passo uma exposição do Sr. Presidente da Federação à Assembleia Nacional e ela não merecesse sérios reparos. A Federação entendeu há meses que devia baratear os serviços de radiologia e elaborou uma tabela para os diferentes tipos de radiografias.

Então o Sr. Presidente da Federação, munido da tabela, foi primeiro a Coimbra e lá os radiologistas aceitaram-na a título de experiência; depois convocou os radiologistas do Porto e encontrou desacordo quanto a poucos — note-se bem, poucos — dos exames; o mesmo aconteceu com os radiologistas de Lisboa. Seguiu-se uma série de episódios entre os radiologistas e a Federação, e para bem os esclarecer vou respigar alguns trechos de uma carta que

os radiologistas de Lisboa me enviaram, devidamente assinada.

Antes de 1948 a Federação tinha em Lisboa quatro ou cinco radiologistas exclusivos. Nesse período o número de exames requisitado a esses especialistas era de tal maneira avultado que os seus proventos podiam ser grandes. Mas em Julho de 1948 todos os radiologistas de Lisboa passaram a fazer o serviço da Federação, como era de justiça.

No convite-circular que lhes foi dirigido, foi a própria Federação que propôs a tabela de preços, que, de resto, eram idênticos ou mesmo inferiores aos que os seguros sociais de outros países pagam pelos seus exames radiológicos. Esses preços eram os que há anos vigoravam para muitas das caixas antes de serem federadas.

Em 1951 há um primeiro apelo para abaixamento de tabelas, invocando não lucros excessivos, mas dificuldades financeiras da Federação.

O então presidente, Sr. Dr. João Madeira, pediu uma limitação substancial dos proventos. A questão foi estudada e chegou-se a acordo com uma redução de cerca de 20 por cento sobre os preços da tabela. Ficou também acordado que se o preço do material aumentasse a tabela fosse revista. Aumentou, e um ano depois o novo e actual presidente, em Janeiro de 1952, reviu, sim, a tabela, mas para impor nova e mais substancial redução.

Os radiologistas de Lisboa e Porto verificaram que desta vez os preços propostos eram incomportáveis, porque em muitos casos lhes davam prejuízo.

Toda a questão entre nós e a Federação se resume nesta diferença de opinião: a tabela é considerada remuneradora pela Federação e não remuneradora por nós, que conhecemos as nossas despesas.

A Ordem dos Médicos, através da sua comissão de radiologia, propôs-se demonstrar que os cálculos do estudo da Federação estavam certamente errados. A direcção da Federação não quis ser esclarecida.

Ficou o dilema: não há que discutir, há que aceitar; ou aceitar o prejuízo ou serem instalados serviços privativos.

O prejuízo foi admitido quando se disse aos radiologistas: «Os preços propostos são baixos, muito baixos. Também algumas companhias de navegação têm carreiras em que perdem para lucrar em outras».

O lucro para os radiologistas seria o evitar os serviços privativos da Federação, que ameaçam gravemente a sua vida profissional, tanto mais que todas as entidades dependentes da Previdência seriam obrigadas a recorrer a esses serviços. Seria melhor aceitar essa ta-

bela que a ruína total da radiologia. Vem a seguir outro argumento: «Os grandes não podem aceitar, mas os pequenos podem».

O espanto que causou os pequenos radiologistas não terem aceitado levou a direcção da Federação a uma afirmação de alta gravidade, por ser totalmente contrária à verdade: «Os grandes tinham amarrado os pequenos por um compromisso de honra».

Ora foi unanimemente e espontaneamente, porque todos estavam de acordo sobre a inaceitabilidade das propostas, que os radiologistas resolveram não as aceitar. Ninguém amarrou ou se deixou amarrar a pretensos carros dourados.

Vem então nova afirmação da presidência da Federação: «Foram concedidos subsídios, verdadeiros subsídios de greve». É uma afirmação falsa. Nenhum radiologista recebeu qualquer subsídio.

Afirma a Federação que alguns radiologistas da província aceitaram a sua proposta: entre eles cita Coimbra, núcleo tão importante como todos os outros somados.

O que não diz é que três meses depois de Coimbra ter aceite a título de experiência a nova tabela, unanimemente oficiou ao Sr. Presidente da Federação para lhe comunicar que tinha chegado à conclusão que essa tabelala não era remuneradora. É um facto importante que não deve ser encoberto; foram seis ou sete radiologistas da província que em todo o País aceitaram a tabela da Federação.

Há ainda uma referência a um caso isolado, que nos parece descabida, sobretudo se não houver intenção de confundir a excepção com a regra: é o caso de um radiologista que a Federação diz ter feito sessões de radioterapia a mais do que devia. Desconhecemos o caso em particular, não sabemos o critério que a Federação segue para saber o número conveniente de sessões para cada doente e temos fortes razões para duvidar da sua competência técnica para o fazer.

Se houve abuso, o caso necessita de ser esclarecido, sobretudo que nós, radiologistas, não consideramos, como o Sr. Presidente da Federação considera, que o nosso colega se tivesse reabilitado apenas por ter feito um desconto nos seus honorários.

Achamos moralmente fraco o critério de reabilitação e entendemos que a Federação só para poupar dinheiro não devia ter deixado impune o abuso — se o houve — e tinha obrigação de o participar à Ordem dos Médicos.

Tenho alguma coisa que acrescentar a esta carta — garantida nas suas afirmações com a assinatura de trinta médicos radiologistas, cinco primeiros dos quais são pro-

P. A. S. + ISONIAZIDE

CALCIDRAZIDE

SANITAS

QUIMIOTERÁPIA SINÉRGICA DA TUBERCULOSE

Para a quimioterapia das  
infecções com aeróbios e anaeróbios

# Supronal

(Solu-Supronal)

A sulfamida com intensidade  
de acção ainda não excedida

Embalagens originais  
Tubo com 20 comprimidos de 0,5 g cada  
Caixa com 5 ampolas de 10 cm<sup>3</sup> (= 2 g) cada  
para aplicação endovenosa

Na gripe e constipação

# Quinaspina

(quinino 0,03 g + Aspirina 0,25 g)

com efeito rápido e abortivo

Embalagem original  
tubo com 10 drágeas

Nas dores de qualquer origem

# Dolviran

(fenacetina + Aspirina + fosfato de codeína + cafeína + Luminal)

também eficaz em estados  
dolorosos mais intensos

Embalagem original  
tubo com 20 comprimidos



»Bayer« Leverkusen, Alemanha

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

fessores universitários — porque na exposição do Sr. Presidente da Federação se diz que «eu não exerci acção decisiva, na qualidade de presidente da Ordem dos Médicos, no conflito surgido entre a Federação e os radiologistas de Lisboa e Porto.

Ora eu quero dizer à Assembleia que:

- 1.º Reuni os radiologistas de Lisboa e Porto e pedi-lhes que ajudassem a Federação nas suas dificuldades financeiras e os radiologistas ofereceram um desconto de 10 por cento sobre os preços da tabela em vigor, por um prazo a ser determinado, o que não foi oficialmente aceite;
- 2.º Propus que fosse nomeada uma comissão de arbitragem ou um árbitro para solucionar os diferenciais em litígio, garantindo em nome dos radiologistas, que eles punham toda a sua contabilidade à disposição dos árbitros e se comprometiam a aceitar as conclusões que daqui saíssem, o que também não foi aceite;
- 3.º Pacientemente esperei que a Federação se dirigisse à Ordem, da mesma maneira como tinha procurado os radiologistas para lhes levar os seus preços e como era seu dever desde que eles lhe tinham comunicado que entregavam à Ordem a defesa do que já não podiam defender;
- 4.º Fui eu quem pedi ao conselho geral da Ordem dos Médicos que mandasse à Federação, com credenciais para discutir a tabela dos preços, a própria comissão de radiologia, que assiste ao conselho geral da Ordem e é constituída por três professores universitários da especialidade.

Não procurei, então, os meios de chegar a um acordo? Não me esforcei porque a minha acção fosse decisiva? Tenho a consciência perfeitamente tranquila; guardo na minha mão os documentos com que

posso demonstrar que, a este respeito, me esforcei, no meu posto da Ordem, por limar arestas, evitar atritos, procurar entendimentos. O que lucrei eu? O que ganhou a Ordem em ir até à Federação?

O Sr. Presidente da Federação deu à comissão de radiologia da Ordem os «elementos de estudo que serviram de base à elaboração da tabela da Federação», como diz no seu próprio officio.

A comissão da Ordem examinou os «elementos de estudo», mostrou em longa exposição como não estavam certas as parcelas constitutivas do total dos preços de cada unidade de radiologia e pediu uma discussão sobre estes factores básicos.

O Sr. Presidente da Federação contestou que «a Federação tem todos os preparativos concluídos para a montagem de serviços próprios de radiologia», que «a discussão pormenorizada de todos os elementos que serviram de base ao estudo parece desprovida de interesse prático, dada a variabilidade dos preços do material, das despesas de instalação, manutenção, funcionamento, etc.», e que «terá de resolver o problema no decorrer do mês». E eu pergunto: o que é a recusa em discutir os elementos que serviram de base à elaboração da tabela, o prazo para a aceitação, a notícia de preparativos concluídos para a montagem, o que é senão, como aqui disse, impor a criação de serviços privativos de radiologia?

Eu fui sempre contra a criação de serviços sanitários privativos dentro do seguro social. Primeiro, não é esta a função do seguro social. No colóquio que o Instituto Internacional de Finanças Públicas realizou em Mônaco, no ano de 1950, vezes das mais autorizadas do Mundo definiram assim:

Os seguros têm por objecto garantir aos trabalhadores e à sua família uma pensão ou indemnização, que se juntam, ao seu salário quando eles se encontram em circunstâncias em que o rendimento resultante do trabalho pode desaparecer ou tornar-se radicalmente insuficiente.

Ou ainda:

Os seguros sociais são um meio ou instrumento técnico de financiamento que permite cobrir certos riscos sofridos pelos indivíduos que numa comunidade política contribuem para o processo da produção.

A nossa legislação estabelece também que a Previdência «se destina a proteger o trabalhador na doença contra certos riscos».

Ora proteger contra os riscos, cobrir contra os riscos é dar fiança de fundos, garantir que nas circunstâncias previstas o segurado terá um auxílio para lhes fazer frente. É esta a essência do seguro social, e respeitaram-na dentro da Europa os países para cá daqueles onde o Estado tudo observa e comuniza.

O exemplo da França é bem curioso: os serviços sanitários, quer os particulares, quer os da assistência pública, estavam envelhecidos e entorpecidos por anos de guerra e de ocupação; pois a Sécurité Sociale, organizada depois da guerra, não se meteu a criar apetrechamento sanitário próprio, mandou os seus doentes aos serviços particulares e aos serviços da assistência pública, dando-lhes assim possibilidade de renovação.

Mais ainda: financiou muito do que estava, e, numa larga compreensão do esforço dos médicos, ajuda monetariamente a própria investigação; ainda há dias li numa das maiores revistas da França um trabalho médico feito no serviço do grande mestre Pasteur Vallery-Radot e subsidiado na parte experimental pela Sécurité Sociale.

Nem na Suécia nem na própria Inglaterra, onde o seguro social tem feição mais nacionalizada e estatificada, se caminhou para instalações sanitárias próprias, mas se aproveitou o que havia feito e levantado a iniciativa particular ou interesse público. Só a Espanha anda desde há tempos a construir hospitais privativos da previdência, na designação adocada de «residências sanatoriais».

# REUMATISMO?

*A experiência demonstra que*

## algiDerma

CREME ANTI-REUMÁTICO,  
ANALGÉSICO E ANTIFLOGÍSTICO

*dá bons resultados*

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

*Davi*  
LISBOA

Já algures denunciéi este mau caminho, que jornais espanhóis apontaram também e que se ouve amargamente de muitas bocas responsáveis: a sobreposição duma outra rede hospitalar à que já existe, de hospitais provinciais, clínicos e da assistência, está levantando sérios problemas financeiros, de administração e até escolares. Diminuem cada vez mais os doentes nas enfermarias universitárias e os professores começam a estar aflitos com a escassez de material de ensino para os futuros médicos, cada vez mais numerosos.

Também não é assim a nossa doutrina. Não há dúvida de que a criação de serviços sanitários próprios pela Previdência, não sómente os de diagnóstico, mas também os de tratamento, e os farmacêuticos e os de internamento de doentes, traz barateamento de preços.

Os serviços da Previdência não pagam aluguer, não gastam dinheiro em contribuições, não têm de existir como pessoas, nem de sustentar e de educar a família e os filhos. Mas o conceito doutrinário recorta-se com nitidez: nos Estados da nossa doutrina político-social os serviços oficiais ou oficializados não podem ser postos em concorrência ou ameaça de subversão com os serviços de iniciativa particular.

O conceito é tão certo que, quando a Federação tentou já por outra vez montar um serviço próprio de radiologia, com as mesmíssimas razões de economizar uns dinheiros — o problema, como se vê, não começa agora — e tinha comprado um aparelho de raios X e instalado um posto de radiologia no Porto, o Sr. Ministro das Corporações e Previdência Social, na lógica perfeita da sua doutrinação, determinou — e honra lhe seja — que o posto não abrisse e que o aparelho se vendesse, porque aquilo era obra socialista.

Não é, igualmente, justo que o seguro social aspire os doentes de muitos sectores de trabalho para encarregar da sua assistência um corpo de médicos contratados. Não tem paralelo nem pode servir como modelo comparativo o que se passa com algumas associações profissionais, em organizações especiais como a dos C. T. T., em mutualidades, nos próprios serviços de assistência pública.

Nuns casos os benefícios são simplesmente aproveitados por aqueles que para eles contribuem; é livre a inscrição; o trabalhador paga se tem vontade de usufruir as regalias que a instituição oferece.

Noutros casos os benefícios são dados gratuitamente àqueles que nada têm e para eles em nada podem contribuir. Mas a Previdência não faz assim:

- 1.º É generalizadora, quer dizer, estende a todos os duma profissão o campo do seguro;
- 2.º É obrigatória, quer dizer, impõe o seguro;
- 3.º É exclusiva, quer dizer, não admite outras instituições do mesmo seguro.

Logo, se a Previdência leva para dentro dela os doentes de muitos estratos populacionais — generalizadamente, isto é, a todos obrigatoriamente, isto é, sem o consentimento do próprio segurado, exclusivamente, isto é, sem que o seguro possa ser entregue a outro organismo — também deve levar todos os médicos, porque todos têm o mesmo direito de abrir os seus serviços aos doentes assim generalizadamente, obrigatoriamente, exclusivamente incorporados.

Não quis a Previdência ir pela via justa, e centenas de consultórios focaram desertos sem que os médicos pudessem seguir os doentes que lhes eram subtraídos, mesmo aceitando outras condições de exercício. Chegam até mim depoimentos de médicos de todo o País, e sei e posso testemunhar a séria crise que se abriu para tantíssimos profissionais habituados a viver com os doentes e dos doentes que o seguro absorveu.

Diz o seguro que, ao inverso do que alegam os médicos, ele lhes aumentou o número de clientes, trazendo para a assistência remunerada muitos que não compor-

tavam qualquer remuneração. O argumento só podia ser posto se o seguro entregasse o acréscimo de doentes à divisão geral dos médicos, e depois havia de perguntar ao seguro se a remuneração pelos que chegam de novo compensa a baixa geral de remuneração.

Nunca os nossos médicos se recusaram a prestar serviços gratuitos, deram-nos e continuam a dá-los com a maior generosidade; mas pediam, e também continuam a pedir, a justiça — a justiça que assiste a quantos trabalham — de deixar que paguem os que podem e na medida do que podem.

Consequências ainda mais graves são as que a racionalização da medicina pelo seguro cria aos médicos acabados de formar. Todos nós, quando saímos das Faculdades, começámos a exercer pelas pessoas mais próximas, as do bairro ou as mais amigas, em todo o caso as mais acessíveis em condições económicas.

Depois lá fomos alastrando em marcha excêntrica e os que tiveram possibilidades

escalaram os vértices. Mas hoje... hoje não há positivamente campo de trabalho para os médicos que chegam ao patamar do dia, depois duma carreira que exige muito dinheiro e em que se queimam muitos anos de esforço.

O seguro social absorveu a massa de trabalho, meteu dentro dele os grupos mais representativos de trabalhadores das cidades e das vilas, e, quando os médicos lhe batem à porta para o exercício legítimo da profissão, responde que tem os quadros completos.

E que não-de fazer estes médicos recém-vindos, de que não-de viver, se os que estão fora do seguro procuram, muito legitimamente, os nomes já consagrados?

O que fazem, na sua grande maioria, descontentos aqueles que se acolhem à protecção de um médico mais antigo, é, depois de um ano ou de dois de vida errante pelos hospitais ou pelas clínicas, aceitar qualquer lugar, qualquer situação que lhes dê uns magros centos de escudos e os liberte de continuarem a receber da família a pensão de estudantes. E isto é o afundamento do ânimo, a revolta contra a própria profissão, a impossibilidade de subida, de aperfeiçoamento, de melhoria, até pela impossibilidade de comprar um livro ou de assinar uma revista.

Eu ouço, vivo todos os dias este quadro nos que me procuram e meço na sua real dimensão as graves perspectivas criadas aos rapazes que andam, despreocupados, pelas nossas Faculdades de Medicina. Como as avalliam muitos professores que me contam a sua reflexão amarga; a obra dos mestres não acaba no ensino e na preparação dos médicos; fica no melhor da alma, com amor quase paternal, a sorte dos que ungem com o poder de curar e trazem pela mão à porta da Faculdade.

É certo que os médicos quinhoam das dificuldades que no momento afligem o caminho de todos os diplomados. Mas, porque há-de o sistema de racionalização da medicina adoptado pela nossa Previdência agravar particularmente o que já está difícil? Se o seguro social nasceu da ânsia de um mundo com melhor justiça, não pode tornar aflitivas as condições de vida de uma classe social.

O errado caminho da burocratização conduz ainda a outros males. O maior é a privação da liberdade de escolha do médico. Não se conferindo a todos os médicos o direito de prestar serviços no seguro de doença não se pode dar aos segurados o direito de escolher o médico da sua confiança. A liberdade de escolha é uma das características essenciais da arte de curar. Não há que jogar com o seu sentido.

A Ordem dos Médicos esclareceu bem:

A medicina coloca a liberdade de escolha dentro do condicionalismo das outras liberdades; não a crê ilusória só porque o doente não pode escolher entre todos os médicos do Mundo ou entre todos os médicos do País; considera-a real, efectiva, quando o doente vai até ao médico que, por uma ou por várias razões psicológicas, escolheu entre os que estavam ao alcance da sua escolha. E é esta razão ou razões psicológicas que interessam a medicina; é a sua existência e a sua importância como factor activo, de real actuação no jogo terapêutico, que a medicina quer defender.

A medicina trata pessoas. O homem não adoce só no corpo; adoce no seu todo solidário e harmónico, adoce inteiro, traz para a doença tudo quanto o constitui, desde a herança, desde os valores morais e afectivos, até ao meio em que luta e se defende. E esta pessoa humana que se recorta e se afirma na particularidade do seu sofrimento, diz a nossa doutrina, e di-lo rasgadamente, está por cima da lei social.

O nosso Estado não pode tolher ao doente a liberdade de escolher o seu médico, tem de a respeitar, de curvar-



## COMPLEXO B

	Tubo de 25 comprimidos 12\$50
Série fraca —	
	Caixa de 12 ampolas . 22\$50
	Frasco de 50 comprimidos 28\$00
Série forte —	
	Caixa de 6 ampolas de 2cc. 32\$00
Xarope —	Frasco de 170 cc. . . . 27\$00

NOVA APRESENTAÇÃO:

Reforçado —	Tubo de 20 comp. . . . 35\$00
-------------	-------------------------------



LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

-se perante o que é lídima dignidade da pessoa humana.

Curioso, bem merecedor de ser lembrado, é que o binário — direito de todos os médicos de prestarem serviço no seguro e direito de todos os segurados de escolherem o médico — se respeita por outros Estados sem a nossa ideologia, mesmo aqueles onde o seguro se estruturou em moldes socialistas.

Na Suécia e na Inglaterra, por exemplo, todos os médicos podem à vontade entrar no seguro ou ficar fora dele e o beneficiário pode escolher o médico que mais preferir.

Colectivizaram-se os riscos, os Estados tomaram à sua conta os seguros de todos os cidadãos e financiam as responsabilidades pelos impostos gerais, mas respeitou-se o carácter individual do acto médico. É que a consulta e, com ela, o diagnóstico e a terapêutica não se exprimem, como nos outros seguros, por números e tempos fixos, não se subordinam a série e a massa, são problemas fundamentalmente, essencialmente, pessoais, diferentes para cada homem. E ou se respeita este modo de ser do acto médico ou se faz tudo mehos medicina.

Seria estranho que fôssemos nós os doutrinários do Estado que não é fim do homem, os defensores da dignidade da pessoa humana, quem destruisse o bom sentido da medicina social. Fala-se muito de medicina social; é uma expressão que anda por aí facilmente na pena ou na boca de muita gente. E eu lembro que para saber o que é medicina social não basta ser técnico do social, impõe-se também ser médico.

Posso repetir aqui o que disse há pouco mais de um ano na Faculdade de Medicina de Coimbra, quando abri o curso de férias que se realizou ali em colaboração com o conselho regional da Ordem dos Médicos:

Pensa-se que para ser social a medicina tem de mudar, não já o rumo ou exercício, mas o próprio sentido. A medicina não precisa de chamar-se social só porque tem de acudir à higiene e à assistência da família, da profissão ou da cidade.

Porque a medicina é feita do homem e para o homem e só cumpre o bom sentido quando acompanha o homem na expressão de todas as suas realidades naturais. E se o século agrupou os homens, se são os grupos que organizam a prestação da medicina, se o homem não chega hoje ao médico na sua independência individual e chega integrado no grupo, número dum colectivo maior ou menor — no fim, no último elo, para que haja medicina tem sempre de ficar o homem, a unidade irreductível ao nivelamento, o particular e o distinto do drama de cada um.

E posso também acrescentar o que disse há meses aos médicos do V Curso de

Aperfeiçoamento do conselho regional de Lisboa:

A medicina não é, como alternada e erradamente se tem defendido, nem celular, nem humoral, nem psicossomática, nem agora social; é tudo isto, é o conhecimento do homem total, do homem inteiro, a viver e a sofrer na equação do seu eu e das suas circunstâncias, das realidades naturais em que se integra, desde a família ao grupo profissional e ao agregado civil.

Quer dizer, não há em bom rigor medicina social; há o aspecto, o lado, a face social da medida. E se vimos de um tempo em que a medicina foi quase exclusivamente individualista, não corrigimos o caminho se ela passa a ser exclusivamente social. Continuamos a não compreender-lhe o sentido de totalidade. De um erro caímos para outro erro, na mesma atitude, porque os fenómenos são conexos daquela visão parcial do homem que ontem fez o pecado do individualismo e hoje fere de morte as doutrinas comunitárias.

Se a todos os médicos deve ser dado o direito de prestar serviço no seguro, também é preciso que se mude o sistema de retribuição dos médicos, acabando com o vencimento fixo. De há anos que a Ordem dos Médicos vem insistindo por que os médicos recebam em função dos serviços prestados.

Em 1951 o Sr. Subsecretário das Corporações e Previdência Social nomeou uma comissão para estudo dos quadros, categorias e remuneração do pessoal médico da Federação; dela faziam parte um representante da Federação dos Serviços Médico-Sociais, que era o seu vice-presidente, e um representante da Ordem dos Médicos. Elaborou a comissão um apreciável relatório, redigido pelo vice-presidente da Federação, onde se propõem já todos os princípios que venho aqui defendendo:

- 1.º O direito de prestar serviços concedido a todos os médicos da área de um posto;
- 2.º Consultas nos consultórios médicos e aproveitamento dos postos como centros administrativos da área;
- 3.º Faculdade de o beneficiário escolher entre todos os médicos da área;
- 4.º Remuneração dos médicos em função dos serviços prestados ou pelo sistema de capitação, no caso de haver bastantes doentes para a assistência, ou então a remuneração por serviço ou acto médico.

Convém referir e sublinhar tudo isto para que se verifique como os princípios não são errados nem impraticáveis e como os delegados da nossa Previdência os compreenderam já bem amplamente. Porque não foram realizadas, postas em vigor as sugestões da comissão de há três anos?

O Subsecretariado passou a Ministério, a continuidade dos critérios interrompeu-se e entrou a crescer e a avolumar-se, brandindo por vários lados, um argumento máximo: o pagamento em função dos serviços favorecia o abuso dos médicos.

Era o perigo de corrupção, e começou a forragear-se através das caixas, para alinhar em decisiva lista negra quantos profissionais tinham excedido a liberdade de consulta e de prescrição.

Ora entendámo-nos. Não pode a classe médica evitar que entre as suas fileiras se aninhem maus profissionais. Como acontece em todas as outras classes, é uma condição inevitável, uma realidade de construção, com que se conta em qualquer das organizações onde entram os homens. E sempre os regimes jurídicos postulam maneira de a conjurar.

Mas que haja pelas nossas terras vinte, mesmo cem, médicos que abusem ou prevariquem? Basta, sinceramente chega para invalidar as virtudes do sistema? Como não compreender que uma forte atitude punitiva da instituição defraudada e dos tribunais disciplinares da Ordem dos Médicos não deixaria que o mal se repetisse ou alastrasse?

O argumento não pode convencer a quantos são bons homens e bons portugueses. Por essa Europa fora, com excepção dos países soviéticos, na Espanha, França, Suíça, Bélgica, Holanda, Dinamarca, Suécia, Inglaterra, os seguros sociais remuneram os médicos segundo a actividade exercida.

Na Espanha e na Inglaterra são remunerados por capitação; nos outros países por unidade de serviço. Tem o seguro na Europa fiscais e inspectores; defende-se contra a fraude, investiga, apura, facilita e premeia a denúncia; e a verdade, a escandalosa verdade, é que poucos, pouquíssimos médicos fraudadores se têm averiguado contra a multidão imensa dos que servem honestamente.

Vamos então aceitar que é diferente a craveira moral dos médicos portugueses? Que não têm uma honestidade igual à dos seus companheiros europeus? Não concluíamos injustamente.

Os nossos médicos merecem o nosso respeito. Na proporção de tudo o que é humano, perfila-se em alta beleza o número dos que cumprem honradamente.

*Vozes:* — Muito bem, muito bem!

*O Orador:* — Quantas dedicações por esse país fora? Quem dá, todos os dias, mais gratuidade de serviços?

*Vozes:* — Muito bem, muito bem!

*O Orador:* — Fora do sacerdócio da alma, quem mais se levanta a horas escuras para assistir à dor humana e tantas vezes sem mais paga que o próprio coração?

*Vozes:* — Muito bem, muito bem!

*O Orador:* — Bastaria que cem o fizessem entre os sete mil profissionais do País para que a sua altura moral resgatasse os outros cem trazidos ao pretório do seguro.

Eu sei que a remuneração dos médicos em função de serviço foi há meses discutida pouco favoravelmente pela Organização Mundial da Saúde. Houve instituições de previdência que entre nós logo puseram a correr o informe, triunfalmente, nas mãos dos seus médicos.

Mas é preciso dizer que contra as conclusões do relatório se insurgiu com fortes razões a Associação Médica Mundial; o relatório peca do defeito de tantos; foi elaborado exclusivamente por técnicos ou funcionários de saúde, médicos sem o contacto da vida real, fora dos passos da clínica e desconectados das reacções dos doentes.

O trabalho dos médicos funcionalizados e com um vencimento fixo é um trabalho sem estímulo, que leva a consequências dignas de meditação. Por muitas partes vão julgados os malefícios desta burocratização dos médicos, mais depressiva do que outra qualquer, porque é estática, definitiva, pela própria natureza da profissão; o médico é sempre médico e igual no exercício a outro médico.

**MARTINHO & CA. Lda.**

Tudo o que interessa à medicina e cirurgia

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

**PROGRESSOS NA TERAPÊUTICA HORMONAL!****METORMON**

(metilandrostenediol)

Novo esteróide de síntese activador do aproveitamento das proteínas, sem acção androgénica.

**INDICAÇÕES:**

DEBILIDADE GERAL. ESGOTAMENTO. EMAGRECIMENTO. ASTENIA. ATRASOS DO CRESCIMENTO. DEBILIDADE ÓSSEA. MENOPAUSA. TENSÃO PRÉ-MENSTRUAL. DISMENORREIA. DISFUNÇÕES HIPOFISÁRIAS. OLIGOSPERMIA. AZOOSPERMIA. NEOPLASIAS DA MAMA.

Tubo de 10 comprimidos a 25 mg.  
Frasco de 10 c. c. contendo 500 mg.  
em suspensão aquosa microcristalina.

O METORMON tem indicações em adultos de ambos os sexos e nas crianças.

**DIORMON**

Associação sinérgica em proporções óptimas de hormona estrogénica, hormona androgénica e vitamina da fertilidade.

**INDICAÇÕES:**

NA MULHER: MENOPAUSA. FRIGIDEZ. MENOMETRORRAGIAS. DEPRESSÃO FÍSICA E PSÍQUICA.

NO HOMEM: CLIMACTÉRIO VIRIL. DEPRESSÃO.

EM AMBOS OS SEXOS: PSICONEUROSES. PERTURBAÇÕES CIRCULATÓRIAS PERIFÉRICAS.

AMPOLAS: Benzoato de estradiol . . . 2,5 mg.  
Progesterona . . . . . 12,5 mg.  
Vitamina E . . . . . 20 mg.  
por c. c. (sol. oleoso)  
Caixa de 4 ampolas de 1 c. c.

COMPRIMIDOS: Anidro-oxi-progesterona 10 mg.  
Etil estradiol . . . . . 0,05 mg.  
Vitamina E . . . . . 20 mg.  
por comprimido  
Tubo de 20 comprimidos

**LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.**

C. CORREIO VELHO, 8-LISBOA

Não há muito que o mais importante diário de Madrid comentava:

Se o facultativo recebe um soldo fixo do Estado, cure ou não cure os seus pacientes, perde um dos estímulos mais poderosos para a sua autoformação.

Se, para mais, comprova que os colegas que procuram estar em dia e os que se banalizam gozam de idêntica consideração e benefícios, é muito provável que se desmoralize, e, se não tem uma forte vocação, deixará de estudar.

Numa ciência experimental como a medicina, que está sempre em marcha, deter-se equivale a perecer. Esta burocratização estendida a toda uma geração de médicos pode chegar a produzir uma verdadeira crise sanitária.

Para que um médico se aperfeiçoe bom é que ao seu estímulo se abra o ganho de melhores posições científicas e económicas. E não tolhamos os passos livres do médico

com os cambões, os agenciamentos, a angariação suspeita da clientela.

O trabalho do médico enreda-se nas mesmas malhas das outras profissões, sofre de tudo o que é humano. O que temos é de procurar que o trabalho do médico seja melhor, maior, mais alto de nível científico e mais fecundo de interesse para os doentes.

Há, sem dúvida, entre os médicos, como entre todas as profissões, almas de apóstolo, vocações superiores, vontades guiadas por uma luz espiritual ou até por um determinismo constitucional, que estão acima dos bens e das recompensas do Mundo.

*Vozes:* — Muito bem!

O *Orador:* — Mas o homem corrente, o o homem de todas as ruas e de todas as horas, move-se, na equação das actividades, pelas forças, também, da ambição ou do desejo de ser mais e maior. E, se o funcionalizamos, se o enquadrámos, se o nivelámos sem a compensação relativa de esforços, quebramos muito das molas espontâneas, muito do que nele é constitutivo e particular.

A medicina burocratizada não leva espontaneamente às *élites*. Ainda não se viu a grandeza das consequências porque os vértices actuais, feitos em outro sistema, florescem, compensadamente. Mas, se não mudamos o que está — e a todos nos interessa uma medicina de alto nível — os próprios acontecimentos não-de acabar por impor a correcção. O inevitável pendor das coisas humanas trará com a mentira da medicina a mentira da assistência.

É de verdadeira excepção a posição dos médicos portugueses em relação ao seguro social. E não sei que estranha atitude é a dos que insistem em que os médicos continuem assim funcionalizados com um vencimento certo. Paro muitas vezes a meditar porque se teima em desumanizar a medicina, por que razão tantos homens, mesmo entre os que se dizem na guarda dos nossos valores espirituais, trabalham contra o homem, andam empenhados em quebrar-lhe os ângulos distintivos, dissolvê-lo na poeira da multidão.

*Vozes:* — Muito bem

O *Orador:* — Porque, se é verdade que o maior cuidado da nossa hora é a defesa da pessoa humana, se é certo que a grande ruína cada vez mais presente é o aniquilamento do homem pela massa, então não trituremos a medicina, deixemos que ela se expanda na força dos seus valores.

Nenhuma disciplina como a Medicina forma do lado do homem contra a massa; nenhuma como ela encontra nos passos de toda a hora a verdade natural de desigualdade humana, a realidade de que os homens nascem iguais e ficam para sempre distintos na particularidade das suas reacções.

*Vozes:* — Muito bem, muito bem!

O *Orador:* — Temos de reorganizar a nossa Previdência. Detida há três anos, suspensas as suas directrizes, são horas de recomeçar. Há muito que fazer e desfazer na nossa Previdência. Fora da realidade estaria quem julgasse encontrar numa vez as soluções definitivas para problemas que oscilam ainda na mente e nas mãos dos melhores técnicos, mas a verdade também é que a nossa experiência e a dos outros já nos dão luzes bastantes para romper a indecisão actual e, de momento, construir um sistema, especialmente um sistema sem pecados de doutrina.

O problema é vasto no que joga com a administração de grandes dinheiros e no que respeita às condições de vida e ao nível profissional da classe médica; também é belo no que traduz de amparo aos mais importantes riscos dos nossos trabalhadores.

Aqui o deixo entregue ao Governo, com o melhor de mim. Ao Sr. Presidente do Conselho, ao grande construtor da nossa doutrina, à inteligência superior que tão claramente abarca os problemas e tão rapidamente sobe do pormenor à síntese como desce da visão panorâmica à intimidade individual, ao homem bom, simples, conciliador da autoridade com a liberdade, honesto, dum honestidade que o País aceita sem discutir como penhor das virtudes do regime...

*Vozes:* — Muito bem, muito bem!

O *Orador:* — ...deixo nas suas mãos quanto estudei e meditei, chelo de fé, porque conheço o particular carinho com que olha o problema. E entrego-o, bem do coração, ao Sr. Ministro das Corporações e Previdência Social, antigo companheiro das nossas lides, que todos daqui vimos partir com saudade, mas alegres pela certeza de mais altos destinos.

Não me cega a amizade ganha em anos de caminhos comuns para o afirmar um dos nossos melhores valores de inteligência e de doutrina.

*Vozes:* — Muito bem, muito bem!

O *Orador:* — Vivi muito a seu lado e conheço a sua meditação sobre a previdência para dizer e agradecer aqui, como português, como Deputado e como médico, o grande serviço que vai prestar ao País.

Tenho dito.

*Vozes:* — Muito bem, muito bem!

O orador foi muito cumprimentado.

(Continua no próximo número)

## NA ARTERIOSCLEROSE, HIPERTENSÃO ARTERIAL REUMATISMO ARTICULAR, ETC.

# I O D O P <sub>2</sub>

AMPOLAS — GOTAS

ASSOCIAÇÃO DE IODO ORGÂNICO  
COM SOLU P<sub>2</sub>

PREVENÇÃO DOS ACIDENTES  
HEMORRÁGICOS. MELHOR  
TOLERÂNCIA DO IODO

LABORATÓRIOS "CELSUS"

Rua dos Anjos, 67 — LISBOA

## 1.ª Reunião da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Mediterrâneo Latino

Em Valência, nos dias 1, 2 e 3 de Junho do ano corrente, vai realizar-se a 1.ª Reunião da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Mediterrâneo Latino. Discutir-se-ão os seguintes temas:

*Anomalias da duração da gestação*

a cargo dos Profs. Caderas de Kerleau (Montpellier), Guilhem (Toulouse), Pontonnier e Baux (Toulouse) e

*Cirurgia ginecológica por via vaginal*

de que estão encarregados os Profs. Dellapiane (Turim) e Massaza (Pavia).

São convidados a tomar parte na reunião e a apresentar comunicações sobre os temas oficiais todos os ginecologistas, ainda que não pertençam à Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Mediterrâneo Latino.

Quota de inscrição para a reunião — 400 pesetas. Quota de agregado — 300 pesetas.

\*

Toda a correspondência que se refere a inscrições e comunicações científicas deve dirigir-se ao Presidente da Sociedade, Prof. Manuel Usardizaga — Calle Santaló, 11 — Barcelona.

\*

Um comité local, presidido pelo Prof. Bonilla, trata não só da organização científica da reunião, mas também prepara um amplo programa de festas, com o fim de estreitar cordiais relações com os ginecologistas franceses e italianos que tomam parte na reunião.

## Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia

Reuniu no dia 25 de Março a assembleia geral da Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia, que, depois de aprovar o relatório e as contas da gerência finda, elegeu a nova comissão executiva, cuja constituição ficou sendo a seguinte: presidente, Dr. Arnaldo Rodo; vice-presidente, Dr. Fernando Magalhães; secretário, Dr. António de Menezes; tesoureiro, Dr. José Botelho.

## DR. MÁRIO CARDIA

Acompanhado de sua esposa, parte amanhã para Espanha o nosso director, Dr. Mário Cardia, que vai assistir em Palma de Mallorca ao Congresso da União Médica Mediterrânica e a outras reuniões, entre as quais uma de endocrinologistas latinos, a que presidirá o Prof. Pende, de Roma.

O Dr. Mário Cardia regressa a Portugal no dia 8 de Maio próximo.

## Sociedade Portuguesa de Radiologia

Promovido pela Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica, realizou-se em Lisboa um curso de Aperfeiçoamento de Radiologia, cuja sessão inaugural se efectuou na Faculdade de Medicina, no dia 6 de Março, sob a presidência do Prof. Medeiros de Gou-

veia. Nele fizeram lições os Profs. Carlos Santos, director dos Serviços de Radiologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa, e Bénard Guedes, director dos Serviços de Radiologia do Hospital Escolar e Instituto Português de Oncologia, bem como notáveis radiologistas estrangeiros, como sejam: o Prof. P. Lamarque, da Universidade de Mompilher e um dos primeiros radioterapeutas europeus; o Dr. Coliez, presidente do sindicato dos radiologistas de França e conceituado radiologista parisiense; Dr. De Plaen, mestre de conferências da Universidade de Lovaina; Prof. Gil y Gil, da Faculdade de Medicina de Madrid; Dr. F. Arce, grande radiologista de Madrid; Prof. De Witte, da Universidade de Ganda e director do «Journal Belga de Radiologia»; e Prof. P. Cignolini, da Universidade de Génova, muito conhecido pelos seus trabalhos com métodos originais de tomografia cardio-vascular e director do «Jornal de Radiologia Prática».

«O Médico» dará num dos seus próximos números os resumos das lições proferidas neste Curso.

# Lições do IV Curso do Aperfeiçoamento Médico Sanitário DO CONSELHO REGIONAL DE LISBOA DA ORDEM DOS MÉDICOS

Edição da SOPIME

com um prefácio do Prof. Cerqueira Gomes

Organizado pelo Dr. Andresen Leitão e a  
colaboração de 20 ilustres clínicos de Lisboa

Acaba de ser posto à venda ao preço de 45\$00

Pedidos para a organização dos Cursos, Ordem  
dos Médicos, Lisboa, ou para a administração de «O Médico»

# V I D A M É D I C A

## EFEMÉRIDES

### Portugal

(De 13 a 18 de Abril)

**Dia 13** — Em Lisboa, na Sociedade de Ciências Médicas reúne-se, à noite, a Sociedade Portuguesa de Endocrinologia para continuação do curso sobre «Supra-renal».

Preside o Prof. Dr. Neves e Castro, que está ladeado pelos Drs. Iriarte Peixoto e Eurico Pais.

O Dr. Eduardo Coelho faz uma lição em que se ocupa largamente dos «Sindromas cárdio-vasculares de origem córtico-supra renal».

Também na mesma cidade, no Hospital dos Capuchos se efectuam, às 22 horas, lições do curso de aperfeiçoamento sobre doenças infecto-contagiosas promovido pela Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos. O Prof. Dr. Salazar de Sousa fala sobre «Pneumonias atípicas» e o Dr. Arnaldo Sampaio, sobre «Estreptocóccicas».

Em Aveiro, a Mesa da Santa Casa da Misericórdia nomeia director clínico do Hospital da mesma instituição o Dr. José Vieira Gamelas.

Para os cargos de subdirector clínico, de director dos serviços de cirurgia e de director dos serviços de clínica geral são nomeados, respectivamente, os Drs. Celestino Regala, Alberto Soares Machado e Humberto Leitão.

Noticiam de Idanha-a-Nova que a direcção da agremiação recreativa local «Clube União Idanhense», promoveu na sua sede, em 18 e 1 de Março findo, e 7 de Abril corrente, a realização de palestras culturais a cargo dos médicos locais Drs. José Esteves Pires, Domingos Carricho Goulão e Aprígio Leão de Meireles, versando respectivamente, «Profilaxia da Tuberculose», Saúde, Medicina e Desporto» e «Doenças e Higiene da Boca».

Em Lisboa, no Instituto de Medicina Tropical efectua-se a sessão inaugural, sob a presidência do Prof. Dr. Fraga de Azevedo, seu director, da série de conferências sobre «Biostatística» proferidas pelo catedrático espanhol Dr. M. Pascue, director-consultor em Estatística sanitária da Organização Mundial de Saúde e professor de Higiene e Saúde Pública da Universidade de John Hopkins, de Baltimore. Assistem professores do Instituto e das Faculdades de Ciências e de Medicina e do Instituto de Agronomia e funcionários superiores do Instituto Nacional de Estatística, da Estação Agronómica Nacional e de outros organismos.

Depois do Prof. Dr. Fraga de Azevedo falar sobre os objectivos da série de conferências, de aludir à Organização Mundial de Saúde e à sua acção e de fazer a apresentação do conferente, este expõe em pormenor o plano geral dos assuntos que ia tratar e pronuncia em seguida a sua conferência subordinada ao tema «A Organização Mundial de Saúde e a sua obra».

O orador, no seu trabalho, faz uma larga exposição das actividades daquele organismo, acção que desenvolve através dos seus departamentos e dos seus numerosos peritos e cientistas e graças às vastas disponibilidades materiais e às suas ramificações pelo Mundo, traduzidas em conselhos aos vários países, a cedência de bolsas de estudo, etc.

**14** — O Dr. Alfredo Tovar de Lemos Júnior, director do Dispensário de Higiene Social de Lisboa, é nomeado para representar a Direcção Geral de Saúde na assembleia geral da União Internacional Contra o Perigo Venéreo, que reúne na Holanda, de 21 a 26 do corrente.

Em Lisboa, no Instituto de Medicina Tropical, o Prof. M. Pascue, da O. M. S. e da Universidade de John Hopkins, profere uma conferência intitulada «A distribuição

de frequência e medidas de tendência central».

**16** — Estão em Lisboa os Profs. Fernando Magano, João Porto e Vaz Serra, a tomar parte nos trabalhos do Congresso da Juventude Católica.

**17** — Em Coimbra, no Paço das Escolas, reúne o Senado Universitário, que presta homenagem ao reitor Prof. Dr. Maximino Correia, por motivo do 10.º aniversário da sua investidura.

**18** — Chega a Lisboa, o Prof. Tubiana, director do Laboratório de Isótopos, de Paris, que na Sociedade de Geografia de Lisboa, realizará conferências sobre rádio-actividade.

Na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, realiza-se, à noite, uma sessão solene comemorativa do cinquentenário da morte do botânico académico e professor conde de Ficalho.

Entre a assistência vêem-se o marquês de Ficalho, uma neta e bisnetos do homenageado.

Preside o Prof. Dr. Gustavo Cordeiro Ramos, em representação do Sr. Ministro da Educação Nacional, ladeado pelos Profs. Drs. Xavier Morato, Adelino Padesca e Costa Sacadura.

Aberta a sessão, o Dr. Xavier Morato, saúda as entidades oficiais presentes, evoca a figura do falecido professor conde de Ficalho, citando as suas principais obras científicas e literárias.

A seguir é dada a palavra ao Prof. Américo Pires de Lima, que faz uma alocução sobre «O conde de Ficalho e a flora medicinal».

### Estrangeiro

Na Cidade do Vaticano, num grande discurso aos membros do 5.º Congresso Internacional de Psicoterapia e Psicologia Clínica, Pio XII tratou mais uma vez da psicanálise, indicando os limites que esta não deve transpôr, nomeadamente no domínio sexual. Falando da utilização dos novos métodos psíquicos, afirmou que a psicologia teórica e prática não deve perder de vista as verdades estabelecidas pela razão e pela fé, nem os preceitos obrigatórios da moral. Depois de lembrar que, falando há um ano aos membros do Congresso Internacional de Histopatologia do sistema nervoso, indicou os limites morais dos métodos médicos de investigação e de tratamento.

De Londres informam, através do Director dos Serviços de Saúde Pública da Grã-Bretanha, que aumentou, nos dois últimos anos, de modo notável o número de óbitos por cancro do pulmão, sem que isso se possa filiar no uso do tabaco, pois não há provas directas do facto, embora o número seja maior no sexo masculino. Os óbitos representam 25% do número total de óbitos por cancro. Mais informa que 35% do total de óbitos da população se devem a doenças do aparelho circulatório.

## AGENDA

### Portugal

#### Concursos

Estão abertos:

Para o provimento do partido médico da área que tem por sede a freguesia da Maia — (Ribeira Grande-Agores).

Realiza-se de 7 a 10 de Maio, em Sevilha, a 1.ª Reunião Luso-Espanhola de Cardiologia.

Em Abril, em Lisboa, uma reunião internacional de Angiologia.

### Estrangeiro

Desde 3 a 7 de Agosto próximo realiza-se em Erlangen, organizado pela Clínica Médica da Universidade daquela cidade alemã, um Curso de Aperfeiçoamento de «Irradiação em movimento», como continuação do 7.º Congresso Internacional de Radiologia de Copenhague.

Realiza-se na Holanda, de 21 a 26 de Abril a Assembleia Geral da União Internacional Contra o Perigo Venéreo.

Em Paris, de 27 a 29 de Abril, realiza-se um curso de aperfeiçoamento sobre patologia renal.

Em Lindau, de 27 de Abril a 2 de Maio, realiza-se a Semana de Psicoterapia.

Em Paris, de 30 de Abril a 2 de Maio, realiza-se os Dias Médicos anuais da Clínica Médica Propedéutica do Hospital Broussais.

Em Bolonha, de 3 a 7 de Maio, realiza-se o XVIII Congresso Internacional de Oto-neuro-oftalmologia.

## NOTICIÁRIO OFICIAL

### Diário do Governo

(De 9-4 a 14-4-53)

9-4

Dr. João Maria da Silva Duarte, estagiário, contratado, do quadro do pessoal técnico das delegações e subdelegações de saúde — nomeado definitivamente estagiário do mesmo quadro.

Dr. Francisco Nunes Correia, médico civil — nomeado para prestação de serviços clínicos na Escola Prática de Engenharia e Guarnição Militar de Tancos.

10-4

Dr. Abel Vieira Campos de Carvalho — nomeado, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, interno do internato complementar dos serviços gerais de clínica cirúrgica, dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

13-4

Dr. Vicente Rocha — nomeado médico da Direcção dos Serviços de Portos, Caminhos de Ferro e Transportes de Angola.

14-4

Dr. Alfredo Tovar de Lemos Júnior, director do Dispensário de Higiene Social de Lisboa — designado para representar a Direcção Geral de Saúde na assembleia geral da União Internacional Contra o Perigo Venéreo, que reúne na Holanda de 21 a 26 do corrente mês.

Dr. António Jorge da Silveira Perez Fernandes, interno do internato complementar dos serviços gerais de clínica médica, contratado além do quadro dos H.C.L. — autorizado, em comissão gratuita de serviço público por 18 dias, a frequentar um curso sobre tuberculose que se realiza em Birmingham e Londres.

Dr.ª Maria da Graça Monteiro Pina de Moraes — nomeada, precedendo concurso de provas documentais, teóricas e práticas, públicas e eliminatórias, interno do internato geral dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

Dr. Humberto Gabriel da Silva Nunes, médico-pediatra dos Hospitais Cívicos de Lisboa — considerado em comissão de serviço no estrangeiro (França e Suíça) durante noventa dias, para frequentar o curso

## BAIXA DE PREÇOS

Novamente os Laboratórios Delta, põem à disposição da Ex.<sup>ma</sup> Classe Médica, a

# DELTACILINA em DOSES,

tornando-a assim, como já fora, a primeira penicilina preferida pela economia das suas embalagens.

<b>Deltacilina</b>	150.000 U. O.	1 Dose	Esc.	10\$00
		3 Doses	Esc.	24\$00
	300.000 U. O.		Esc.	12\$50
	400.000 U. O.	1 Dose	Esc.	14\$00
		3 Doses	Esc.	40\$00
		5 Doses	Esc.	62\$50
		10 Doses	Esc.	120\$00
	600.000 U. O.	1 Dose	Esc.	17\$00
		3 Doses	Esc.	49\$00
		5 Doses	Esc.	77\$50
		10 Doses	Esc.	150\$00
	800.000 U. O.	1 Dose	Esc.	20\$00
		3 Doses	Esc.	58\$00
		5 Doses	Esc.	92\$50
		10 Doses	Esc.	180\$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

de pediatria social que se inicia em Paris no próximo dia 13 do corrente.

— Dr. Aníbal Blanc Paiva, médico municipal do concelho de Pombal — autorizado por despacho do Conselho de Ministros a acumular, o cargo de director do Dispensário Antituberculoso da mesma localidade, dependente do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

— Dr. José António Santos de Matos Chaves, médico radiologista, contratado, do Hospital Militar Regional n.º 2 — autorizado por despacho do Conselho de Ministros a acumular, o cargo de radiologista do do Centro de Profilaxia e Diagnóstico (B. C. G.) de Coimbra, dependente do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos.

— Dr. José Jales Ribeiro Tavares, tenente médico, em serviço no Hospital Militar Principal — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular o cargo de estagiário dos serviços de raios X do Instituto Português de Oncologia.

— Dr. Alfredo Alexandre Ribeiro Magalhães, tenente-médico, em serviço no Hospital Militar Principal — autorizado por despacho do Conselho de Ministros, a acumular o cargo de estagiário dos serviços de raios X do Instituto Português de Oncologia.

## Sociedade Portuguesa de Pediatria

Reuniu-se no dia 19 de Fevereiro, sob a presidência do Prof. Lúcio de Almeida, a Sociedade Portuguesa de Pediatria, tendo o Dr. Moreira Braga apresentado um trabalho intitulado «Epidermolise bolhosa (forma distrófica com lesões de tipo albugapuloide)», que foi muito apreciado. Depois, o Prof. Salazar de Sousa, em seu nome e no dos

Drs. Júlia Crespo Ferreira, A. Estrela e Ferreira Gomes, fez uma comunicação, na qual apresentou «Estudos sobre as causas de homólise na icterícia fisiológica dos recém-nascidos». Os autores fizeram um estudo de vários factores como possível causa da crise de hemólise do recém-nascido, dando a conhecer que o papel da incompatibilidade sanguínea entre mãe e filho foi investigada em 180 casos, e desse estudo resultou poder-se garantir que a incompatibilidade dos glóbulos da mãe para o soro do filho não desempenha qualquer papel. Mais adiante, foi estudado o problema das hemoglobinas de tipo normal, tanto em situações patológicas como no período de recém-nascido, estudo que levou os autores a apresentarem, pela primeira vez, uma hipótese para explicar várias causas de anomalias a que se referiram, e terminaram por afirmar que todo o exposto serve a justificar a continuação dos estudos.

Antes da ordem dos trabalhos, o Dr. Eduardo Alcivar, médico do Equador, de passagem em Lisboa, entregara ao Prof. Carlos Salazar de Sousa, em nome da Sociedade Equatoriana de Pediatria, o diploma de sócio honorário daquela Sociedade, a propósito do que fez o elogio do nosso compatriota, bem como de seu pai, o falecido Prof. Salazar de Sousa. Seguidamente foram entregues aos Drs. Nuno Cordeiro Ferreira e Moreira Braga os «Prémios Nestlé», que lhe foram atribuídos por trabalhos com que haviam concorrido a esses prémios.

## Sociedade Médica dos H. C. L.

Organizado pela Sociedade Médica dos H. C. L., principiou no dia 7 um Curso de Aperfeiçoamento sobre Doenças Infecto-Contagiosas, que se prolongará até ao dia 16, e cujas lições serão feitas por clínicos que, ao estudo dos assuntos que vão versar, têm dedicado grande atenção, sendo por esse facto considerados verdadeiras autoridades.

«O Médico» dará num dos próximos números o resumo das lições proferidas.

## Desastre

No dia 29 de Março, ao passar na curva da estrada de Alcobaça, próximo do lugar do Botacas, o automóvel do Dr. Luís Canto Moniz; devido a derrapagem, foi chocar violentamente com um marco de sinalização, tendo ficado feridos todos os ocupantes do carro: o referido clínico, sua esposa, sr.<sup>a</sup> D. Dulce Canto Moniz, e seus filhos, Maria Dulce e Carlos Canto Moniz, que, socorridos no hospital de Leiria, seguiram depois, numa ambulância, para o Porto. Pouco depois do desastre faleceu a esposa daquele ilustre clínico, a quem apresentamos sentidos pêsames.

### ACETILCOLINA- -PAPAVERINA BARRAL

CLORIDRATO DE ACETILCOLINA NAS DOSES DE 0,10 GR. (DOSE MÉDIA) E 0,20 GR. (DOSE FORTE) ASSOCIADO A UM SOLUTO DE CLORIDRATO DE PAPAVERINA A 5 %.

AS MESMAS PROPRIEDADES DA ACETILCOLINA BARRAL REFORÇADAS PELA ACÇÃO HIPOTENSORA, ESPASMOLÍTICA E SEDATIVA DO CLORIDRATO DE PAPAVERINA.

CAIXAS DE 12 AMPOLAS (6 DOSES)

### ACETILCOLINA BARRAL

#### SOLUÇÃO EXTEMPORÂNEA DE CLORIDRATO DE ACETILCOLINA

VASO-DILATADOR ARTERIOLAR — ANTI-ESPASMÓDICO VASCULAR — ESTIMULANTE DO PARA-SIMPÁTICO.

3 DOSAGENS:

0,05 GR. / 0,10 GR. / 0,20 GR.

CAIXAS DE 12 AMPOLAS (6 DOSES)

### ACETILCOLINA- -MICRIL B<sub>1</sub> BARRAL

CLORIDRATO DE ACETILCOLINA NAS DOSES DE 0,10 GR. (DOSE MÉDIA) E 0,20 GR. (DOSE FORTE) ASSOCIADO A UM SOLUTO DE ANEURINA RESPECTIVAMENTE A 0,75 % E A 3,75 %.

AS MESMAS PROPRIEDADES DA ACETILCOLINA BARRAL ASSOCIADAS À ACÇÃO ANTINEVRÍTICA E NEUROTÓNICA DO MICRIL B<sub>1</sub> (VITAMINA B<sub>1</sub> BARRAL).

CAIXAS DE 12 AMPOLAS (6 DOSES)

# LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA BARRAL

Representantes no Porto: QUIMICO-SANITÁRIA, LDA.

# O MÉDICO

SEMANARIO  
DE ASSUNTOS MÉDICOS  
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

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

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.ª assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bessa (chef. 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), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando da Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), J. Oliveira Machado (Médico dos H. C. L.), J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), Jorge da Silva Araújo (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) e Xavier Morato (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Moraes, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrombotomática do 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), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emílio 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 de Nazareth (Dir. do Hosp. de S.to António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hosp. de S.to António) — PORTO

Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Dir. do Sanat. Sousa Martins da Guarda), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matozinhos), J. Pimenta Presado (Deleg. de Saúde de Portalegre), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), M. Santos Silva (Dir. do Hosp.-Col. Rovisco Pais — Tocha), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Vila Real)

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

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

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

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

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

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

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

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

**PROPULMIL**  
Biat

**PROPULMIL INJECTÁVEL**

PENICILINA G PROCAÍNICA 400.000 U. I. VITAMINA A 50.000 U. I. VITAMINA D<sub>2</sub> 10.000 U. I.  
QUININA BÁSICA 0,06 gr. ESSÊNCIA DE NIAULI 0,05 gr. EUCALIPTOL 0,05 gr.  
HEXAIDROISOPROPILMETILFENOL 0,02 gr. CÂNFORA 0,1 gr. Por ampola.

**PROPULMIL SUPOSITÓRIOS**

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

**PROPULMIL INFANTIL SUPOSITÓRIOS**

PENICILINA G PROCAÍNICA 200.000 U. I. PENICILINA G POTÁSSICA 100.000 U. I.  
VITAMINA A 25.000 U. I. VITAMINA D<sub>2</sub> 5.000 U. I. SULFATO DE QUININA 0,05 gr.  
ESSÊNCIA DE NIAULI 0,1 gr. EUCALIPTOL 0,1 gr. CÂNFORA 0,05 gr. Por supositório.