A MEDICINA MODERNA

Aula Inaugural dos Cursos da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre, UFRGS, em 5 de março de 1965

PROF. ANTONIO LOUZADA

Desejo, de início, agradecer aos meus nobres colegas de Congregação a honrosa e generosa confiança que em mim depositaram, elegendo-me para proferir a Aula Inaugural dos cursos desta Faculdade no corrente ano.

Hoje, nesta solenidade, não somente se reencontram felizes os mestres com os seus antigos alunos, mas, também, são festivamente recebidos os novos acadêmicos que pela vez primeira assistem à uma aula na Faculdade de Medicina.

Misturam-se evocações, lembranças e saudades com esperanças, alegrias e ilusões. A satisfação de experiências vividas, com a atração pelas investigações futuras. Opções e renúncias. O incontido anseio de desvendar os arcanos da ciência médica e o infatigável anelo de cada vez mais aprofundar os conhecimentos adquiridos. O prazer de ensinar, a alegria de aprender.

Quero neste momento, evocando todo o passado de lutas e de glórias desta Faculdade, desde o dia de sua criação, a 25 de julho de 1898, pronunciar com respeito, reverência e saudade, o nome tutelar do insigne diretor Prof. Sarmiento Leite, cuja lembrança permanece perene nesta Casa, incluindo neste nome a todos os demais grandes vultos da medicina rio-grandense que fundaram, ou que ajudaram a manter esta Faculdade, consagrando-se à alta aspiração de engrandecer o ensino médico no Estado, e cujas vidas nos legaram tantos exemplos de integridade, devotamento e abnegação.

Com respeito e admiração saúdo o magnífico reitor Prof. José Carlos Milano que, na direção desta Faculdade, tanto contribuiu para o aperfeiçoamento do ensino médico entre nós, atualizando-

o em sua filosofia e em seus aspectos particulares.

Saúdo, com igual admiração, o eminente diretor Prof. Marques Pereira que com dedicado empenho, alta compreensão e eficiência exerce o seu elevado cargo; aos ilustres membros da douta Congregação e do Corpo Docente em geral; aos srs. funcionários; aos antigos membros do Corpo Discente e em particular aos novos recém-chegados, vitoriosos do último exame de habilitação, o que faço não sem emoção por ver nêles o calor do ideal que os atraiu para a medicina.

A medicina destaca-se entre as profissões liberais como das mais belas e honrosas. "Nenhuma é mais nobre, mais séria, mais insubstituível do que ela." É uma arte e uma ciência.

Como ciência, encerra vasta gama de conhecimentos oriundos das ciências naturais, físicas e mesmo sociais. Os botânicos, biólogos, físicos, fisiologistas, matemáticos, químicos do solo, farmacêuticos químicos, engenheiros químicos e eletricitistas e tantos outros investigadores, vêm, há longos anos, contribuindo valiosamente para que a medicina moderna pudesse existir. O estudo das ciências básicas é o fundamento de todo o maravilhoso progresso da tecnologia de hoje e é impossível dissociar-se a tecnologia da ciência pura.

As novas invenções e as recentes e complexas técnicas do campo da ciência médica, para as quais tantas ciências deram a sua imprescindível colaboração, tornaram possível à medicina dos nossos dias realizar verdadeiros milagres, como o transplante de tecidos e órgãos, a correção de deformidades cardíacas a coração aberto, sob visão direta, com plástica valvular, com implantação de

válvulas artificiais; a circulação extra-corpórea, a hemodiálise pelo rim artificial.

Razão assistia a Clarke Wescoe quando afirmou, recentemente, ser a medicina uma ciência de muitas outras ciências.

A medicina como arte de curar, de manter ou de restaurar o equilíbrio orgânico, psíco-físico do ser humano, visa ao bem estar do homem, preservando-lhe a saúde, defendendo-lhe a existência, restaurando-lhe as energias combalidas. Tem a seu cargo a conservação e o crescimento da espécie humana. Mas, não esquece que o homem, seu objeto, é um ser composto de corpo e de espírito, ser racional, criatura viva, pessoa.

Por isso, o fator psicológico na arte de curar é predominante embora intimamente unido ao fator somático. Tratar do corpo sem atender para o espírito, ou o inverso, conduz a resultados absurdos. É muito pouco nítida, no dizer de Schilder, a linha demarcatória entre os transtornos corporais e os psíquicos.

A doença orgânica revela o homem em seus vícios e virtudes, em suas tendências e debilidades morais e pouco valerá tratar o corpo se a alma não puder colaborar na restauração da saúde.

A perturbação da saúde inclina o doente à docilidade, à delicadeza e à maior sensibilidade. Tristão de Ataíde afirmou que a moléstia facilita a reposição de cada coisa em seu lugar, na hierarquia dos valores.

A compreensão do estado psicológico do indivíduo doente torna-se de utilidade e de comodidade bilateral, tanto para o profissional, como para o paciente, indispensável para o sucesso terapêutico e relevante para o prestígio do médico.

No exercício da profissão o médico não deve reduzir-se a ser constatador frio dos fatos físicos mas "captador da situação total do doente, como um ser integral." Ainda quando exerça uma especialidade, a ação do médico deve visar à compreensão plena do homem. Jamais poderá desinteressar-se do todo, mesmo quando conheça melhor alguma das partes que o integram.

A base da medicina é a simpatia e o desejo de ajudar os outros e tudo o que fôr feito com êsse intento deve ser chamado de medicina, afirmou Payne.

A arte médica começa em saber ouvir o doente. Em escutá-lo com interesse e bondade. Os mestres da medicina antiga, aos novos encarregados da arte de curar aconselhavam a escutar com paciência o sofredor, para nêle inspirar confiança.

Saber ouvir, palavra por palavra, sem interromper a longa confissão do paciente, sem mostrar pressa, desatenção, desinteresse, eis como deve proceder o médico, dizem os mestres da medicina moderna.

E mais, o médico deve demonstrar ao seu doente a sua simpatia, a sua compreensão. Aloísio de Castro aconselhava aos seus discípulos ter para com os doentes gestos atentos e carinhosos.

Principalmente se o paciente fôr idoso e estiver sob o peso da solidão, ou fôr pessoa pobre, sem recursos, certamente o diálogo começará pelos longos monólogos onde tornam a voltar as mesmas queixas, as mesmas dores, as antigas enfermidades, as dificuldades da vida, a lembrança de épocas melhores. Cumpre nessas ocasiões escutar, e até mesmo aprovar certos conceitos com prudência, e depois, sem a intromissão abrupta, do à propósito, e sempre com delicadeza e discrição, começar a propor as perguntas esclarecedoras. O interrogatório deve ser interessado, gentil e tão completo como possível. As doenças costumam alterar profundamente a personalidade, de modo que a habilidade no trato com o doente é tão importante, segundo Harrison, como o conhecimento dos processos diagnósticos, da natureza, da sede e das causas das doenças. O doente espera de seu médico, não apenas a assistência técnica, mas, também, a presença amiga, fraterna. O médico não deve frustrar esta expectativa.

O homem nunca está tão só como quando sofre, disse Tomas Merton. E é nesta ocasião que mais precisa de bondade, entendimento, tolerância e atenção. A visita médica deve ser para êle motivo de lenitivo, de conforto e de esperança.

Referindo-se à beleza e à grandeza da ação do médico, disse o Santo Padre Pio XII, aos participantes do IV Congresso Internacional de Médicos Católicos, em 1949, que o médico não corres-

ponderia plenamente ao ideal de sua vocação se, servindo-se dos mais recentes progressos científicos, não fizesse entrar em jôgo na vida prática, senão a sua inteligência e a sua habilidade e não trouxesse também, e principalmente, a contribuição do seu coração humano, de sua carinhosa delicadeza de irmão.

Haverá amor pela arte de curar onde houver amor pela humanidade, disse Hipócrates, o Pai da Medicina.

É o amor aos doentes que faz o médico, sentenciou Le Gendre.

Já foi encontrada uma conhecida figura bíblica para representar o verdadeiro médico. O médico é o bom samaritano do Evangelho, preocupado antes de tudo em curar os feridos, aliviar os sofrimentos, reconfortar e tranqüilizar, disse, aos médicos da Sociedade Internacional de Gastroenterologia num Congresso, o inesquecível Papa João XXIII.

O médico da família, de quem tanto se tem falado, é um tipo simpático, especial, de profissional faz tudo, que nas cidades se vai tornando cada vez mais raro. Amigo, conselheiro, confidente de todos.

Eis alguns trechos, em seu sabor original, de como descreveu uma visita médica, pelo médico da família, o notável romancista e poeta Carlos Drummond de Andrade (o paciente era o autor e estava gripado): Salta um primeiro espirro, mais outro, outro mais, com uma picada leve na garganta e você corre à farmácia para tomar um injeção antigripal que o mantenha de pé. Mas você não melhora, e está em posição horizontal, com febrão, e carece chamar o doutor. O seu caro doutor que você não queria incomodar, reservando-o para as trágicas ocasiões. É realmente uma pena chamá-lo, coitado, o bairro inteiro caiu doente, éle próprio convalesce de uma rebordosa, e quem tratará do nosso velho clínico particular, esta jóia sem preço, que com paciência, nos escuta, ausculta e prescruta e sabe a nosso respeito muito mais do que nós mesmos. Vem o doutor, e com éle a vil prostração da doença se recolhe por instantes, conversa descansado, lembra o pai que você perdeu há tanto tempo; ninguém mais tem êste carinho ponderado com você, e dá-lhe conselhos de vera ciência da vida.

O respeito com que é tratado o velho médico e o valor que se lhe dá, éle fêz jus por merecer. A dedicação que mostra de longa data, no atendimento de seus doentes, sem mesmo preocupar-se com a própria saúde; o incansável zêlo que nas oportunidades revela para que os sãos não venham a cair doentes, aliados à simpatia do trato, fizeram dêle esta pessoa quase veneranda.

Agora vamos vê-lo sob o prisma da ubiquidade, em tôda a parte atendendo, noite e dia, os chamados dos doentes, dedicando-se com igual empenho, tanto aos pobres como aos ricos, a todos examinando segundo a mesma técnica semiológica e a cada um prescrevendo conforma as exatas necessidades. Gilberto Robin, em Grandezas e Misérias da Medicina, cognominou os médicos do Interior, os médicos de bairro, como os São Vicente de Paulo da medicina. Porque êles vêem a miséria de perto, tocam-na, respiram-na. Abrangem num dia tôdas as formas da vida. Maravilhoso nivelamento: auscultam o mesmo pleuriz na granja e no castelo, na oficina, n'água furtada, no fundo da loja e na vila do pequeno rendeiro.

Muitos outros autores têm decantado em prosa e verso a vocação médica que a tradição nos diz guardar feição quase sacerdotal. Na antiguidade, aliás, teve profunda influência a medicina sacerdotal, em que se associava a ação dos medicamentos à das fôrças sobrenaturais. Velhos textos médicos babilônicos consignam além da descrição dos sintomas, a receita, a instrução para o aviamento, bem como uma prece dirigida aos deuses.

Segundo o papiro de Ebers, que se supõe datar de aproximadamente 1.500 antes de Cristo, no Egito, eram os sacerdotes os encarregados da preparação dos remédios e de invocar o auxílio da divindade para a cura dos enfermos.

Na Mesopotâmia igualmente estavam ligados o sacerdócio e a medicina, segundo o conhecido código de Hamurabi, que na opinião dos historiadores foi compilado cerca de 2.000 anos antes de Cristo.

Mais tarde, separaram-se médicos e sacerdotes, em seus campos de estudo e

de ação, contudo, os médicos sempre tiveram a vocação da caridade.

A medicina como ciência desenvolveu-se com o passar dos séculos e ultimamente tem dilatado e expandido o seu campo de ação. Já não é apenas a arte de curar. Do tronco milenar primitivo, precípua, brotaram múltiplas ramificações, algumas das quais não visam mais a curar, senão a direta ou indiretamente prevenir as doenças. Realmente, a medicina moderna tem relevantes atribuições preventivas, no seneamento das cidades e vilas; na alimentação do povo; na pesquisa de como ocorrem as doenças e se distribuem em grupos de população; na higiene do trabalho; na higiene mental, na educação; nos problemas da eugenia. Ela é também medicina legal, medicina nuclear, medicina física e de reabilitação.

Até em seu problema mais íntimo, qual seja o da relação cliente-médico, vem sofrendo mutações a medicina em nosso século.

Tomemos como exemplo o que tem ocorrido no Brasil.

Há uns trinta anos, existia em nosso país, quase que exclusivamente a medicina profissão liberal, clássica. O doente de recursos financeiros procurava o médico de seu agrado, de sua confiança, e era tratado por êste, em seu consultório particular, ou a domicílio, como já foi dito, com atenção e interesse.

O doente pobre era atendido gratuitamente, talvez pelos mesmos bons médicos solicitados pelos ricos, mas nas modestas salas das enfermarias e ambulatórios hospitalares, sempre sob o regime da economia e do desconforto.

Entre êstes dois grupos extremos, cresceu uma massa enorme de pessoas de modestos haveres, não indigentes, mas que não podiam atender à despesa de longos tratamentos, nem pagar certos exames subsidiários indispensáveis, e mesmo adquirir medicamentos de preços elevados.

Desde esta época, principiaram a surgir as instituições governamentais, paraestatais ou particulares, em que a assistência médica dependia de caixas beneficentes de pensões e aposentadorias. Êstes serviços tomaram logo, nas grandes cidades, enorme desenvolvimento, a

fim de poder atender o incontável número de inscritos, facultativa ou compulsoriamente, com direitos assegurados. O número de médicos do quadro dessas instituições ficou sempre aquém das reais necessidades, e numerosos doentes nem sempre conseguiam tratar-se com médicos de sua preferência, decorrendo daí sérias dificuldades tanto para os médicos, como para os previdenciários.

A fim de salvar as relações de mútua confiança e afetividade que devem existir entre médicos e clientes, no exercício da medicina, em todos os seus âmbitos e modalidades, e que fundamentalmente sempre constituiu um dos aspectos mais típicos da profissão, levantou-se um movimento amplo, denominado da livre-escolha, o qual nos serviços assistenciais do país, permitirá a cada doente, ser atendido pelo médico que deseja realmente consultar. É o que alguém chamou de valorização da confiança, como condição psicológica indispensável ao doente e igualmente ao médico.

Temos esperança de que serão encontradas e aceitas normas justas, respeitadoras dos preceitos éticos, que regularão o regime da livre-escolha, contribuindo para a maior eficiência do atendimento médico e dando ensejo a que continue existindo o caráter liberal, tão peculiar da nossa nobre profissão.

Senhores.

O incessante e extraordinário progresso da medicina e das ciências afins nos últimos anos, tem proporcionado valiosos recursos de diagnóstico e de tratamento com os quais mais facilmente são identificados os males e com maior segurança curados.

No século passado, na Europa Ocidental, a duração média da vida era de cerca de 40 anos e a taxa de mortalidade variava entre 20 e 40 por mil. Vinte por cento das crianças morriam no primeiro ano de vida. Atualmente, nesta mesma região, um recém-nascido tem toda a probabilidade de viver setenta anos; a mortalidade geral é de cerca de 8 a 12 por mil habitantes. A primeira explicação para o fato é a do enorme progresso feito pela ciência médica. Várias doenças antes incuráveis, podem ser agora tratadas com êxito e muitas pessoas antigamente consideradas como casos per-

didados, podem, nos dias atuais, recobrar a saúde.

No que se refere ao amplo campo das doenças infecciosas e parasitárias os progressos havidos fizeram com que muitas delas tenham hoje sua importância grandemente reduzida. Doenças que nos séculos passados eram verdadeiros flagelos da humanidade, estão atualmente ou extintas ou impelidas à pequena incidência residual.

As descobertas sucedem-se uma às outras em várias partes do mundo. As pesquisas vêm andando em ritmo extraordinariamente rápido e a ciência médica se tornou em nossos dias de grande complexidade, obrigando seus cultores ao contínuo estudo e dedicação integral.

Mas, os frutos dêsse esforço estamos já colhendo.

Na primeira metade do século 19, tiveram a sua época áurea a tuberculose, o tifo e a disenteria. Cerca de 30% de tôdas as mortes eram causadas por essas devastadoras infecções. Atualmente acarretam de 2 a 3% apenas da morbidade geral, no mundo. Mas, foi mais precisamente nos últimos 30 anos, e em países em que a civilização evoluiu, que o maior progresso veio a ser observado. Nesses países a mortalidade causada pelas doenças infecciosas ocupava o segundo ou o terceiro lugar na nomenclatura das causas de morte. Atualmente, sob o efeito de eficazes métodos epidemiológicos e também pelo desenvolvimento de maiores recursos profiláticos, o lugar das doenças infecciosas na estatística geral da mortalidade passou a ser o sétimo ou o oitavo, em número.

Citemos algumas.

A malária tem sido erradicada de muitas regiões. A moderna luta antianofélica e a profilaxia medicamentosa, com antimaláricos sintéticos, tornaram possível a realização dêsse sonho milenar.

Segundo o prof. Haworth, em 1963, 330 milhões de pessoas incluídas em zonas outrora de malária, estão livres dessa doença, e 84% da totalidade da população de áreas malarígenas do mundo, estão em vias de livrar-se definitivamente da doença, ou já quase libertadas. Afirma que todos os países da Europa entraram já na fase de consolidação e manutenção

e que o programa nos países da América vai em grande progresso.

Como resultado do planejado e cientificamente consubstanciado combate à malária, na Rússia, segundo Siergiev e colaboradores, esta doença foi praticamente extinta no ano de 1960. Ainda há alguns pequenos focos ativos. No ano de 1962 dos 450 doentes de malária existentes no país, comprovou-se que 178 casos eram pessoas vindas do estrangeiro já doentes.

No México, conforme o depoimento de Homero Alvarez, como resultado da campanha de erradicação, realizada pelo governo em colaboração com a Organização Mundial de Saúde, verificou-se em 1961 que após 5 anos de luta em 75% da área malarígena do país, a incidência chegou a cair quase a zero. Nessa vasta região o programa de erradicação foi suspenso, enquanto que nos restantes 25% persiste a campanha.

Nos Estados Unidos da América do Norte havia em 1946, registrados 40 mil casos de malária. Com o advento da moderna profilaxia, registrou o Departamento Oficial, em 1956, apenas 200 doentes de malária no país.

Na Venezuela se iniciou a campanha de erradicação em 1945. Até então morriam de malária 110 pessoas por . . . 100.000 habitantes. Em 1948 essa taxa baixou para 16. Em 1961 segundo o depoimento oficial só 4 mortes se notificaram por malária em todo o país.

Em nossa pátria foram calculados em 1946, por Barros Barreto, em 6 milhões o número de doentes de malária. Desde 1949 a zona malarígena, estendida que era a quase todo o país veio a ser submetida à desinsetização domiciliar, à base de inseticidas clorados de ação residual. Em 1952, segundo estatísticas oficiais, havia no Brasil apenas 160 mil casos. Tinha havido uma redução de casos na proporção de 97%.

No Rio de Janeiro desde 1953 não se registrou nenhum caso autóctone. No Rio Grande do Sul onde sempre foi baixa a incidência percentual dessa endemia, também não há malária autóctone desde 1956.

Passemos agora a considerar a extraordinária vitória que vem obtendo a Saúde Pública na luta contra outra doen-

ça de massa: a bouba ou framboesia tropical.

O advento da penicilina marcou o fim dessa doença tão contagiosa, causadora de síndromes graves em seu terciarismo, tais como hiperplasias ósseas com periostite e a rinofaringite mutilante em que se verifica a destruição progressiva dos ossos e partes moles do palato, do nariz, dos lábios e da rinofaringe.

Em tôdas as partes onde grassava, a bouba sofreu acentuada queda em sua prevalência com relativa rapidez.

Na República do Haiti, cêrca de 50% da população em 1954, estava atingida por essa treponemose. Uma moderna campanha de tratamento e profilaxia atingiu a 3,5 milhões de pessoas. Atualmente os casos são esporádicos naquele país.

No Brasil, em 1956 estimou-se em mais de 600.000 o número de boubáticos. Em 1963, depois de rigorosa campanha, conforme assinalou o prof. Jorge Lobo, a bouba está quase desaparecida dos quadros mórbidos no nosso país. O pôsto de profilaxia e tratamento dessa doença mantido pelo Instituto Oswaldo Cruz, na cidade de Araruama, no Estado do Rio de Janeiro, o qual atendia a vasta zona da baixada fluminense, e que frequentamos em 1952, já foi suprimido por desnecessário.

Outra doença de massa que encontra condições propícias de difusão onde houver miséria e promiscuidade, falta de água e ignorância, é o tracoma, queratoconjuntivite específica, transmissível, endêmica, virótica, de evolução crônica, podendo evoluir para a cegueira parcial ou total. Não obstante a sua larga distribuição não apresenta mais esta doença a gravidade de outros tempos, graças à moderna quimio-antibióticoterapia.

Segundo o coordenador da campanha contra o tracoma do Departamento Nacional das Endemias Rurais, com esta terapêutica se tem obtido no primeiro ciclo de tratamento 35% de curas clínicas, além de melhoria em percentagem equivalente. Em nosso Estado, nas zonas endêmicas, o tracoma regrediu e se apresenta atualmente com prevalência residual praticamente sem significação como problema de saúde pública.

Entre as doenças chamadas pesti-

lenciais, cujo declínio nos últimos anos é impressionante, desejamos fazer um reparo à varíola, cujas epidemias no passado dizimaram populações.

Na América do Norte, no século 16 a varíola foi introduzida pelas tropas de Cortez, causando, segundo fonte digna de crédito, a morte a 3,5 milhões de pessoas.

Na América Central grassou intensamente nos séculos 16 a 18. A República do Haiti em 1767 perdeu dois têrços de sua população por causa da varíola. Na Europa entre 1870 e 1873 verificou-se também uma grande epidemia. Em nosso país também a varíola alastrou-se, causando a perda de preciosas vidas. Na cidade de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, em 1878, quando a sua população era de 124.000 habitantes, foi assinalada a presença de 80.000 variolosos, ou sejam 64,5% da sua totalidade.

Ainda no início do atual século, em 1908, na cidade do Rio de Janeiro, houve uma epidemia que causou mais de dez mil mortes.

Atualmente a varíola já está extinta em muitas regiões do globo. Numerosos países por isso até já renunciaram à obrigatoriedade da vacinação para os seus filhos. A Organização Panamericana de Saúde assinalou, em um de seus últimos relatórios, que o número de casos de varíola nas Américas reduziu-se a um quarto do que era no começo da década anterior. Destaca o comunicado que nenhuma notificação se verificou no período dos últimos dez anos em sete nações americanas: Canadá, Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Haiti, Honduras e Nicarágua.

A difteria é ainda problema de saúde pública entre nós. No ano de 1960 assinalou-se grave surto epidêmico na cidade de Belo Horizonte. Em Porto Alegre no ano recém-findo registraram-se mais de 400 casos.

Em boa hora, porém, a Secretaria da Saúde intensificou a campanha da vacinação antidiftérica, tendo sido aplicadas no ano de 1964 245 mil doses de anatoxina.

Na Itália, na Inglaterra e na Dinamarca, a difteria é considerada, há anos, doença extinta. Nenhum caso. Nesses

países há muito tempo se tornara compulsória a vacinação específica.

O sarampo, como problema de interesse geral, merece considerações. Doença de facilíssima transmissibilidade, talvez por nenhuma outra superada, contribui destacadamente para o obituário infantil, ocorrendo a maior parte dos óbitos no grupo etário até o segundo ano de idade.

Já se usa em vários países e também no nosso, a imunização ativa contra o sarampo. Os dados tabulados das numerosas aplicações em seres humanos justificam as campanhas dos serviços oficiais de saúde pública e a esperança de que também o sarampo poderá ser extinto em tempo não muito remoto.

Os especialistas conseguiram atingir uma raça atenuada, de vírus do sarampo, a partir de raça selvagem, isolada de caso humano, encontrando a maneira de cultivá-la e com ela obtendo vacina viva, de boa tolerância e alta capacidade antigênica.

Também se emprega com bons resultados a imunização com vacina inativada, a qual deverá ser aplicada em três doses.

A febre tifóide é outra infecção cuja incidência diminuiu acentuadamente diante dos progressos da medicina, nas últimas décadas.

Doença de quadro clínico grave, atingiu nos Estados Unidos, no início deste século a quase 400 mil casos.

Antes da descoberta do antibiótico eficaz e do auxílio que poderá prestar a oportuna aplicação de corticosteróides, a cifra obituária por febre tifóide oscilava em redor de 30%. Hoje o prognóstico desta febre mudou inteiramente. Com a terapêutica moderna, em tôdas as partes do mundo a febre tifóide deixou de ser o fantasma temido. Por outro lado, a melhoria do padrão de vida pelas medidas gerais de saneamento e a educação sanitária, e o uso extenso da vacinação específica, muito contribuíram para a acentuada diminuição dos casos.

Numa modesta estatística feita em nosso serviço, a Enfermaria 16, da Santa Casa, verificamos o seguinte: em 1942 atendemos 81 casos de febre tifóide, tendo ocorrido 33% de óbitos. Em 1955, já no período dos antibióticos, tivemos ape-

nas 30 internados, com somente 10% de falecidos. Em 1961 os casos foram de dez e não houve nenhuma morte. No ano de 1963 tivemos um grave caso que baixou por peritonite generalizada com mais de 48 horas de perfuração intestinal, no decurso da febre tifóide. Submetido à intervenção cirúrgica e ao uso de antibiótico específico e outras medicações também veio a salvar-se.

E o que dizer da moderna profilaxia da poliomielite, que prevê para um futuro não remoto a erradicação dessa doença?

Quem desconhece os nomes de Salk e de Sabin?

Embora a elaboração dos tipos de vacinas com vírus inativados e com vírus atenuados se tenha processado na mesma época, as primeiras vacinações oficiais foram praticadas pela vacina Salk, em 1954.

Em nosso país a vacinas antipólio com vírus vivos teve início no município de Santo André, no Estado de São Paulo, graças à colaboração da Organização Sanitária Panamericana, no mês de julho, de 1961, ocasião em que foram vacinadas cerca de 27 mil crianças.

Iniciou o Ministério da Saúde a campanha de vacinação com vírus vivo em outubro de 1961, na cidade do Rio de Janeiro e, a seguir, em colaboração com os Serviços de Saúde dos Estados, estendeu-se a vacinação pelas capitais e cidades do interior do país. Em Porto Alegre a Secretaria de Saúde promoveu em dezembro de 1961 a primeira vacinação em massa de crianças de três meses a seis anos de idade. Nesta capital se pode considerar também vitoriosa a campanha contra a poliomielite. As duas grandes campanhas de vacinação em massa realizadas pela Secretaria de Saúde permitiram que os casos de poliomielite fôssem reduzidos de 148 em 1963, para 18 em 1964, sendo que de abril a dezembro do ano findo registrou-se apenas um caso. No ano de 1963, segundo dados oficiais, foram vacinadas cerca de 800 mil crianças e em 1964: um milhão e 100 mil, em vários municípios do Estado.

Doença de incidência mundial, a poliomielite anterior aguda, se apresenta com caráter endêmico em certas regiões, em outras provocando epidemias periódicas.

dicas, durante o verão e comêço do outono. A freqüência e a gravidade das epidemias variam de uma região à outra, de estação para estação, e de um grupo etário para outro.

A última conquista relativa à profilaxia da poliomielite: a vacina viva, por via oral, tornou-se realmente em uma das maiores vitórias da ciência médica moderna.

A substituição dos poliovírus virulentos por vírus vivos mas dotados de neuro-virulência extremamente baixa ou mesmo ausente, conseguirá erradicar a temível doença, tal como se conseguiu, com a substituição do vírus varioloso pelo vírus vacínico, suprimir a varíola de vastas regiões do mundo.

Nos Estados Unidos da América do Norte segundo informações colhidas de dados epidemiológicos e de bioestatística da Organização Mundial de Saúde, em 1955 tinham sido notificados 13.850 casos. Nessa época se iniciava a profilaxia com o emprêgo exclusivo da vacina Salk. No ano de 1961 ocorreram apenas cêrca de 400 casos de formas paralíticas de poliomielite naquele país, tão castigado pelas sérias epidemias dessa virose.

Hoje a vacina Sabin já foi aplicada em tôdas as partes do mundo, sempre promovendo a imunidade esperada.

Na Tchecoslováquia foi levada a efeito a imunização geral em 1960 com a vacina de vírus vivos e desde então nenhum nôvo caso apareceu, conforme relatório publicado na imprensa médica no ano passado.

No Canadá onde em 1952, houvera um aumento de 76% no número de casos, comparado com o de 1951, verificou-se em 1958, após ampla aplicação dessa vacina, a redução de 98% no número do ano anterior, de casos de poliomielite.

A lista de triunfos é muito longa e gloriosa, embora palmilhada pelo sacrifício. O progresso alcançado no contrôle das doenças transmissíveis foi realmente o resultado do trabalho árduo, de estudos e de organizações sanitárias eficientes. Para atingir ao ponto culminante, centenas de grupos de pesquisadores se dedicaram integralmente.

Mas nem de longe as necessidades totais foram atingidas. Muito se tem ainda de pesquisar, de ampliar, de com-

preender, de desvendar, antes que a humanidade consiga completo estado de proteção contra as doenças infecciosas.

Verdade é que se de um lado podemos rejubilar-nos por ver algumas doenças extinguindo-se, por outro preocupa-nos o conhecimento de novas entidades mórbidas e o isolamento e a caracterização de seus ativos agentes causadores.

Estas descobertas são também consequência do progresso dos nossos dias. Foi a recente introdução das culturas de tecidos *in vitro*, na moderna técnica virológica, que permitiu a descrição de novos agentes citopatogênicos. Foi realmente de importância fundamental para o capítulo da virologia o êxito dos trabalhos de John Enders e colaboradores, de Boston, em 1949, de cultivar vírus em tecidos de primatas: pele e vários outros tecidos humanos e rim de macacos. Esta descoberta deu aos seus autores o Prêmio Nobel de 1954, pois tornou o diagnóstico de laboratório processo de rotina.

O isolamento e o estudo de vírus provenientes de fezes promoveu o rápido surgimento de numerosos novos tipos os quais foram descobertos antes mesmo de se saber que lesões acarretavam.

Foi diante dessa original fase da evolução dos conhecimentos clínico-virológicos que propuseram à êstes agentes a denominação de vírus órfãos, vírus à procura de moléstia, ou, mais exatamente, vírus órfãos do intestino humano e reveladores de atividade citopatogênica e que os norte-americanos tornaram conhecidos pela sigla ECHO, composta pelas iniciais das palavras vírus órfãos entéricos humanos citopatogênicos.

A seguir descreveram-se entidades mórbidas que tinham algum desses vírus como agente etiológico: meningites assépticas, doenças exantemáticas, diarréias infantis, e outras.

Atualmente, existem mais de trinta tipos sorológicos, antigênicamente diferentes, de vírus do grupo ECHO, reunidos por possuírem algumas semelhanças quanto ao habitat, à epidemiologia e aos quadros clínicos que ocasionam.

Problema ainda aberto é o da possibilidade de que certas espécies animais possam hospedar enterovírus e constituir assim, reservatórios dos mesmos para a

infecção humana. Cêpas de vírus muito semelhantes às do grupo ECHO humanos foram isoladas das fezes de bovinos e suínos.

Há ainda um certo número de doenças causadas por vírus transportados por artrópodes, as quais constituem o moderno grupo das arboviroses. Em circulação no sangue do hospedeiro vertebrado, o vírus passa ao vetor hematófago quando este procura alimentar-se. Após um período de incubação durante o qual o vírus se multiplica e invade as glândulas salivares do artrópode, pode ser novamente inoculado no momento da picada.

O ciclo natural dos vírus desse grupo é feito entre animais reservatórios e artrópodes transmissores, sendo o homem apenas afetado acidentalmente. O número de arbovírus conhecidos está alcançando a 160.

Não há um quadro clínico uniforme, comum, nas arboviroses. Basta que se lembre que entre elas estão a febre amarela e a febre dos cinco dias, o dengue, tão bem conhecidas. Há quadros semelhantes ao da gripe. Alguns se apresentam como encefalites e encefalomielites. Muitas infecções são inaparentes.

As exitosas pesquisas realizadas em Belém do Pará, pelos virologistas brasileiros, no Laboratório instalado pelo Serviço Especial de Saúde Pública e a Fundação Rockefeller, demonstraram a elevada incidência de arbovírus em toda a Amazônia. Muitos isolamentos foram aí feitos pela primeira vez e ainda não foram identificados em outros centros científicos.

A citomegalia de inclusão que atinge preferentemente crianças, sobretudo prematuros e lactentes, apresentando variadas formas clínicas, teve o seu vírus cultivado em 1956.

Smith utilizando culturas de fibroblastos obtidos por transplante de miométrio, isolou três cêpas de vírus citomegálicos; o primeiro das glândulas salivares, o segundo de uma criança falecida de citomegalia generalizada e o último do fígado mediante biópsia e pelo exame citológico do sedimento urinário.

Grande interesse clínico e experimental assumiram nos últimos anos o estudo desses vírus que se desenvolvem nas glândulas salivares. Eles podem ser

encontrados em estado latente nessas glândulas tanto de homens como de várias espécies de animais e são capazes de causar doenças generalizadas atingindo o sistema hematopoiético, o aparelho digestivo, o respiratório etc. No período pré-natal ou neonatal acarretam abortos, prematuridade e anomalias de desenvolvimento.

Os mixovírus, abrangendo quatro tipos de vírus da parainfluenza e dois vírus sinciciais, determinam laringo-tráqueo-bronquites agudas.

Os adenovírus, com já trinta tipos sorológicos diferenciados, são atualmente os mais importantes causadores de doenças do aparelho respiratório de crianças. As adenoviroses mais conhecidas são a doença dos recrutas, a febre faringo-conjuntival, as viroses do grupo APC, a doença respiratória aguda febril e a cétrato-conjuntivite epidêmica.

As rinoviroses, as rickettsioses e as neorickettsioses, as coxsaquioses são outras tantas viroses conhecidas nos últimos anos, cujos vírus numerosos chegam a quase uma centena.

Ao lado do esclarecimento de tantos quadros mórbidos e do isolamento dos respectivos agentes causadores, a medicina progrediu, igualmente, em seus conhecimentos da imonobiologia.

Cumpram destacar as pesquisas de Alick Isaac e Lindenmann as quais em 1957, permitiram a descoberta de uma substância produzida no interior das células vivas, dotada de poder contra os vírus.

Verificaram esses autores que quando se tratava com um vírus gripal inativado uma cultura de células, poucas horas depois o líquido cultural adquiria a propriedade de tornar resistentes à infecção a variados vírus aquelas mesmas células que tinham estado em contato com o referido vírus gripal inativado.

Esta substância que conferia tão importante propriedade defensiva ao líquido da cultura já foi isolada em laboratório e recebeu o nome de interferônio. É uma proteína estável, com peso molecular vizinho ao da hemoglobina e pode ser conservada em estado liofilizado. Espera-se poder obtê-la em quantidade suficiente para aplicação clínica.

O interferônio é produto da célula

e não da partícula viral e nos tecidos em que vírus se implantaram a sua concentração aumenta contemporaneamente com a concentração dos vírus in situ.

O aparecimento do interferônio é sempre mais precoce do que o dos anticorpos plasmáticos, o que faz sobressair a sua valia como fator no substrato da imunidade.

Contemplando a passagem do homem pela Terra, sentindo o progresso que alcançou em sua árdua luta contra a morte, no combate às doenças infecciosas e parasitárias ninguém pode ser pessimista.

O prof. Van Hyde, autoridade mundial em saúde pública, disse há pouco: em número cada vez maior os recém-nascidos vêm ao mundo para viver, não para morrer. Em número cada vez maior eles podem esperar uma vida longa. Nos últimos dez anos essa promessa nova e grande tornou-se uma realidade para muitos milhões de nossos semelhantes. Mas, é verdade, ainda vemos centenas e centenas de milhões de pessoas que são doentes sem necessidade, milhões que morrem e que não precisavam morrer.

Cumprir difundir a luta contra as grandes endemias que ainda afligem as populações urbanas e rurais; desenvolver sempre mais a rede hospitalar; amparar a maternidade e a infância; ampliar o saneamento dos ambientes, com especial ênfase ao abastecimento de água potável e à remoção dos dejectos. Formar técnicos capacitados: médicos, en-

fermeiros, laboratoristas. O Brasil precisa de muitos médicos. As estimativas feitas recentemente verificaram que em nosso país o número de médicos em relação ao de habitantes está proporção de 4 para 10 mil.

Em países economicamente desenvolvidos, como os Estados Unidos e o Canadá a proporção é de respectivamente 13 e 10 para cada 10.000 habitantes.

Não existem médicos em 57% dos municípios do Norte do nosso país, em 44% do Nordeste e em 33% do Centro-Oeste.

Os levantamentos feitos pelo Departamento Nacional de Saúde, revelaram existir mais de 900 municípios brasileiros sem médico, e de ser de 22 mil o déficit de médicos no país.

Eis porque srs. novos acadêmicos, de frente para a nossa Pátria com o problema do número insuficiente de médicos, para atender à nossa sempre crescente população, agravado, todos o reconhecem, pela sua inadequada distribuição, a vossa decisão de vir estudar medicina foi acertada, patriótica e digna de aplausos.

São nossos sinceros votos que a vossa passagem por esta Faculdade em busca da cultura e da habilidade médicas, indispensáveis ao exercício eficiente da profissão, também vos propicie múltiplas ocasiões para aprender e admirar, os eternos princípios da ética médica, cuja observância fiel e perseverante situará, em nível digno e elevado, a vossa conduta profissional.