

A PROFILAXIA DA LEPROSA: O PASSADO, O PRESENTE, O FUTURO *

(Uma apreciação da experiência brasileira, em especial da fase paulista desta experiência).

F. E. Rabello **

A profilaxia da lepra — ainda hoje, sofre a injeção de uma série de fatores negativos que ainda não soubemos arredar:

— a impossibilidade de cultivar o bacilo e de obter, pela inoculação, a moléstia em fase experimental;

— a falta, até certo ponto corolária, de medicamentos de ação específica dirigida, com rápidos efeitos esterilizantes do **M. leprae**;

— a obscuridade ainda reinante quanto ao mecanismo íntimo da transmissão, cujos efeitos só julgamos por via indutiva.

É para admirar, pois, que tenhamos podido através do tempo sempre formular as grandes linhas de uma profilaxia da moléstia.

É que, pelo menos a partir de 1894 — com a monografia de Hansen e Looft, possuímos um conhecimento definido do doente de lepra — êste, na verdade tem sido o eixo e a base dos nossos esforços, em busca de uma profilaxia.

Fato significativo, aliás, que justamente na Noruega — o grande foco europeu restante da grande endemia medieval —, tenha ocorrido a primeira e clássica experiência de profilaxia. Fato significativo também porque uma tal profilaxia, tendo na base uma mais profunda e exata doutrina leproológica, constitui o segredo, a mola propulsora do que tem sido a profilaxia da lepra nos tempos modernos.

Et. Burnet (1935) disse certa vez que se podia distinguir três períodos na história da profilaxia da moléstia: o norueguês, o filipino e o brasileiro. Com maior amplitude poderíamos dizer que a profilaxia da lepra tem consistido em variações em torno de um tema central — o valor do isolamento.

Sob êste aspecto, decididamente, nenhuma experiência existe no mundo que sobreleve a brasileira. É nessa grande, e talvez decisiva experiência brasileira, que, ainda hoje vivemos com intensidade — há que reconhecer:

* Trabalho apresentado na sessão ordinária da S.P.L. em 9 | 6 | 1959.

** — Prof. Catedrático de Demartologia da Universidade do Brasil.

— em primeiro lugar, a obra pioneira de alguns homens, destacando-se José Lourenço Magalhães, e Emílio Ribas;

— em segundo lugar, os dois fatos culminantes dessa história, ou sejam a famosa campanha nacional desfechada por Carlos Chagas e Eduardo Rabello em 1920, e as realizações da Inspetoria, mais tarde Departamento de Profilaxia da Lepra de S. Paulo com Aguiar Pupo e Salles Gomes, no quinquênio 1928-1933.

Em primeiro lugar, contudo, o iluminado pioneirismo de certos homens, cuja sabedoria e, sobretudo cuja presciência, ainda hoje causam admiração.

Foi no velho Hospital dos Lázaros de Guapira que duas épocas se sucederam nas pessoas de José Lourenço Magalhães e alguns anos mais tarde Emílio Ribas. Hoje, com o recuo do tempo, é que podemos avaliar o talento, e a originalidade de vistas de José Lourenço. Mesmo sua negação do bacilo específico, a entendemos muito bem — sempre que se trate da lepra, moléstia em que o bacilo representa muito pouco em contraste com o terreno em que ele vegeta, o fato principal.

São também atuais as críticas de José Lourenço ao isolamento físico, segregacionista que êle verbera nos termos de "supressão do leproso". O famoso "Instituto" (1882-1890) no Rio, já é uma previsão de Sanatório, os doentes gozando de liberdade de movimentos: "minha finalidade era estudar as formas clínicas da lepra, e de seguí-las de perto, de conformidade com minhas idéias". Eu creio que não se poderia definir melhor a moderna técnica da observação prolongada, catamnética ("follow-up"), de que nós soubemos tanto nos valer ao longo da grande experiência brasileira.

Falando agora em termos do que podemos denominar a **fase paulista** desta experiência, ainda releva lembrar a idéia das "colônias ou vilas" que, através de Emílio Ribas, e com Eduardo Rabello, havia de permear-se até os tempos modernos, nos nossos "asilos-colônias".

A presença apostolar de Emílio Ribas, a princípio como diretor da Organização de Saúde, e logo como chefe clínico do Guapira, domina ao longo das duas primeiras décadas d'êste século. Comissionado em 1913 para estudar o problema da lepra, já conta com elementos para tanto, pôsto que já em 1912 determinara o memorável inquérito epidemiológico por êle entregue a E. Vampré. De 1915 a 1918 são os preceitos do que deveria constituir bases para uma profilaxia da moléstia — 11 ítems, que serão integralmente adotados por Eduardo Rabello, na reforma Carlos Chagas (setembro de 1920).

Seria preciso, e com certeza muito interessante, conhecer mais de perto a verdadeira posição de Emílio Ribas no que respeita a certos aspectos bem modernos: existe por exemplo indicação de que a educação sanitária, tal como a entendemos hoje já a praticava. Emílio Ribas, recebendo estudantes do 4.º ano médico no Guapira.

Interrogado em 1917 sôbre "qual o meio por excelência para evitar a propagação da moléstia", responde: "o isolamento do doente". E não podia ser outra a resposta. Sejam quais forem as normas sub-

jetivas de apreciação do problema, é embora o espírito dêses nossos antepassados estivesse carregado de optimismo quanto ao sucesso final do isolamento fisico dos doentes, resta ineludível que outra alternativa não lhes ficava.

Defendiam êles uma verdade incontestável na época, ou melhor, defrontavam uma situação **de fato** a que não podiam escapar. Foi assim decorrência natural a insistência, a veemência, a pertinácia com que, de Emílio Ribas a Aguiar Pupo, travou-se a brava luta pela construção do que seria a primeira estaca do edifício — o asilo-colônia de Santo Ângelo. A trilha aberta, não tardaria o desenvolvimento do novo sistema, naquele período férvido de 1927 a 1930 completa-se a grande rêde de leprosarios com Pirapitingui, Cocais e Aimorés.

Assumindo a direção da campanha em junho de 1931, Salles Gomes seria a grande figura de sistematizador, e determinaria a grande época de todo um formidável sistema. É preciso ter vivido aquele momento para compreender o quanto de abnegação, energia, e talento administrativo desenvolveu Salles Gomes. Herdeiro de uma corrente de pensamento, a êle coube por em concreto um plano que nas suas mãos se agigantou, no grande quinquênio 1933-1938.

Pela primeira vez na história da Leprologia tornou-se possível concentrar um enorme material, em condições excelentes para uma total cobertura do problema:

— nos leprosários, doentes portadores das várias formas da moléstia, destacando-se as formas benignas mais especiais ao Padre Bento;

— nos dispensários, e centros de elucidação diagnóstica, tôda sorte de casos omissos, inaparentes, além dos egressos das colônias e seus problemas de reativação e recidiva;

— nos preventórios, as crianças filhas de doentes, depois de maior ou menor convívio com os focos, permitindo desvendar aspectos inteiramente novos para a doutrina.

Com o recuo do tempo, podemos afirmar que foram as extraordinárias facilidades do velho sistema que constituíram, precisamente; as largas avenidas pelas quais chegamos à atual doutrina da lepra.

Vimos e compreendemos os flagrantes contrastes entre a forma clássica lepromatosa e todo o séquito das variantes "não lepromatosas", a singularidade dos dois tipos polares, em realce as formas tuberculóides. Compare-se, sob êsse aspecto de definido progresso, o pequeno material de 125 casos da Clínica Dermatológica do Rio conhecidos em 1935, com os 1.000 casos estudados em 1947 por Lauro de Souza Lima e Nelson Souza Campos. Corolário para a profilaxia: menor periculosidade das formas T que, neste último decênio, quase já não eram internadas.

Realizou-se exaustivo estudo da imuno-biologia, através da preciosa reação de Mitsuda, à qual, me lembro, Wade, Lowe e Klingmueller no Cairo em 1938 não queriam emprestar significado preciso, contra a opinião dos sul-americanos (J. M. Fernandez e F.E. Rabello) — na época já bem apoiados nos trabalhos de A. Rotberg desde a tese de 1934, até as 1.529 reações lidas até 1937. Corolário para a profilaxia: o definido valor prognóstico de um Mitsuda ++ ou +++ e a necessidade do censo lepromínico em tórno dos focos L.

A investigação sistemática das crianças em preventórios, nas hoje clássicas observações de N. Souza Campos, mostrava os aspectos peculiares da moléstia na 1.a infância (pude mesmo afirmar já em 1937 que estas lesões T infantís, curando com cicatriz típica, seriam a primeira evidência de premunição específica). Corolário para a profilaxia: ao contrário do que se pensava, maior resistência da criança de 0—5 anos ao **M. Leprae**, abrindo horizontes para uma premunição induzida (nossas idéias de 1935 foram ressuscitadas por N. Souza Campos, destacando-se aqui as observações de J.M. Fernandez em 1939, e sobretudo os estudos de N. Souza Campos e colaboradores entre 1946 e 1955, como B.C.G.).

Enfim, a importância reconhecida da experiência no "Padre Bento" quanto ao significado clínico e biológico da forma I, aqui o trabalho de L. Souza Lima e E. Alayon 1941, completado por minha exposição de 1943 nesta Sociedade. Corolário para a profilaxia: necessidade fundamental da descoberta precoce e maciça dos casos I "matriz" da endemia (F.E. Rabello e L. M. Bechelli 1951).

Tudo isto que hoje aceitamos como parcelas integrantes da nossa doutrina leproológica foi assim adquirido — vale lembrar, ao longo de paciente trabalho, propiciado e feito possível devido ao grande sistema elaborado em S. Paulo. Com muita razão, alinhava o nosso historiador F. Maurano (1939) as 4 grandes realizações no campo cultural: a fundação desta Sociedade, a publicação maior da especialidade, a Revista "Paulista" depois "Brasileira" de Leprologia, a Fundação Conde Lara para a pesquisa, iniciativa de Manuel de Abreu liderando um distinguido grupo de leprologos, a Biblioteca, instituição modelar, e as publicações desta Biblioteca, devidas à figura exemplar de Luiza Keffer.

—oOo—

Chegamos aqui a uma encruzilhada. Estamos em 1941, data da moderna organização do Serviço Nacional da Lepra, o problema dêsde 1935 confiado — no plano Nacional, a Ernani Agrícola. Entre 1941 e 1946, são grandes marcos desta história a publicação do Tratado de Leprologia, e ao cabo dêste período os sucessos da 2.a Conferência Pan-americana, no Rio de Janeiro.

Encerra o Tratado de Leprologia uma grande fase da leprologia neste Continente e no Mundo. Precisamente no mesmo período um grande acontecimento marca o início de uma nova era: iniciava G.H. Faget e o seu grupo em Carville a sensacional experiência terapêutica com um produtos novo — derivado de Sulfona.

Já em 1946, L. Souza Lima apresentava à Pan-americana do Rio resultados definidos e consagradores. Tínhamos afinal em mãos uma droga, senão ideal nos seus efeitos, pelo menos de marcado efeito plástico sôbre o granuloma leprótico, e a um tempo bacilostático.

O grande impacto das sulfonas mudava por completo o panorama da moléstia, descreviam-se formas de reativação tuberculóide no decurso da lepra clássica, e uma primeira grande avaliação global dos novos medicamentos fazia o motivo do simpósio de Três Corações —1952, um acontecimento que assinalava duas conseqüências conjugadas da experiência brasileira:

— de um lado, os efeitos que estou chamando de plásticos sôbre o granuloma, eliminando grande parte das mutilações que antes atingiam

a face, o olho, e o laringe (curiosa exceção que hoje vemos bem e “paradoxo terapêutico”, as sulfonas apressam a cirrose dos nervos e, com com isso, a garra e distúrbios tróficos);

— por outro lado, surge pela primeira vez na história da moléstia a possibilidade profetizada por L. Rogers e E. Rabello: "a vigilância dos comunicantes e seu tratamento na fase maculosa estancam a infecção".

Êsses resultados, já de si extraordinários, começam a influir a fundo nas relações entre o doente de lepra e a administração dos leprosários, avoluma-se o número de enfermos dados de alta trazendo complicadas situações técnico-administrativas, e pode-se dizer que desta época datam os nossos modernos esforços de revisão das antigas posições.

Na verdade, a Pan-americana de 1946 trouxera no seu bojo algo de novo, e que só veio a lume mais tarde, com o necessário destaque, na publicação de F.E. Rabello e L.M. Bechelli (1951).

Por determinação do veterano e sempre presente E. Agrícola, fizera-se na pequena localidade mineira de Candeias a primeira experiência de censo integral ou intensivo, pelo exame de toda a população (14.000 habitantes). Podia ser feita uma comparação com os dados anteriormente obtidos através de um censo extensivo clássico, e dois fatos marcantes surgiam (W. del Favero, 1946) :

- 1.o um salto na incidência da moléstia de 4.4% para 10.4%o;
- 2.o uma inversão dos achados por forma clínica:

Censo extensivo		Censo intensivo
63.7%	L	21.7%
31	I	53.8
5	T	24.3

Surgia pela primeira vez, sob uma luz meridiana, este fato novo de que — o aprofundamento da técnica de descoberta de casos novos trazia à tona (e o fato era lógico) uma substancial quantidade de casos I.

O achado era decisivo, sobretudo porque marcava uma mudança radical quanto à prevalência real das formas malignas, cabendo desde então uma atitude muito mais otimista, e mais do que isso constituindo essa nova técnica de **profilaxia prospectiva**, um verdadeiro indicador da eficiência de um serviço.

E, entretanto, já alguns anos antes mostrara J. Aguiar Pupo (1939) no consultório privado a maciça incidência de 68.7% da forma I, e ainda bem me lembro o escândalo que êste achado provocou por parte de alguns. Ficava claro que nas condições clássicas do trabalho profilático a descoberta de casos, quase invariavelmente e já inapelavelmente avançados do tipo L significava **descoberta passiva**, imposta pelas péssimas condições em que se tratava contato com o problema nas áreas trabalhadas.

Impunha-se uma transformação tal na técnica profilática, que levasse em consideração os fatos positivos — descoberta precoce e maciça dos casos **I** + tratamento profilático, e infelizmente também os fatos negativos:

- uma morbidade que subira ameaçadoramente de 8° | 000 em 1946

para praticamente 12° |ooo em 1957, sem a vantagem de maior número de formas fechadas;

— uma descoberta de casos novos entre comunicantes decepcionantemente baixa de 8,7% (não mais de 21% do total de conviventes sob contrôle);

— um índice de internamento que aí por 1951 era de 23.000 com aumento para um total de 48.000 (ou seja na proporção inoperante de 23:25 — lembro que em S. Paulo, no auge do seu impecável sistema - em 1934, logrou-se uma cifra de 79% dos casos conhecidos);

— e os serviços de profilaxia em tôda parte obrigados, pela natureza das coisas, a gastar mais de 80% dos seus recursos financeiros com a manutenção dos leprosários.

E assim iniciou o Serviço Nacional da Lepra em 1954 — então sob T. P. Rossas, um espírito firme e um grande técnico, com a colaboração dos técnicos do S. N. L., o plano piloto para o Estado do Rio de Janeiro.

A Declaração de Princípios de Belo Horizonte (1956), coincide com a extraordinária campanha de âmbito nacional iniciada por O. Diniz, tarefa que vivemos neste momento. Não falarei com maiores minúcias do que tem sido a obra de O. Diniz, êle já o fez aqui nesta Sociedade. Direi apenas que a ação de O. Diniz tem sido essencialmente uma tarefa de projeção nacional — e internacional, das novas tendências e rumos da doutrina leproológica brasileira. Basta lembrar a significativa importância do Seminário de Profilaxia da Lepra promovido pela Repartição Sanitária Pan-americana (Belo Horizonte 1958), cujos textos considero mais completos e mais pertinentes do que mesmo os textos adotados no 7.º Congresso de Tóquio.

Limitar-me-ei, por tudo isso, apenas a algumas indicações muito gerais sôbre a moderna posição que assumiu o problema.

Críticas têm sido dirigidas por motivo da periculosidade dos casos L deixados (aparentemente!) em liberdade. Não há esquecer, porém, dois fatos fundamentalmente importantes:

— quanto à periculosidade intrínseca, os casos L cêdo conduzem a um "**statu quo**" pelo que respeita à ambiência, o que L. Souza Lima tem chamado "saturação", pôsto que ao cabo de um certo tempo se faz uma definição imunológica dos conviventes (Mit. + cêrca de 80% — "**margem anérgica**" A. Rotberg, felizmente pequena e provàvelmente menor de 20%);

— quanto à periculosidade extrínseca, a atual técnica de trabalho oferece condições jamais atingidas e excepcionalmente favoráveis, pelo que respeita a proteção da ambiência sadia (sob contrôle 72.3% dos doentes e 50% dos comunicantes — em certas áreas essas cifras sobem respectivamente a mais de 80%, a mais de 70% em 11 unidades federadas quanto aos comunicantes).

Por isso que em todos êsses lugares quase não mais internamos, e precisamente porque não deslocamos os contagiantes, temê-los não só a êles, como também todo o **círculo integral** dos seus conviventes — pela primeira vez na história da profilaxia, sob um contrôle e num regime de re-exames intensivamente repetidos.

Restaria discutir a situação criada pelas novas condições de trabalho para o binômio leprosário + preventório, agora dentro de um sistema dinâmico de profilaxia. Diga-se logo que não só não prescindimos do leprosário, como acreditamos que **afinal** vai êle ter tarefa circunscrita e eficaz:

— do leprosário pediremos apenas o que êle pode dar, e dar bem, ou seja, eficaz assistência médico-social;

— do preventório imaginamos continuará ainda por certo tempo no seu papel de suporte do isolamento em leprosário;

— ambas as peças, num futuro já à vista, a serem integradas em obras de assistência médico-social não mais estigmatizadas nas suas finalidades.

Haveria que lembrar aqui as avançadas recomendações do Seminário Pan-americano de 1958, em tudo quanto dispõem quanto à "integração dos serviços de profilaxia da lepra nos órgãos de saúde pública, incrementando o dinamismo, a difusão e penetração desses serviços, ao mesmo tempo que lhes diminui o custo", e ainda quanto lá se diz quanto à formação de pessoal, intensificação do ensino da leprologia, e aprofundamento da educação sanitária "por todos os meios possíveis, em todos os níveis sociais".

Não se diga agora que somos contra o isolamento. Muito ao contrário, defendemos o **isolamento integral**, ou seja como ensinava Ed. Rabello: "o conjunto de medidas destinadas a interromper ou anular a cadeia infecciosa". Nesse isolamento integral, três fases:

- I — isolamento pre-contágio — **educação sanitária.** — **descoberta dos suscetíveis.** — **premunição cruzada pelo B.C.G.**
- II — isolamento concorrente ("isolamento químico") — **contrôle da contagiosidade pelo tratamento.** — **contrôle da invalidez e do valor social-econômico.**
- III — isolamento físico — **do doente: leprosário.** — **do sadio: preventório.**

Falei em **educação sanitária**, e a coisa ganha agora uma amplitude que com certeza não podia ter no passado. Porque, no atual trabalho prospectivo, procura-se multiplicar por 8 ou por 10 — que tanto é o número das unidades médicas entrosadas com o leprologista, a atividade que antes incumbia só ao último, agora capaz não só de trabalho de quantidade, como sobretudo de qualidade, como é o caso da educação sanitária. Esta passa a ser difundida em termos de extensão geográfica, e de profundidade demográfica, antes não atingidos.

Alguns resultados podem ser apontados dessa nova **profilaxia prospectiva**, mas aqueles que mais nos podem seduzir são precisamente os que implicam numa **verdadeira e permanente auto-crítica**:

— em 1.o lugar, os já citados e inéditos índices de contrôle dos doentes e comunicantes;

— em 2.o lugar, os índices de prevalência das formas I, "matriz" basal da endemia, e pulso fidelíssimo dessa prospecção.

Já o plano piloto mostrara para o Estado do Rio que a nova pro-

filaxia permitia descobrir 40.3% I: 38% L: 21.6% T. Mas infelizmente ainda não era possível comparar com dados anteriores. Isto foi feito, e pode ver-se a diferença entre 1946-1955, e o curto período 1955-1957, alguns exemplos podem ser:

Espírito Santo:	63.3	L	31.4
	17.0	I	60.0
	19.7	T	8.6
Sergipe:	62.7	L	13.5
	20.6	I	62.2
	16.7	T	24.3
Maranhão:	60.3	L	38.3
	25.7	I	44.9
	14.0	T	16.7

Utilizando agora os dados de prevalência por forma clínica apurados em 1958, alguns outros exemplos podem ser mencionados, especialmente os que indicam uma prevalência inusitada das formas T: Rio Grande do Sul — 40.8 L: 23.2 I: 36.0 T, Estado do Rio 31.0 L: 25.9 I: 43.1 T, Ceará — 40.2 L: 25.2 I: 34.6 T, e o caso extremo do Acre — 26.3 L: 5.3 I: 68.4 T.

— oOo —

Não é certamente aventureira profecia afirmar que estamos vivendo os últimos dias do isolamento físico do doente de lepra. Já o disse com autoridade Leonard Rogers (1954) apreciando um século de segregação compulsória na África Inglesa, e ainda há pouco, no Seminário Pan-americano — James Doull: "a separação ou isolamento obrigatório dos doentes de lepra é um anacronismo".

Neste domínio, como agora em tôda parte na medicina, **o futuro** está em acurada e bem organizada **investigação científica, que** venha enriquecer de novas armas a nossa panóplia — e que nos leve das comodidades de fácil obtenção da moléstia em fase experimental ao seu corolário obrigado: **a quimioterapia, e | ou a antibiose específica dirigida.**

Vejo com agrado êsses mesmos propósitos vigorando em cada um dos nossos grandes centros — no Rio, em Belo Horizonte, como aqui em São Paulo. Nesta linha, a planificação sugerida e aproveitada no excelente relatório de A. Rotberg, isto é, de uma congregação de técnicos trabalhando em regime de dedicação exclusiva, parece-me o mais acertado (no plano federal, já uma Comissão da A.B.L. se ocupa de estender a todos os leprologistas as vantagens e obrigações do tempo integral).

Não é difícil prever, o que será no futuro uma profilaxia plantada em larga base terapêutica. Como aconteceu com a sífilis, o espectro endemiológico acusará diferenças radicais e, neste sentido, as precisas e sistemáticas investigações de N. Souza Campos com **a premissão pelo B.C.G.** — hoje maciçamente difundidas em amplas áreas de Minas Gerais (J. Mariano), em Goiás e outros lugares, acabarão por influir decisivamente na dinâmica da endemia. Como na tuberculose, liquidado o acervo "adicional" das formas bacilíferas, poderá então ser a endemia cingida de mais perto quanto aos índices de morbidade da moléstia reduzida à sua condição basal — as formas I, matriz da endemia.

Até agora, a curva de prevalência dessas formas I tem mantido,

como bem disse O. Diniz, uma "estabilidade impressionante" em torno dos 20% do total das formas da moléstia. Só a partir de 1956 é que a curva afinal se desloca, atingindo 22.5, subindo para 25.6 em 1957, e 26.1 em 1958. A cifra é aliás bem mais elevada quando obtida apenas as áreas em regime intensivo de campanha: 33.4%, prevalência apurada até 1958 (para o Paraná, exemplarmente trabalhado por Manoel de Abreu e sua equipe — 41.2%).

Também não é difícil prever qual será, no futuro, a posição de São Paulo no que tange a essa nova modalidade de trabalho. Basta lembrar o papel básico da educação sanitária para compreender que, precisamente em São Paulo, encontrará a campanha excelentes perspectivas. Sob êsse aspecto, é impressionante a atitude de veteranos como Lauro Souza Lima e Manoel de Abreu, os quais bem de acôrdo com as premissas de que procurei lastrear tôda essa exposição, vêm liderando ou participando de campanhas nos novos moldes, aceitando-os precisamente também porque participantes da antiga fase de uma experiência.

Consubstanciando agora esta momentosa experiência brasileira que hoje me esforcei em reviver, faço minhas as palavras do nosso A. Rotberg: "pouquíssimas vêzes na história da medicina tivemos tanta oportunidade de contribuir para o progresso médico mundial".

E como é de uni prestigioso passado que nos reclamamos a fim de amanhoar um futuro fértil, permiti que vos relembre as palavras proféticas de Ed. Rabello, no famoso trabalho em que fazia o processo do isolamento segregação. "Seqüestrados os doentes" escrevia êle, "seqüestrada ficou a profilaxia da lepra dos progressos da medicina preventiva", e clamava, já também há 25 anos, para que se completasse a integração da profilaxia da lepra no espírito e sentido clássico da profilaxia das moléstias infectuosas.

—oOo—

CASA CIRÚRGICA

COSTA & CARVALHO

Fornecedores do Hospital das Clínicas, da Santa Casa de São Paulo, Pro-Matre Paulista, Maternidade de São Paulo, Hospital Santa Cruz, Sanatório São Lucas, São Luís Gonzaga, do Jacanã, Maternidade Paulista, etc. No interior: Santa Casa de São José do Rio Preto e Casa de Saúde Santa Helena, Hospital São Francisco, de Ribeirão Preto, e Repartições Públicas, Federal, Estadual e Municipal, etc.

TUDO PARA O SEU HOSPITAL

Instrumental cirúrgico, nacional e estrangeiro, móveis, aparelhos de anestesia, gases e anestésicos, filmes para Raios-X, drogas, vidraria e equipamento para laboratório, estufas para prematuros, mesas de operações, de parto, enfim, tudo que é necessário para a montagem integral de seu hospital. Temos sempre, para pronta entrega, cadeiras de rodas e camas com manivelas.



Rua Senador Feijó, 121 — Telefones: 32-0132 e 35-9029 — Caixa
Postal, 1410 — São Paulo — Brasil