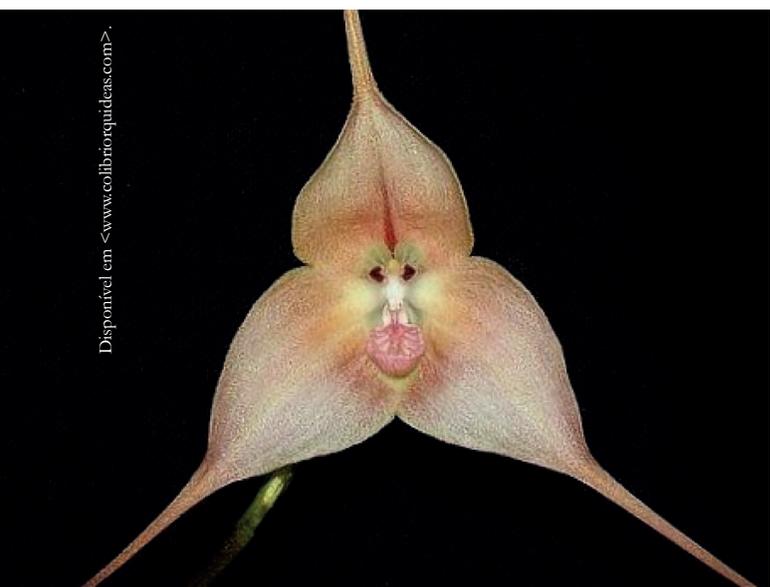


Orquídeas *Dracula*

Nelson Di Francesco



Disponível em <www.colibriorquideas.com>

Disponível em <www.colibriorquideas.com>

A família das Orquidáceas é uma das maiores e mais diversificadas famílias de planta que existem, muito estimada pela beleza exótica das flores. Os países tropicais, e principalmente o Brasil, têm um grande número de gêneros.

Segundo estudiosos, as orquídeas surgiram e estabeleceram-se no planeta quando os continentes ainda estavam unidos, há mais de 130 milhões de anos. Essa família de plantas engloba cerca de 35 mil espécies conhecidas.

Certamente, você já comprou ou ganhou uma; talvez, tenha visitado exposições de flores e se encantado com elas, ou as viu na televisão ou em filmes, enfim, as orquídeas sempre se fazem presentes de alguma forma.

Cheguei a cultivá-las durante anos, incentivado pelo grande paisagista Burle Marx, e não deveria ter parado. Foi

amor logo ao primeiro contato. Sou muito saudososo daquela época.

É difícil eleger o mais bonito ou interessante gênero de orquídeas para dizer algumas palavras. Entre eles, escolhi falar da *Dracula*, apenas por causa do nome. Infelizmente, ela não é nativa do Brasil, mas possuímos muitos outros gêneros de orquídeas, o que torna o nosso país um verdadeiro paraíso.

A orquídea *Dracula vampira* tem sépalas que lembram caninos alongados!

Calma, não precisa ficar com medo, elas são “do bem”. Não são carnívoras, nem atacarão alguém. Em vez de assustado, você ficará maravilhado com elas. Suas formas, cores... além do exotismo.

Classificação científica

Domínio:	Eukaryota
Reino:	Plantae
Divisão:	Magnoliophyta
Classe:	Liliopsida
Ordem:	Asparagales
Família:	Orchidaceae
Subfamília:	Epidendroideae
Tribo:	Epidendreae
Subtribo:	Pleurothallidinae
Gênero:	<i>Dracula</i> (Luer 1978)
Espécie:	<i>D. vampira</i>

As adaptações altamente especializadas desenvolvidas por essa espécie para atrair, enganar e manipular os insetos, visando a polinização cruzada, têm fascinado orquidófilos, desde os tempos de Darwin.

“O estranho nome deste gênero deriva da palavra romena ‘Dracul’ que tem sua origem no latim: *Draco*, *nis*, e este do grego: δράκων, οντος (*drákon*, *drakontos*) que significa “Dragão”; assim, “Drácula” seria o diminutivo “Dragãozinho”, ou “Filho do Dragão”, numa referência à personagem histórica Vlad III, que deu origem à lenda do Conde Drácula, cujos dentes caninos são comparados às antenas das sépalas deste gênero. Muitas das *Draculae* têm nomes bem-humorados, que se referem a animais, monstros mitológicos, ou de histórias de terror tais como, chimæra, circe, chiroptera, diabola, lemurella, gorgona, marsupialis, nosferatu, polyphemus, simia, vampira e vlad-tepes.”

“...O gênero foi proposto por Carlyle August Luer em 1978 para as espécies antes classificadas como *Masdevallia*, cujas sépalas terminam em um apêndice alongado parecido com uma cauda, além de outras pequenas diferenças na estrutura floral. Quando Luer estabeleceu o gênero *Dracula*, apenas 28 espécies estavam descritas, quase todas por Heinrich Gustav Reichenbach.

Em dezembro de 1993, Luer publicou uma ampla revisão do gênero em que constavam mais 78 espécies por ele descritas a partir de 1978, e outras, nos anos seguintes.

Existem cerca de 122 espécies, desde plantas com flores miniaturas até flores medindo cerca de 20 cm de diâmetro. Mais de 90% das *Draculas* são originárias das montanhas do lado oeste dos Andes, no centro e sul da Colômbia, e no norte do Equador. Três espécies foram recentemente des-

cobertas no Peru, uma conhecida do México, e também nove ou dez nos outros países da América Central...” (Cf. Wikipédia a enciclopédia livre — mídia eletrônica).

As *Draculae* são plantas *epífitas*, que preferem as áreas nebulosas das montanhas, onde raramente estão expostas à luz solar direta e à umidade elevada. Como um todo, apresentam altíssimo grau de endemismo.

Geralmente, são plantas que precisam de umidade constante nas raízes, temperatura sempre inferior a 25 graus e baixa luminosidade; assim, seu cultivo é mais indicado para locais frios. Elas crescem muito bem e com facilidade, formando grandes touceiras quando as citadas condições são atendidas. Entretanto, são muito delicadas, não tolerando seca e calor. Um dia de calor excessivo fará todos os botões e flores murcharem imediatamente.

Muitas espécies apresentam inflorescências pendentes, e não devem ser plantadas em vasos, por não haver saída por baixo, uma vez que a inflorescência frequentemente atravessará o substrato, e, se não encontrar “caminho”, a floração não ocorre. Assim, a *Dracula* deve ser cultivada em caixinhas formadas por ripas cruzadas de madeira, facilitando a saída das flores, além de deixar o arranjo mais bonito do que o usual.

“...o gênero *Dracula* mostra mimetismo muito interessante. As flores são carregadas perto do substrato; possuem lábio notavelmente semelhante à estrutura do fungo, e muitas vezes têm um odor semelhante a ele.

Essas flores são visitadas por pequenas moscas, e Voguel (1978) sugeriu que seus polinizadores são mosquitos de fungo, que procuram se alimentar ou colocar os ovos neles...”

(*The Orchids: Natural History and Classification*, Robert L. Dressler — Harvard University Press, 1982)

Falar mais o quê sobre essas flores encantadoras? Lembro-me da coleção temática de selos postais do grande filatelista Evair, ganhadora de inúmeros prêmios internacionais (provavelmente a melhor que existe sobre o tema), intitulada: *Bonita, charmosa e convencida: A ORQUÍDEA conta a sua história...*

Elas contam. Ele consegue mostrar isso. E eu assino embaixo...

Os quatro mandamentos da saúde pública

*Assistência médica**

Nelson Guimarães Proença

Introdução

Os Coordenadores deste encontro entenderam que é preciso esclarecer os fundamentos que devem alicerçar a organização de um Sistema Estatal de Saúde. Daí o título do Encontro: “OS QUATRO MANDAMENTOS DA SAÚDE PÚBLICA”. Fui convidado para abordar um tema polêmico e espinhoso, para o qual há muitas sugestões e poucas respostas definitivas: a “Assistência Médica”. Para atender aos Coordenadores, devo procurar discutir o que é básico, avaliando o que se faz e ousando sugerir o que deve ser feito.

Sim, certamente foi uma ousadia de minha parte aceitar tal convite, pois o Sistema Público de Saúde do Brasil, o SUS, tem sido objeto de permanentes e justificadas críticas, vindas de todos os lados: dos usuários, dos prestadores de serviços, da imprensa, do próprio Governo. O descontentamento é universal, incontáveis são as críticas, também inúmeras são as análises e as propostas que as acompanham. Com quem deve estar a razão? Não há resposta certa para essa pergunta, não vejo por enquanto nenhum consenso sobre as medidas que possam, efetivamente, superar os problemas atuais.

Com esta introdução, estou, de certa forma, fazendo uma justificativa prévia através da qual espero contar com a benevolência dos que me leem, com sua compreensão, pedindo que compreendam minhas limitações. Tentarei trazer minha contribuição.

Em primeiro lugar, é preciso encontrar o método mais apropriado para a discussão de um tema tão controvertido

como este, que envolve múltiplos fatores e interesses. Diante de tão grande controvérsia, creio que cabe usar, como método, a divisão do todo nas partes que o constituem, analisando cada uma separadamente, para só depois fazer a síntese final. Ao se fazer a análise, parte por parte, é possível encontrar concordância sobre as questões polêmicas, identificando os pontos frágeis que precisam ser fortalecidos, os desafios a serem superados e os instrumentos que precisam estar disponíveis para alcançarmos os fins pretendidos. Com esta abordagem, estamos simplesmente aplicando o método proposto há séculos por Descartes, sendo por isso mesmo chamado Método Cartesiano, e aceito pela moderna Filosofia.

Vamos, então, às preliminares da discussão.

O SUS foi idealizado como uma estrutura piramidal, cada patamar representando um dos estágios das Atenções à Saúde. Toda pirâmide necessita ter base larga, é ela que assegura a solidez do conjunto. Não se deve inverter a posição da pirâmide, colocando o vértice para baixo, pois o Sistema não conseguirá se manter em pé. Assim, não devemos iniciar a discussão pelas Atenções Superespecializadas para depois chegar às Básicas.

Isso significa que o SUS tem de ser estruturado a partir da Atenção Primária à Saúde, vindo, a seguir, a Atenção Secundária e, só então, a Terciária. A ordem é essa e, se não for obedecida, a discussão não nos levará a lugar nenhum. Vejo diariamente, pela imprensa, que a discussão está centrada em problemas relacionados com as Atenções Secundária e Terciária, pouco se fala sobre a Atenção Primária. Discussão que é assim conduzida está mal conduzida, pois não alicerça as ações a partir de uma sólida base.

O que é, então, uma base sólida?

* Curso: “Os Quatro Mandamentos da Saúde Pública”, patrocinado pela Associação Médica Ítalo-Brasileira, realizado em São Paulo, em 1º de outubro de 2014.

Pretendo destacar alguns pontos, que me parecem fundamentais e que não vêm sendo adequadamente discutidos e encaminhados.

Unidade Básica de Saúde, UBS

Ao iniciar a discussão sobre as UBS, quero destacar que é um equívoco aceitar sua substituição pelo PSF, o Programa Saúde da Família. Mais adiante, voltarei a falar sobre esse ponto.

As UBS são a porta de entrada do Sistema, todos estão de acordo em relação a isso. Mas é uma porta de entrada com função precípua de fazer uma triagem adequada? Ou sua função precípua é atingir os mais altos índices de resolução da demanda? Estas alternativas não têm caráter excludente entre si, mas as prioridades precisam ser bem definidas.

O horizonte de trabalho das UBS não pode ser reduzido à simples triagem de pacientes, providenciando seu encaminhamento para os níveis de atenções mais diferenciados. Isso é o que se faz hoje, na maior parte do País. Seu horizonte deve ser muito mais amplo, deve possibilitar obter a mais alta resolutividade, algo em torno de 95% dos casos que a procuram. Para possibilitar tal objetivo, é preciso dotar a UBS de estrutura e de meios para alcançar altos índices de soluções para os problemas médicos trazidos pela demanda.

Em relação à ASSISTÊNCIA MÉDICA — este é o “Mandamento” que me coube analisar —, é preciso contar com um profissional que tenha boa formação, motivado para o trabalho que executa. Em postos avançados, onde há menor concentração populacional e/ou as características ambientais são mais adversas, justifica-se dar importância ao médico generalista.

Mas, nos centros urbanos, onde hoje se concentra mais de 90% da população brasileira, a estrutura precisa ser mais completa. Durante toda a minha vida — e esta já se torna bastante longa —, tenho observado que o melhor desempenho ocorre em unidades que contam com assistência de especialistas de três diferentes áreas: Medicina Interna, Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia. Em uma jornada de trabalho desta equipe, é resolvida a demanda da maioria dos pacientes, em índices sempre acima de 90%. São bem selecionados e encaminhados os casos que necessitam de Atenções Secundárias à Saúde.

Recorde-se que pode não haver demanda suficiente para manter tais profissionais em uma única UBS pelos cinco

dias úteis da semana. Muito bem, se isso ocorrer, o profissional pode atender em duas UBS, em diferentes dias da semana, sendo mais bem aproveitado sem sobrecarregar financeiramente o Sistema.

Agora, um ponto importante, a efetiva profissionalização do pessoal da UBS, buscando torná-lo solidário com a proposta do SUS e comprometido com as finalidades da UBS. Isso passa, em primeiro lugar, pela questão da REMUNERAÇÃO. Para os médicos, ou outros profissionais, a remuneração deve ser atraente e, claro, precisam ser adotadas regras de recomposição salarial que permitam cobrir a desvalorização da moeda e garantir seu poder de compra.

Há duas outras questões tão importantes quanto esta que não têm sido corretamente analisadas. A primeira diz respeito à criação de uma CARREIRA FUNCIONAL, que torne o emprego público ainda mais atraente, dando ao médico a sensação de que fez a escolha certa, de que não se trata apenas de uma ocupação provisória. A segunda questão é a criação do DUPLO VÍNCULO, isto é, ao médico da UBS deve ser concedida opção de trabalhar em um segundo período, em Unidade de Atenção Secundária. Por exemplo, em um hospital ou em um centro de especialidades, da rede, recebendo adicional pela segunda tarefa.

Considero importante destacar esses dois pontos, pois estou convencido de que a fixação de profissionais diferenciados no SUS depende da carreira funcional e do duplo vínculo. Destaco também que essas duas questões, que levantei em relação ao médico, interessam também aos demais profissionais de saúde.

Gestão e financiamento

Em artigo recente, publicado no *Suplemento Cultural da Revista APM*, n. 257, maio 2014, abordei duas questões, a da GESTÃO e a do FINANCIAMENTO, as quais considero essenciais para a organização do SUS. É oportuno recordá-las resumidamente.

A questão da GESTÃO: *“A administração pública, nos âmbitos federal, estadual e municipal, trabalha exclusivamente com resultados quantitativos, com o número de atendimentos feitos. Não há metas de qualidade a alcançar e, portanto, inexistem mecanismos de avaliação dos resultados obtidos. Já disse e repito: não havendo a devida resolução das demandas, na Atenção Básica, ocorrerá a sobrecarga dos demais níveis, o Secundário e o Terciário”.*

“Um dos desafios com que se defronta a gestão do SUS é a busca da qualidade na Atenção Primária. Entre uma série de providências que precisam ser tomadas, há três aspectos que me parecem essenciais. Primeiro, é necessário fazer a avaliação do desempenho da UBS, a partir do estabelecimento de índices e de metas, de referência. Segundo, é preciso introduzir protocolos para atender e acompanhar os pacientes. Terceiro, é necessário criar condições para a Educação Continuada dos Profissionais de Saúde.”

Já em relação ao FINANCIAMENTO, há um aspecto importante que precisa ser destacado. Construída a rede de UBS, distribuída por todo o País, com instalações, atribuições, pessoal, tudo perfeitamente definido e igualmente reproduzido, *é perfeitamente previsível* estabelecer o seu orçamento. Já quanto à Atenção Secundária à Saúde, oferecida na rede assistencial constituída por *hospitais-centros de especialidades-laboratórios*, o orçamento é apenas *razoavelmente previsível*. Quando passamos para as Atensões de Nível Terciário, a situação se complica muito: o orçamento é *absolutamente imprevisível*.

Aí está! Do ponto de vista do financiamento para as ações de saúde, fomos do *absolutamente previsível ao absolutamente imprevisível, passando pelo razoavelmente previsível*.

Volto agora ao artigo já citado.

“Não se pode mais falar no financiamento do SUS como um todo. É indispensável que o orçamento seja específico para cada um dos diferentes níveis de Atensões à Saúde. Defendo uma alteração na lei que criou o SUS, abordando um ponto que considero fundamental. Cada nível do Sistema de Saúde precisa ter orçamento próprio! É a única maneira de garantir os recursos necessários para o nível básico, assegurando seu êxito. Considero esta uma questão essencial.”

PSF, o Programa Saúde da Família

No início da década de 1990, era Ministro da Saúde o Professor Adib Jatene, e um grupo de trabalho, constituído naquela época, estudou um novo modelo de atuação para alcançar populações desassistidas, muitas vezes isoladas, o que particularmente ocorria no Nordeste e na Amazônia.

Foi, então, imaginada a ação por meio de um grupo operacional constituído por agentes comunitários de saúde (ACS), que fariam visitas à comunidade para conhecer seus problemas, acompanhar quando já tivessem conduta traçada (mas que estavam longe da rede assistencial), também praticando alguns pequenos atos de apoio. Os ACS fariam a ligação entre o SUS e as comunidades marginalizadas. A propósito, este agente comunitário deveria ser recrutado na

própria comunidade local e ali deveria residir, recebendo treinamento para executar seu trabalho. Também receberia uma “bolsa” para recompensar sua atividade. O sucesso do PSF foi estrondoso, desde a sua formação. Mostrou ser um modelo apropriado, para os fins a que se propunha.

Lamentavelmente, muitas prefeituras municipais não compreenderam o verdadeiro significado da proposta do PSF: substituíram suas UBS por programas de PSF. Chegaram mesmo a transferir o pessoal alocado nas UBS para compor equipes de PSF, diminuindo ainda mais a possibilidade de dar resolutividade ao SUS. Isso não pode continuar a acontecer, pois o PSF é uma ação avançada da UBS, um complemento, mas jamais deve ser seu substituto.

Conclusões

Para atingir nosso objetivo, penso que a discussão deva se desdobrar em três itens: qual a estrutura mais adequada; quais os mecanismos de controle de resultados; e qual a indispensável cobertura orçamentária.

(1) Quanto à Estrutura — Criar um modelo de UBS que possa ser adotado em todo o País, baseado na presença de um trio de médicos: o pediatra; o clínico; e o ginecologista/obstetra.

(2) Quanto ao Financiamento — É indispensável que o orçamento seja específico para cada um dos diferentes níveis de Atensões à Saúde, não podendo ser remanejado de um nível de Atensões para outro.

(3) Quanto à Gestão — Uma série de providências precisam ser tomadas, em busca da qualidade do atendimento. É necessária a avaliação permanente, a partir do estabelecimento de índices e de metas, de referência. É preciso introduzir protocolos para atender e acompanhar os pacientes. É necessária a educação continuada dos profissionais de saúde.

É óbvio que discussão tão complexa vai muito além dos pontos que destaquei. Mas considere importante que fossem destacados, mais para servirem de referência, para uma discussão mais aprofundada.

Nelson Guimarães Proença

Professor Emérito da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Membro da Academia de Medicina de São Paulo, Ex-presidente da Associação Paulista de Medicina, Ex-presidente da Associação Médica Brasileira, Ex-secretário de Estado da Assistência e Desenvolvimento Social

O passarinho médico e o médico do passarinho

João Aléssio Juliano Perfeito

Piu! Piu! Piu!

“Que som mais bonito desse passarinho na nossa sala de aula, onde ele está?”, exclamava uma estudante da turma que se formaria em 1966, no primeiro ano do curso na Escola Paulista de Medicina (EPM), e todos olhavam procurando o passarinho que emitia tão belo ruído, mas ninguém o encontrou.

No outro dia novamente, “Piu! Piu! Piu!”, “que lindo som” exclamou novamente a empolgada estudante, “precisamos encontrá-lo, onde ele se esconde nessa sala, será que está na janela?”. E nada do passarinho.

O terceiro dia começava na sala de aula com “Piu! Piu!”, mas antes do terceiro piu, o professor se aproximou de uma cadeira de estudante e, com ironia, também exclamou “que passarinho mais lindo!”. Lá estava o Passarinho: era o aluno José Carlos de Andrade com a sua criatividade, imitando um passarinho; o que ele havia feito por todos os dias anteriores, até ser encontrado e desmascarado. Nesse momento, ganhou o apelido que o acompanharia por toda a vida, e começaram também as inúmeras histórias de brincadeiras com colegas.

O nosso Passarinho se formou na EPM e tornou-se um grande cirurgião cardíaco, de uma habilidade invejável e de uma criatividade e capacidade de ações rápidas sem limites, e, como hobby, era ainda mágico, tinha um arsenal completo de mágicas até mesmo com pombinhas guardadas em casa. Pude testemunhar algumas histórias e muitas outras me foram contadas, prometo escrevê-las aos poucos e estimular outros colegas, que viveram e fizeram parte delas, a também contá-las.

Escolhi para hoje uma história passarinesca que se passa com a sua principal vítima, o Dr. Vicente Forte, um dos vultos da cirurgia brasileira, um dos ídolos do Passarinho, que nem por isso escapava das “maldades” do fã. Ambos trabalhavam juntos nos primórdios da cirurgia

cardíaca e no início das UTI de pós-operatório. É época de verdadeiros heróis, que na década de 1970 operavam os doentes durante o dia e davam os plantões noturnos cuidando desses mesmos doentes, em um revezamento de poucos jovens cirurgiões liderados pelo professor Costabile Gallucci. Esta história eu não presenciei, mas os dois protagonistas me contaram.

E lá estava o jovem Vicente em mais um plantão na precária UTI daquele tempo, cujo principal aparelho era a capacidade e perspicácia do plantonista — o dia fora cansativo e o plantão noturno, infernal. Vicente, nessa noite, heroicamente cuidava de doentes graves, o que o impedia de descansar. No final do plantão, por volta das 6:30 da manhã, extremamente cansado, mas sem abandonar os doentes, resolve esticar as pernas e deitar em uma cama hospitalar livre, no “salão da UTI” ao lado dos doentes, enquanto aguardava o novo plantonista, mas, vencido pelo cansaço, em alguns instantes acabou dormindo.

Eis que surge o novo plantonista, era o Passarinho, e, com ele, uma nova turma de alunas do curso de enfermagem em estágio no Hospital São Paulo. Vendo aquela cena, a imaginação passarinesca floresceu. Identificou a aluna mais robusta da turma e pediu que ela, em caráter de urgência, preparasse uma medicação para injeção e ministrasse naquele “grave paciente” que estava deitado no leito, mas antes, com a sua peculiar didática e imaginação, orientou a aluna, “você deve se impor aos pacientes rebeldes, pois existem doentes que, apesar de precisarem de medicação, não querem recebê-la, por exemplo, esse que você vai atender, que, para fugir das medicações, costuma dizer que é médico”, maldade pura. E assim foi a jovem aluna em direção ao seu “rebelde paciente”, quase desmaiado no leito.

A cena seguinte é de a jovem aluna se aproximando do leito hospitalar e o jovem médico, agora transformado em paciente “passarinesco”, dormindo. Ela se aproxima e



José Carlos de Andrade e Vicente Forte

gentilmente acorda-o, dizendo com voz educada, mas firme: “Estou aqui para aplicar essa injeção no senhor”, ao que o recém-acordado Vicente, não negando a sua origem italiana exclamou: “que injeção o quê, eu sou o médico do plantão!”, ao que a aluna, com a firmeza orientada há pouco, afirma: “médico coisa nenhuma, sei lidar com pacientes rebeldes!”. O resultado final dá para imaginar — conta-se que ele não recebeu a injeção, mas foi por pouco, o algodão com álcool chegou a ser passado, para delírio do Passarinho, que assistia à cena pelo vidro da UTI. Ninguém sabe como o Vicente não esbofeteou o José Carlos no próprio corredor da UTI.

Mas o tempo passou, o Vicente continuou vítima de muitas outras “pegadinhas” do Passarinho e os dois se tornaram amigos para toda a vida. Quis o destino que o Passarinho, apesar de não fumar, tivesse um tumor de pulmão, e escolhesse o Dr. Vicente Forte para ser o seu cirurgião. Sou testemunha da dedicação do médico ao paciente e também da “capacidade infinita” do Passarinho, que, mesmo doente no hospital, continuava pregando peças no Vicente e nas enfermeiras. Ele tinha uma manobra que fazia sumir o seu próprio pulso radial e assim se divertia quando vinham medir a pressão ou “pegar” o pulso. A gravidade do caso foi maior do que toda a luta, mas, durante o épico e longo período de tratamento, o Vicente, já com as coronárias penduradas e com as pontes obstruídas, teve

uma arritmia, que o levou a necessitar de um marca-passo. E em quem ele confiaria para colocar o dispositivo? Ninguém menos que um dos maiores especialistas da área, ele mesmo, o Dr. José Carlos de Andrade.

O Passarinho saiu diretamente do seu tratamento, já bem debilitado, para colocar o marca-passo no seu médico e, mais que isso, no seu mestre, amigo e na principal vítima de suas armações. Com a sua habilidade, o procedimento foi um sucesso, mas sou testemunha de que o Passarinho não perdeu a oportunidade de fazer piadas e brincadeiras enquanto colocava o dispositivo.

Infelizmente para a medicina brasileira e para todos que puderam conviver com ambos, a doença dos dois progrediu e, com uma mínima diferença de tempo, partiram deste mundo, mas reza a lenda que no outro mundo o Vicente está ouvindo: Piu! Piu! Piu!

Novas histórias virão...

João Aléssio Juliano Perfeito

*Professor Associado da Disciplina de Cirurgia Torácica
do Departamento de Cirurgia da EPM/Unifesp
Cirurgião Torácico*

Coluna do livro



Traité de médecine légale, Atlas

Este pequeno e raro atlas contém ilustrações de plantas e de animais venenosos cujas figuras foram feitas pelo famoso artista Pierre Jean François Turpin (1775-1840), que assinava Turpin Pinx, considerado um dos mais virtuosos ilustradores florais e botânicos da Era Napoleônica. Auto-didata, foi responsável pelo registro de inúmeras espécies de plantas e animais peçonhentos, cujos trabalhos registrou em finas aquarelas e com bicos de pena. Foi membro da Académie des Sciences de France.

O autor, Mathieu Orfila (1787-1853), é tido como pioneiro da toxicologia. O livro contém 26 pranchas, 7 colo-

ridas, editado pela *Labé Éditeur, Libraire de la Faculté de Médecine*, 1848.

O miolo encontra-se em bom estado de conservação; capa original necessitando de restauro na lombada.

Guido Arturo Palomba
Diretor Cultural da APM

Observação: todos os livros comentados aqui pertencem à Biblioteca da APM. Aos que desejarem doar livros para esta coluna, fazer contato com Isabel, Biblioteca.

DEPARTAMENTO CULTURAL

Diretor: Guido Arturo Palomba – **Diretor Adjunto:** Carlos Alberto Monte Gobbo

Conselho Cultural: Duílio Crispim Farina (*in memoriam*), Luiz Celso Mattosinho França, Affonso Renato Meira, José Roberto de Souza Baratella, Arary da Cruz Tiriba, Luiz Fernando Pinheiro Franco e Ivan de Melo de Araújo

Cinemateca: Wimer Bottura Júnior – **Pinacoteca:** Guido Arturo Palomba

Museu de História da Medicina: Jorge Michalany (curador, *in memoriam*), Nilceo Schwery Michalany (vice-curador)

O Suplemento Cultural somente publica matérias assinadas, as quais não são de responsabilidade da Associação Paulista de Medicina.