

COIMBRA MÉDICA

ANO II

FEVEREIRO DE 1935

N.º 2

SUMÁRIO

	pag.
EFEITO BIO-MINERAL DA DIETA DE GERSON, SAUERBRUCH E HERRMANSDORFER — A. de Morais Sarmento e M. Bruno da Costa	105
A DISSEMINAÇÃO DO BACILO DA TUBERCULOSE NO MEIO RURAL — A. Almiro do Vale	110
POEIRA DOS ARQUIVOS — A CONSERVA REAL, REMÉDIO MARAVILHOSO PARA O «MORBO GÁLICO» — A. da Rocha Brito	144
NOTAS CLÍNICAS -- REUMATISMO CRÓNICO — M. Bruno da Costa	146
LIVROS & REVISTAS	154
TRATAMENTOS COM COMBINAÇÕES ORGÂNI- CAS DE IODO — Dr. Ernest Rosmarin e Professor Dr. Walter Loeb	162
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES	IX

MOURA MARQUES & FILHO
COIMBRA

DIRECÇÃO CIENTÍFICA

Prof. Lúcio Rocha — Prof. A. Vieira de Campos — Prof. Serras e Silva — Prof. Angelo da Fonseca — Prof. Santos Viegas — Prof. Elísio de Moura — Prof. Alvaro de Matos — Prof. Almeida Ribeiro — Prof. J. Duarte de Oliveira — Prof. Rocha Brito — Prof. Moraes Sarmento — Prof. Feliciano Guimarães — Prof. Marques dos Santos — Prof. Novais e Sousa — Prof. Geraldino Brites — Prof. Egidio Aires — Prof. Maximino Correia — Prof. João Pôrto — Prof. Afonso Pinto

REDACÇÃO

João Pôrto

Redactor principal

Alberto Pessôa	José Correia de Oliveira
António Meliço Silvestre	Lúcio de Almeida
Augusto Vaz Serra	Luiz Raposo
José Bacalhau	Manuel Bruno da Costa
Mário Trincão	

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Continente e Ilhas — ano	50\$00
Colónias	65\$00
Estrangeiro	75\$00
Número avulso — cada.	10\$00

PAGAMENTO ADIANTADO

Só se aceitam assinaturas a partir do primeiro número de cada ano.

Dez números por ano — um número por mês, excepto Agosto e Setembro.

Editor e Proprietário — Dr. J. PORTO

Toda a correspondência deve ser dirigida
à Administração da "COIMBRA MÉDICA",

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

VITACOLA

Farinha de cereais maltosada, com cacau, lecitina de ovos, glicerosfosfatos, cola fresca de S. Tomé, vitaminas, cafeina, muscarina, etc.

VITACOLA estimula o sistema genito-neural, aumenta o peso, fornece as calorias necessárias, faz recuperar as forças musculares, dá alegria de viver e trabalhar.

Produto do Laboratório de química
L U S O - A L E M Ã O

Representante nos Distritos da Guarda,
Coimbra, Vizeu, Aveiro e Leiria

LABORATORIOS "LUX,"
COIMBRA

ÁGUA DA CURIA

A **água da Curia**, tomada internamente, não exerce apenas uma acção lixiviante ou d'arraste dos produtos de intoxicação.

Estudos recentes reconheceram na **água da Curia** um poder **zimos-ténico**, estimulante da actividade fermentativa, e uma **acção flatíca** de defeza contra todos os venenos endogenos e exogenos (Congresso de Hidrologia de Lisboa).

E, pelo seu **lão cálcio**, (Vittel, cálcio 0,29 por litro-Curia, cálcio 0,55 por litro), é um poderoso agente de mobilização do ácido urico tissular, devido à combinação **uro-cálcica**, que se forma no organismo (Inst. d'Hid. de Paris, Prof. Degrés).

Z I G - Z A G

O MELHOR PAPEL DE FUMAR
Sempre imitado, nunca igualado

È a opinião das sumidades médicas que passamos a transcrever e, segundo elas, ninguém que prese a sua saúde deve usar outro papel, pois todas as imitações são muito parafinadas e, portanto, estremamente prejudiciais. Vejamos:

«...Não ha fabrico de papel para cigarros mais perfeito do que o do papel ZIG-ZAG... Não ha nenhum país, europeu ou americano, em que o papel ZIG-ZAG não seja preferido por fumadores de todas as classes sociais.»

(a) DR. GEORGES DARZENS
Adjunto da Universidade de Paris

«...O papel ZIG-ZAG não contém nenhuma matéria tóxica, nem pasta de madeira, nem cloro... O papel ZIG-ZAG é um papel para cigarros de qualidade superior, em que não se encontram nenhuns vestígios de substâncias nocivas à saúde...»

(a) DR. RAMÓN CAJAL
Director do Instituto Terapeutico de Madrid

Poderíamos juntar mais transcrições, mas estas parecem-nos suficientes.

UNICOS IMPORTADORES EM PORTUGAL

A CASA HAVANEZA - LISBOA

24 - Largo do Chiado - 25

LABORATORIO **SANITAS**

A Calcina Orgânica (Calciorgan) é
5 VEZES MAIS ASSIMILAVEL
do que os preparados de Calcina minerais

Vêr o trabalho publicado pela Secção de Estudos Biológicos do LABORATÓRIO SANITAS «*A hipótese de Trendelenburgo sôbre a assimilação dos sais de cálcio*», em que se descrevem as experiências feitas em animais e os seus resultados. — Este livro é enviado aos Ex.^{mos} Médicos, pelo LABORATÓRIO SANITAS.

LABORATORIO
HORUS
GUIMARÃIS

O Levocálcio
na Calciterápia

O cálcio é o agente estimulador das secreções das glândulas musculares sanguíneas em especial das paratiróideas.

O cálcio convém para a estabilidade dos tecidos orgânicos.

O cálcio é o elemento primordial da Vitamina D, sem o qual o organismo não teria o necessário desenvolvimento fisiológico e o raquitismo seria inevitável.

O cálcio distribue-se por todos os tecidos vitais, sob a forma de sais inorgânicos e combinações em proporções que deve manter-se invariável para assegurar um trabalho perfeito.

A manutenção do tónus cálcico no protoplasma celular é a condição essencial à manutenção da perfeição das funções orgânicas.

Quando porém um agente de enfraquecimento orgânico exerce a sua acção nociva, a perda de cálcio dá-se em proporções anormais e as funções orgânicas atrofiam-se. É nesta altura que é preciso intervir com decisão e critério, carrilando até à célula vital os derivados cálcicos que vão activar o metabolismo comprometido, reforçar a Vitamina D, e manter o tónus cálcico.

Está neste caso o LEVOCÁLCIO que tendo por base o LEVOLINATO de cálcio, sal neutro de cálcio do ácido levulinico da fórmula $(\text{CH}_3\text{CO CH}_2)_2 \text{Ca}$, contendo 13% de Ca elemento, ou sejam mais 4% que o gluconato de cálcio, tem sôbre todos os produtos cálcicos a vantagem de ser melhor suportado pelo organismo com ausência de reacções verificadas com os outros sais de cálcio e ainda por possuir uma maior solubilidade e maior riqueza em Ca elemento. LEVOCÁLCIO é uma verdadeira Vitamina D. — Ampolas de 5 e 10 c.c. a 10, 20 e 30%

SANATÓRIO DE CELAS E LABORATÓRIO DE FÍSICA-QUÍMICA
E QUÍMICA BIOLÓGICA

(Director : Prof. A. de Moraes Sarmento)



EFEITO BIO-MINERAL DA DIETA DE GERSON,
SAUERBRUCH E HERRMANSDORFER

POR

A. DE MORAIS SARMENTO e M. BRUNO DA COSTA

Desde 1925 se sabe que a dieta de Gerson modificada por Sauerbruch e Herrmansdorfer produz consideráveis melhoras e mesmo a cura da tuberculose cutânea.

A grande maioria dos patologistas que têm abordado este assunto, limita as suas investigações a observar a evolução das lesões do lupus tuberculoso e os poucos que procuram explicar o mecanismo da cura, servem-se mais de hipóteses do que de dados concretos.

Com efeito, Urbach e Lung atribuem a cura à perda dos cloretos cutâneos, os quais estão aumentados nos processos inflamatórios; para Noorden é a falta de Na Cl que trás como consequência o aumento do efeito anti-inflamatório do cálcio; Jesionek crê numa afinidade dos humores para o tecido lúpico; Herrmansdorfer supõe que a desidratação e acidificação, originadas pela falta de Na produzam alteração do metabolismo celular, ao qual imputa o benefício terapêutico; Keining e Hopf dizem que a alteração catiónica resultante da dieta hipocloretada influi inicialmente sobre o sistema neuro-vegetativo e observam que os catiões só são inofensivos para a pele se estiverem nas mesmas proporções que no soro. Bommer invoca a acção simultânea exercida sobre as lesões vasculares pelos regimens hipo-cloretado e vitaminico. Finalmente Dorfel, por meio de experiências em cobaias, verificou o aumento do K da pele e diminuição do Ca, Mg e Na, e atribui papel anti-inflamatório ao K.

Os cães, supômos, são os animais preferíveis para fazer o estudo da influência da dieta de Sauerbruch e Herrmannsdorfer.

Deles nos servimos neste trabalho.

Com o fim de esclarecer o metabolismo bio-cationico suscitado, estudámos as variações dos valores dos cationes no sôro e na pele.

Supozemo-nos assim em boas condições de bem estudar a variante do metabolismo mineral, provocada sobretudo pela dieta de J. S. H. Cinco animais estiveram no uso desta dieta e três em dieta normal, para controle.

O tempo de experiência foi de dois a quatro meses, aproximativamente. As extrações de pele e sangue foram executadas na mesma sessão operatória, e as extrações mediaram entre si, de 15 a 30 dias.

As análises foram feitas segundo as técnicas seguintes:

Ca, Mg, K e Na na pele, pelas técnicas descritas por Pincussen, (Micro-métodos), aplicáveis aos tecidos; Ca, K e Na no sôro, pela técnica de Kramer e Tisdall; o Mg no sôro, pela de Gadiant.

Os resultados obtidos constam nos quadros A e B.

O exame cuidadoso dos valores dos três cationes, Ca, Mg e Na no sôro e na pele, inscritos nos quadros citados, não nos permite afirmar a existência de modificações orientadas em sentido definido; pelo contrário, aqueles valores oscilaram sempre irregularmente, variando em cada animal, e quási de análise para análise, a direcção da oscilação.

Os valores do K no sôro e na pele são representados gráficamente no quadro C.

O exame destes gráficos diz-nos que em animais submetidos à dieta de J. S. H., o K da pele aumenta regularmente em todos eles (1) e que o do sôro pouco varia. Desce, por via de regra, sem que neste fenómeno haja proporcionalidade com o que se passa na pele. A curva dos valores do K nos animais de contróle, quer na pele quer no sôro, não mostra, na sua evolução, qualquer tendência definida.

À explicação do aumento do K da pele não se pode lógicamente encontrar na necessidade que o organismo tem, em con-

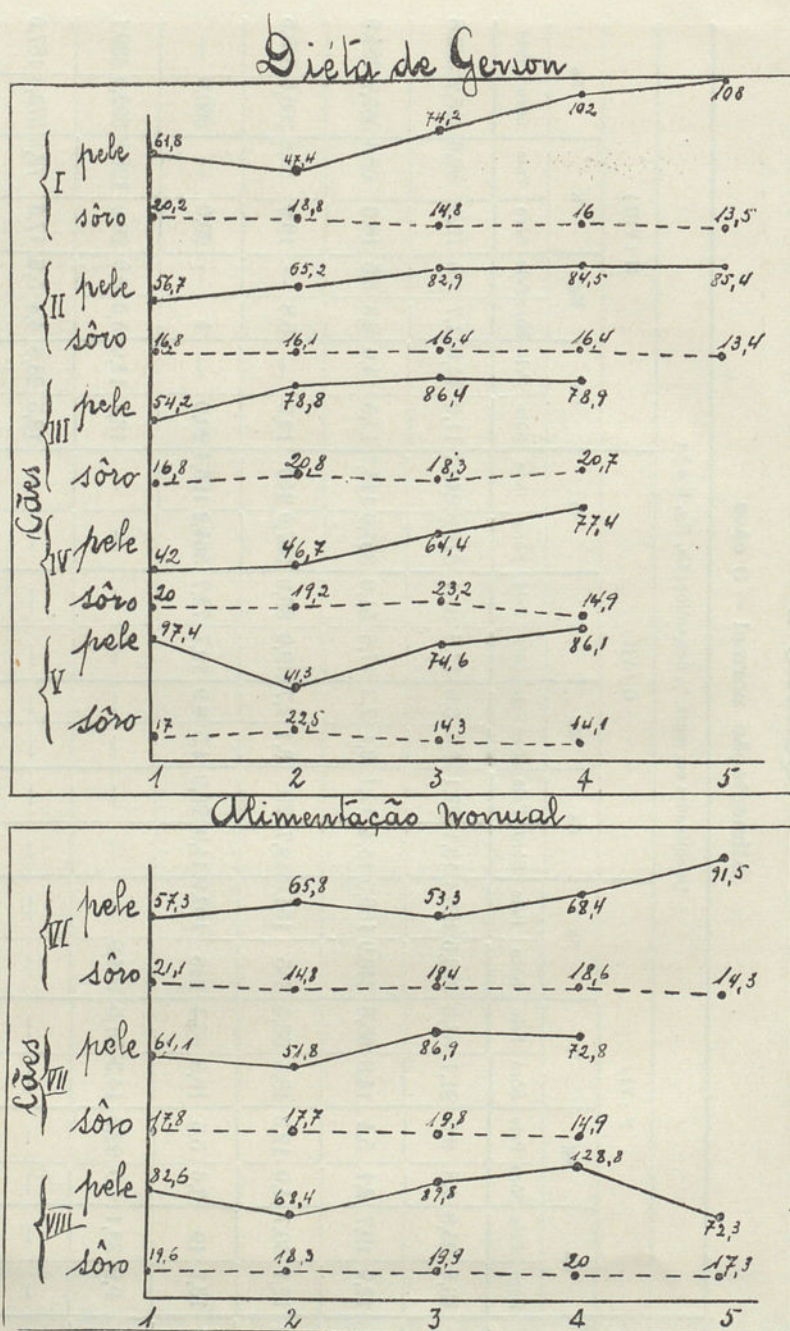
(1) No último cão, o valor final do K era inferior ao inicial mas é clara a linha ascendente depois da descida.

Cão	K		K		K		K		K
	inicial	final	inicial	final	inicial	final	inicial	final	
I	116	111	116	111	116	111	116	111	116
II	116	111	116	111	116	111	116	111	116
III	116	111	116	111	116	111	116	111	116
IV	116	111	116	111	116	111	116	111	116
V	116	111	116	111	116	111	116	111	116

(¹) No último cão, o valor final do K era inferior ao inicial mas é clara a linha ascendente depois da descida.

QUADRO B
Alimentação normal — 3 cães

Análises	Quantidades em mgrs. % dos cátions Ca, Mg, K e Na																							
	F (VI)				G (VII)				H (VIII)															
	Ca		Mg		K		Na		Ca		Mg		K		Na									
Sôro	Pele	Sôro	Pele	Sôro	Pele	Sôro	Pele	Sôro	Pele	Sôro	Pele	Sôro	Pele	Sôro	Pele									
I	13,8	25,8	4,8	9,5	21,1	57,3	333,5	155,4	13,1	29,1	3,6	6,5	17,8	61,1	373,8	249,1	11,9	14,0	1,7	4,5	19,6	82,6	345,2	362,8
II	12,2	19,7	2,1	5,4	14,8	65,8	346,9	166,5	14,4	17,1	3,1	7,3	17,8	51,8	354,6	114,7	13,5	14,6	2,3	6,5	18,3	68,4	365,7	384,9
III	12,1	30,7	4,0	12,3	18,4	53,3	345	154,6	12,7	20	3,1	4,7	19,9	86,9	387,9	240	12,3	—	5,8	—	19,9	89,8	366,6	508,5
IV	13,3	19	3,6	5,5	16,8	68,4	345	192,9	14,9	26,9	4,5	6,9	19,7	72,7	364,2	196,4	20,0	—	4	—	20,0	—	360,9	—
V	9,9	38,1	1,0	22,5	14,3	91,5	354,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13,1	14,9	5,0	8,9	20,0	128,8	392,9	239,1
VI	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12,5	23,8	4,4	5,8	17,3	72,5	373,8	187,5



Quadro C. — Quantidade em mgrs % de K, no soro e na pele, em 8 cães

servar os catiões numa relação $\left(\frac{\text{Na} + \text{K}}{\text{Mg} + \text{Ca}}\right)$ própria, fixa, precisa e inofensiva para os tecidos (Keining), porquanto não encontramos modificações dos valores dos outros catiões, nomeadamente do Na, que justifique essa concepção. É admissível, no entanto, que a falta de ingestão do catião Na produza modificações dos outros catiões, mesmo antes de ser denunciada a hipo-natremia.

Parece nos admissível (Kallos e Mueller demonstraram que a potassa torna CR positivas à tuberculina, em doentes que antes as apresentavam negativas) relacionar as condições física-químicas favoráveis às reacções defensivas tissulares (cutâneas), junto do bacilo de Koch, com o aumento do K da pele.

A DISSEMINAÇÃO DO BACILO DA TUBERCULOSE NO MEIO RURAL

A cuti-reacção de von Pirquet em 5.290 crianças,
no concelho de Tondela (1)

POR

A. ALMIRO DO VALE

I PARTE

Para a compreensão de parte do assunto que vamos expôr, é necessária uma descrição, embora breve, do meio rural em que incidiu a nossa observação. Sem ela ficar-se-ia incapacitado de apreciar e criticar devidamente o trabalho levado a têrmo com o fim único de nos aproximarmos da realidade. Precisamos de conhecer o meio rural sob o ponto de vista orográfico, demográfico, agrícola e económico para podermos, até ao momento que entendermos, filiar certas conclusões nalgumas características mesológicas.

A seguir resumiremos a orientação dada para a sua efectivação e depois duas palavras apenas referentes à *especificidade da tuberculino-reacção alérgica e anérgica*.

Numa terceira parte é propósito nosso indicar alguns métodos que presentemente temos para revelar a especificidade da tuber-

(1) O nosso ficheiro que está a ser devidamente organizado facilitará a qualquer interessado o « contrôle » do nosso estudo mediante o seu exame e a recolha dos elementos necessários, como o nome da criança e a escola onde foi ensaiada.

culina e, finalmente no último capítulo dar-se-á uma sùmula dos trabalhos similares, mais importantes de autores europeus para, numa vista de conjunto, podermos ver se há divergência ou concordância entre os resultados a que elles chegaram e os nossos.

Tal é a orientação que vai seguir-se.

CAPÍTULO I

O Concelho de Tondela debaixo do ponto de vista geográfico

Situado em pleno coração da Beira Central a sua área aproximadamente de 400 quilómetros quadrados é delimitada pelos concelhos de Águeda, Oliveira de Frades e Vousela a poente; Mortágua e Santa Comba Dão, a sul; Carregal do Sal e parte de Viseu, a nascente; e finalmente a outra parte de Viseu e S. Pedro do Sul, a norte. Esta vasta circunscrição administrativa oferece aspectos variados e interessantes referentes à sua orografia que exigem a nossa análise, por momentos. Se é verdade que uma parte da sua extensa superfície é ocupada pela Serra do Caramulo e seus contrafortes, onde se elevam povoações modestíssimas que nunca deixámos de visitar a-pesar-do seu difficilimo acesso, é certo também que a restante é ocupada propriamente por parte do geográfico Vale de Besteiros, onde a casaria das povoações mais urbanas nos oferece já um aspecto mais alegre e claro.

Assim ao lado dalgumas povoações importantes, quasi suburbanas, edificadas entre as altitudes de 250 a 400 metros, junto de estradas bem movimentadas, onde o automóvel faz correria e deixa atrás de si biliões de particulas subindo intempestivamente para a atmosphera, há outras que se erguem entre as altitudes de 600 a 1.000 metros, edificadas com o sombrio e rústico granito, desprendido das cristas desnudadas do Caramulo pela acção do tempo e sem argamassa que o faça unir. Sem telha na cobertura das suas habitações sendo esta substituída por colmo; sem enlameados e empoeirados caminhos que as atravessem; e sem ainda terem ouvido, porque ali nunca chegou, o

ruído dum motor ou o buzinar dum auto, chamariz da petizada.

Á variedade de orografia corresponde agora variedade igual de paisagem. Cá em baixo, no Vale de Bêsteiros, as altitudes até 400 metros dão ocasião a que a vinha, a horta e o pomar, únicos proventos daqueles que vivem, só da agricultura, produzindo com maior ou menor fecundidade, reflectam depois as condições económicas de cada povoação. Lá em cima as altitudes maiores condicionam umas paisagens agrícolas e silvestres modestas de que vivem as gentes pobres da serra, quer apascentando o gado, quer agriculando as limitadas leiras, que em socialcos assentam em vales profundos e apertados, onde o milho cresce e produz sem igual na região, quer também com o arado mexendo e remexendo sempre a pouco espêssa camada arável das encostas mais abrigadas, que hão-de receber depois, naquele fôfo solo, semeado pela manápula do serrano, o centeio e o feno que, verdejantes no princípio e doirados no fim, darão a quem se aperceber das belezas naturais desta serra a mais variada policromia das serras portuguesas. Mas é tempo de dizermos alguma coisa sob o ponto de vista demográfico e económico do concelho.

Circunscrição administrativa bastante extensa, como já tivemos ocasião de dizer, comporta uma população considerável distribuída por tôda a sua área e dividida actualmente em 23 freguesias. Pelo último recenseamento a sua população andava, de facto, por volta de 34.000 habitantes. É interessante colher dêles alguns números respeitantes à população infantil para serem analisados com mais rigor os resultados do nosso estudo. Assim o recenseamento de 1930 dá-nos os seguintes números da população de facto:

De 0 a 4 anos	3.664
De 5 a 9 »	4.154
De 10 a 14 »	3.103

Esta população é quasi tôda proveniente de pais de condições económicas modestas. Podemos, aproveitando para isso os dados estatísticos das nossas observações médico-antropológicas (cêrca de 2.500 presentemente) onde inquirimos da profissão e condi-

ções económicas dos pais de cada escolar, apresentar os seguintes números :

Agricultores e profissões modestas	70 %
Pequenos proprietários e funcionários públicos	25 %
Pessoas vivendo dos seus rendimentos.	5 %

Ora estes números podem traduzir quasi paralelamente as condições económicas da população do concelho de Tondela e ser de 70 % a da população pobre ; de 25 % a da remediada e de 5 % a da rica.

Creemos ter dado nesta descrição, aliás incompleta, os elementos mais importantes, quais premissas, para a compreensão dalgumas conclusões.

CAPÍTULO II

A orientação seguida na execução do nosso ensaio

Estava indicado completarmos as observações médico-antropológicas dos escolares do concelho de Tondela, que vínhamos fazendo desde 1933, com o ensaio da tuberculina, a-fim-de ajuizarmos da disseminação do bacilo da tuberculose num meio tão rural e tão heterogéneo.

Tínhamos povoações, quais meios sub-urbanos, ao lado doutras encravadas no meio da serra que fariam supôr, *a priori*, estarem isentas do bacilo de Koch, de tal forma se encontram ainda hoje isoladas.

Vimos certos costumes entre os seus habitantes que merecem ser descritos em qualquer revista etnográfica e que provam bem a sua refractibilidade à assimilação das normas que constituem o que se convencionou designar pelas palavras civilização e progresso.

Há serranos, já velhos, que ali nasceram e ali hão-de morrer sem que o seu organismo tenha suportado as pressões das cotas de 200 metros. Há novos que, desde nascença, enveredam pelo trilho dos costumes dos seus progenitores e assim se desenvolvem e tornam idosos sem qualquer influência estranha à povoação. E até de baixo do ponto de vista antropológico, pelo que

diz respeito a perfis — principalmente ao perfil occipital — encontramos uma certa homogeneidade e persistência nêsse tipo de perfil, que nos leva ainda mais a pensar no isolamento pretérito que aqueles povos têm tido (Povoação de Silvares). Hoje continuam ainda a tê-lo porque os meios de comunicação de que dispõem são unicamente aqueles com que a natureza os dotou e êstes, bem modestos e pouco confortáveis para nós, experientes do conforto proporcionado por uma *limousine* de 8 cilindros, a deslizar pelo asfalto luzidio de amplas e movimentadas avenidas subordinadas ao traçado geométrico da linha recta. Foi assim que, sem auxilio material de qualquer entidade pública ou particular, iniciámos o nosso trabalho em Agosto do ano findo. Fizemo-lo durante os meses de férias visitando todas as escolas, algumas delas às distâncias extremas de 50 e 60 quilómetros, acompanhados por minha irmã Fernanda, nosso único auxiliar durante todo o tempo.

Foi iniciado nas povoações onde eramos já conhecidos pelos nossos trabalhos ali realizados o que facilitava a reunião das crianças que necessitavamos na séde escolar. Mas o ensaio que ia ser posto em prática era dos mais rebeldes para a sua efectivação sem imposição de obrigatoriedade e porque a psicologia do nosso povo é também bastante especial, influindo muito o grande atrazo de cultura em que se encontra, pedimos o auxilio de clero local e do professorado que, trabalhando juntamente connosco, prestaram a mais valiosa e ampla divulgação do nosso propósito ao mesmo tempo que, perante os pais reservados, atestaram a nossa idoneidade. E foi assim que fizemos 5.290 cuti-reacções em crianças de ambos os sexos de 1 mês a 15 anos, recrutadas em tôdas as classes sociais do concelho, muitas delas ainda não vacinadas contra a variola a-pesar-da sua idade relativamente avançada! Nunca esperámos que a nossa estatística atingisse um número tão elevado dada a ingratição do meio rural para a prática dum ensaio de tal natureza. No entanto aquelas dificuldades satélites, surgidas sempre em iniciativas desta indole, foram vencidas por nós ao mesmo tempo que a nossa fôrça de vontade aumentava para levarmos a efeito aquilo que tínhamos premeditado. E assim, logo nas primeiras povoações, o ensaio se estende a quási tôda a população infantil que, convencida da sua inocuidade, vai fazer propaganda nas povoações vizinhas

para destas acorrer mais tarde e quasi em massa, a necessária petizada. Tôdas as crianças consideradas boas para o ensaio da tuberculina, pelo método de von Pirquet à frente descrito, eram registadas em fichas colectivas onde, sôbre cada indivíduo, era feita a história clínica com a idade, doenças, naturalidade, tipo de habitação, número de irmãos vivos e mortos, etc.

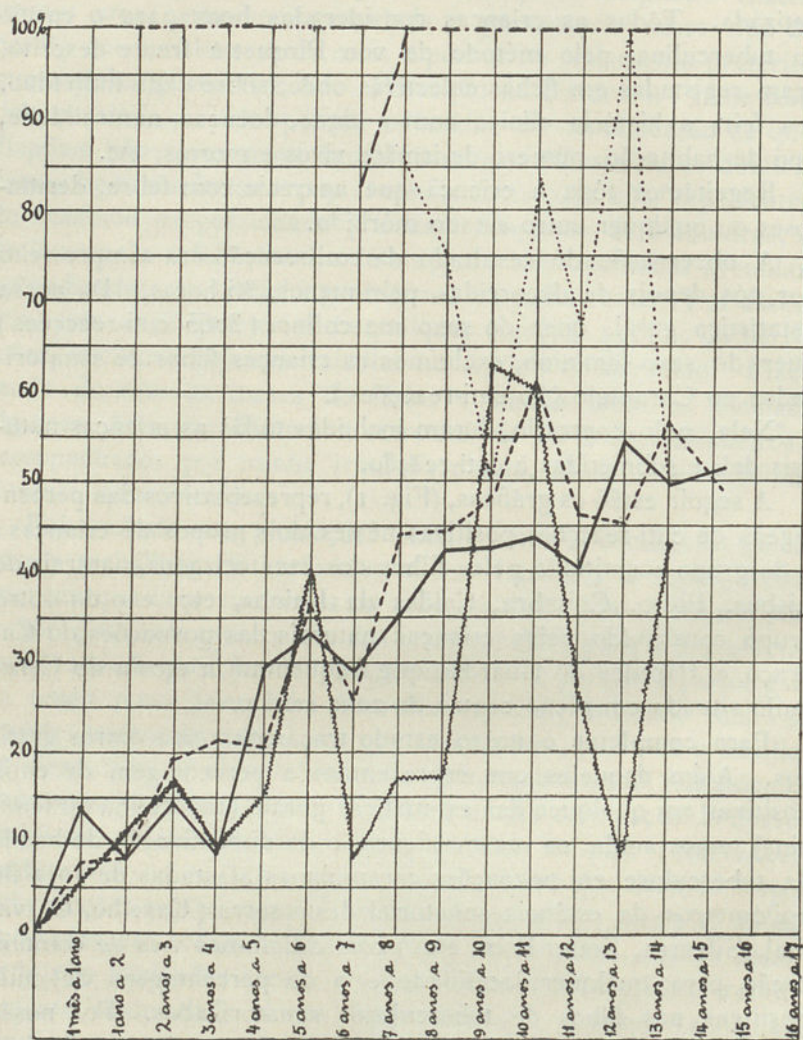
Regeitámos tôda a criança que aparecia com febre, dermatoses ou qualquer outro estado mórbido.

A observação do resultado da cuti-reacção era sempre feito por nós depois de decorridas, pelo menos, 36 horas. Da nossa estatística geral, quer do sexo masculino, (3265 cuti-reacções) quer do sexo feminino, excluimos as crianças filhas de sanatorizados no Caramulo (30 cuti-reacções).

Nela, pelo contrário, foram incluídas tôdas as crianças naturais dali e submetidas à cuti-reacção.

A seguir estão os gráficos, (Fig. 1), representativos das percentagens de cuti-reacções positivas nêstes dois grupos de crianças: o do grupo constituído pelos filhos dos sanatorizados, naturais de Lisboa, Porto, Coimbra, Caldas da Rainha, etc. e o do outro grupo constituído pelas crianças naturais das povoações do Cadraço e Paredes do Guardão que freqüentam a escola do Caramulo situada em pleno centro da zona sanatorial.

Para completar o nosso estudo traçámos ainda outros gráficos. Além daqueles que representam a percentagem de cutis positivas em qualquer das estatísticas gerais (masculina ou feminina) temos ainda, na mesma figura, o da disseminação do bacilo da tuberculose em povoações caramulanas afastadas de 10 a 30 quilómetros da estância sanatorial desta serra (Caselho, Carvalhal, Silvares, Souto Bom, etc.) com difficilimas vias de comunicação para qualquer localidade e o de percentagens de cutis positivas nos filhos de tuberculosos sanatorizados. Foi nossa intenção, logo de começo dar a êste estudo aquela constância e imutabilidade exigidas na apreciação e interpretação rigorosa de certos fenómenos, o que nem sempre tem sido seguido em trabalhos similares estrangeiros. Porque um tal critério, como o seguido na estatística de Leikvman, onde reünii observações de oito médicos diferentes, leva, em nosso entender, a resultados pouco fiéis, nós fomos os únicos a executar e a observar o método de von Pirquet.



LEGENDA IDADES

- Gráfico do Sexo Feminino
- - - Gráfico do Sexo Masculino
- Idem de ambos os sexos da Zona Sanatorial do Ceramulu
- · - · Idem de filhos de Sanatorializados
- ~~~~~ Idem das povoações Ceramulanãs

(Fig. 1)

CAPÍTULO III

**A especificidade da tuberculino-reacção.
Alérgia e anérgia**

Já atrás por várias vezes nos referimos a von Pirquet, o criador da tuberculino-reacção sem termos falado, ainda que duma maneira muito resumida, da técnica do seu método. E porque os resultados estatísticos desta ou daquela reacção à tuberculina variam, ao que parece, com a técnica empregada e até mesmo com a percentagem de tuberculina utilizada, justifica-se o nosso propósito em quereremos descrever com minúcia, ao lado doutras reacções específicas à tuberculina, o método de Von Pirquet, o seguido no nosso trabalho e aquele que, para ensaios desta natureza, deve ser preferido por ser de fácil execução, muito sensível e quasi indolor.

Mas é ocasião de, depois de termos falado de reacções específicas à tuberculina, fazer a seguinte pergunta: há efectivamente especificidade na tuberculino-reacção? Por outras palavras: aquelas reacções consideradas hoje como específicas à tuberculina serão índice duma sensibilidade só conferida por um organismo previamente inoculado pelo bacilo de Koch? A resposta é já hoje afirmativa, se bem que certos autores, entre os quais Troisier, Monnerot-Dumaine, Pother, queiram negar-lhe uma certa especificidade.

Estes dois primeiros autores ensaiaram uma tuberculina proveniente de culturas de meios sintéticos, preparada portanto sem proteínas, *tuberculina Santon*, e comparando os resultados dessas cuti-reacções com as da tuberculina bruta de Pasteur, viram que as reacções cutâneas da primeira eram geralmente menos intensas do que as dadas pela tuberculina comum, rica em proteínas e em albumosas estranhas. Querem portanto êstes autores que parte da cuti-reacção da tuberculina bruta, seja devida à existência de proteínas que ela contém e que são estranhas ao bacilo. Para nós a parte da reacção que é motivada pela especificidade da tuberculina, é suficiente para a podermos considerar como essencialmente específica visto a evolução e morfologia duma destas reacções se distinguir, e com segurança, da reacção não

específica. As primeiras foram estudadas por Pirquet (1907) e depois por Calmette, Mantony, Mendel, Moro e tantos outros nos seus trabalhos experimentais, clínicos e de anfiteatro onde confirmaram que a tuberculino-reacção era uma reacção essencialmente específica.

A sua persistência em positividade, quasi infalível em todos os indivíduos confirmados com lesões tuberculosas, quer pela clínica, quer pela autópsia, veio na realidade conceder-lhe foros de reacção específica.

Ora, admitida como verdadeira essa especificidade, a tuberculino-reacção toma uma importância enorme no domínio da tuberculose como facilmente se depreende. E se ultimamente alguma reserva tem sido feita à volta da especificidade da reacção tuberculínica, essa reserva, a nosso ver, é filha apenas duma confusão infeliz, visto confundir-se uma reacção específica com outra que o não é. Que a reacção específica tem um desenvolvimento bem diferente da inespecífica, nunca é demais dizê-lo.

Aparentemente, é certo, podem confundir-se, mas, se a primeira fôr seguida na sua evolução e morfologia, veremos que a segunda aparece em primeiro lugar e que o seu desaparecimento é mais fugaz do que a daquela, mais tardia no seu aparecimento e também mais duradoira. São as moléculas de certos albuminoides, as emulsões ou toxinas bacterianas, os caldos glicerinado e peptonado, etc., que são susceptíveis de conferir ao organismo um estado de sensibilidade reaccional, que é sempre bem diferente daquele que lhe confere a tuberculina. Em apoio do que acabamos de dizer temos, entre outros trabalhos experimentais, o de Troisier e Monnerot-Dumaine que fizeram cuti-reacções com caldo glicerinado concentrado, ao lado de outros feitos com tuberculina. As conclusões a que chegaram foram; que a cuti-reacção ao caldo glicerinado concentrado é sempre muito menos intensa do que a cuti-tuberculino reacção; que a frequência de cutis no caldo glicerinado cresce com a idade a partir só dos 12 anos.

Até essa altura elas são sempre negativas. As aptidões reaccionais diferentes, que a pele adquire com a idade, vão determinar mais tarde reacções de comportamento irregular e inespecífico que podem levar-nos a uma lamentável confusão no seu diagnóstico. Julgamos, depois de termos exposto os conhecimentos mais importantes sôbre esta interessante questão da espe-

cificidade à tuberculina e a reserva que lhe tem sido feita, dever concluir que a positividade duma tuberculino-reacção é um método sensível e seguro para levar-nos a afirmar a inoculação do bacilo de Koch no organismo que reage. E agora, depois de termos falado em especificidade da tuberculino-reacção ou alérgia, vamos mencionar os factores que são susceptíveis de extinguir essa especificidade do organismo, contribuindo portanto para o aparecimento doutro estado humoral denominado *anérgia*. Sem querermos aludir já á inexistência de anérgia por o organismo não ter sido impressionado ainda no seu conjunto pelo bacilo de Koch, devemo-nos referir, antes de enumerar êsses factores anergisantes, ao período anti-alérgico, período de silêncio em que o indivíduo, embora inoculado pelo bacilo, não traduz ainda qualquer sensibilidade para a tuberculina. Este período decorre entre o momento em que o bacilo penetrou no organismo e a primeira manifestação ou especificidade à tuberculina, por êle exteriorizada.

Está longe de ser constante visto a maior ou menor duração do período anti-alérgico estar relacionada, ao que parece, por um lado com a dose bacilífera inoculada, virulência do gérmen, método empregado para a sensibilização à tuberculina, região atingida; e por outro lado com a idade, estado humoral e constitucional do organismo atingido. As opiniões dos muitos investigadores que têm estudado êste assunto, são diferentes quando pretendem estabelecer o momento em que o bacilo pode efectivamente criar, pela primeira vez, no organismo humano, êsse estado de sensibilização denominado anérgia.

Porém se Calmette, von Pirquet, Feer, Combe, etc. admitiam primeiramente que o recém-nascido e as crianças com menos de três meses de idade, embora com lesões bacilares, não reagiam á tuberculina, outros autores como R. Debré, P. Jacquet, J. Parrot, Mantoux, Loewinstein e Rappaport, etc., observaram que essa reacção podia ser muito mais precoce. Para êstes investigadores a asserção de que as crianças de menos de 3 meses de idade são incapazes de revelar uma tuberculino-reacção positiva, é inexacta. Encontraram cutis positivas em crianças cuja idade ía de 9 a 39 dias.

Nós mesmos confirmámos os resultados dêstes autores visto termos encontrado 2 crianças com a idade de mês e meio apro-

ximadamente com cuti-tuberculino-reacção positiva. Daqui depreende-se o grande valor que pode dar-nos o conhecimento duma tuberculino-reacção, debaixo do ponto de vista de prognóstico, visto admitir-se que a evolução da tuberculose, na primeira infância, é boa ou má consoante a curta ou longa duração do período anti-alérgico. Mas ainda fora d'este período anti-alérgico ou período de incubação do bacilo, podemos ter, embora com o organismo inoculado, uma tuberculino-reacção negativa. É o que determinam certos estados, quer fisiológicos, quer patológicos, quer mesmo ainda certos agentes físico-químicos.

Nos primeiros devemos incluir a senilidade, a menstruação, a gravidez e a menopausa, as quais tantas vezes são causa duma tuberculino-reacção negativa.

Nos segundos, certos estados mórbidos e patológicos como o sarampo, principalmente no período de erupção (Samitca), a coqueluche, a escarlatina, a difteria, as febres tifoide e paratifoideas, a pneumonia, a gripe, etc., as chamadas doenças anergisantes ou doenças que vão apagar a anérgia. Michel Samicta, na sua tése, diz nos que, exceptuando o período eruptivo do sarampo, a persistência da cuti-reacção positiva no curso de doenças infecciosas agudas é vulgar e que a sua ausência em crianças tuberculizadas, é excepcional. Em 23 crianças atingidas da tuberculose evolutiva do prognóstico fatal e imediato, às quais fêz cuti-reacções diárias, só uma vez encontrou reacção negativa e nesta a autópsia não revelou qualquer lesão bacilar.

Tôdas as outras reagiram à tuberculina até 48 horas e mesmo 24 horas antes da morte. Quanto à intensidade de reacção, o mesmo autor diz-nos que ela diminui um pouco junto à morte. Às mesmas conclusões chegaram também H. Lemaire e R. Turquety. Esta estatística referia-se só a crianças da primeira infância e noutra de segunda e terceira infâncias os resultados a que chegou foram um pouco diferentes do da primeira, visto a positividade da reacção tuberculínica persistir até à véspera ou ante-véspera na segunda infância e desaparecer muito mais precocemente, pelo contrário na terceira infância e no adulto. A explicação d'estes factos é dada por Lesnè, pela particularidade da tuberculose na criança evoluir rapidamente não dando tempo a que o organismo se torne caquético, se intoxique ou infecte secundariamente e crie novo estado caquético.

MOURA MARQUES & FILHO

19, Largo Miguel Bombarda, 25

COIMBRA

Grande sortido de seringas em vidro e cristal de IENA desde 2 c. c. até 100 c. c., aos melhores preços do mercado.

Agulhas Contracid, podendo ser aquecidas ao rubro vermelho, substituindo assim as agulhas de platina com enorme economia de preço. Temos em armazem todos os tamanhos desde 2 até 10 centímetros de comprido.

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO - TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

VANTAGENS : Injecção subcutânea sem dor.
Injecção intramuscular sem dor.

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE Consideravelmente inferior à de todos os produtos similares.

INALTERABILIDADE em presença do ar.

(Injecções em série)

MUITO EFICAZ na orquite, artrite e mais complicações locais de Blenorrágia, Metrite, Salpingite, etc.

Preparado pelo Laboratório de BIOQUÍMICA MÉDICA
92, Rue Michel-Angé, PARIS (XVI.)

Deposítários
exclusivos

TEIXEIRA LOPES & C.^a, L.^{da}

45, R. Santa Justa, 2,
LISBOA

||| O AJUVANTE IDEAL |||

No Tratamento da Dôr Pleurítica e Congestão, Atacando os Pulmões

Antiphlogistine

com a sua marcada acção descongestiva, muito auxiliará a circulação, aliviando também a dôr e a afição promovendo o repouso e o sono, que são essenciais para a manutenção da vitalidade do paciente.

Trinta e cinco anos de aplicação clínica provaram o valor da **ANTIPHLOGISTINE** como um adjunto no tratamento das algias, causadas pela inflamação e congestão.

Escreva-nos pedindo amostra e literatura.

THE DENVER CHEMICAL MFG Co., Nova York, N. Y.

DISTRIBUIDORES EM PORTUGAL:

ROBINSON, BARDSLEY & Co., Ltd.

Caes do Sodré, 8 — LISBOA

Livraria Moura Marques & Filho

19 - Largo Miguel Bombarda - 25

COIMBRA

Grande sortido em material cirúrgico, tais como: Pinças, Bisturis, Tesouras, Sondas uterinas, Termocautérios, Forceps, Fonendoscópios, Bazzi-Bianchi, Stetoscópios, Ecoscópios, Termómetros, Estojos para Anatomia. Grande sortido em estojos para seringas e ampolas.

Além destes estados mórbidos e patológicos há outros que podem condicionar a negatividade à tuberculino-reacção. Para falar só dalguns citaremos sòmente a insuficiência hepática, a diabetes e a gota. Mas como explicar a negatividade da tuberculino-reacção em individuos realmente inoculados, com o bacilo? Não se sabe ainda bem ao certo, a-pesar dalguns autores nos seus trabalhos experimentais, a quererem relacionar, ao que parece, ou com o empobrecimento da imunidade geral humoral ou tissular ou com a deficiência duma reacção local dependente da sensibilização endocrino-vago simpática ou, finalmente porque o tempo da reabsorção da tuberculina, em certos estados, está reduzido (Mac-Clure e Aldrich).

Falta-nos citar os agentes fisico-químicos capazes de ocasionar uma cutis negativa. Dentre êles mencionaremos o sol, os raios ultra-violeta, o raio X e algumas substâncias químicas que, à semelhança dos estados a que já aludimos, podem levar-nos a admitir erradamente que o individuo não esteja inoculado com o bacilo de Koch quando na realidade o está.

CAPÍTULO III

Como se revela a especificidade à tuberculina

Entre os diversos métodos ou técnicas que temos ao nosso alcance presentemente, para revelar a especificidade dum organismo à tuberculina, mencionaremos, em primeiro lugar, o método de von Pirquet, também conhecido pela da cuti-reacção; o método de Calmette ou o da oftalmo-reacção; o de Mantoux ou intradermo reacção e, terminando, o de Moro ou percutâneo-reacções. São efectivamente estas reacções que mais se utilizam, as mais práticas e também as mais conhecidas. Mas ainda dentro delas temos particularidades inerentes a cada uma que convém conhecer devidamente, para sabermos quando preferi-las. Quanto à sensibilidade que cada um destes métodos pode pôr a descoberto, parece averiguado que essa sensibilidade, em frente da tuberculina, é idêntica, em cada um, a não ser com a de Pirquet, que para alguns autores é menos sensível. Parece que os trabalhos do nosso Ex.^{mo} Mestre e doutros investigadores o vieram

colocar, ultimamente, no seu devido lugar e assim hoje a cuti-reacção de von Pirquet está, para a maioria dos pediatras, reabilitada do seu descrédito de reacção sensível e colocada no mesmo plano da dos outros. Se, por ventura a sensibilização se não evidencia algumas vezes, quando nas outras ela se manifesta, averiguando bem encontraremos deficiências na execução da sua técnica, únicas responsáveis por tal resultado.

I — O método de von Pirquet ou cuti-reacção

Empregado a primeira vez por este autor em 1907, tem sido executado desde então em quasi tôdas as clínicas sem qualquer alteração ou com ligeiras modificações apenas. Pirquet, para a introdução da tuberculina, tinha o seu perfurador que não tardou a ser substituído pelo escarificador de manejo simples e fácil e utilizado sistematicamente por quasi todos em virtude de substituir vantajosamente qualquer aparelho especial. Um vacinostil vulgar pode-o substituir na execução da cutis, desde que os seus bordos sejam um pouco rombos.

Ainda com o vacinostil ou escarificador a incisão efectuada é diferente. consoante a simpatia e predilecção de cada um.

Assim Petruschky aconselha duas escoriações lineares, em cruz, enquanto Comby e Sröom preferem as lineares, mas paralelas.

Parece que a razão, a nosso ver, está ao lado destes últimos ensaistas pois que a escarificação linear e paralela, além de conduzir a maior sensibilidade na reacção, é menos dolorosa e lesional para o indivíduo ensaiado. E agora passamos a descrever a técnica por nós seguida e as alterações introduzidas no clássico método de von Pirquet.

Depois de termos desinfectado com alcool puro a região deltoidea de cada braço direito — a predilecção por este braço visava só a uma economia de tempo quando fôssemos observar o resultado da sua cutis — fazíamos com o vacinostil vermelho, após a evaporação do alcool, duas escoriações lineares de meio centímetro de comprimento e paralelas, afastadas uma da outra cerca de 2 ou 3 milímetros de distância. Este grupo de escoriações feitas com o vacinostil de *cabó vermelho* ocupava a parte mais alta da região deltoidea e servia-nos para termo de comparação.

Logo a seguir, e à distância aproximada de 5 a 10 centímetros, colocava-se nêsse lugar, com uma vareta de vidro, uma gota de tuberculina antiga de Koch (1) e de maneira análoga às primeiras, fazíamos duas escoriações com o vacinostil de *cabo amarelo*.

Alguns autores aconselham, depois de feito o grupo de escoriações que deve levar a tuberculina, o afastamento dos bordos da incisão a fim de que ela se insinue nos tecidos com maior facilidade. Remediamos a falta dêste tempo no nosso ensaio colocando prèviamente a tuberculina e escorificando logo a pele com o vacinostil, pois desta forma asseguravamos a entrada dalguma tuberculina nos tecidos. Ao efectuarmos cada um dêstes grupos de escoriações, um objectivo tínhamos sempre em vista: não provocar qualquer hemorragia e dar a êsses dois grupos a mesma morfologia. Depois disto tôdas as crianças estavam com a região deltodeia a descoberto, mas retiradas do sol, até que a gota da tuberculina desaparecesse quer por reabsorção nos tecidos, quer por evaporação.

Há quem aconselhe o espaço de 10 minutos como tempo suficiente para a tuberculina actuar sôbre os tecidos e desenvolver uma cuti-reacção positiva. Mas nós, para economia de tempo, seguimos o critério acima exposto. Convém que digamos alguma coisa sôbre a interpretação da reacção.

Antes de mais nada precisamos indicar o tempo mínimo depois do qual ela deve ser observada.

A êste respeito as opiniões são também divergentes, mas o maior número delas está do lado dos que aconselham a observação do método de von Pirquet sempre 48 horas após a sua execução. Foi êste também o critério por nós seguido, excepto num pequeno número de povoações onde tivemos de observar os resultados da cutis passadas 36 horas.

Que encontramos então na região ensaiada passadas 36 ou 48 horas?

Nada de anormal visto haver uniformidade de morfologia entre as escoriações. Com efeito os dois grupos apresentam-se da mesma forma. Há apenas os indeléveis traços que atestam

(1) Especialidade da casa Bayer, contida em frascos de 5 c. c. Tem um aspecto xaroposo. Utilizámos nos nossos ensaios 6 frascos aproximadamente.

a acção traumatizante dos vacinostis feitos 36 ou 48 horas antes. Esta morfologia indica que o organismo não reagiu e que se não passou qualquer reacção específica. Mostra-nos também que a cuti-reacção foi *negativa* e que portanto o organismo, fora daqueles estados, a que atrás aludimos e que nos podem conduzir a uma cuti-reacção semelhante, não está inoculado ainda pelo bacilo de Koch. E a outra? Essa é, pela sua exteriorisação, bastante visível e palpável. Não há aquela uniformidade de morfologia entre os grupos de escoriações, mas existe outra diferença bem nítida entre as do grupo efectuado com o vacinostil de cabo vermelho que faz apenas as escoriações traumáticas e as do grupo inferior, onde foi colocada a gota de tuberculina. Nesta há uma reacção evidente à volta dessas duas pequenas escoriações, reconhecível na diferença de aspecto que ela nos oferece em relação à de *contrôle*. Essa diferença de aspecto indica-nos então que a reacção é positiva e que o organismo está já inoculado pelo bacilo da tuberculose.

Esta reacção é bem específica e caracterizada portanto por dualidade de morfologia entre os grupos das escoriações. Conhecida assim, embora de maneira rápida, a interpretação duma reacção positiva ou negativa, vamos agora dizer qual o limite mínimo, a admitir, quando a positividade da reacção seja pouco aparatosa. Admite-se hoje, segundo Leikvam, Ustued, etc., o limite mínimo de 2 e 3 milímetros de infiltração ou indoração dos tecidos como sinais indicativos de cuti-reacção positiva, respectivamente no adulto e na criança.

Mas vemos que êste processo, embora pouco prático, para pequeno número de cutis a apreciar, é-o ainda muito menos quando queremos interpretar número elevado. Então teremos necessidade, como o que aconteceu comnosco, de criar um convencionalismo puramente pessoal e exteriorizá-lo seguidamente a resultados objectivos. Foi êsse o critério que seguimos na classificação duma cutis negativa ou positiva e dentro destas, na sua classificação. Assim dividimos as cutis positivas em três tipos de reacção :

Cutis tipo 1

Cutis tipo 2

Cutis tipo 3

conforme a intensidade e a morfologia ou a evolução que elas iam seguir. Até certo ponto podem êstes três tipos de reacção admitidos, ser traduzidos objectivamente pelas seguintes dimensões:

- Tipo 1 — de 2 a 5 milímetros
- » 2 — de 5 a 10 »
- » 3 — de 10 milímetros em diante

e qualificadas respectivamente de *maculosa*, *papulosa* e *papulo-vesiculosa*. Nunca é demais dizer que na apreciação dêstes resultados há sempre um coeficiente importante, puramente pessoal. Tal foi nas linhas mais gerais a técnica e a apreciação seguidas no ensaio de von Pirquet que realizámos. Muitos ensaístas seguem o conselho de Bouveyron que consiste em adicionar à tuberculina a adrenalina, na proporção de 1 de adrenalina para 1.000 de tuberculina. A utilidade desta adicção consiste, para o autor supra mencionado, numa ampliação no resultado da cuti-reacção, em virtude da acção esquemiante da adrenalina determinar uma mais completa impregnação da tuberculina nos tecidos superficiais. Aconselhamos também, tôdas as vezes que a cuti-reacção seja pouco sensível a ponto de sugerir dúvida no nosso espirito, a sua repetição noutra região do corpo, diferente da já ensaiada.

II — O método de Mantoux ou intradermo-reacção

E' outro sistema de reacção a que muitas vezes necessitamos recorrer, principalmente quando, depois de repetida a de Pirquet, ainda subsistir qualquer dúvida na apreciação do resultado duma *cutis* pouco aparatosa. Para alguns autores é esta outra reacção apanágio duma maior sensibilidade conferida pelo organismo em frente da tuberculina e, portanto, aconselhada a sua prática em certos casos duvidosos. Pelo contrário a sua execução é mais complicada, dolorosa e requiere também mais material para a sua prática. Consiste a reacção de Mantoux na introdução dum soluto de tuberculina, na derme, depois de se ter aseptizado, com alcool ou éter, o local do corpo a ser ensaiado. A região preferida costuma ser a anterior do antebraço e aí, depois da agulha ter sido espetada 3 a 5 milímetros e quasi paralelamente, deixa-

mos na derme 9,1 c. c. da solução da tuberculina que se nos apresenta sob o aspecto duma pápula esbranquiçada devido à distensão dos tecidos. Para esta injeção precisamos duma seringa bem calibrada, como por exemplo a de Pravaz, e do soluto da tuberculina diluída.

Na escolha deste soluto são diferentes as opiniões, quando pretendem indicar a percentagem da tuberculina antiga de Koch a empregar. Assim poderemos indicar os limites extremos dessas doses empregadas em várias estatísticas, pelas percentagens de 1 para 5.000 (Mantoux) e de 100 para 1000 (Hamburger e Weissmann) Daqui se depreende que, com doses tão diferentes, os resultados das reacções das diversas estatísticas são diferentes também, e a dúvida ocorre ao nosso espírito, quando queremos considerar como limite mínimo duma reacção o representativo duma reacção específica e positiva.

Vários trabalhos experimentais vieram aclarar ultimamente a questão sobre a dose de tuberculina a empregar numa reacção de Mantoux, como por exemplo o de Ustvedt que aconselha a dose de 1 milígrama de tuberculina antiga de Koch por 1.000.

Há, portanto, para este experimentador não só a necessidade de usar um soluto de tuberculina fixa, mas também a de acompanhar a marcha da reacção 48 horas após o momento da injeção. E' considerada reacção positiva toda aquela que no fim de 72 horas nos apareça com uma infiltração ou induração dos tecidos e cuja extensão seja superior a 10 milímetros. Muitas vezes temos nós de preparar o soluto para a intra-dermo-reacção por, com dificuldade, se encontrar no mercado.

Servir-nos-emos então da tuberculina antiga de Koch, da casa Bayer por exemplo, para diagnóstico, e com soro fisiológico esterilizado faremos o soluto conforme a dose que quizermos empregar. Seguindo assim o critério de Ustvedt, que é aquele que mais confiança nos merece, pegamos em meio centímetro cúbico de tuberculina antiga e diluímo-la em 500 c. c. de soro fisiológico esterilizado. Depois retiramos deste soluto 0,1 c. c. e efectuamos a injeção conforme o processo acima descrito. Isto no caso de não haver soluto preparado e, sempre que tal aconteça, tem de ser utilizado no momento após a sua preparação.

Convém também que ele esteja preservado da luz e da humidade.

Esta reacção é aquela a que recorreremos com mais frequência sempre que o método de von Pirquet nos tenha conduzido a resultados duvidosos. E', como já atrás dissemos, mais dolorosa e pouco prática, mesmo quasi impossivel de realizar em estatísticas, como aquela que levámos a térmo e na clinica particular só devia ser ensaiada quando a repetição da cuti-reacção nos deixasse dúvidas acêrca dos seus resultados.

III — Método de Calmette ou oftalmo-reacção

Calmette, logo que Pirquet deu a conhecer a sua cuti-reacção, appareceu com o seu método também conhecido pelos nomes de *óculo ou oftalmo-reacção*.

E' a nosso ver pouco pratico e bastante perigoso devido às perturbações, quer imediatas (lacrimante, conjuntivite) quer mediatas (certas cicatrizes) a que o globo ocular fica sujeito.

Calmette aconselhava a colocação dalgumas gotas dum soluto de tuberculina diluída a 0,10 na mucosa conjuntival. Depois de algumas horas passadas sôbre o momento dessa instilação, ou se não observa nada de anormal, o que equivale a considerar o individuo ensaiado como indemne do bacilo de Koch, ou se notam certos fenómenos, como por exemplo o aparecimento dum lacrimamento intenso passadas umas 10 horas, ou o dum edema na conjuntiva e mesmo nas pálpebras e por vezes até, quando a reacção é muito intensa, um corrimento muco-purulento. Esta reacção, que pode persistir além das 48 horas do momento da instilação, é característica, pelos sintomas aludidos, duma oftalmo-tuberculino-reacção positiva.

IV — O método de Moro ou percutaneo-reacção

Este autor aconselha, para a sensibilização dum organismo inoculado com o bacilo de Koch, o emprêgo duma pomada de tuberculina e lanolina, em partes iguais, que deve ser administrada percutâneamente no organismo. No seu emprêgo devemos observar a assepsia da região ensaiada, de preferênciam a região abdominal e depois, com uma quantidade de pomada, que pode ir desde o volume dum grão de trigo ou duma ervilha, fricciona-

remos esta região durante dois minutos, numa extensão de três centímetros.

O resultado da reacção observa-se passado 48 horas após o momento da fricção e deve ser considerado positivo, logo que haja existência duma infiltração maculosa, papulosa ou papulo-vesiculosa nessa mesma região. Esta reacção é pouco prática dada a morosidade na sua execução e por isso mesmo muito pouco seguida presentemente.

* * *

Pouco dizem os autores que citamos sôbre as características morfológicas e evolutivas da cuti-reacção tuberculínica. Nós que admitimos os tipos atrás indicados poderíamos, seguindo o critério dalguns autores, ajuizar da evolução da tuberculose e portanto pronunciarmo-nos sob o ponto de vista prognóstico. Não o faremos por não termos tido ocasião de elaborar alguns trabalhos experimentais e de *contrôle*, concernentes ao valor prognóstico da cuti-tuberculino-reacção e portanto limitar-nos-emos a indicar o número e percentagens dêsses três tipos de reacção que encontrámos, para ser melhor analisado o ensaio cuti-tuberculínico que fizemos. Sômente diremos que, à volta do valor do prognóstico da tuberculino-reacção, os autores se agrupam em duas facções; uma onde estão Jousset, Sergent, L. Bernard, Marfan, Bezançon, Letulle, Levine, etc., afirmam ser dum bom prognóstico, no curso da tuberculose pulmonar, uma reacção forte e precoce, pelo contrário, de mau prognóstico uma tuberculino-reacção fraca; a outra, onde estão Lainge, Cordillo, Ribadeau-Dumas, Courmant, Cordier, etc., nega, duma maneira geral, valor prognóstico à mesma reacção.

CAPÍTULO IV

Breve descrição e comparação dos resultados da nossa estatística com os das estatísticas europeias

Já atrás dissemos, no capítulo II, que tínhamos elaborado duas estatísticas gerais, uma respeitante ao sexo masculino com

3.265 crianças e outra alusiva ao sexo feminino num total de 1.995. O nosso objectivo foi, principalmente, ver se o sexo influiu ou não na inoculação do bacilo da tuberculose. Os gráficos que tivemos cuidado de traçar traduzem aproximadamente as percentagens, de cutis positiva que encontrámos e que foram:

Para o sexo feminino respectivamente:

QUADRO I

Estadística geral do sexo feminino — 1.995 cuti-reações praticadas

Idades	C. R. praticadas	C. R. positivas	Percentagens de C. R. positivas	C. R. tipo 3	Percentagens	C. R. tipo 2	Percentagens	C. R. tipo 1	Percentagens
1 mês a 1 ano	35	5	14,2	1	2	4	11	—	—
1-2 anos	72	6	8,3	2	2	4	5	—	—
2-3 »	130	19	14,6	3	2	15	11	1	0,7
3-4 »	128	11	8,5	5	3	5	3	1	0,7
4-5 »	121	36	29,7	17	14	15	12	4	3
5-6 »	122	41	33,6	14	11	24	19	3	2
6-7 »	126	37	29,3	16	12	20	16	1	0,7
7-8 »	247	88	35,6	46	18	32	12	10	4
8-9 »	199	84	42,2	37	18	42	21	5	2
9-10 »	188	80	42,5	42	22	35	18	3	1
10-11 »	198	86	43,4	48	24	37	18	1	0,5
11-12 »	167	67	40,1	33	19	31	18	3	1
12-13 »	130	71	54,6	39	30	30	23	2	1
13-14 »	83	41	49,3	17	20	23	27	1	1
14-15 »	49	26	51	12	24	14	28	—	—

Para o sexo masculino as de :

QUADRO II

Estatística geral do sexo masculino — 3.265 cuti-reações praticadas

Idades	C. R. praticadas	C. R. positivas	Percentagens de C. R. positivas	C. R. tipo 3	Percentagens	C. R. tipo 2	Percentagens	C. R. tipo 1	Percentagens
1 mês a 1 ano	68	5	7,3	2	2	2	2	1	1
1-2 anos	109	9	8,2	4	3	3	2	2	1
2-3 "	198	39	19,6	14	7	19	9	6	3
3-4 "	198	42	21,2	23	11	18	9	1	0,5
4-5 "	172	35	20,3	13	7	22	12	—	—
5-6 "	160	59	36,8	22	13	33	20	4	2
6-7 "	197	53	26,9	21	10	28	14	4	2
7-8 "	304	134	44	61	20	62	20	11	3
8-9 "	383	169	44,1	62	16	95	24	12	3
9-10 "	317	137	43,2	52	16	71	22	14	4
10-11 "	295	180	61	65	22	99	33	16	5
11-12 "	288	135	46,8	59	20	65	22	11	3
12-13 "	259	118	45,1	54	20	61	23	3	1
13-14 "	200	113	56,5	58	29	51	25	4	2
14-15 "	117	59	50,4	26	22	33	28	—	—

Vemos, portanto, que o quadro alusivo às percentagens totais de cutis positivas do sexo masculino representa, duma maneira geral e durante o seu traçado, percentagens superiores às do gráfico do sexo feminino, quer por idade, quer mesmo por localidade.

Onde esta distinção é mais nítida é principalmente dos 5 aos 12 anos. Fora destas idades pode dizer-se que as percentagens

QUADRO III

Percentagens de cuti-reacções positivas
por cada localidade

Localidades	Sexo masculino			Sexo feminino			Ambos os sexos		
	C. R. praticadas	C. R. positivas	Percentagens	C. R. praticadas	C. R. positivas	Percentagens	C. R. praticadas	C. R. positivas	Percentagens
Nandufe	114	64	56,1	59	25	42,3	173	89	51,4
Tondela	190	96	50,5	92	43	46,7	282	139	49,3
Lobão	120	60	50	67	28	41,7	187	88	47,5
Canas de Sabugosa	340	112	32,9	131	60	45,8	471	172	36,5
Santa Ovaia	50	27	54	64	28	43,7	114	55	48,2
Lageosa e Vinhal	127	49	38,6	105	35	33,3	232	84	36,1
Botulho	51	22	43,1	13	6	76,1	64	28	43,7
Molelos	138	100	72,4	41	21	51,2	179	121	67,2
Campo de Besteiros	42	10	23,8	4	4	28,5	56	14	25
S. Tiago de Besteiros	118	58	49,1	34	14	41,1	152	72	47,3
Muna	148	46	31	52	16	30,7	200	62	31
Paranho de Besteiros	72	40	55,5	60	22	36,6	132	62	46,9
Caparrosa	54	16	29,6	50	12	24	104	28	26,7
• Soito Bom	54	8	14,8	50	8	16	104	16	15,3
• Silvares da Serra e Caselho	58	20	34,4	47	12	25,5	105	32	30,4
• Carvalhal da Serra	30	6	20	26	10	3,8	56	16	28,5
• Caramulo e Cadraço	38	28	73,6	13	10	76,9	61	38	74,5
Sabugosa	150	64	42,6	90	35	30,8	240	99	41,2
Parada de Gonta	80	30	34	37	14	37,8	125	44	35,1
S. Miguel de Outeiro	81	27	33,3	91	34	37	172	61	35,4
Vilar de Besteiros	160	70	43,7	65	28	43	225	98	43,5
Mosteiro de Fráguas	95	47	49,9	84	35	41,6	179	82	45,8
Castelões	45	11	24,4	48	13	27	93	24	25,8
Barreiro	132	48	36,3	58	19	32,7	190	67	35,2
Tourigo	100	25	25	124	30	24,1	224	55	24,5
Tonda	75	12	15	46	14	30,4	121	26	21,4
Mouraz	150	36	24	138	32	23,1	288	68	23,5
Vila Nova da Rainha	163	41	25,2	107	24	22,4	270	65	24
Cortiçada e Muceres	76	33	43,4	64	17	26	140	50	35,7
Coelhoso	104	40	38,4	72	38	52,7	176	78	44,3
Carvalhal de Tondela	26	7	26,9	21	6	28,5	47	13	27,6
• Guardão e Janardo	76	36	47,3	32	6	18,7	108	42	38,8

* Povoações serranas.

se equivalem, mas, no entanto, nota-se uma certa superioridade ainda no sexo masculino.

Resumindo, vemos que o quadro do sexo masculino acusa percentagens de cuti-reacções positivas superiores às do sexo feminino.

A explicação dêste facto dar-se-à mais adiante. Seguidamente a essa descriminação de percentagens feita por sexos e por idades e que não podemos comparar, com quaisquer estatísticas estrangeiras por as desconhecemos, fizemos a fusão dessas duas estatísticas numa só de 5.260 indivíduos.

As percentagens que encontramos então por cada ano de idade, desde 1 mês até aos 15 anos foram as indicadas no quadro seguinte:

QUADRO IV

Estatística geral — 5.260 cuti-reacções praticadas

Idade	C. R. praticadas	C. R. positivas	Percentagens	C. R. tipo 3	Percentagens	C. R. tipo 2	Percentagens	C. R. tipo 1	Percentagens
1 mês a 1 ano	103	10	9,7	3	2,9	6	5,8	1	0,97
1-2 anos	181	15	8,2	6	3,3	7	3,8	2	1,1
2-3 »	328	58	17,6	17	5,1	34	10,3	7	2,1
3-4 »	326	53	16,2	28	8,5	23	7	2	0,6
4-5 »	293	91	24,2	30	12,3	37	12,6	4	1,3
5-6 »	282	100	35,4	36	12,7	57	20,2	7	2,4
6-7 »	323	90	27,8	37	11,4	48	14,8	5	1,5
7-8 »	551	222	43,9	107	19,4	94	17	21	3,8
8-9 »	582	253	43,4	99	17	137	23,5	17	29,2
9-10 »	505	217	42,9	94	18,7	106	20,9	17	33,6
10-11 »	493	266	53,9	113	22,9	136	27,5	17	3,4
11-12 »	455	202	44,3	92	20,2	96	21	14	3
12-13 »	389	189	48,5	93	23,0	91	23,3	5	1,2
13-14 »	283	154	54,4	75	26,5	74	26,1	5	1,7
14-15 »	166	85	51,2	38	22,8	47	28,3	—	—

Estes resultados servir-nos-ão para, numa rápida vista de conjunto, confrontarmos com as estatísticas similares estrangeiras os pontos de contacto ou de afastamento que possam existir sobre a disseminação do bacilo de Koch no meio rural europeu. Infelizmente não temos ainda em Portugal nenhum trabalho deste género com o qual possamos comparar o nosso, donde resultariam grandes ensinamentos para se ajuizar, em províncias ou concelhos distantes, da inoculação do bacilo da tuberculose nas crianças desses meios. Na impossibilidade, portanto, de podermos fazer uma comparação entre trabalhos nacionais, comparação esta que a qualquer outra preferiríamos, somos obrigados a fazê-la entre os resultados da nossa estatística e os das europeias.

Podemos dividir em 2 períodos, à semelhança do critério seguido por J. Ustvedt, o espaço decorrido entre o aparecimento do método de von Pirquet (1907) e o nosso trabalho (1934).

No primeiro período, que se estende até 1918, os trabalhos efectuados com a tuberculina são, na sua maioria, destituídos de interesse científico, dado o critério ambulatorio neles seguido. Ao descrevê-los os seus autores nada dizem sobre o método seguido nas suas estatísticas, indivíduos recrutados, idade, tuberculina empregada, etc.

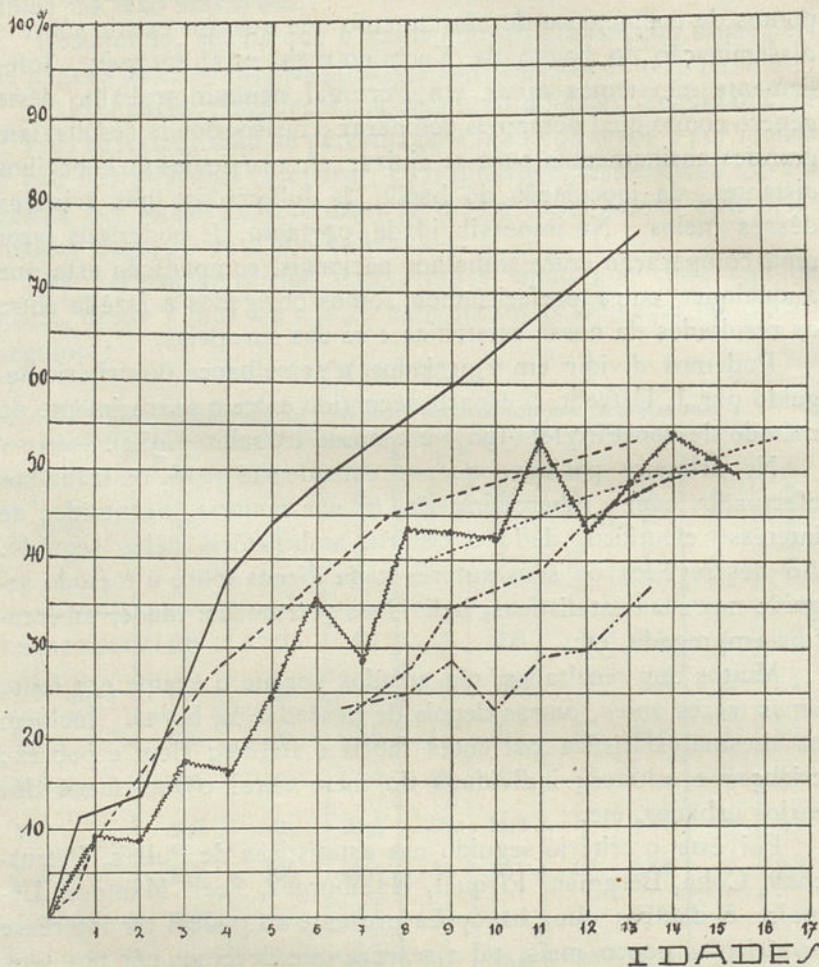
Muitos dos resultados são errados porque o exame era feito, umas vezes antes, outras depois de passadas 24 horas. Incluem na mesma estatística pacientes febris e afebris; ricos e pobres; crianças e adultos; indivíduos do meio rural e indivíduos dos meios urbanos, etc.

Foi este o critério seguido nas estatísticas de Pollak, Petruschky, Cohn, Bergman, Pirquet, Hamburger, Feer, Mantoux, Lemaire e doutros que, na época presente só podem ter interesse histórico e pouco mais, tal a reserva que devemos pôr nos seus resultados.

Mas, felizmente, ainda neste período há algumas estatísticas elaboradas com critério verdadeiramente científico e que merecem ser mencionadas e comparadas com a nossa.

Assim Gaghofner (Praga) ensaiou a reacção de Pirquet em 462 crianças clinicamente isentas de tuberculose e pertencentes a todas as classes sociais.

As percentagens que êle encontrou de crianças inoculadas com o bacilo da tuberculose estão indicadas no gráfico da fig. 2



LEGENDA

- Grafico de Ganghofner - Praga
 - - - Idem de Monrad - Copenhague
 Idem de Overland - Bergen
 - · - · Idem de Arnfinson - Trondjens
 - - - Idem de Kjerulf - Stocholm
 - - - - Idem de Alberto do Vale - Portugal

(Fig. 2)

Monrat, durante sete anos, observou 3.408 crianças às quais fez a cuti-reacção de Pirquet em Copenhague, obtendo as percentagens representadas no gráfico da mesma fig. 2.

As estatísticas de Arnfinnsen e Overland, respectivamente de cerca de 5.000 e 1.000 pacientes, organizadas nas províncias de Trondjem e Bergen, na Noruega, e finalmente a de Kjerrulf com 1.800 crianças, em Estocolmo, são aquelas que neste período que decorre entre 1907 e 1918, mais se aproximam, quanto ao recrutamento dos pacientes, da nossa.

Estes autores organizaram os seus trabalhos com as crianças que freqüentavam as escolas rurais dessas províncias. As percentagens encontradas por cada um destes autores estão representadas nos respectivos gráficos da fig. 2.

Falemos agora dos estudos elaborados com a cuti-tuberculina-reacção no segundo período, naquele que vai de 1918 a 1934, onde incluímos o nosso, por as observações se terem feito nesse mesmo ano.

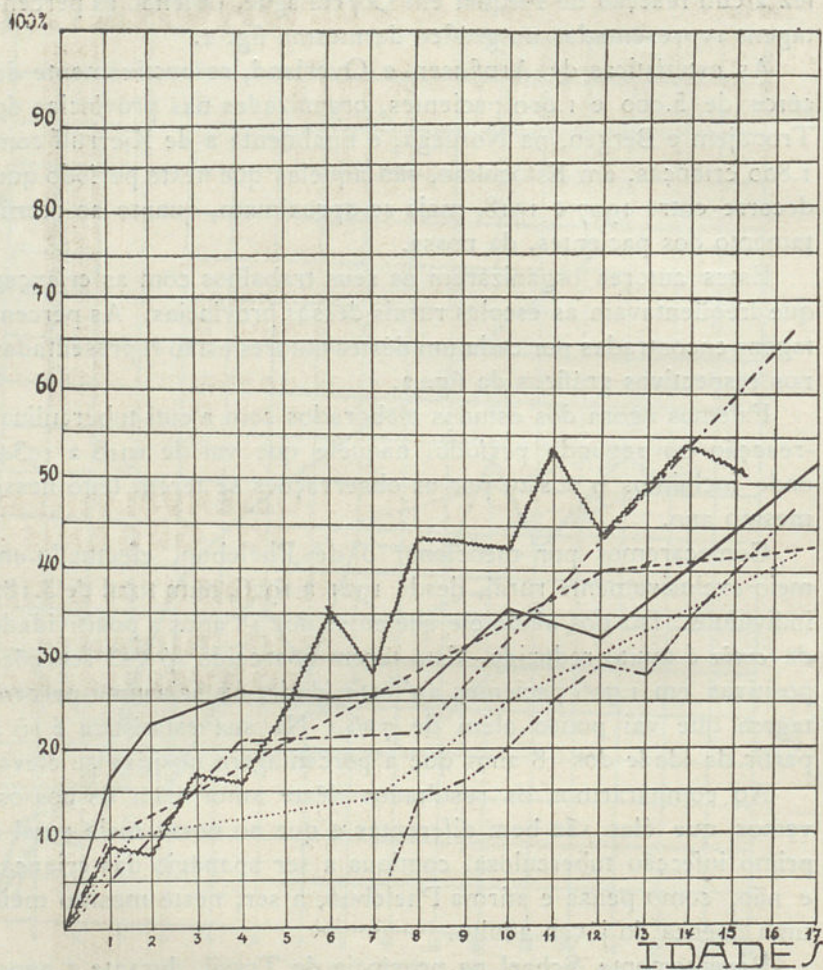
Começaremos por mencionar o de Phelebon, efectuado em meio exclusivamente rural, desde 1921 a 1926, num total de 3.182 indivíduos. Diz nos ainda êle que antes dos 18 anos a positividade da *cutis* é muito reduzida, visto terem aparecido só 123 reacções positivas em 1.706 pacientes até esta idade, ou seja uma percentagem que vai pouco além de 7%. Na sua estatística é só a partir da idade dos 18 anos que a percentagem positiva se eleva.

Ao compararmos os resultados dêste autor com os nossos, vemos que êles são bem diferentes e que no nosso meio rural a primo infecção tuberculosa, continua a ser apanágio das crianças e não, como pensa e afirma Phelebon, a ser, neste mesmo meio uma doença do jôven adulto.

Recentemente Scheel na província de Trysil, durante 2 anos, um meio muito idêntico ao nosso sob o ponto de vista rural, encontrou em 1.010 crianças as percentagens aludidas no gráfico da fig. 3.

Husted sôbre 607 crianças de Copenhague e Jacob Ustvedt sôbre 4.700 das escolas populares de Troudjem encontraram as percentagens representadas respectivamente em cada um dos gráficos da fig. 3.

Muito mais recentemente J. Stiassnie na sua estatística de 1481 crianças, de 3 meses a 15 anos de idade, feita em França



LEGENDA

- Grafico de Stiassnie - França
- - - Idem de Husted - Copenhague
- Idem de Heimbeek - Oslo
- . - . Idem de Scheel - Trondheim
- - - Idem de Husted - Trondheim
- Idem de Almira do Vale - Portugal

(Fig. 3)

OLEO DE FIGADO DE BACALHAU SUPERACTIVADO "RHONE-POULENC"

TITRADO POR CC. A

**2.000 unidades internacionais
Vitamina A**

**500 unidades internacionais
Vitamina D**

**FACTOR PRECIOSO DO DESENVOLVIMENTO
DO ORGANISMO**

MEDICAMENTO DOS CRESCIMENTOS DIFICEIS

**ALIMENTO DE AUXILIO DURANTE AS
CONVALESCENÇAS**

● POSOLOGIA :

Asua concentração em Vitaminas A e D autorisa a prescrição em doses extremamente reduzidas, seis vezes menores que as de óleo de fígado bacalhau ordinario.

CREANÇAS, com menos de um ano : XXX gotas a 1/3 colher de café. De 1 a 5 anos : 1/2 colher de café.

ADOLESCENTES E ADULTOS :
1 à 2 colheres de café.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPECIA

MARQUES "POULENC FRÈRES" ET "USINES DU RHONE"

21, RUE JEAN-GOUJON - PARIS-8^e

**AUROTHERAPIA
DA
TUBERCULOSE**

por via intravenosa

CRISALBINE

TIOSULFATO DUPLO DE OURO E DE SODIO

(titulando 37% de ouro metal)

AMPOLAS DOSEADAS A :

0 GR. 05 • 0 GR. 10 • 0 GR. 15

0 GR. 20 • 0 GR. 25 • 0 GR. 50

DE PRODUTO PURO CRISTALISADO

por via intramuscular
ou sub-cutanea

MYOCHRYSINE

AUROTOMALATO DE SODIO

(titulando 50% de ouro metal)

SOLUÇÕES AQUOSAS - SUSPENSÕES OLEOSAS

PARA CADA APRESENTAÇÃO :

AMPOLAS DOSEADAS A : 0 GR. 01 • 0 GR. 05

0 GR. 10 • 0 GR. 20 • 0 GR. 30 • 0 GR. 50

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPECIA

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON • PARIS

em meios sub-urbanos ou mixtos, encontrou as percentagens que se podem ver no gráfico representado na mesma fig. 3.

Êste autor eliminou assim da sua estatística as crianças com menos de 3 meses de idade, pretendendo assim eliminar as causas do êrro possível com o periodo anti-alérgico. Nós seguimos igual critério, mas só para crianças com menos de 30 dias de existência. E agora, depois de descrevermos e compararmos os quadros representativos das percentagens de cutis positivas encontradas nas estatísticas dos diversos autores e nas do nosso, a que conclusão chegamos? Que o traçado do nosso gráfico alusivo à estatística geral não se assemelha, de forma alguma, ao traçado dos outros, quanto às percentagens de cutis positivas.

Se porventura quizermos olhá-lo, sob a forma ou acidentação, então encontraremos nele uma certa equivalência ou semelhança, principalmente com os gráficos de Arnfinzen, Kjerruf, Hustvedt e Stiassnie, mas nunca, como dissemos qualquer igualdade ou sobreposição, visto certamente a diversidade do meio onde foram feitas essas estatísticas nos levar a semelhantes divergências de percentagens de cutis positivas para cada idade.

Não é aqui o lugar destinado pròpriamente à explicação dos nossos gráficos, daqueles que estão representados na figura 3, visto querermos fazê-la preceder duma descrição elucidativa dos factores que possam contribuir, na realidade, para a sua melhor interpretação, o que passamos a fazer.

II PARTE

O meio rural que observámos enferma infelizmente do mal que caracteriza o meio rural portuguez e que revela a maior ignorância no tocante aos mais rudimentares preceitos higiênicos. Desta forma se compreende que os factores, que podem só por si explicar o panorama bacilifero desta região, se encontrem reforçados com a carência dessas normas de hygiene ignoradas, por completo, no meio rural.

A disseminação da bacilose vai-se dando à sombra desta ignorância, com uma frequência e rapidez verdadeiramente assustadoras, não poupando, sequer, o lugar mais recôndito da região. O meio rural tanto tempo isento de qualquer bacilose, vai dando presentemente percentagens consideráveis de individuos com essa doença

e que não tardarão a falecer. Isto mesmo que acabamos de dizer é confirmado pelo nosso ensaio e pela estatística obituária de tuberculose no concelho, há oito anos a esta parte, com a qual podemos até certo ponto explicar alguns resultados do nosso trabalho. Tivemos o cuidado de nessa estatística fazer o desfalque das defunções por tuberculose, havidas na zona sanatorial do Caramulo, em cada ano de 1927 a 1934, inclusivé, e quasi sempre óbitos de doentes estranhos ao concelho.

Essa estatística é só referente aos óbitos passados pelo médico e com o diagnóstico indubitável de qualquer tuberculose, dos indivíduos naturais ou residentes em qualquer povoação do concelho de Tondela e que indicamos no quadro VI por cada povoação e sexo.

QUADRO V

Taxa obituária durante 8 anos = 17 ‰
Índice de tuberculoidade por 10.000 = 11,2

Ano	Obituário geral	Obituário tuberculoso			Índice de tuberculoidade por 10.000 habitantes
		Feminino	Masculino	Total	
1927-28 . . .	622	13	10	23	6,7
1928-29 . . .	531	16	22	38	11,4
1929-30 . . .	521	17	24	41	12,3
1930-31 . . .	546	15	21	36	10,6
1931-32 . . .	564	20	23	43	12,6
1932-33 . . .	614	18	23	41	12
1933-34 . . .	660	20	20	40	11,7
1934-35 . . .	533	17	18	35	10,3
Total . . .	4 591	136	161	297	

Ao verificar o índice de tuberculoidade de cada ano encontrá-lo-emos, para o meio rural, bastante elevado, mas êsse índice não traduz, a nosso ver e na realidade, o índice de tuberculoidade do concelho. E não o traduz, visto a taxa obituária do concelho ser de 17 ‰, em grande parte motivada pela população infantil.

De facto a população do concelho de Tondela no último recenseamento foi respectivamente de 33.931 habitantes.

Ainda nestes mesmos censos vemos que a população infantil é de cerca de $\frac{1}{3}$ da população geral. Queremos com isto indicar que esta população infantil sobrecarregará com os seus óbitos no obituário geral do concelho, visto êle ser tanto mais elevado quanto mais elevado fôr o número de crianças, existentes na sua população. Mas além dêste facto que já por si nos faz elevar o índice de tuberculidade por concelho, um outro de maior importância nos aparece, que é a freqüência que hoje têm os óbitos por tuberculose na infância, os quais, devido à dificuldade que surge para diagnosticar esta doença nesta idade, que quasi sempre passa despercebida ao clínico mais hábil e é substituída pelo diagnóstico de pneumonia, bronquite, pleuresia, etc.

* * *

O contágio é para nós a principal causa da infecção tuberculosa e tôdas as vezes que esta causa é ignorada ou esquecida, o individuo está sujeito a ser contagiado pelo baciloso e inoculado o seu virus por qualquer das vias hoje admitidas. Nenhum meio será tão hostil a esses contágios como o meio rural visto ser sistematicamente ignorada, entre os seus habitantes, a perniciosa causa da infecção tuberculosa. Já dissemos que eles vivem ignorando as normas mais rudimentares de higiene social que, observadas mesmo em pequena escala, contribuiriam bastante para a não difusão dêsse terrível flagelo.

O panorama bacilífero existente no concelho pode ser suficientemente explicado, quer pelos focos bacilíferos extintos e que se encontram mencionados por cada localidade no quadro junto, quer pelos focos bacilíferos actuais mas indígenas do concelho, quer finalmente pelos focos bacilíferos que poderemos chamar temporários ou transitórios (1).

Ao primeiro grupo pertence o obituário tuberculoso a que já

(1) São estes focos para nós os responsáveis da elevada percentagem de cutis no sexo masculino, em virtude dos rapazes estarem mais sujeitos ao contágio.

QUA

Obituário geral de tubercu

Localidades	1927				1928				1929			
	F.	M.	Total	%	F.	M.	Total	%	F.	M.	Total	%
Tondela	3	3	6	—	2	4	6	—	3	2	5	—
Mouraz.	—	2	2	—	1	—	1	—	—	3	3	—
Canas e St. ^a Ovaia.	3	—	3	—	3	—	3	—	1	2	3	—
V. Nova da Rainha	2	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Molelos	—	3	3	—	2	3	5	—	—	1	1	—
Lobão.	1	—	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—
Paranho e Caparrosa	1	—	1	—	1	1	2	—	—	3	3	—
S. Tiago e Muna	1	—	1	—	2	2	4	—	4	—	4	—
Campo de Besteiros	1	—	1	—	1	1	2	—	1	1	2	—
S. Miguel.	—	—	—	—	—	1	1	—	3	—	3	—
Coelhoso.	—	—	—	—	—	2	2	—	—	1	1	—
Sabugosa.	1	—	1	—	1	1	2	—	—	—	—	—
Tonda.	—	1	1	—	—	2	2	—	1	3	4	—
Barreiro e Tourigo.	—	—	—	—	—	1	1	—	—	2	2	—
Mosteiro	—	—	—	—	1	1	2	—	1	1	2	—
Nandufe	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—
Vilar	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—
Castelões.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—
Silvares, Caselho, Carvalh.	—	—	—	—	1	1	2	—	1	1	2	—
Lageosa	—	—	—	—	1	—	1	—	2	—	2	—
Parada.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—
Cortiçada.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—
Caramulo.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guardão e Janardo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Soma	13	10	23	—	16	22	38	—	17	24	41	—

DRO VI

lose do concelho de Tondela

1930				1931				1932				1933				1934			
F.	M.	Total	%	F.	M.	Total	%	F.	M.	Total	%	F.	M.	Total	%	F.	M.	Total	%
—	3	3	—	4	1	5	—	4	1	5	—	6	5	11	—	2	2	4	—
1	1	2	—	1	1	2	—	—	1	1	—	1	1	2	—	1	1	2	—
2	1	3	—	2	6	8	—	1	1	2	—	1	—	1	—	2	—	2	—
—	—	—	—	1	—	1	—	—	2	2	—	1	2	3	—	1	—	1	—
—	1	1	—	—	1	1	—	1	1	2	—	1	1	2	—	—	—	—	—
—	1	1	—	—	1	1	—	3	2	5	—	2	2	4	—	1	2	3	—
1	—	1	—	1	—	1	—	1	—	1	—	1	—	1	—	—	1	1	—
2	2	4	—	—	2	2	—	1	3	4	—	1	1	2	—	2	—	2	—
—	1	1	—	1	—	1	—	—	3	3	—	—	1	1	—	—	2	2	—
—	1	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—
—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3	—
—	3	3	—	—	1	1	—	1	2	3	—	—	—	—	—	1	—	1	—
2	2	4	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	4	—
2	—	2	—	—	1	1	—	1	—	1	—	2	—	2	—	1	1	2	—
—	1	1	—	—	1	1	—	—	1	1	—	—	3	3	—	—	—	—	—
—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	1	2	—	—	2	2	—
—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—
—	—	—	—	1	1	2	—	1	1	2	—	1	—	1	—	1	—	1	—
—	—	—	—	2	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	3	—
3	—	3	—	1	2	3	—	—	2	2	—	1	1	2	—	—	—	—	—
—	1	1	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	2	—	—	1	1	—	1	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	2	2	—	1	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	2	—	2	—	1	—	1	—	—	2	2	—	—	—	—	—
15	21	36	—	20	23	43	—	18	23	41	—	20	20	40	—	17	18	35	—

aludimos e que certamente influi, tão consideravelmente, para as elevadas percentagens de reacções positivas que encontramos.

No segundo grupo — os focos bacilíferos actuais, mas indígenas — incluímos os individuos tuberculosos espalhados pelas povoações e que podem difundir o bacilo pelos seus habitantes. São quasi todos êles criaturas de condições económicas modestíssimas que, em qualquer terriola, vivem na mais ampla camaradagem.

São em grande parte os emigrados da região que foram ao Brasil e à América (segundo a sua maneira de dizer) à busca dalgumas economias e trouxeram juntamente a tuberculose que irá ser tratada na aldeola sem a assistência que lhe é necessária, devido às precárias condições económicas do enfêrmo. No terceiro grupo, finalmente, devemos incluir aqueles tuberculosos que se dirigem para a estância sanatorial do Caramulo que deixam certamente por onde passam o meio conspurcado pelos bacilos e aqueles que procuram nalgumas povoações dêste concelho o bom ar e o sossêgo que os restabeleça de estados, muitos dos quais, bastante adiantados e graves. São êstes os principais focos bacilíferos responsáveis pela elevada percentagem de cuti-reacções positivas e portanto da disseminação do bacilo de Koch na nossa região.

Não queremos deixar de salientar neste momento, que o aparecimento dalgumas reacções positivas deve ser devido à existência do bacilo da tuberculose bovina na região, que irá infectar o individuo por meio do leite tanto mais que a esterilização caseira dêste nunca é feita, como tivemos ocasião de inquirir. É preciso que, ao lado dêstes factores determinantes da existência da tuberculose, mencionemos agora os factores predisponentes. Dentre êles mencionaremos aquele que mais importância deve ter e o qual também mais ocasião tivemos de verificar. É o que anda ligado à falta de condições económicas de tantas e tantas familias. É ouvindo as lamentações dêsses milhares de pais, que nos descrevem em breves palavras o seu humilde viver, que nós fundamentamos a opinião de que o factor económico é que mais contribui para o problema da tuberculose presente. São chefes de familia que se queixam da falta de trabalho, o que equivale a falta de meios pecuniários. Emquanto a familia tende, por vezes, a aumentar, os recursos materiais insufficientes, continuam a sê-lo cada vez mais.

A situação, em muitos lares, é verdadeiramente angustiosa e aŕarmante. O que esperamos amanhã dēstes milhares de crianças já inoculadas com bacilo da tuberculose, com uma robustez tãō precária e que até à maior idade continuarãō a viver e a ser alimentadas em condiçōes tãō deficientes? O meio rural precisa de ser olhado com mais atençãō, por todos aqueles que se interessam pela medicina social. É preciso que aqueles focos bacilíferos sejam afastados logo no início e retirados dēsses meios, que até há pouco eram quási estranhos ao bacilo de Koch. É preciso que a luta anti-tuberculosa saia do âmbito urbano e sub-urbano e vá à aldeia, subindo mesmo aos povos serranos, de elevada altitude, mas também, infelizmente, de elevada bacilose. E se a paisagem bacilífera, revelada pelo nosso ensaio, se generalizar aos restantes meios rurais portugueses, podemos averiguar do grandioso e grave flagelo que a tuberculose representa no momento actual e deduzir o que ela nos apresentará no porvir.

BIBLIOGRAFIA

Sur la fréquence variable selon le milieu des cuti-réactions positive, STIASNIE (1934).

Étude des réactions obtenues avec la tuberculine, J. USTVEDT (1933).

Méthode pour amplifier les cuti-réactions à la tuberculine et pour prévenir les réactions tuberculiniques à distance, BOUBEYRON (1932).

Les réactions tuberculiniques dans leurs rapports avec l'allergie tuberculeuse etc, ALBERT-WEEL (1932).

Réactions tuberculiniques des vieillards, CLIQUET (1930).

Sur quelques acquisitions nouvelles dans l'étude de la tuberculose etc., SACRÉ (1927).

Cuti-réaction à la tuberculine chez l'enfant, SAMITGA (1927).

Do valor diagnóstico da cuti-reacçãō à tuberculina em clínica infantil, JOÃO PORTO (1930).

Alergia tuberculosa, cuti-reacçãō e valores profiláticos desta, MANUEL JOAQUIM COSTA, 1929.

A luta contra a tuberculose em Portugal, LOPO DE CARVALHO (1934).

A tuberculose em Coimbra no último quarto de século, JOÃO PORTO (1929).

Anergie à la tuberculine et test d'Aldrich et Mac-Chure, ADOLPHE SIERRO.

Tuberculose Médicale de l'Enfance, PÉHUT DUFURT, 1927

POEIRA DOS ARQUIVOS

A Conserva Real, remédio maravilhoso para o *morbo gálico*.

Numa velha, muito velha apostila de medicina...

Mas, nem todos têm obrigação de saber o que isto é; por isso, principiamos por dizê-lo.

Nos primeiros tempos da nossa Universidade os livros eram caros, raros e pesados; por outro lado nem tudo o que ensinava o lente, e se exigia para os exames vinha nos livros: surgiram dêste modo, e muito naturalmente, os apontamentos manuscritos ou apostilas, de que são descendentes em linha reta as *sebentas* litografadas dos meus bons tempos de estudante, entregues à noitinha pela Marrafa e as *sebentas* de hoje impressas em bom papel, com o nome do autor e até encadernadas.

Pois nessas velhas, muito velhas apostilas médicas, de que existem umas 14, com um total de 5000 páginas na Biblioteca da Universidade, esplêndido manancial que ando a explorar ⁽¹⁾, versem-se curiosos e interessantes assuntos.

Por hoje tenho o prazer de reproduzir para os fieis e benévoloos leitores desta secção uma *receita maravilhosa para o morbo gálico*, (longe vá o agouro...).

CONSERVA REAL

assim chamada, porque foi feita para D. João IV, (quem no afirma é o escriba indiscreto).

«R.^e biscouto branco, pau da China, salsaparrilha, folhas de sene an. onça j jalapa, e mechoacam e turbit. an.

(1) Para uma próxima publicação: Velhas *sebentas* de medicina.

dramas (1) ij tudo feito em po, com Xº de molarinha se fassa conserva.

Deste modo: o biscouto e a salsaparrilha co pau da China se fasão em po sutil e o sene na tirturação dos sututivos com turbit e mechoacam e a jalapa na seca tirturasão grosso modo estendendo os pos juntos desta sorte se tome a quantidade do xarope de fumearia que baste e se lhe dê ponto de conserva e estando quasi frio lhe lamsem os pos e indo meixendo e se guarde; fiat secundum artem; uza-se dela tomando huã onça por cada vez comida ou desfeita numa gudeira dagoa de salsa ou em caldo de gualinha ou em vinho e continuará com ela 9 dias e se achar que purgava mto, não à tarde e deminua a cantidade ou alevante cconforme a obra que fizer, beba agoa de regimento coma asado pelo menos as seias coma biscouto passas secas amendoas toradas e se aos nove dias não sarar, continue outros e guarde-se fiat art.

Esta conserva he maravilhosa para todo o morbo galico. fese para elRei dom João porisso tem este nome».

Não apurei êsse problema de régio diagnóstico: se D. João IV fôra ou não fôra vítima do treponema, mas suponho, no caso afirmativo, que com esta *conserva real* a doença se conservasse realmente...

A. DA ROCHA BRITO.

(1) Dracmas.

NOTAS CLINICAS

Reumatismo crónico

(Esboço etio-patogénico e clinico)

O reumatismo crónico preexistiu ao homem, como se deduz dos vestígios de artrites no Platecarpus e de lesões nas vértebras caudais do Diplodocus (1). No entanto, se não fôsse o trabalho dos três últimos decénios, os nossos conhecimentos sôbre esta afecção seriam ainda muito imprecisos. Mercê, porém, dêste esforço, conhecemos em muitos casos de reumatismo crónico, a etiologia, os aspectos clínicos variados e a terapêutica adequada e profficua. Em todo o mundo, e especialmente nos paízes de raça saxonica (Inglaterra, E. U. da América e Alemanha), o reumatismo tem sido objecto de estudo, no triplice aspecto, investigação biológica, prática clínica e repercussão social.

Em dados estatísticos, verifica-se que em Inglaterra, 1/6 da invalidez industrial total provém do reumatismo crónico; na Alemanha, a morbidez e invalidez provocadas por esta afecção são, respectivamente, 1,4 e 8,2 vezes mais freqüentes que as provenientes da tuberculose pulmonar; nos E. U. da América, a invalidez originada pelo reumatismo atinge 9,1% dos indivíduos e a resultante da tuberculose, 5,1%. Este estudo não está feito entre nós.

A freqüência, porém, com que os soffredores de reumatismo crónico nos procuram e são internados no nosso serviço hospitalar, faz-nos crer que, a-pesar da apregoada benignidade do nosso clima, êles constituem legião por êsse Portugal além, digna de mais cuidada assistência.

Ligas e Associações se formam em todos os paízes com o fim único de combater esta afecção e suas sequelas, uma e outras em todas as suas modalidades. Um Comité internacional com a séde em Amsterdam reúne e congrega os esforços de 24 paízes. Institutos de clínica, especializados para o reumatismo se criam freqüentemente.

Na falta de Instituto próprio, parece-me razoável que, entre nós, estes doentes fôssem internados em uma ou duas salas, unicamente a

(1) Estudos de paleopatologia sôbre o período mesozoico (Idade dos réptis).

êles destinadas, observados e cuidados por um médico internista, em íntima e estreita colaboração com o odontologista, o oto-rino-laringologista, o urologista e o ginecologista e ainda com o cirurgião ortopedista e o fisioterapeuta. O primeiro grupo de técnicos é absolutamente indispensável para que em muitos casos se possa fazer o diagnóstico etiológico; os do segundo, constituem elementos imprescindíveis à execução de uma boa terapêutica anti-reumática.

A vantagem de um serviço assim montado, deduz-se logicamente dos modernos conhecimentos sobre o reumatismo crônico.

* * *

Entende-se por reumatismo crônico, tôdas as lesões articulares, acompanhadas, em regra, de dor e impotência funcional, de evolução lenta e de natureza infecciosa, inflamatória, tóxica, discrásica, traumática, etc.

Abandonamos as divisões admitidas por Teissier e Marinesco, de grande voga no final do século passado, e adotamos nesta nota, a usada nos países saxônicos — embora não isenta totalmente de defeitos — de caráter anatomo-patológico e com aspectos clínicos definidos. E' nos grupos *artrite*, *artrose*, *artrite-artrose* que podemos incluir a totalidade dos casos de reumatismo crônico.

No grupo mixto, artrite-artrose, incluímos os casos de diagnose diferencial impossível entre os dois primeiros, e avaliados, segundo um relatório de uma Comissão do Ministério de saúde pública de Inglaterra, em 13-15% da totalidade dos reumáticos crônicos.

A artrite tem como sinónimo em Inglaterra e E. U. da América, *arthritis reumatoid* e reumatismo atrófico, e a artrose é designada naqueles países, por artrite degenerativa e reumatismo hipertrófico.

Raramente se pode em qualquer ramo da patologia, marcar com nitidez dois campos. O esquema é apenas fruto do nosso labor intelectual e dêle nos servimos para ordenar as ideias.

Por isso, a designação *itis*, significando inflamação (com ou sem agente infeccioso) e a *osis*, expressando degenerescência, marcam apenas dois limites, que orientam o nosso espírito, na patologia e clínica do reumatismo crônico.

Diz-se que a degenerescência pura não existe. Sabemos, porém, como a noção de nefrose prestou reais serviços à compreensão da patologia renal. Na prática, existem casos de reumatismo cuja etiologia infecciosa nos é impossível demonstrar. Pode esta ter existido, mas de uma maneira latente, apagada, ou só termos conhecimento clínico do doente, com características, até certo ponto, opostas às infecto-inflamatórias. Por vezes, a discrasia humoral, a disendocrinia e o vício do metabolismo constituem as únicas anomalias. Estes casos são indubitavelmente diferentes das artrites puras.

Por outro lado, determinada lesão articular pode ser, inicialmente, do tipo *artrite*, mas com o decorrer do tempo, com ou sem surtos evoluti-

vos, a artrite modifica-se, tomando as características mixtas da artrite e artrose (artrite deformante progressiva, etc.); no reumatismo gotoso, evidencia-se ao lado do factor metabólico, degenerativo, um factor secundário, inflamatório, paroxístico. A designação de *artrite-artroses* parece bem aplicada a êstes e outros casos de características mixtas.

Marañon insiste no valor científico da divisão do reumatismo crónico tomando por base, a etiologia. A prática diz-nos, porém, que o diagnóstico etiológico não é corrente, tirando aquela divisão, todo o valor prático. Quando fôr possível identificar e hierarquizar todos os factores determinantes da lesão reumática, êstes constituirão, decerto, a base de toda a patologia, clínica e terapêutica do reumatismo crónico.

Actualmente, pela simplificação que à clínica oferece — sem excluir a tentativa do diagnóstico etiológico, antes considerando êste a meta a atingir pelas suas múltiplas seqüências — consideramos aqueles tipos clínicos, esquema do reumatismo a usar, decerto e infelizmente, ainda, por muito tempo.

* * *

Artrite — É a afecção articular de natureza infecto-inflamatória, produzida pelo ataque directo do micróbio ou suas toxinas, ou indirecto, como manifestação alérgica articular daqueles agentes.

Aparece nos individuos da mais variada constituição, escolhendo de preferência, a asténica; inicia-se no decurso da primeira metade da vida (antes dos 40 anos) e é consequência de várias infecções agudas, tais como melitococia, febre tifoide, sarampo, gripe, pneumonia, etc., de infecções crónicas, como gonococia, tuberculose e sífilis, ou ainda, de variadas infecções focais localizadas nos dentes, amígdalas, seios, (frontal, esfenoidal, maxilar), prostata, intestinos, anexos, apendice, vesícula, etc.

Tem, em regra, início brusco e as características da infecção fébril. Localmente verifica-se o carácter inflamatório com tumôr e dôr e por vezes, nos casos mais intensos, de maior agudeza, também se regista o rubôr.

Em muitos casos, porém, o início é insidioso; mas excepcionalmente, evoluciona sob apirexia. As manifestações locais, que escolhem de preferência as pequenas articulações, podem resumir-se a simples dôr expontânea ou à pressão lateral da articulação, simulando para o doente e mesmo para o médico inexperiente, ligeira entorse.

A lesão inicia-se pela sinovial, e gera freqüentemente o derrame articular. Simultâneamente, focos inflamatórios surgem na epífise dos ossos, sob a superficie articular, gerando proliferação e metaplasia celular; há osteo-porose das epífises. As lesões podem estacionar, o derrame reabsorver-se, ou mesmo, verificar-se, a *restitutio ad integrum*.

Em regra, porém, esta última eventualidade não se realiza e o surto inicial progride; em função dêste ou de novos surtos inflamatórios, aparece a destruição da cartilagem e dos meniscos inter-articulares e a necrose dos tecidos envolventes, ulcerações dos topos ósseos

pondo o osso a descoberto na cavidade articular; ainda, precocemente, em consequência da sinovite, formam-se aderências, anquiloses fibrosas; mais tarde, surgem as ossificações anormais, a calcificação dos ligamentos, das aderências, de que resulta a anquilose óssea. Entretanto, formam-se e posteriormente, no rebordo ósseo articular, osteofitos. O indivíduo venceu a infecção mas perdeu, pelo menos, a função articular. Diz Hare que « depois da luta, a destruição da cartilagem e dos topos ósseos é substituída por monumentos estereis duma vitória de Pirrus, edificados pelo tecido conjuntivo ».

O exame radiológico é diferente, consoante a idade da artrite.

No primeiro surto evolutivo, pode só mostrar osteoporose epifisaria discreta, aumento maior ou menor do espaço inter-articular; em período avançado da lesão articular, as imagens radiológicas são irregulares denotando anquiloses fibrosas e ósseas, acentuada osteoporose, produções ósseas anormais e osteofitos. Pelo exame exterior, objectivo, da artrite crónica, verifica-se reduzido volume articular; freqüentemente, se a lesão é dos membros inferiores, a pele é luzidia e brilhante, aspecto que aumenta pelo edema não raro dos tecidos sub-jacentes. Estes doentes têm, em regra, unhas adelgaçadas com estrias longitudinais e o bordo livre muito espesso; o aspecto geral denuncia enfraquecimento e deficiente nutrição.

Clinicamente, a artrite pode manter, mais ou menos, o aspecto inflamatório de início, embora atenuado no período final da vida do doente. Assim se geram a artrite sêca e a redução da articulação, o que justifica o nome de reumatismo atrófico. Outras vezes, o aspecto inflamatório atenua-se, quasi desaparece, e cede o lugar à degenerescência articular, formando-se assim as artrite-atroses.

O estudo do sangue dos doentes com artrite fornece ensinamentos de valor. As modificações humoro-celulares são a repercussão sanguínea da infecção. Existe anemia, leucocitose com neutrofilia e por vezes linfocitose e eosinofilia. As duas primeiras características são próprias dos surtos evolutivos inflamatórios, as últimas, dos estados latentes, dos períodos de acalmia. Há aumento da velocidade de sedimentação globular e valores elevados da reacção de Vernes, aumentos que correm, dizem, paralelos à intensidade da inflamação articular. O diagnóstico do reumatismo crónico — *artrite* — torna-se evidente e fácil nos casos em que há convergência dos sinais semiológicos apontados. Pode, no entanto, suceder que a artrite evolua de início e sempre, sob apirexia, que os surtos inflamatórios não existam, e que todos os elementos de diagnóstico, acima citados, sejam insuficientes para a diagnose diferencial da artrite com a artrose. O nosso dever é diagnosticar, tipo mixto de reumatismo.

Feito o diagnóstico anátomo-clínico da lesão articular, impõe-se procurar fazer o diagnóstico etiológico. Se a artrite surge no decurso ou após uma doença infecciosa determinada (fêbre tifóide, pneumonia, etc.), tem quasi sempre acentuado derrame, e o diagnostico etiológico é obvio. O diagnóstico da etiologia tuberculosa, sifilítica ou

gonocócica da lesão articular é cheio de dificuldades e quasi sempre, é um diagnóstico de probabilidade. No entanto, em certos casos, a história clinica do doente e certa modalidade de sintomas podem convergir por forma a levar-nos a opinar, quasi sem receio, pela etiologia tuberculosa, sifilitica e blenorragica de certas artrites.

A artrite tuberculosa — reumatismo tuberculoso de Poncet — existe, em regra, em doentes com outras tuberculoses atenuadas (1); é frequentemente secundária a traumatismos fixadores e consideravelmente melhorada pelo tratamento anti-tuberculoso; o doente tem a CR fortemente positiva, mau estado geral e febricula.

A artrite sifilitica acompanha-se de sinais humorais específicos, de manifestações tissulares (gomas) ou viscerais sifiliticas, ou de qualquer outra prova clara da existência de sífilis, de dôres articulares nocturnas muito intensas, de sinais frequentes de periostite, de bom estado geral; escolhe, de preferênciã, a articulação cleido-esternal e melhora nitidamente com o tratamento anti-sifilitico.

A artrite gonocócica existe em doentes com gonocócica recente ou antiga, localisa-se, de preferênciã, na articulação do joelho, é sensível ao tratamento anti-gonocócico, acompanha-se de atrofia óssea acentuada, dôr intensa, bom estado geral.

Finalmente há um grupo de lesões reumáticas, cuja característica infecto-inflamatória não oferece dúvidas, mas em que a determinação do agente infeccioso é, por vezes, muito difficil, e, num ou outro caso, impossivel. Constituem este grupo, as artrites provenientes duma infecção focal (2), distante ou próxima, da articulação. Diz esta doutrina que toda a infecção crónica do organismo é originada por um foco infeccioso ou a este cabe, pelo menos, no estado infeccioso geral, papel importante.

Merecem lugar de primazia, os focos infecciosos localizados nos dentes, (em especial, o granuloma apical e a piorreia alveolar), as

(1) O reumatismo tuberculoso é rarissimo em indivíduos com lesões graves de tuberculose pulmonar. Em 4499 tuberculosos pulmonares graves, Brown só encontrou 11 casos de reumatismo tuberculoso. Parece-me interessante e a propósito citar a opinião de Floch que diz todo o reumatismo crónico requiere um terreno tuberculoso para se instalar, não o simultaneo da tuberculose pulmonar grave, mas o proveniente da tuberculose em segunda ou terceira geração. A efficácia frequente da auro-terapia e da cuti-vacinação de Ponsdorf é considerada por alguns autores como argumento demonstrativo da etiologia tuberculosa, ou, pelo menos, de terreno tuberculoso especial. Sabe-se, no entanto, que o ouro e as albuminas microbianas da mistura de Ponsdorf não têm acção especifica anti-tuberculosa.

(2) Já em 1819 Benjamin Rush verificara que o reumatismo crónico pode curar pela exereses de um doente infectado. Só nos últimos vinte anos, porém, inicialmente por Billing de Chicago, seguido mais tarde por Goldthwaite e outros, a doutrina da infecção focal se generalizou. São apenas as nefropatias e cardiopatias, os dois tipos de afecções em que a infecção focal se verifica mais frequentemente que no reumatismo.

infecções amigdalianas, a infecção dos seios, a prostática; em segundo lugar, veem as infecções ginecológicas (cervicite e endocervicite), a colecistite, as bronquiectasias, supurações pulmonares, apendicite, estados infecciosos crônicos intestinais (1), colite ulcerosa, infecção cutânea, etc.

Verificou-se (Rosenow e Haden) que os germens responsáveis da artrite reumatismal proveniente da infecção focal são, por ordem decrescente, o estreptococcus viridans, o não hemolítico, o hemolítico, o estafilococcus branco e o dourado; raramente outros micróbios são responsáveis do reumatismo por infecção focal.

Não basta a existência de focos infecciosos em doentes com artrite para filiar esta naqueles. A prova terapêutica, isto é, a cura da lesão articular após a ablação do foco é, talvez, a única razão indiscutível da relação das duas manifestações infecciosas. Frequentemente, porém, se regista a cura do reumatismo (46%) em indivíduos que continuam a sofrer dos focos infecciosos. O reumatismo crônico, embora raramente, pode fazer o primeiro surto, após a extração do foco infeccioso. Há doentes com infecções crônicas em vários departamentos do organismo e sem artrite.

Nos indivíduos velhos, caquéticos e com artrose, nos doentes excessivamente debilitados pela própria artrite, podem existir focos infecciosos, consequência secundária da lesão articular e não sua causa primária. Não é pois fácil tarefa relacionar a lesão reumática com determinado foco infeccioso.

O diagnóstico seria extremamente fácil se se encontrasse na cavidade articular, o germen dos focos infecciosos distantes, mas raramente se obtém esta demonstração clara. Só 22% das culturas com o líquido articular foram positivas segundo os trabalhos de Poston, Shauds e Farkner; estes autores obtiveram o mesmo resultado em 45% dos doentes, fazendo as culturas com os gânglios linfáticos satélites das articulações lesadas (2). As lesões articulares parecem ser, muitas vezes, manifestações alérgicas dos focos infecciosos a distância.

Só especialistas de verdadeiro mérito podem, em muitos casos, auxiliar o médico internista.

Com efeito, não são propriamente as bocas cheias de vários abscessos dentários, de locas purulentas, em livre comunicação com o exterior, as mais frequentemente responsáveis pela artrite; maior responsabilidade cabe aos pequenos abscessos apicais de drenagem única para o meio sanguíneo ou linfático, e que passam despercebidos ao exame superficial. Também não são as amígdalas hipertrofiadas, ulceradas e

(1) Burbank diz ter encontrado estreptococcus em 70% das fezes de indivíduos com artrite.

(2) Um bom tipo de artrite para estes estudos é o reumatismo de Still-Chauffard que ataca, (de preferência), os jovens, e se caracteriza, além das artrites, por múltiplas hipertrofias ganglionares e esplenomegalia.

purulentas, as mais frequentes causadoras da lesão articular; são, pelo contrário, as pequenas, encastoadas em pequenas locas, por vezes, invisíveis, em parte esclerosadas, mas capazes de conter pequenos focos bacterianos, origem de graves reumatismos. Lígeiro rubor do pilar anterior, serosidade sobre esta região, podem denunciar focos purulentos de amígdalas, de difícil exame objectivo.

Igualmente não é fácil tarefa afirmar a influência na genese de determinada artrite, de certas inflamações dos seios (frontal, maxilar, etc.); estas podem ser de diminuta intensidade e originar grave reumatismo. Nem sempre a coexistência da infecção prostática e artrite, permite concluir que esta depende daquela. Nos casos de reumatismo por infecção prostática, só em 20% é o gonococcus o responsável; o estreptococcus, o estafilococcus e o coli-bacilo são géimens frequentes desta modalidade de artrite por infecção focal. Só um hábil urologista poderá dar-nos opinião que bem oriente o reumatologista.

A importância da infecção focal é considerável, como se deduz das seguintes estatísticas americanas: 70% dos doentes com reumatismo crónico têm um foco infeccioso que o explica; nestes, a infecção do nariz, garganta e amígdalas observa-se em 53%, a infecção dentária em 31% e a genito-urinária em 12%.

A-pesar das dificuldades do diagnóstico etiológico — em grande parte, removíveis pelo concurso de médicos especializados — o diagnóstico do reumatismo por infecção focal, pode fazer-se com tanta ou mais certeza que o do tuberculoso, do sifilítico ou do gonocócico.

* * *

Artrose — É a afecção caracterizada por degenerescência dos elementos articulares, de etiologia complexa, em que parecem predominar as alterações metabólicas, os vícios nutritivos, as desindocrínias, as lesões nervosas, ou ainda, como quer Marañon — partidário do unicismo etiológico do reumatismo — as infecções muito atenuadas evoluindo em terrenos discrásicos.

Factores locais múltiplos favorecem o seu aparecimento; entre estes, merecem especial relêvo, as luxações traumáticas, os traumatismos em geral, a fadiga e surménage de determinado grupo de músculos e articulações (pé chato, etc.), obesidades anormais e bruscas, gerais ou localizadas, sobrecarregando o aparelho músculo-articular, perturbações circulatórias locais (varizes da região), a presença de tumores, etc.

Factores gerais acompanham a artrose, condicionando-a ou favorecendo o seu aparecimento, como doenças do sistema nervoso (tabes, seringomielia, etc.), insuficiências endocrinas, ovárica e tiroidea, senescência da totalidade do sistema endocrino, artério-esclerose, osteoporose senil, fadiga, nutrição e hygiene defeituosas, desvios metabólicos.

A artrose tem início insidioso, evolução sempre apirética; aparece na segunda metade da vida e escolhe, em regra, as grandes articulações (joelho, anca, ombro) dos indivíduos de constituição pícnica. Pode

constituir sintoma inicial, ao lado de dor ligeira, um estalido próprio do contacto dos ossos quando se executam movimentos articulares. A lesão degenerativa (manchas amarelas e despolidas) começa na parte central da cartilagem e progride para a periferia; simultaneamente, gera-se osteoporose epifisaria dos ossos, aparecendo por vezes, quistos ósseos com substância mucóide. Precocemente, desenvolvem-se osteófitos e outras formações ósseas para-articulares; a articulação aumenta de volume (reumatismo hipertrofico); a anquilose óssea não se realiza a não ser na coluna vertebral. Faltam os sinais de inflamação da artrite, ou somente existe ligeira irritação da sinovial; a dôr e a impotência funcional são pouco acentuadas; igualmente faltam os sinais sanguíneos próprios dos estados inflamatórios articulares.

O exame radiológico mostra deformações intensas das extremidades ósseas, osteófitos, ganchos, bicos de papagaio, topos ósseos aumentados de volume e com zonas eburneas, ausência de acentuada osteoporose; às vezes, corpos extranhos — osteófitos ou enchondroses que se fracturaram em função dos movimentos.

Em alguns casos, desenvolve-se junto à articulação, porções de gordura — lipomas arborescentes de Mueller.

São exemplos de artrose, a artrose de joelho (lipo-artrite do joelho), a *coxae morbus senilis*, a *artrite deformante humeralis*, o reumatismo osteofítico lombar, o reumatismo nodoso das mãos, nodosidades de Heberden e de Bouchard, as deformações dos pés e dos seus dedos; as artropatias tabéticas e seringomiélicas podem ser incluídas neste grupo.

A artrose do joelho constitue a artropatia mais frequente da menopausa. É a artrite climática de Fox e Marañon.

A *coxae morbus senilis* é, para Calot, a conseqüência da luxação congénita da articulação coxo-femural, originando-se assim uma dupla cavidade cotiloide que, ao raio X, fornece a imagem característica do U radiológico. As nodosidades de Heberden ocupam as articulações da segunda para a terceira falange, e as de Bouchard, da primeira para a segunda falange. As artropatias tabéticas e seringo-miélicas começam, de preferência, pela articulação do joelho.

O diagnóstico da artrose, nos casos puros, não oferece dificuldades.

Artrite-artrose — São, em meu critério, a artropatia deformante progressiva, a artrite gotosa, a artrite seca com lesões degenerativas, embora com o inicio puramente inflamatório, todas as artropatias de diagnóstico diferencial impossível.

(Continua)

M. BRUNO DA COSTA

LIVROS & REVISTAS

Periduodenites de origem apendicular. Diagnóstico clínico e radiológico por Kadruka e Bardet (Genève) (*Arch. des mal de l'app. digestif et mal. de la nutrition*, n.º 4, 1934).

Os AA. fazem o estudo clínico e radiológico minucioso de 5 doentes nos quais provaram ser a periduodenite existente, dependente do processo apendicular. A ordem de frequência, em sentido decrescente, segundo a qual as diferentes afecções geram periduodenites é a seguinte: colecistite, apendicite, afecções pélvicas, úlceras duodenais, periviscerites essenciais.

O diagnóstico de periduodenite essencial só se deve fazer, quando seja possível excluir toda a lesão clínica visceral vizinha (região-duodeno-pancreático-vesicular) ou distante (reg. ileo-cecal-apendicular), e ainda as alterações histológicas dessas visceras.

A propagação da afecção apendicular ao *carrefour* piloro-duodenal faz-se, ora por continuidade, criando aderências extensas do apêndice ao duodeno, ora pelos linfáticos do grande epiploon ou pelos linfáticos eferentes do apêndice e que vão aos grupos ganglionares periduodeno-pancreáticos. A propagação da infecção para baixo e para dentro é mais rara, e por esta razão são mais raras as dores sacro-lombares. As complicações duodenais são mais frequentes na apendicite retro-cecal. Frequentemente, é o *carrefour* inferior que sobe e favorece a aproximação do apêndice ao duodeno, gerando condição propícia à transmissão das lesões.

A periduodenite apendicular ocupa, em regra, as faces do bolbo e a pequena curvatura, ou a terceira porção duodenal; a periduodenite por colecistite ocupa, quasi sempre a região apical bolbar, a grande curvatura e a segunda porção duodenal; tanto esta periduodenite como a gerada pela úlcera duodenal, são, por vezes, acompanhadas de desvios e repuxamentos do bolbo duodenal, ou para cima ou para o lado direito.

Os sinais próprios de colecistite e os nichos Haudek e os de Akerbund são bons elementos para afastar a ideia de uma periduodenite por apendicite.

Se eles porém não existirem, e mesmo sem os sinais clínicos e radiológicos de apendicite, não se pense imediatamente na periduodenite essencial. Podem existir a periduodenite ou uma peritonite plástica, peri-

colite, etc., oriundas de uma apendicite adormecida, as quais em tal momento evoluem por sua própria conta e geram e mantem o processo peritoneal.

A periduodenite apendicular faz-se, muitas vezes, acompanhar de estômago hipotônico, hiper-kinésico, com hiper-secreção e hiper-acidez, e ainda com redução da mobilidade.

M. BRUNO DA COSTA.

Cuidados médicos após a tiroidectomia total — *The medical case of patients following total thyroidectomy*, E. Epinger, and A. Lvine, *The Journal of the American Medical Association*.

Os AA. dizem ter empregado a tiroidectomia total em casos de insuficiência cardíaca e de angor pectoris, intratáveis, isto é, que não cedem a qualquer medicação.

Os doentes por angor pectoris estão sujeitos por algum tempo, apoz a operação, à fibrilação ventricular ou trombose da coronaria. Depois, surge o mixoedema. Em tais doentes, a administração de extracto tiroideu em doses elevadas pode originar angor pectoris ou uma grave e rápida insuficiência cardíaca. Por êste motivo, aconselham, apenas surjam os sinais de mixoedema, na primeira semana, diariamente, 0,030 de extracto tiroideu, e em seguida, baixar esta dose para metade. Está-se, assim, ao abrigo de qualquer acidente desagradável.

Nos doentes com insuficiência cardíaca regista-se beneficio 3-4 semanas depois da operação. O mixoedema dêstes doentes, como nos sofreadores da angor pectoris, não está proporcionalmente relacionado com a baixa do M. B. A diminuição da velocidade da corrente sanguínea e da cholesterolemia podem ser índices do mixoedema.

A terapêutica pela tiroide, se fôr exagerada, pode gerar uma insuficiência cardíaca grave. Os mixoedematosos post-operatórios são muito mais sensíveis à terapêutica tiroideia que os espontâneos. Nunca devemos pretender, nos casos em questão, que o M. B. seja mais elevado que — 20.

Podem surgir ainda, como complicações, a rouquidão e afonia por lesão do nervo recurrente laringeo — o que não tem tratamento específico, e a tetania que cede ao viosterol (5-10 comprimidos por dia) e lactato de cálcio (4-8 gramas diariamente). Êste tratamento contra a tetania deve prolongar-se durante cêrca de 3 semanas.

M. BRUNO DA COSTA.

Verdadeira quilúria não parasitária associada à menstruação (*True nonparasitic chyluria associated with menstruation*), A Cookson e H. Pullar, *Arch. of Int. Medicine*, vol. 53, n.º 6, 1934.

Os AA. só chamam quilúria à existência na urina do quilo, isto é, a linfa com gorduras, proteínas e linfócitos, tal qual corre nos vasos linfáticos,

O aspecto lácteo da urina devido ao pus em quantidade abundante, a fosfatos, e a turvação excessiva devida a gorduras, como se verifica em doentes de diabetes mellitus, fracturas e nefrites, constituem falsas quilúrias.

Mencionam o caso de uma doente que tivera quilúria verdadeira aos 16 anos e na qual, 12 anos apoz um parto, começara a sofrer de quilúria no final da época menstrual. Êste estado anormal da urina persiste apenas 2-4 dias. A composição da urina mostrou quantidades de gorduras, proteínas e linfócitos, de harmonia com as existentes nos vasos linfáticos, não permitindo, portanto, dúvidas acêrca da sua proveniência.

Em comentário a êste caso, os AA. confrontam as duas teorias patogénicas da quilúria, relegando completamente aquela que se baseia num excesso de gordura no sangue e sua necessária secreção e eliminação renal.

Defendem a teoria mecânica, que admite a existência de obstruções ou apertos no canal torácico (parte superior) e nos vasos linfáticos mesentéricos, que originam excessos de pressão nos vasos linfáticos lombares, dilatação dêstes e dos que vão para o rim e bexiga, rutura subsequente com a comunicação para os canais urinários ou bexiga.

Tal teoria explica as intermitências da quilúria e as quilúrias não parasitárias.

De facto, autores variados teem encontrado, uns, obstruções do canal torácico, espessamento das suas paredes, outros, dilatação dos linfáticos lombares, e outros até, em exame post-mortem, a linfa entrando nos canais urinários.

Estão registados até hoje cêrca de 100 casos de quilúria não parasitária, o que demonstra o interêsse do caso presente, cujo estudo não é completo por falta do exame necropsico. O aparecimento da quilúria simultaneamente ao fim da menstruação parece mera coincidência.

M. BRUNO DA COSTA.

Réflexions sur la thérapeutique de l'ulcère gastro-duodénal por A. G. Weiss et Emile Aron, *Arch. des mal. de l'app. org. et des mal. de nutrition*, n.º 5, 1934.

Os AA. fizeram estudos experimentais em cães pelo processo de derivação dos sucos duodenais, que, em seu critério, é o único que fornece úlceras semelhantes às do homem.

Concordam com Delayeres, que a acção corrosiva do suco ácido-peptico sobre a mucosa duodenal é o factor dominante na patogenia de úlcera. Mas admitem como Leriche, a doença da mucosa, que condiciona a acção corrosiva do suco ácido. E finalmente dizem que, atraz dessa doença da mucosa, se esconde ainda uma perturbação do metabolismo e supõem ser esta a falta de ácidos aminados que o organismo não é capaz de elaborar, como seja a histidina e o triptofano. No caso experimental, em animais, a derivação dos sucos duodenais origina a desprotecção da mucosa e ao mesmo tempo má desintegração dos proteicos e a falta dos ácidos aminados mencionados. Os animais emagrecem e as úlceras surgem. Como contra-prova, verifica-se que, mantendo a derivação dos sucos duodenais e injectando histidina, nem os animais emagrecem nem as úlceras aparecem.

Sobre o emprego dêste producto (histidina) em doentes ulcerados, os AA. dizem ter obtido magníficos resultados, mas que, atendendo ao carácter alternativo do sofrimento de úlcera, por enquanto, só podem falar em estabilisação do processo ulcerativo. Se os resultados não forem superiores aos da proteinoterapia, êste método tem no entanto a grande vantagem, segundo dizem, de constituir um tratamento de fundo e portanto mais lógico.

A úlcera é pois o resultado de perturbações secretoras sobre uma mucosa doente (doença tissular de Leriche), e esta, por sua vez, é originada por perturbações do metabolismo.

M. BRUNO DA COSTA.

Um caso de litíase pancreática diagnosticada durante a vida (por Garim, Bernay e Giraud), *Arch. des mal. de l'app. digest. et des mal. de la nutrition*, n.º 6, 1934.

A litíase pancreática é raramente diagnosticada pelos sinais clínicos. Os próprios exames radiológicos se prestam também a confusões com as litíases vesiculare, choledociana e renal. Os sinais clínicos e radiológicos de valor e que o doente em estudo apresentou são os seguintes: grandes crises dolorosas com sede no hipocondrio esquerdo e irradiação para a espádua esquerda, enorme emagrecimento, e uma imagem radiográfica em pequeninas manchas, ocupando tôda a zona pâncreática.

A imagem em pequenas manchas, de aspecto triangular, colocada obliquamente em frente da coluna vertebral, ao nível da 2.^a e 3.^a lombares e ainda um esbatido especial destas manchas, em consequência dos movimentos que ao pâncreas imprimem as pulsações da aorta, constituem sinais que, em regra, não enganam o radiologista hábil.

M. BRUNO DA COSTA.

Os problemas da alimentação terapêutica à luz da ciência contemporânea por Manuel Pevsner (Moscou), *Arch. des mal. de l'app. digest. et des mal. de la nutrition*, n.º 7, 1934.

Este artigo contém doutrina nova em matéria de alimentação. Diz que todo o homem saudável deve receber a alimentação dietética, em harmonia com a sua constituição, o seu modo de vida, as suas reacções nervosas e humorais. Diz que todo o homem doente deve receber a alimentação terapêutica, em harmonia não com o órgão doente, mas sim aquela que seja capaz de actuar sobre as trocas intersticiais, no seu conjunto.

A alimentação é capaz de actuar sobre os processos físico-químicos do organismo, a composição química dos tecidos, faculdade reaccional orgânica, particularidades constitucionais. Cita exemplos: dietas de Herrmansdorfer e Gerson modificam a composição mineral da pele, do tecido celular sub-cutâneo, dos músculos e ossos; Paladine diz que pela dieta se modifica a composição química da célula nervosa. As reacções do organismo também se modificam: o M. B. do animal aumenta com e aumento de sal na dieta (Zuns), a alimentação dos cães influi nos sucos digestivos e funções do cérebro (Rasionkov); o fenómeno de Arthus é potenciado por uma dieta pobre em hidratos de carbono (Tallalaiev), etc. O autor afirma pois que pelo factor terapêutico nós podemos guiar as reacções do organismo, portanto potenciar a acção dos medicamentos, em sentido provável, quando a dieta é bem prescrita. Fala-nos no bom efeito da substituição das dietas constantes que tem por fim aliviar este ou aquele órgão, por dietas zig-zag (Zickzackkost), pelas quais o órgão está uns dias com determinada carga alimentar, depois completamente livre, e assim sucessivamente, variando a carga alimentar a que é submetido. Fala-nos na «antiphlogistische Diät» que consiste em diminuição de sais e tem como consequência aumento de cálcio, intercalando neste regimen 3-4 dias, ora pobres em hidratos de carbono e gorduras, ora pobres em proteínas. Com tal dieta tem obtido magníficos resultados nas colites, gastrites crónicas, peritonite tuberculosa etc.

O autor em todo o seu artigo não se cansa de enaltecer o valor dos dias de alimentação especial, dias de contraste, dia só de legumes, por exemplo, com que os reumáticos crónicos melhoravam consideravelmente. O valor da dieta em zig-zag, aliviando ou carregando mais o órgão doente, parece-lhe indiscutível.

M. BRUNO DA COSTA.

Contribution à l'étude de l'hydrolabilité dans la première enfance, Salvador E. Burghi, *Revue Française de Pédiatrie*, 1934, p. 75.

Em opposição com Finkelstein, que considera a hidrolabilidade um estado constitucional, considera-a o autor de natureza adquirida.

Quanto à interdependência entre a hidrolabilidade e a distrofia, em opposição, ainda, com Finkelstein, considera a primeira consecutiva à segunda e não vice-versa.

Efectivamente, antes de se operarem as graves modificações do metabolismo hídrico (do qual as rápidas e intensas flutuações ponderais são a tradução clínica) o organismo começa por ser distrófico mercê de alterações celulares transitórias ou progressivas condicionadas pelo desequilíbrio quantitativo e qualitativo dos elementos que entram na sua constituição e orientam a sua fisiologia: sais alcalinos e glucidos facilitando a retenção da água; albuminas deixando-se *embeber* por ela; lipóides fixando-a de um modo particularmente estável e impedindo, com os sais de cálcio, a hidratação e desidratação excessivas; enfim, certas vitaminas, presidindo à chamada *imbebição* assimiladora.

A discreção habitual da hidrolabilidade patológica (até aos três meses deve admitir-se um certo grau de hidrolabilidade *fisiológica*) das lactentes criados ao seio ou seja com um leite, um alimento equilibrado sob o ponto de vista quantitativo e qualitativo; a transformação de um lactente *hidrostável* em hidrolável secundariamente a um regimen alimentar defeituoso ou a uma doença *distrofiante*, etc., provam bem a veracidade da sua doutrina.

A acção *sucessivamente* distrófica e hidrolável da inanição (que pode ir até à «*decomposição*», termo último da hidrolabilidade); a hidrolabilidade observada na *doença celiaca* na qual, ao lado de uma absorção normal ou sub-normal das proteínas, existe uma imperfeita absorção, no ritmo e intensidade, dos glucidos, sais de cálcio, gorduras e, consequentemente, de certas vitaminas, conduzindo o organismo a um estado de manifesta distrofia, militam igualmente a favor de uma tal concepção patogénica da hidrolabilidade.

Entre os factores particularmente hidrolabilisantes, conclui o autor, devem citar-se algumas infecções (otite, latente ou não, rinite diftérica, e heredo-sífilis) agindo directamente ou pelas perturbações digestivas secundárias e ainda as acidoses «intensas e prolongadas».

LÚCIO DE ALMEIDA.

Sôbre as indicações da hysterectomia na apoplexia útero-placentar

— *Au sujet des indications de l'hysterectomie dans l'apoplexie utéro-placentaire*, por A. Ginglinger, *Gyn. et Obst.*, Jan. 1935, p. 8.

Na apoplexia útero-placentar a cesariana impõe-se, como é sabido; resta saber, porém, quais os casos em que deve conservar-se o útero ou em que deve fazer-se a hysterectomia.

Se o útero está totalmente infiltrado e a sua friabilidade é grande, não há motivo para hesitações: a hysterectomia é indiscutível.

Se a infiltração é parcial e ligeira, notando-se somente por pequenas manchas equimóticas, que não alteram de forma apreciável o aspecto e

consistência do útero, o caminho está também traçado: conserva-se o útero.

Para os casos duvidosos o A. preconiza, à semelhança de Keller e Bohler, a injeção intra-venosa de hipofisina, ao mesmo tempo que recorre, também, à injeção intra-muscular no próprio útero, segundo a técnica de Reeb. Se o útero se contrai deve conservar-se; se pelo contrário se mantém inerte deverá proceder-se à sua extração. Pery e Mahon pensam da mesma forma.

LUIZ RAPOSO.

Estudo sobre a ureia do sangue durante a gravidez e puerpério —

Études sur l'urée du sang pendant la grossesse et la puerpéralité,

por J. Botella Llusia, *Gyn. et Obst.* Jan. 1935, p. 30

Segundo o A. existe diminuição da ureia no sangue durante a gravidez normal e a pré-eclampsia. Na eclampsia a cifra da ureia é ainda mais baixa.

Esta diminuição seria devida a insuficiência do fígado.

No puerpério a ureia do sangue aumenta, sem contudo ultrapassar os limites normais.

A expressão: uremia puerperal, não tem, pois, um valor absoluto, mas apenas relativo.

LUIZ RAPOSO.

Tratamento das septicémias adenoideias — *Traitement des septicémies adénoïdiennes (par le toucher rhino-pharyngien appuyé)*, por Robert Rendu (Lyon), *Archives de Médecine des Enfants*, Fever. 1935, p. 83.

Data de 1925 o primeiro caso de cura de adenoidite aguda que o A. observou após um toque digital apoiado da rino-faringe. A este seguiram-se outros casos, igualmente felizes, comunicados pelo A. à Sociedade Nacional de Medicina de Lyon e ao Congresso da Sociedade Francesa de oto-rino-laringologia em Outubro de 1927.

Distinguem-se duas formas clínicas de septicémia adenoideia ou rino faringea:

1.^a A *adenoidite aguda clássica*, cuja duração é de quatro a oito dias;

2.^a A *adenoidite aguda arrastada*, que se caracteriza pelo prolongamento da sua evolução (duas a quatro semanas), a irregularidade e a importância das oscilações térmicas e a intensidade das reacções ganglionares cervicais.

Neste estudo o A. limita-se a apreciar a crítica feita ao seu método por alguns médicos franceses.

Gamaleia e Michon (de Nancy), atribuem «ao dedo providencial» uma acção curativa notável. Segundo êles a febre e os sintomas infeciosos gerais retrocedem imediatamente depois dum toque naso-faríngeo.

Liebault (de Paris) aprova igualmente o toque na adenoidite aguda arrastada, mas não na adenoidite aguda clássica, visto que, a seu ver, o toque naso-faríngeo não deve considerar-se absolutamente inócua quando empregado em pleno período inflamatório.

E. Junca (de Bordeus) considera o método como verdadeiramente heróico. Segundo êle nas adenoidites arrastadas deve preferir-se o toque naso-faríngeo à adenotomia, visto que esta operação feita a quente, ainda que aconselhada por alguns, é susceptível de complicações.

Georges Verger (de Limoges) aconselha o toque naso-faríngeo em todos os casos de adenoidite aguda simples, de adenoidite arrastada sem adenopatia e de adenoidite com adenopatia. Em todos os casos por êle tratados a temperatura desceu ao normal nas vinte e quatro ou quarenta e oito horas seguintes.

O A. é de parecer, não obstante, que nas adenoidites simples o seu método não deve empregar-se, já porque a cura espontânea é de regra, já porque na hipótese de qualquer complicação da doença se evita que a família atribua ao médico a responsabilidade do seu aparecimento.

Pelo momento e por razões de simples prudência, entende preferível que se reserve o toque aos casos de adenoidite aguda arrastada.

Acaba por dizer que não deve fazer-se do toque naso-faríngeo panacéia para todos os estados febris das crianças, lembrando, nomeadamente pelo que respeita à septicémia tuberculosa, que a temperatura é em geral mais regular e menos elevada nesta afecção do que na septicémia adenoideia.

LUIZ RAPOSO.



CENTRO DE ESTUDOS DO
INSTITUTO DE CARVALHO

TRATAMENTOS COM COMBINAÇÕES ORGANICAS DE IODO

POR

DR. ERNEST ROSMARIN e PROFESSOR DR. WALTER LOEB

Diz o Dr. Ernest Rosmarin: «Comparando vários preparados de iodo, prefiro a qualquer outro «TRYOSATUM», porque nunca notei com o seu emprêgo quaisquer efeitos secundários, antes pelo contrário, fui muitas vezes obrigado a suspender o emprêgo de outros preparados, porque os doentes os não suportavam, e sempre que usei TRYOSATUM verifiquei que a-pesar dos resultados serem mais rápidos não existiam efeitos de iodismo como é freqüente».

O Professor Dr. Walter Loeb director da secção de Bioquímica do Hospital de Virchow, em Berlim, nos seus trabalhos intitulados: «As propriedades químicas e fisiológicas-químicas de TRYOSATUM» escreve:

«Tenho comprovado em todos os tratamentos feitos com TRYOSATUM que os órgãos digestivos não sofrem qualquer prejuizo. Além disso, durante a digestão nos intestinos, produz-se pelo influxo da tripsina uma nova desagregação de iodo e a seguir uma reabsorção debaixo da forma de iodeto de potássio, daqui um novo efeito de iodo que em dose correspondente, deve ser igual ao efeito conhecido do iodeto de potássio.»

«Nos numerosos ensaios realizados para determinar os limites tóxicos de TRYOSATUM pude constatar que apenas em doses superiores a 1 gr. por kg. de pêso do corpo TRYOSATUM começa a ter uma acção prejudicial para o organismo: o figado inundado com a substância não pode já cumprir a sua missão. TRYOSATUM tem ainda uma grande superioridade sôbre outros preparados de iodo, conforme o demonstrou já o Professor Dr. Kobert, elimina-se com muita facilidade e não se fixa no organismo»

TRYOSATUM foi inventado pelo Dr. Claus de Freiburg é uma composição de iodo, enxofre e quinoleina não conseguida até hoje na farmacopeia, é um anti-bacilar e anti-infeccioso de grandes qualidades, há muito usado em quasi todos os Países do Mundo e recentemente introduzido em Portugal onde começa a dar as suas magnificas provas, tendo já sido adoptado com resultados bem satisfatórios por médicos ilustres nos tratamentos da Tuberculose cirúrgica, sífilis, linfatisimo, reumatismo, doença de Basedow, arteriosclerose, etc.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Cursos médicos internacionais em Berlim

A academia berlinense de formação médica suplementar dirigida pelo burgomestre da cidade de Berlim, preparou para Março e Maio de 1935 os seguintes cursos médicos internacionais:

1 *Clinica médica com consideração especial das doenças do estômago e do intestino* (de 4-9 de Março). Prêço 40 marcos.

2 *Doenças do metabolismo e doenças das glândulas de secreção interna* (de 11-16 de Março). Prêço 40 marcos. Preços dos cursos 1 e 2 em conjunto 60 marcos.

3 *Progressos práticos na diagnose com raios X e terapêutica de irradiação especialmente na clinica médica* (de 18-24 de Março). Prêço 70 marcos.

4 *Curso especial em urologia* (de 25-30 de Março). Prêço 70 marcos.

5 *Profissão e doença com consideração especial da ocupação com atestados*. (de 1-8 de Abril). Prêço 40 marcos.

6 *Curso especial para cirurgões* (de 29 de Abril a 4 de Maio). Prêço 70 marcos.

7 *Cursos especiais de todas as disciplinas da medicina* com trabalhos práticos nas clínicas e nos laboratórios são realizados cada mês. A matrícula para 8 exercícios de 2 horas é de 50 a 80 marcos. Nestes cursos dá-se maior importância à prática, sendo o ensino teórico secundário.

Programas e informações detalhadas podem ser pedidos ao escritório da Academia Berlinense de formação médica (Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung), Berlin NW 7, Robert-Koch-Platz 7 (Kaiserin Friedrich-Haus). Podem tomar parte nos cursos tanto médicos alemães como estrangeiros.

Médicos estrangeiros e médicos alemães residentes no estrangeiro recebem na Reichsbahn (companhia ferroviária do estado) um abatimento de 25—60%; o custo de vida para médicos estrangeiros na Alemanha é consideravelmente mais barato com o emprêgo da chamada « Registermark »; é aconselhável procurar informações antes da sua partida num banco do seu país.

Sociedades científicas

Ciências Médicas

Nesta sociedade, o sr. dr. Francisco Gentil comunicou que o sr. dr. Vasco Palmeirim, que se encontra em Lourenço Marques organizara ali, uma associação médica onde se realizam sessões científicas, e relatou em nome daquele clínico um caso de fibroma gigante, ulcerado, da parede abdominal, que é descrito, assim como a técnica operatória empregada. É uma observação curiosa que mostra a dificuldade de trabalho que o sr. dr. Palmeirim encontra no hospital onde trabalha.

O sr. professor Francisco Gentil leu uma outra comunicação do mesmo autor sobre inversão uterina post-partum, datando de quatro anos, sobre a qual fez várias considerações.

O sr. dr. Pedro Almeida Lima fez considerações sobre o tratamento dos tumores da hipofise.

O sr. dr. Borges de Sousa disse que este assunto interessa não só o neurologista como também o oftalmologista, especialmente quando é coroado de bom êxito operatório, e sobre êle fez interessantes considerações.

O sr. dr. José Júlio Santa Bárbara fez algumas considerações sobre a sintomatologia e etio-patogenia do mongolismo. Disse que o quadro clínico desta doença é rico em sintomas, mas são pouco constantes, encontrando-se mesmo alguns dêles em indivíduos normais.

Sobre o assunto usou da palavra o sr. professor dr. Vitor Fontes.

— Noutra sessão da Sociedade das Ciências Médicas, o sr. dr. Mário Quina, em seu nome e no do dr. Abel da Cunha, fez uma interessante comunicação sobre um caso de disostose cleido-craniana. Constitui esse caso uma doença rara, talvez pela primeira vez descrito entre nós, e que é caracterizado pela ossificação incompleta dos ossos da abóbada craniana, pela ausencia das clavículas e pelo carácter hereditário desta afecção. Sobre o assunto, que foi exposto com muita precisão e clareza e que os seus autores documentaram com radiografias e com a apresentação da pequenina doente, falaram os srs. drs. Cancela de Abreu e Almeida Dias, assim como o sr. professor Borges de Sousa, que fez o elogio da forma como os srs. drs. Abel da Cunha e Mário Quina trataram a questão.

O sr. dr. Almeida Lima relatou um caso operado de tumor da bolsa de Rathke. Depois de descrever a sintomatologia e os quadros clínicos mais frequentes nos doentes portadores destas lesões, acentuou a sua convicção de que aqueles tumores, assim com os da hipofise, de que se occupara na sessão anterior, são mais vulgares do que se julga. Muitas vezes, não são diagnosticados em certos doentes e manifestam-se apenas por cefaleias discretas e perda progressiva da visão, erradamente atribuídas a várias causas, principalmente à sífilis. Os trez casos apresentados são os primeiros operados em Portugal e provam a eficácia

dos modernos processos de cirurgia intra-craniana, permitindo a cura de doentes, votados a cegueira certa e a uma vida precária e curta, não sendo operados. Sôbre o assunto usaram da palavra os srs. drs. Almeida Dias e Borges de Sousa.

O sr. dr. Carlos Santos, Filho referiu-se a uma comunicação que fez à Sociedade sôbre o chamado efeito Bulky e descreveu a forma como se conseguem eliminar os raios secundários em rádio-diagnóstico por meio das grelhas designadas por grelhas Bulky, assim como as várias fases por que tem passado a construção dessas grelhas até chegar aos modelos actuais, de uma grande finura e perfeição. Referiu-se às comunicações que fez não só aquela Sociedade, como à Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica, à medida que tem vindo a dar-se um progresso marcado nessa técnica.

Apontou a sua contribuição pessoal para aplicações destas grelhas e fez a demonstração dos diferentes modelos que fez construir para tal fim, até chegar à aparelhagem actual que ontem apresentou. Descreveu os vários pormenores e aperfeiçoamentos pessoais que introduziu nesta aparelhagem e documentou a sua apresentação com radiografias que, pela sua nitidez, comprovam a excelência dos métodos. Mostrou radiografias delicadas dos maxilares e da cabeça em variadas posições. Expôs as modificações que introduziu na técnica de Law e Granger e, por fim, apresentou radiografias dos seios peri-nasais, das mastoideas e do labirinto, acentuando a perfeição que esta técnica permite atingir.

Associação Portuguesa de Urologia

Reuniu-se esta Associação a-fim-de ser discutida a conferência que, na sessão anterior, ali fizera o professor sr. dr. Reinaldo dos Santos, sôbre a patologia do rim único.

O sr. dr. Henrique Bastos referiu-se a vários nefrectomizados de muitos anos que últimamente tem visto e dos quais tirou conclusões interessantes sôbre o futuro dos que sofreram a nefrectomia, afirmando que êsse futuro não é mais sombrio, nem quanto à duração da vida nem quanto à resistência às doenças, que o operado possa vir a ter. Apontou vários casos da sua clínica particular e da hospitalar, em que doentes, a quem tirara um rim, continuaram a viver muitos anos, sem que o outro rim viesse a sofrer. Afirmou que se não devem tirar costelas para operar rins e para o comprovar apresentou três peças muito volumosas e raras de rins operados, a que antes fizera referência.

O sr. dr. Alberto Gomes disse que considerava a patologia do rim único, principalmente, no interêsse que tem o estudo da evolução das lesões existentes, no momento da nefrectomia, no rim que vai ficar isolado, a suportar as necessidades do organismo e na influência que tem sôbre elas a nefrectomia realizada.

Quando o rim restante é completamente indemne de lesões, julga que êle, no futuro, terá patologia idêntica à que teria se estivesse acompanhado pelo seu homologa e só influenciada pelas condições

intrinsecas do organismo, diatélicas ou outras, e pelas condições externas, que fortuitamente lhe venham ocasionar lesões patológicas.

O prognóstico das lesões do rim único — diz o sr. dr. Alberto Gomes — é evidentemente mais grave e bem assim a terapeutica dessas lesões, que é indubitavelmente mais emotiva pelo irremediável de um acidente, mais difícil pelas modificações que sofre o rim pela sua unilateralidade e mais contingente pelas condições do estado geral que cria ao organismo a existência de um rim único patológico.

Apresentou dois casos de rim poliquistico, operados, um, há 9 anos, e outro, há 6 anos, nos quais as lesões têm evoluído insidiosa e lentamente, sem ter havido qualquer agravamento, criado pela nefrectomia, o que o leva a concluir que, apesar da bilateralidade das lesões, a gravidade do prognóstico se coloca a tal distância de tempo, que justifica a intervenção libertadora de uma situação grave momentânea. Se não fôsse a certeza da existência das suas lesões evolutivas, o prognóstico poder-se-ia contrapor com vantagem às frequentes situações graves e mais precoces do rim único post-nefrectomia, por calculose ou tuberculose.

Relata, depois, o sr. dr. Alberto Gomes, um caso de anúria calculosa num rim único post-nefrectomia, produzida por um pequeno cálculo, do tamanho de um bago de trigo, encravado a cinco centímetros do meato ureteral que parece informar a opinião corrente de que em semelhantes casos a intervenção fundamental e necessária é a nefrectomia. Mas parece, pelo contrário, que, algumas vezes, pelo menos, não bastará desbloquear o rim e que mais seguro, se não indispensável, será eliminar o ponto de partida do arco reflexo, extraindo o cálculo.

Finalmente, apresentou um caso de calculose num rim único post-nefrectomia por tuberculose do rim oposto, num doente de 62 anos e 85 quilos de peso, em que há vários aspectos que merecem ser considerados: o tratar-se de um doente nefrectomizado por tuberculose renal e que, em vez de fazer uma tuberculização do rim único, fez uma calculose; o facto de esta calculose se não poder atribuir ao tratamento de repouso ou recalificante, a que o doente não foi submetido, por ser de grande robustez e por a diátese calculosa existir muito anteriormente aos sofrimentos e à intervenção por tuberculose renal; por fim, por a intervenção, que foi praticada, ter sido uma nefrolitotomia sem exteriorização do rim e não uma pielotomia unanimemente aconselhada e preferida por todos os urologistas, porque as condições criadas ao rim único, pela sua calculose múltipla infestada, como tantas vezes sucede, não haviam permitido que se realizasse essa operação, incomparavelmente mais fácil e menos grave.

O sr. dr. Alberto Gomes fez ainda algumas considerações sobre a pequena frequência da tuberculização do rim único post-nefrectomia por tuberculose renal, que é logicamente provável pela influência incontestada do terreno, problema de maior interesse, que só a moderna

urografia intra-venosa actualmente facilita e permite esclarecer sem prejuizo do doente.

Em seguida, o sr. professor dr. Reinaldo dos Santos defendeu brilhantemente os seus pontos de vista.

Academia das Ciências

Na sessão da classe de ciências desta Academia, o sr. professor dr. Celestino da Costa comunicou o resultado das experiências sôbre o mecanismo da fixação das gorduras circulantes que desde 1923 tem efectuado, primeiramente de colaboração com o falecido professor Sílvio Rebêlo, e mais recentemente com os drs. Xavier Morato e Portela Gomes. Essas experiencias informam a teoria da pretensa lipopexia pulmonar e mostram que a localização das gorduras injectadas depende unicamente da via de injeção escolhida. Essa localização é diferente conforme se injecta numa veia de circulação geral, numa veia do sistema porta, ou no ventriculo esquerdo, ou na aorta. As tecnicas empregadas neste estudo foram duas, injeção de gordura corada pelo sudan e pesquisa histológica pelos métodos dos cortes por conjugação; injeção de lipiodol e sua pesquisa pelo método radiográfico. Os resultados destas duas técnicas são concordantes e completam-se mutuamente.

O sr. dr. Lopo de Carvalho fez uma comunicação sôbre « Topografia arterial do pulmão ». Que declarou reconhecer em vários moldes da rede arterial do pulmão humano, feitos segundo o método por ele comunicado ao penúltimo Congresso Internacional de Anatomia, que o número de ramos que se desprendem dos dois troncos arteriais (direito e esquerdo) não têm relação alguma com o número de bronquios colaterais, ventrais e dorsais. que nascem dos brorquios principais correspondentes. Essa circunstância, que torna já por si difficil o estudo anatómico das ramificações arterias, mais agrava ainda a análise dos filmes angiopneumográficos, onde as artérias são representadas por simples sombras, numa superficie única, sem o mínimo relevo, sombras que não traduzem imagens vasculares elementares, mas sobreposição de vasos que trilham o filme em diversos sentidos.

Em face da complexidade do problema, procurou lançar mão de alguns artificios que o pudessem levar a uma solução, pelo menos parcial, ou seja a classificar com certa segurança, nos filmes angiopneumográficos, alguns dos ramos arteriais que os sulcam.

Para isso classificou primeiro, em alguns moldes arteriais, as colaterais mais importantes. Destruiu depois os pequenos canais bronquicos e os respectivos ramos arteriais, em ordem a reduzir progressivamente a complexidade das peças. Em seguida colocou-as de encontro a um vidro despolido, fez incidir sôbre elas um foco luminoso, colocado a distância, e fotografou a sombra projectada.

Guiando-se pelas peças, foi-lhe então fácil classificar, nas imagens obtidas, os diversos ramos que constituam o desenho arterial, representado por sombras uniformes em superficie plana e sem o mínimo relevo.

Conseguiu assim, por intermédio de simples artifício mapas arteriais dos grossos vasos do pulmão que constituem preciosos elementos para a classificação dos principais vasos registados nos filmes radiográficos.

Missões de estudo

O sr. dr. António Meliço Silvestre, professor auxiliar da Faculdade de Medicina foi autorizado a ausentar-se para o estrangeiro em missão de estudo. «Diário do Governo» II série, n.º 6, de 8 de Janeiro.

Direcção Geral de Saúde Escolar

A seu pedido, foi rescindido o contrato do sr. dr. Teófilo Esquível para médico escolar do Liceu de Latino Coelho, em Lamego.

Direcção Geral de Saúde

O sr. dr. João Artur Mendes, facultativo municipal do concelho de Santana, foi nomeado delegado de saúde do mesmo concelho, ficando exonerado o sr. dr. Francisco Assis do Nascimento do desempenho interino do referido cargo. «Diário do Governo» II série, n.º 4, de 5 de Janeiro.

— O sr. dr. Francisco Inácio Teixeira Mós, delegado de saúde do concelho de Bragança, foi autorizado a ausentar-se das suas funções durante 3 meses, a-fim-de frequentar o curso de medicina tropical. «Diário do Governo» II série, n.º 6, de 8 de Janeiro.

— Foi nomeado delegado de saúde do concelho de Gois, o sr. dr. Bernardo Baptista Ferreira, facultativo municipal do mesmo concelho. «Diário do Governo» II série, n.º 13, de 16 de Janeiro.

— O sr. dr. Francisco Félix Machado Júnior, foi nomeado delegado de saúde substituto do quadro do pessoal técnico da Inspecção de Saúde de Lisboa.

Dr. Francisco Gentil

Os médicos da Ilha da Madeira, prestaram uma homenagem ao sr. professor Francisco Gentil, oferecendo-lhe um banquete, no qual foram enaltecidos os méritos do homenageado.

Serviço de saúde das colónias

Foram reconduzidos nas suas comissões de serviços, os srs. drs. Júlio Afonso da Silva Tavares, coronel médico do quadro de Moçambique, director do Hospital Colonial de Lisboa; Joaquim Morais de Sousa, tenente-coronel médico do referido quadro, adjunto do mesmo hospital, e João Pedro de Faria capitão médico do quadro de saúde de Cabo Verde, médico do Depósito Militar Colonial. «Diário do Governo» II série, n.º 3, de 4 de Janeiro.

— Foi promovido a médico de 1.^a classe do quadro comum dos serviços saúde do Império Colonial, o sr. dr. Claudio Leandro Ismael S. Joaquim Roque Artur Flaviano Ferreira. «Diário do Governo» II série, n.º 1, de 2 de Janeiro.

Faculdades de Medicina

De Lisboa — A Faculdade de Medicina de Lisboa foi autorizada a contratar no ano lectivo de 1934-1935, até 2 assistentes fóra do quadro.

Nesta Faculdade foram iniciadas lições de Clínica e Terapeutica Cirúrgicas, pelo sr. professor Reinaldo dos Santos.

Hospitais Cívicos de Lisboa

Foram nomados internos do 3.º ano daqueles hospitais, os srs. drs. Jacinto Croner de Santana e Vasconcelos Moniz de Betencourt, Armando Barreiros Santos, José Maria Correia Galvão Rocha, João Augusto da Graça Tapadinhas, Luiz Augusto Lopes da Costa, João Valério Bastos da Luz, Nelson Correia de Magalhães Figueiredo, António Augusto Vilas Boas Carneiro de Moura, Raúl de Matos Ferreira, Augusto Frederico da Silveira Machado, Manuel Pereira Rodrigues Clarinha, Roberto Duarte Silva Sarmento, Joaquim Amorim dos Santos Correia, Abilio de Castro Peral, Renato Joice Damas Mora, Ceseria Borges Adães Bermudes, João José Varela, Alvaro Maria Ramos Chaves, Henrique Lima Barbeitos Pinto, António Domingues dos Santos, José Carlos Moreira, Sebastião José de Carvalho, Fausto Tavares Xavier, Salvador José da Cunha Mendonça e Meneses, Armando Olimpio Dias, António da Paz Pereira, Luiz Gonzaga Noura, António Dias Barata Salgueiro, Luiz Fernando Machado Miranda de Noronha e António Joaquim Arruda. «Diário do Governo» n.º 2, de 3 de Janeiro.

— Por despacho publicado no «Diário do Governo» II série, n.º 7, de 9 de Janeiro foram nomeados internos do 3.º ano dos serviços clínicos, os srs. drs. Ernesto Pereira de Barahona Fragoso Tavares, Henrique Jorge Niny, Jerónimo Carlos da Silveira, Jorge Nunes da Silva Araujo, José Batista de Sousa e José Pedro Medina Aurélio de Sousa, e assalariados como internos dos mesmos hospitais, os srs. drs. António Durão Leitão, Estevão Amaral Fortes, Francisco Cabral Sacadura, Luiz de Vasconcelos Arruda e Manuel Ricou Teixeira Botelho. «Diário do Governo» II série, n.º, de 9 de Janeiro.

O decreto-lei n.º 24.967 publicado em 24 de Janeiro promulga o regulamento do internato dos serviços clínicos e gerais e de especialidades dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

Farmacopeia Portuguesa

O decreto-lei n.º 24.876, publicado em 9 de Janeiro, mandou publicar o projecto da Farmacopeia Portuguesa aprovado pelo Conselho Su-

perior de Higiene para ser usada oficialmente em substituição da Farmacopeia Portuguesa de 1876.

O Ministro do Interior fica autorizado a regular as condições dessa publicação quanto à forma de apresentação, período de regência, praso e direitos a atender bem como a marcar os períodos de revisão da Farmacopeia e os meios de executar essa revisão.

Homenagens

Médico Condecorado

Numa sessão publica, realisada em Mafra, foi condecorado com a Comenda da Ordem de Benemerência, o sr. dr. Carlos Galvão, que há 50 anos vem exercendo a clínica, merecendo a simpatia e admiração dos seus concidadãos que se associaram aquela homenagem.

Conferências

Realizaram-se as seguintes conferências: «O alimento — factor de saúde e cura», pelo sr. dr. Bentes Castel-Branco; «Notas à margem de dois congressos de antropologia», pelo sr. dr. Victor Fontes na Sociedade de Geografia.

O sr. Prof. Rocha Brito iniciou na Biblioteca Geral da Universidade de Coimbra uma série de interessantes conferências sob os primeiros tempos da sua Faculdade.

Falecimentos

Faleceram, em Paredes de Coura, o sr. dr. Afonso Viana, médico municipal e sub-delegado de saúde naquele concelho, e em Sondas, Torres Novas, o sr. dr. António Gonçalves, médico municipal.

Homenagens póstumas

Em S. Miguel do Rio Tinto (Abrantes) foi inaugurada a Avenida Dr. António Augusto da Silva Martins, em homenagem à memória do saudoso clínico.

No salão do Recreio do Povo, em Setubal, foi inaugurado o retrato do clínico, dr. Paula Borba, realisando-se uma sessão de homenagem à sua memória.

CALENDÁRIO DOS CONGRESSOS MÉDICOS
E PRÓXIMOS CENTENÁRIOS

1935

15 a 17 de Abril — Alger, IX Congresso da Associação dos ginecologistas e obstétricos de língua francesa. Presidente de honra, M. Henrotay; Presidente, M. Laffont.

15 a 18 de Abril — Nice, VIII Congresso francês de oto-neuro-oftalmologia. Presidente, M. Duthil; secretário geral, M. Aug-Tournay, rua de Vaugirard, 58, Paris.

15 a 18 de Abril — Marselha (precedentemente fixado em Rabat), VIII Congresso nacional de tuberculose. Presidente, M. Olmer; secretário geral, M. Poix; tesoureiro, M. G. Masson, Boulevard Saint-Germain, Paris.

23 de Abril — Lyon, LXVIII Congresso das Sociedades Sábias.

Abril-Maio — Paris, Sessões médicas. XVI sessão.

5 a 12 de Maio — Roma, IV Congresso Internacional dos Hospitais.

7 e 8 de Junho — Bordeus, Dias ortopédicos. Secretário, M. Pouyanne, Rua Saint-Genès, 103, Bourdeaux.

8 a 10 de Junho — Salies-de-Béarn, IV Congresso da Sociedade Francesa de Ginecologia. Presidente de honra, M. Dolérés; presidente, M. Guyot (de Bourdeaux).

Junho — Bruxelas, Dias médicos. Secretário geral, M. Beckers, Rua Béliard, 141.

11 a 13 de Junho — Avignon, I Congresso das bruceloses humanas (fêbre ondulante) e animais. Secretário geral Dr. Jullien, em Joyeuse (Ardèche).

11 a 17 de Junho — Bruxelas, III Congresso Internacional da Aviação Sanitária.

Junho-Julho — Paris, Sessões médicas, XVII sessão.

22 a 27 de Junho — Bruxelas, XXXIV Congresso dos médicos alienistas e neurologistas de França e dos países de língua francesa. Presidente René Charpentier et de Graène; secretário geral, Combemale, Bailleul (Nord).

23 a 27 de Julho — Londres, Congresso Internacional da medicina de seguro de vida.

30 de Julho a 6 de Agosto — Bruxelas, Congresso Internacional de Farmácia.

5 a 6 de Agosto — Londres, III Congresso Neurológico Internacional.

8 a 10 de Agosto — Bruxelas, I Congresso Internacional de Gastro-enterologia. Secretário geral, Dr. Georges Brohée, Rue de la Concorde, 64, Bruxelas.

2 a 9 de Setembro — Bucarest, VIII Congresso Internacional de

Medicina e de Farmácia Militares. Presidente, general Batoiano; secretário geral, coronel Voncken, Hospital Militar de Liège.

14 a 16 de Setembro — Vittel, Congresso da gôta e do ácido úrico. Secretário geral, Dr. Boigey, Vittel.

20 a 23 de Setembro — Bruxelas, IV Congresso da «Societas O. R. L. Latina. Presidente, M. Boys; secretário geral, M. Chavanne, Lyon.

Setembro — Madrid, X Congresso Internacional de História da Medicina.

4 de Outubro — Bruxelas, Sociedade Francesa de Ortopedia.

7 de Outubro — Paris, XLIV Congresso Francês de Cirurgia. Presidente, M. Michel (de Nancy); secretário geral, Rue de Seine, 12, Paris.

7 de Outubro — Paris, XLV Congresso Francês de Urologia. Secretário geral, M. Pasteau, Avenue de Villars, 13, Paris.

Outubro — Paris, IX Congresso Francês de Estomatologia.

Outubro — Paris, III Sessão anual dos médicos electro-radiologistas de língua francesa. Secretário geral, Dr. Dariaux, Boulev. Rochechouart, 9 bis, Paris.

Outubro — Paris, XLVIII Congresso francês de O. R. L. Secretário geral, M. Flurin, Avenue Mac-Mahon, Paris.

Outubro — Paris, Congresso anual de Higiene. Secretário geral, Dr. Dartigues, Rue de la Pompe, 81, Paris (16^e).

Outubro — Paris, Sessões médicas, XVIII sessão.

Outubro — Paris, Congresso Francês de Cirurgia reparadora. Secretário geral, Dr. Dartigues, Rue de la Pompe Paris (16^e).

Outubro — Paris, XIV Congresso dos médicos e cirurgiões dos hospitais.

Outubro — Paris, Associação dos membros do corpo docente das faculdades do Estado.

Dezembro — Paris, Sessão anual da Sociedade de Patologia Comparada.

Dezembro — Paris, Sessões médicas, XIX sessão.

Em data ainda não conhecida:

Bruxelas, XX Congresso de Medicina Social de língua francesa. Presidente M. Héger-Gilbert.

Moscou, XV Congresso Internacional de Fisiologia. Presidente, M. Pawlow; secretário geral, M. Feodorov, director do Instituto pan-russo de medicina experimental.

Cairo, X Congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia. Secretário geral, Prof. Leopold Mayer, Rue de la Loi, 70, Bruxelas.

Paris, II Congresso Internacional de Higiene Mental. Presidentes, MM. H. Claude e Ed. Toulouse; secretário geral, M. Genil-Perrin; presidente da comissão organizadora, M. René Charpentier, Rue Perronet, 119, Neuilly (Seine).

Itália, Local a fixar, II Congresso Mediterrâneo de Higiene.

Bruxelas, VII Congresso Internacional das doenças do trabalho.

Berlim, Congresso Internacional de oto-rino-laringologia.

Bélgica, II Congresso de Terapêutica. Secretário geral, G. Leven, Rue de Téhéran, 24, Paris (8^e).

1936

Berna, I Congresso da União Terapêutica Internacional. Presidente, Prof. Burgi.

Lisboa, União Internacional contra a tuberculose. Secretário geral, Prof. Bezançon, Rue de Monceau, Paris.

Bordeus, IX Congresso da Associação Francesa de Pediatria. Presidente, M. Rocaz.

Paris, Sociedade Francesa de Ortopedia.

Roma, Congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia Ortopédica.

Roma, IV Congresso Internacional de Pediatria. Presidente, Prof. Spolverini.

Roma, Congresso Internacional de protecção à infância.

Wiesbaden, Congresso Internacional da Luz. Presidente, M. Axel Reyn (Dinamarca).

Berlim, Congresso Internacional de oto-rino-laringologia.

Amsterdão, II Congresso Internacional de Medicina Tropical.

1937

Barcelona, VI Congresso dos Dermatologistas e Sifilígrafos de lingua francesa. Presidente, M. Milian.

Marselha, Congresso Francês de Medicina. Presidente, Marcel Labbé.

Próximos centenários

1935

Centenário do nascimento de Ranvier, em Ljão; Benedikt, Politzer e Chvostek, em Viena; Parkinson, em Londres; Eberth, em Halle; Ferrand, em Paris.

Centenário da morte de Dupuytren, em Paris; Fodéré, em Estrasburgo.

1936

Centenário do nascimento de Simon Duplay e Charles Périer, de Paris; de Waldeyer, de Berlim.

Centenário da morte de Ampère.

1937

Centenário do nascimento de Bouchard, Cornil, Duguet e Terrier, de Paris.

1938

Centenário da morte de Broussais, de Paris.

1939

Centenário do nascimento de Dieulafoy, de Paris, e de Cohnheim, de Leipzig,

1940

Centenário do nascimento de Kernig, de Leninegrado e de Erb, de Heidelberg.

1941

Centenário do nascimento de Farabeuf, Hayem e Le Dentu, de Paris; de Kocher, de Basileia; de Astley-Cooper, de Brooke (Inglaterra); de Hansen, (Noruega) que descobriu o bacilo da lepra.

1942

Centenário da morte de Dominique Larrey.



INSTITUTO DE ESTUDOS MÉDICOS DE COIMBRA
NOMELO DE CARVALHO

LIVRARIA ACADÉMICA
DE
MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

ULTIMAS NOVIDADES:

- | | |
|---|--------|
| ALBERTO PESSOA — Guia de Technica policial, 1 vol. ilustr. | 15\$00 |
| A prova testemunhal, 1 vol. ilustr..... | 20\$00 |
| J. J. da Gama Machado, 1 vol. ilustr..... | 20\$00 |
| Ideas médicas de Eça Queiroz: | |
| I A morte de Amelia e a morte de Luiza..... | 5\$00 |
| II A morte de Juliana e outros casos fatais..... | 3\$00 |
| III As doenças não mortais..... | 4\$00 |
| IV O caso de Damaso Salcede..... | 4\$00 |
| V José Matias, o Tóto e vários outros..... | 4\$00 |
| Hospitais de Coimbra, 1 vol. ilustr..... | 15\$00 |
| ALBERT-WEIL — La médication antithermique dans la tuberculose et autres maladies. (B)—Frs. 15,00. | |
| ALEXANDER — Cuándo debe intervenir se quirúrgicamente en la tuberculose pulmonar? 1 vol. con 90 pag. y 28 figuras. (L)—Pesetas 9,00. | |
| BERNARD ET EVEN — Thérapeutique hydro-climatologique de la Tuberculose. 1 vol, 146 pag. (M)—Frs. 20,00. | |
| BOEHLER — Technique du traitement des fractures. 1 vol. 652 pag. 1.046 fig. (M)—Broché Frs. 140. Cartonné toile Frs. 160. | |
| BROCQ ET MIGINIAC — Chirurgie du Pancréas, 1 vol. de 428 pages. 74 fig. (M)—Frs. 75,00. | |
| CANUYT ET WILD — Le traitement des hémorragies et la transfusion sanguine d'urgence en oto-rhino-laryngologie. (M)—Frs. 35,00. | |
| DEMELIN — Les mains de fer. Étude sur le forceps. 1 vol. de 108 pag. avec 39 fig. (V)—Frs. 10,00. | |
| DOURIS — Toxicologie moderne à l'usage des étudiants en médecine et en pharmacie, des médecins légistes et des chimistes experts. — 1 vol. 339 pag. (V)—Frs. 45,00. | |

LIVRARIA ACADÉMICA
DE
MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

ULTIMAS NOVIDADES :

- FROMENT — Le traitement des ulcères gastro-duodénaux. 1 volume
112 pag. (B) — Frs. 15,00.
- GALLAVARDIN ET TOURNIAIRE — Les Névroses tachycardiques. (M) —
Frs. 17,00.
- GOUGEROT — Traitement de la Syphilis acquise. 1 vol. 70 pag. (B)
— Frs. 10,00.
- JACQUELIN — Directives en pratique médicale. 1 vol. (M) — Frs. 35,00.
- NOBÉCOURT — Clinique Médicale des Enfants. — XI. La Syphilis chez
l'Enfant. (M) — Frs. 60,00.
- PALAZZOLI — L'Impuissance sexuelle chez l'homme. Étiologie; Dia-
gnostic, Traitement. (M) — 1 vol. — Frs. 45,00.
- PARODI — Repos physiologique du poumon par hypotension dans le
traitement de la tuberculose pulmonaire. 1 vol. (M) — Frs. 48,00.
- PARREL ET HOFFER — Les enfants qu'il faut réadapter. 1 volume
283 pag. (V) — Frs. 20,00.
- PARTURIER — Les syndromes hépato-endocriniens. 1 vol. 350 pag. (V)
— Frs. 30,00.
- RAVINA — L'Année thérapeutique 1934. (M) — Frs. 18,00.
- STÉPHANI — Étude clinique et radiographique des formes de la tuber-
culose pulmonaire. (AL) — Frs. 20,00.
- TISSOT — Pronostic et Tempérament. 1 vol. 106 pag. avec 30 figu-
res. (V) — Frs. 18,00.
- STROMINGER — La Colibacillose. Étude clinique et thérapeutique. (M)
— Frs. 45,00.
- VALERY-RADOT ET HAMBURGER — Les Migraines. Étude pathogénique,
clinique et thérapeutique. (M) — Frs. 45,00.
- VEAU ET D'ALLAINES — Pratique courante et chirurgie d'urgence.
9^e édition. (M) — Frs. 26,00 broché. Frs. 32,00 cartonné.