

COIMBRA MÉDICA

ANO V

OUTUBRO DE 1938

N.º 8

SUMÁRIO

	Pag.
ESTADO SANITÁRIO DE COIMBRA — dr. A. Meliço Silvestre	579
PNEUMATOCELOS — dr. Manuel Pinto	607
À MARGEM DOS CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO EM MEDICINA — dr. João Porto	624
NOTAS CLÍNICAS — O TRATAMENTO DO TÉTANO INFANTIL — dr. José Crêspo	635
LIVROS & REVISTAS	639
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES.	XLVII

MOURA MARQUES & FILHO
COIMBRA

DIRECÇÃO CIENTÍFICA

Prof. Lúcio Rocha — Prof. Serras e Silva — Prof. Angelo da
Fonseca — Prof. Elisio de Moura — Prof. Alvaro de Matos
— Prof. Almeida Ribeiro — Prof. J. Duarte de Oliveira —
Prof. Rocha Brito — Prof. Morais Sarmiento — 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 Pessoa
António Meliço Silvestre
Augusto Vaz Serra
José Bacalhau

José Correia de Oliveira
Lúcio de Almeida
Luiz Raposo
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 Agôsto e Setembro.

Editor e Proprietário — Prof. JOÃO PORTO

Toda a correspondência deve ser dirigida

à Administração da "COIMBRA MÉDICA",

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA



INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA SANITÁRIA
DA FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA

ESTADO SANITÁRIO DE COIMBRA

(Estudo de alguns índices)

POR

A. MELIÇO SILVESTRE

PROF. AUX. DE HIGIENE

O estudo da sanidade Coimbrã foi feito, há quasi 40 anos, pelo Prof. Sobral Cid ⁽¹⁾. Êsse estudo que bem se pode classificar de magistral pela concepção, pela forma, pela riqueza de pormenores úteis, pela erudição e pela profundidade com que tratou dos vários problemas sanitários da cidade, ainda hoje se pode ler com bastante proveito e até com muito agrado.

Mas de então até hoje, quantas transformações sofreu o velho burgo universitário!... Aumento considerável da população e da área citadina, novos bairros que se formaram, novas condições de vida que se criaram pelo grande incremento do comércio e da indústria, tudo condicionou o aparecimento de novos problemas sociais e sanitários, que levaram à criação de instituições de Higiene e Assistência tendentes a fazer face a êsses mesmos problemas.

Para conhecimento do estado sanitário duma cidade, dum distrito ou duma província, de forma a permitir o seu confronto, sob êste ponto de vista, com unidades geográficas semelhantes, tem a Secção de Higiene da Sociedade das Nações proposto e aconselhado a determinação de certos números, chamados *Índices de Saúde*.

Êstes índices referem-se uns ao meio *telúrico, climatologico e social* os quais dão indicações exactas quanto à densidade da

(1) José Cid — *Coimbra* — Demografia e Higiene (2 vol. 1902).

população, modos de vida, grau de cultura, nível económico e social; outros dizem respeito à *vitalidade e saúde dos habitantes* os quais indicam o tipo populacional em questão, as taxas de natalidade, nupcialidade, mortalidade e morbilidade; outros ainda são referentes á obra de *Higiene Pública* e dão-nos indicações sôbre a actividade medico-social dos higienistas, actividade social das visitadoras de Higiene e dos fiscaes sanitários, sôbre os orçamentos dos serviços de Higiene, movimento de análises, etc.

Foi nosso propósito, no presente trabalho inquirir das condições sanitárias actuais de Coimbra pelo estudo das curvas de mortalidade geral, mortalidade etária, mortalidade específica, por profissão, etc. Para conseguir tal *desideratum*, quantas dificuldades havia a vencer!?. . .

O Anuário Demográfico, por lamentável lacuna, não contém separadamente a mortalidade da cidade de Coimbra e, *ipso facto*, nós tivemos que percorrer, um por um, todos os registos de óbitos que tiveram lugar em Coimbra durante os últimos 12 anos, aproveitamos sômente os domiciliados na cidade e dispuzemo-los em quadros especiais segundo a idade e causa de morte.

Figuram na nossa estatística sômente os casos de morte das freguesias da cidade de Coimbra, embora se saiba que algumas delas estendem a sua área por lugares como Tôrres, Deanteiro, etc., em tudo semelhantes, sob os pontos de vista de assistência, modo de vida e nível económico, a muitas outras freguesias do concelho que já não fazem parte dos nossos quadros.

Tivemos o cuidado de registar sômente os domiciliados em freguesias de Coimbra, embora não desconheçamos que as estatísticas vêm assim pesadas com os asilados que, a-pesar-de domiciliados em Coimbra, são oriundos de muitas localidades e para aqui vêm passar os últimos dias da sua existência.

Tivemos o escrupuloso cuidado de excluir todos aqueles que de longe ou de perto, aqui vieram falecer, quer nos Hospitais da Universidade, quer nas Casas de Saúde da cidade.

Tal estatística pode e deve merecer-nos confiança quanto ás causas de morte porquanto esta área possui uma assistência clínica feita por médicos distintos que dispõem de todos os recursos laboratoriais e radiológicos mais recentes. Outro tanto já não sucederia se estendessemos os nossos registos a uma área mais extensa, incluindo populações rurais ou mesmo populações cita-

dinas que não dispõem dos recursos que Coimbra usufrue. As causas de êrro avolumar-se-iam nessa hipótese e as conclusões a tirar poderiam não nos merecer qualquer confiança.

Êsses quadros, juntamente com os do distrito, encontram-se na parte final do nosso trabalho.

Ao higienista interessa sempre o conhecimento da mortalidade total (que abrange tôdas as idades da vida) e da mortalidade geral (que compreende tôdas as causas de morte) porque há medidas de higiene geral que dizem respeito a tôdas as doenças e a tôdas as idades da vida, podendo os seus dados servir de guia a uma organização central no estabelecimento duma rêde de serviços de tratamento e de profilaxia; todavia êle pode deixar de pôr em evidência condições desfavoráveis do meio para uma outra idade da vida, para uma outra causa mórbida. São sòmente as taxas de *mortalidade específica*, mortalidade por idades, por profissão, sexo, estado civil, etc., que melhor nos podem indicar, como, no decurso das diferentes idades, a população reage ao meio. Por outras palavras, não devemos atribuir às condições sanitárias do meio aquilo que é devido à estrutura do agregado populacional em questão e para isso há conveniência em considerar pequenos grupos de idades com traços comuns, para melhor orientarmos o combate às diversas causas mórbidas.

Cada grupo de idades apresenta os seus problemas particulares com as suas taxas específicas de mortalidade e serão estas que nos indicarão quais os serviços que merecem melhoramento especial.

Consideraremos portanto no nosso trabalho :

- 1) — A mortalidade total e geral da cidade e do distrito desde 1926 a 1936.
- 2) — A mortalidade etária da cidade e do distrito, distinguindo os grupos de idades I (< 1 ano), II (de 1^a a 4^a), III (de 5^a a 14^a), IV (de 15^a a 24^a), V (de 25^a a 44^a), VI (de 45^a a 59^a), VII (\geq 60^a), desde 1926 a 1936.
- 3) — O valor relativo das várias causas de morte nos diferentes grupos de idades atrás consideradas, para o ano de 1936.
- 4) — A mortalidade específica, da cidade e do distrito, por algumas causas de morte, v. g. *tuberculose*, *afecções pulmonares não tuberculosas* (A. p. n. t.), por *febre tifóide* e por *afecções cancerosas*, desde 1926 a 1936.

A população global, quer da cidade, quer do distrito, foi cal-

culada a partir dos números indicados pelos Censos de 1920 e 1930, pela fórmula $a_n = a_1 + (n - 1)r$ admitindo assim, com a maior parte dos Estatísticos, que o crescimento da população obedece às leis das progressões ariméticas.

As taxas de mortalidade infantil ($< 1^a$) foram calculadas em relação à média das natalidades dos anos de 1927 e 1936 (1).

As taxas de mortalidade geral e específica foram, como é costume, referidas à população total, o mesmo acontecendo às taxas de mortalidade etária (excepto na 1.^a idade), por falta de mais dados estatísticos.

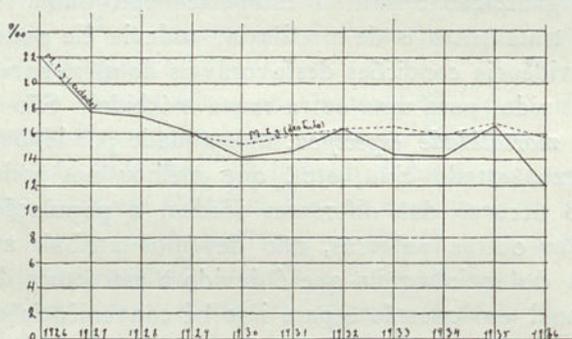


Fig. 1

As curvas da mortalidade total e geral (M. t. g.) da cidade e do distrito mostram que, no período considerado, se deu uma alteração importante do estado sanitário da cidade que apresenta cifras gradualmente decrescentes e sendo a partir de 1929, sempre inferiores às da mortalidade correspondente do distrito.

De 1926 a 1936 baixou de 22,1 ‰ a 11,9 ‰ isto é, quasi se reduziu a metade.

De 1929 a 1936 passou de 16 ‰ para 11,9 ‰ isto é, teve uma redução de 21,8 ‰; neste mesmo período, no distrito, a

(1) 1927 —► 854 média 809,5
1936 —► 765

Procuramos estes números também nos livros da Conservatória do Registo Civil de Coimbra e por isso aqui exaramos os nossos sinceros agradecimentos ao Ex.^{mo} Conservador por tódas as facilidades concedidas pela sua Repartição.

mortalidade correspondente oscila ligeiramente à volta de 16 ‰ não mostrando, no conjunto, tendências para o seu decréscimo.

Confrontando as duas curvas da Fig. 1, observa-se agora em Coimbra aquilo que se tem notado, há tempos já, noutros povos, quando se compara a mortalidade citadina com a dos meios rurais circunvizinhos. Antigamente as cidades ofereciam aos seus moradores peores condições higiénicas que os meios rurais, porque os perigos resultantes do urbanismo não eram compensados pelo emprêgo de quaisquer medidas sanitárias eficientes. Com o advento da hygiene moderna, tal estado de coisas modificou-se por completo: puzeram-se em execução medidas de hygiene pública e social mais ou menos perfeitas, nas cidades, medidas contras as quais a morte vai moderando os seus appetites; nos meios rurais, quer por motivos de ordem económica, quer pela incultura dos seus dirigentes, quer ainda pelo desinteresse das próprias massas populacionais continua-se a viver na ignorância dos métodos que poderiam melhorar eficazmente as suas boas condições naturais.

Como a cidade de Coimbra representa apenas 1/10, aproximadamente, da população total do seu distrito, por aqui se vê já o grande número de vidas que se poderiam poupar oferecendo às populações rurais os benefícios sanitários de que usufruem já os habitantes da cidade.

Os números e gráficos constantes da nosso trabalho mostram à evidência quanto a cidade de Coimbra deve à sua classe médica em geral e, dum modo especial, à sua faculdade de Medicina.

É justo recordar que os serviços sanitários de Coimbra tomaram um esboço de organização no ano lectivo de 1928-29 em consequência duma campanha, em prol da Saúde Pública, partida da faculdade e visando dum modo especial o combate ao flagelo social da tuberculose; essa campanha teve como consequências imediatas a criação de dois dispensários anti-tuberculosos: o Dispensário hospitalar Dr. Adelino Vieira de Campos de Carvalho, onde um grupo de professores e assistentes da faculdade presta abnegada e devotadamente os seus melhores serviços ao público; o Dispensário do Páteo da Inquisição, onde uma pleiade de médicos também distintos atendem generosamente tôda a população Coimbrã que carece do seu valioso auxilio.

A-par-dos dispensários foram criadas Obras Sociais tendentes

a apoiar material e moralmente essas instituições. Anexas a estas apareceram escolas de serviço social preparando para a difícil e espinhosa missão de visitadoras, jornais de propaganda de princípios de higiene, etc.

Pouco depois surgem em Coimbra, criadas pela Junta Provincial da Beira Litoral, de que é digno presidente o Prof. da Faculdade de Medicina Dr. Bissaia Barrêto, muitas outras obras de reconhecido e subido valor no combate àquela doença: os Ninhos dos Pequenitos, onde são recolhidos até aos 3 anos de idade os filhos de pais tuberculosos, ficando assim subtraídos ao fatal contágio familiar; o Parque Infantil, para onde aquelas crianças passam dos 3 aos 6 anos; o Preventório de Penacova, onde êles são recebidos dos 6 aos 10 anos; a Escola Agrícola de Semide, para onde passam as crianças do sexo masculino, dos 10 aos 18 anos, para se tonificarem e robustecerem ao mesmo tempo que se vão adextrando nas lides da sã vida agrícola que receberá mais tarde êstes indivíduos já convertidos em homens sãos e preparados para a vida.

Outras instituições estão em projecto que virão completar esta boa organização.

Pelo que fica exposto mostra-se evidente a necessidade duma mais perfeita cooperação e coordenação entre os serviços sociais de carácter público e as obras particulares de Assistência, de modo a tornar mais eficiente uma organização sanitária que, não sendo perfeita em todos os campos, já produziu excelentes frutos.

Devemos além disso estender os beneficios duma tal organização a tôda a população do distrito, ou da província, criando e dando vida a centros de saúde rurais encarregados de enfrentar os problemas sanitários especiais de cada área bem como os problemas gerais comuns a tôdas as regiões e que são: *combate às doenças infecciosas e sociais, protecção da maternidade e da infância, higiene escolar, saneamento, higiene do leite e dos outros géneros alimentícios, promover a criação de equipas sanitárias, organização de serviços laboratoriais, educação sanitária do público, etc.*

Êstes serviços devem ser organizados e orientados pelo Estado, embora nêles colaborem entidades e instituições particulares cujo auxílio se torna também precioso. O pessoal deve ser convenientemente especializado e remunerado de modo a que seja obrigado

a viver para os serviços de Higiene em regime de *full-time*. Os centros de saúde rurais têm, fatalmente, que ser deficientes em recursos materiais e em pessoal clínico, mas tais deficiências suprem-se quasi totalmente desde que haja uma certa dose de boa vontade e desde que sejam proporcionadas aos funcionários sanitários certas facilidades de deslocação.

* * *

Postas estas considerações sobre a mortalidade total e geral de Coimbra, consideremos agora, dum modo especial, o magno problema da

Mortalidade infantil

Considerações gerais — Afirmam individualidades do maior renome mundial (Calmette, Lèon Bernard, Sanarelli, Madsen, etc.) que o grau de civilização dum povo se pode avaliar pelo nível que nêle atingiram os seus serviços de Higiene Geral. Pois bem, esta afirmação que é verdadeira, que ninguém seriamente pode contestar, torna-se duma precisão absoluta quando em lugar de Higiene Geral, considerarmos o capítulo especial da Higiene Infantil.

Não é necessário alongarmo-nos em considerações para demonstrar a magnitude do problema em questão; basta saber que, resolvendo-o, se aumenta e valoriza o capital humano, êste torna-se *moeda forte* porque se prepara ao mesmo tempo uma geração futura sã, sem taras mórbidas, aliviam-se mais tarde os serviços de Assistência, dignifica-se o indivíduo, rejuvenesce-se a raça, aumenta-se o bem-estar social.

E que isto assim é, prova-o ainda o enormíssimo esforço desenvolvido em todos os povos, sobretudo nos últimos tempos, no sentido de combater a sua mortalidade infantil.

Questão social de primeira grandeza, não é só pelo seu aspecto material, económico, que ela vem sendo resolvida, é-o ainda e diga-se fundamentalmente para as pessoas de coração bem formado, pelo seu aspecto sentimental, porque a protecção e carinho que se dispensam às crianças encontram fortes laços affectivos no coração humano.

Mas nem sempre assim foi. As fortes razões de ordem sentimental que nos levam hoje a amparar e proteger as crianças, não eram para considerar nos tempos longínquos da vélha Grécia que, do alto dos montes Taigeto despenhava impiedosamente as crianças que se lhes afigurava portadoras de taras e doenças que a Medicina de então era impotente para debelar. As crianças, mesmo sãs e robustas, eram sacrificadas aos seus deuses mitológicos, como se fossem simples cordeiros.

Enchem-nos de horror as descrições das atrocidades que nesses tempos se praticavam nos pobres inocentes.

Roma antiga adoptou neste campo os costumes gregos e só mais tarde, nos tempos de Nerva e de Trajano se começaram a acarinhar e a proteger as crianças, organizando-se os «*alimentarū pūeri et puellae*» para crianças órfãs e abandonadas. Em perfeito contraste com a mulher grega e com a matrona romana, a mulheres gaulesa e germânica amamentavam e acarinhavam sempre os seus filhos.

Na Grécia e em Roma, o aparecimento do cristianismo modificou por completo aquele estado de coisas. A doutrina cristã desenvolve nos corações os sentimentos da caridade e de piedade e tais sentimentos conduziram naturalmente ao respeito pela criança, à dignificação da mulher, à organização da sociedade tendo como base a família.

Constantino institue para o parricida uma pena severa que consiste em introduzir o criminoso dentro dum sacco juntamente com um cão, um galo, uma víbora e um macaco, afogando-o em seguida. As crianças abandonadas nos pórticos das igrejas e dos conventos, conduziram naturalmente à criação de asilos e orfanatos tutelados e dirigidos por Ordens religiosas.

Em Paris, perto de Notre-Dame, criou-se a celebre «Casa da viúva», assim designada por ser dirigida por uma viúva célebre, coadjuvada por duas criadas.

A afluência de crianças a esta Casa foi tal que os seus recursos materiais não podiam já, de forma alguma, fazer face a tais despesas.

Foi então, aí por 1640, que surgiu em Paris uma figura notável, que com verdadeiro amor se dedicou a êste apostolado — a protecção das crianças; foi essa figura de excepcional relêvo que a Igreja mais tarde canonizou com o nome de S. Vicente de Paula.

Os Laboratórios "DAUSSE"

DE PARIS

OFERECEM AO CORPO CLÍNICO
UM PRODUTO DE CLASSE

SPASMODAUSSE

Antiespasmódico de origem exclusivamente vegetal e inofensivo, sem os inconvenientes freqüentemente assinalados nos produtos químicos da série barbitúrica

Associação de:

«INTRAIT» DE VALERIANA DAUSSE
ESPINHEIRO ESTABILIZADO
GELSÉMIO TITULADO «DAUSSE»
BELADONA TITULADA «DAUSSE»

●
AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DO CORPO MÉDICO
●

Representantes para Portugal, Ilhas e Colónias:

F. A. CANOBBIO & C.^A, L.^{DA}

Rua Damasceno Monteiro, 142 - Caixa Postal 313

L I S B O A

UM PRODUTO DA
MODERNA TERAPÊUTICA

HORMODAUSSÉ

MEDICAÇÃO DINAMOGÉNICA POLIHORMONAL

PREPARAÇÃO DOS



●
Laboratórios DAUSSE
DE PARIS
●

FÓRMULA TOTAL:

Sêro de sangue de touro = Serodausse Antitoxisenil
» » » » bezerra = » Ovarien
» » » » vitelos = » Infantil
+ Extracto de fígado (correspondendo a 50 gramas de
glândula fresca)

AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DO CORPO MÉDICO

Representantes para Portugal, Ilhas e Colónias:

F. A. CANOBBIO & C.^A, L.^{DA}

Rua Damasceno Monteiro, 142 - Caixa Postal 313

L I S B O A

Dispendia uma actividade prodigiosa em prol das crianças desamparadas; com o seu elevado poder de persuasão, instrue, educa, galvaniza as multidões e consegue fundar, junto de S. Victor, para remediar a precária situação financeira do referido asilo, a congregação das irmãs da Caridade de S. Vicente de Paula que relevantes serviços prestou desde logo na profilaxia da mortalidade infantil.

Fundam-se maternidades, creches e lactários; conseguem-se mais tarde subsídios dos Estados, aparece legislação adequada e aí temos as origens das soluções que foram apresentadas ao problema que hoje tanto preocupa todos os povos.

* * *

Portugal é um dos países da Europa de mais elevada taxa de mortalidade infantil; a mortalidade do primeiro mês de vida extra-uterina é mesmo a mais elevada de tôlas como se vê, nos números que seguem :

Holanda	}	49 0/00
		a
Dinamarca	}	53 0/00
Suécia	}	23 0/00
		a
Noruega	}	35 0/00
Portugal	}	96 0/00
		a
		109 0/00

A distribuição das taxas de mortalidade infantil do nosso país não está em correlação com a natalidade, nem com a mortalidade geral; além dos factores ou perigos de ordem geral que vamos dentro em breve discriminar, a mortalidade infantil portuguesa está ainda dependente de especiais condições climáticas, económicas e sociais, inerentes ao nosso país e que passamos a descrever. Ao norte do Tejo a densidade da população aumenta consideravelmente do interior para o litoral, donde resulta que uma grande parte da população se aproveita da benignidade dum clima regular

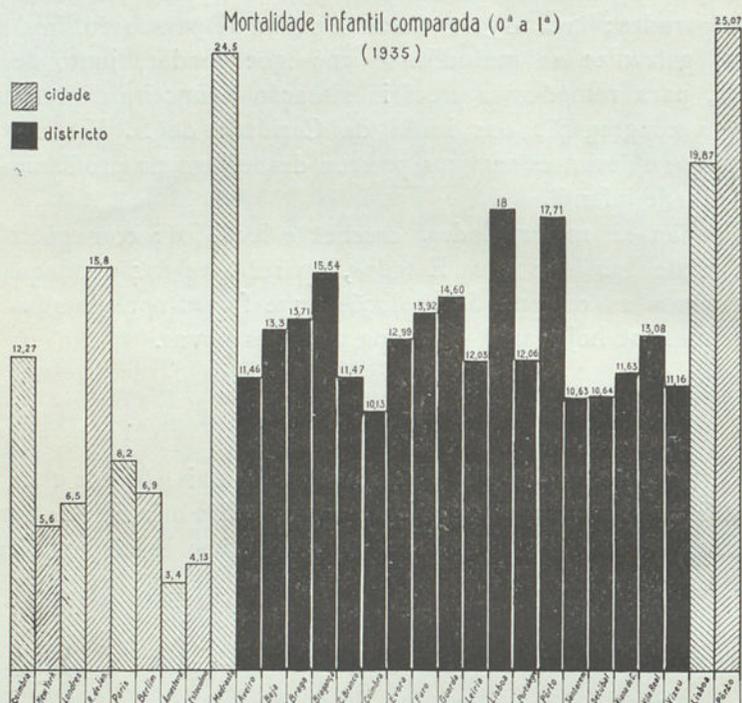


Fig. 2

e daí as menores taxas de mortalidade infantil; ao sul do Tejo dá-se o contrário, a população aumenta para o interior, sofrendo por êsse facto, uma grande parte da população, os revezes do clima excessivo e por isso apresentam maiores taxas de mortalidade infantil. A criança, é como se sabe, extremamente sensível às variações climáticas. Por outro lado, ao Norte do Tejo domina o regime da pequena propriedade e a mulher camponesa, ao mesmo tempo que cultiva as pequenas leiras de terra que estão junto de casa, tem oportunidade de amamentar regularmente os seus filhos; ao sul do Tejo vigora o regime de grande propriedade e a mulher camponesa, obrigada a deslocar-se para longe da sua casa, está em condições semelhantes às da operária, que se vê obrigada, para poder trabalhar e prover ao seu sustento, a entregar os seus filhos a mercenárias que poucos ou nenhuns cuidados têm com êles.

A. Primeira idade (< 1ª)

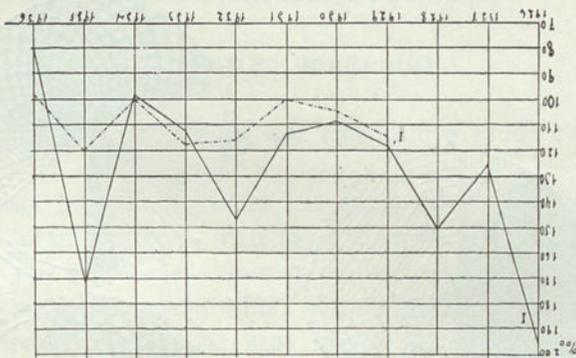


Fig. 3

De 1926 a 1936 a curva da mortalidade infantil da cidade de Coimbra desce de 195,1 ‰ a 76,5 ‰ apresentando porém elevações nos anos de 1928, 1932 e 1935 a última das quais atingiu a cifra de 171,7 ‰ e correspondeu a uma epidemia de sarampo que grassou na cidade.

A média do quadriénio (1926-1929) foi de 147,4 ‰ e a do quadriénio (1933-1936) foi de 115,9 ‰ o que representa uma baixa da mortalidade infantil, durante o período considerado, de 22,2 ‰. Deve porém acrescentar-se que nem tudo se pode atribuir à eficácia da obra sanitária, porquanto a natalidade da cidade de Coimbra baixou, durante o mesmo período, aproximadamente 10,5 ‰. No distrito, a mortalidade infantil, desde 1929 a 1936, passou de 114,3 ‰ para 98,6 ‰, mas as elevações de 1932, 1933 e 1935 fizeram que a média do quadriénio (1929-1932) fôsse 108,6 ‰, e a de (1933-1936) fôsse 109,1 ‰, isto é, ainda ligeiramente superior à anterior.

Levamos bem mais longe o nosso estudo, procurando para as diferentes idades da vida atrás consideradas, o valor relativo das principais causas de morte. Tal estudo, se bem que bastante trabalhoso, julgámo-lo absolutamente necessário para um trabalho sanitário que pretende ser sério e consciencioso. Os dados relativos ao ano de 1936 encontram-se representados gráficamente — um círculo para cada idade — na Fig. 4.

Valor relativo das principais causas de morte em cada uma das idades (I, II, III, IV, V, VI e VII) Coimbra (1936)

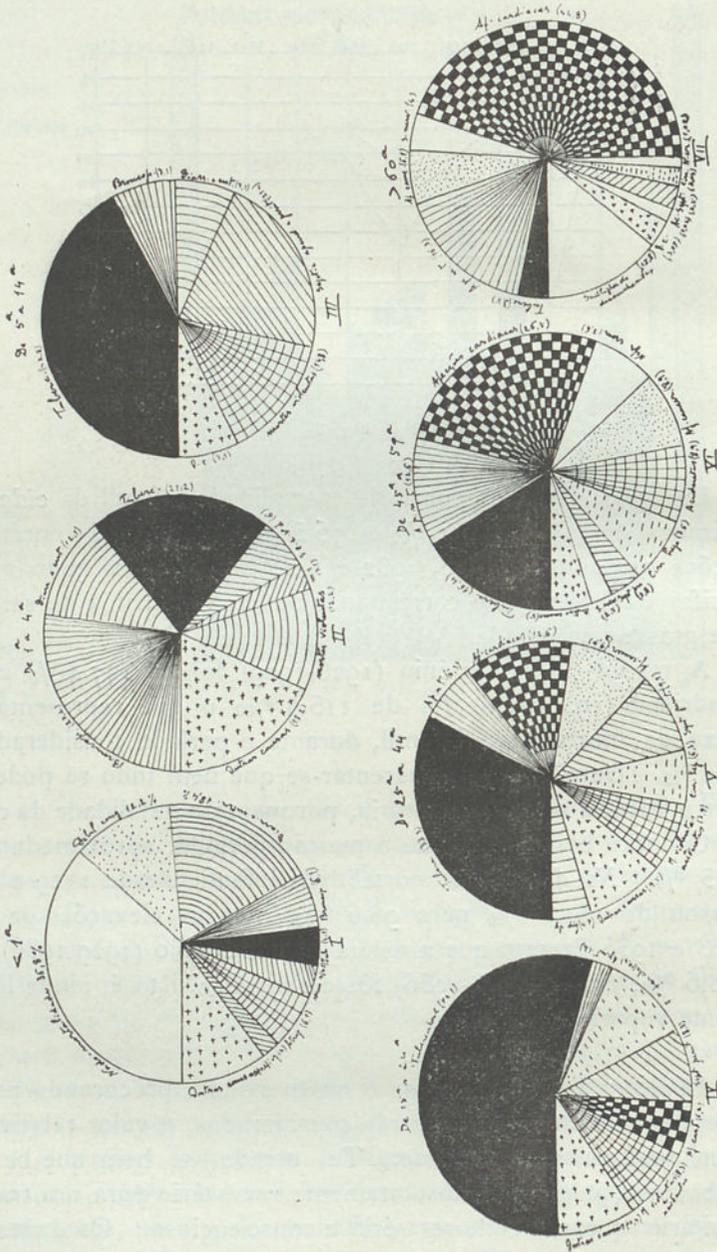


Fig. 4

As causas ou perigos da mortalidade infantil podem dividir-se em três grupos: *congénito*, *alimentar* e *infeccioso*.

1. Perigo congénito

Múltiplos são os perigos que ameaçam a saúde e a vida das crianças.

Dos pais herdamos, segundo leis que a ciência começa agora a conhecer, predisposições, defeitos e doenças que tanta influência vêm a ter nos seus desenvolvimentos físico e mental.

Ainda na vida intra-uterina, sofrem a acção de venenos que corroem indelevelmente os seus frágeis tecidos; são êles principalmente o álcool e as toxinas do *treponema palidum* (agente da sífilis) e cujos estigmas hão-de acompanhar pela vida fóra o futuro indivíduo. A acrescentar a êstes factores temos o excesso de trabalho das mãis em atitude de pé (freqüente na indústria), a sua deficiência de alimentação (em vitaminas, sais e ácidos aminados) as toxémias da gestação (eclâmpsia, auto-intoxicação gravídica, etc.) que tanto contribuem para a nado-mortalidade, prè-maturação e a debilidade congénita dos primeiros mêses; apresentações viciosas e distócias do trabalho de parto completam o número dos factores que são causas de morte nesta fase da vida a que se costuma chamar *fase fetal*. A nado-mortalidade ⁽¹⁾ e a debilidade congénita dos primeiros 12 mêses, que constituem no conjunto o chamado *perigo congénito*, tomam à sua conta no ano de 1936 respectivamente 36,8 % e 12,2 % das causas de morte, isto é, aproximadamente metade dessas causas. De todos os factores acima apontados é a sífilis que toma para si a parte de leão neste banquete macabro de vidas infantis, como se depreende das várias estatísticas dos Serviços Obstétricos, entre elas a de Couvelaire e a do Prof. Novais e Sousa e que, com a devida vénia transcrevemos: ⁽²⁾

⁽¹⁾ Incluímos a nado-mortalidade nos gráficos da mortalidade infantil, precisamente para pôrmos bem em evidência o valor do perigo congénito.

Calculada em relação ao número total de nascimentos, a nado-mortalidade é { 1927 —> 6,4 %
1936 —> 4,5 média (1927-1936) —> 5 %.

⁽²⁾ 600.000!!! — Conferência do Prof. Rocha Brito, promovida pela Liga Portuguesa de Profilaxia Social, do Pôrto.

	Metade dos abortamentos	
	Sífilis recente → 65 % dos produtos conceptionais	
	Sífilis antiga → 20 % " " "	
Couvelaire	Tratamento anti-sifilítico com 914 e Hg	Durante a gravidez { Sífilis recente → a mortalidade vem de 65 % para 15 %.
		Antes e durante a gravidez { Sífilis recente → a mortalidade vem para 5 %.
		Antes e durante a gravidez { Sífilis antiga → a mortalidade pode chegar a 7 %.
Prof. Novais e Sousa . .	109 sífilíticas engravidaram 296 vezes dando	Abort. 131
		Nado-mortos 16
		147 → 50 %
	Sífilis recente	Mortos nos 1.ºs 10 dias 51 →
37 no 1.º ano de infecção		
	Abortos — 21	
	Nado-mortos — 5	
	Mortos nos 1.ºs 10 dias 8	
	34 → 91,8 %	
Tratamento anti-sifilítico com 914 e Hg	Tardio	Abortos 36 % 48 %
		Nado-mortos 12 %
		Mortos nos 15 dias 19 % 67 %
	A partir do 2.º mês	Abortos 16,7 % 19,3 %
		Nado-mortos 2,6 %
Antes e durante a gravidez	Nos 15 dias 8,7 %	
		28 %
	Abortos 4,7 %	
	Nado-mortos 3,4 %	
		8,1 %

Com maternidades e dispensários de consulta prè-natal e anti-sifilíticos, onde se possa fazer a vigilância médica periódica da grávida, com visitadoras de Higiene e com leis sociais de protecção material e moral á mulher durante a gestação, parto e puerpério, combate-se eficazmente esta causa da morte de 50 % das vidas infantís.

2. Perigo alimentar

Em seguida ao nascimento vem a adaptação à vida exterior, sempre difícil de fazer e que por isso dá uma forte taxa de mortalidade. Os primeiros seis meses da vida extra-uterina constituem a chamada *fase digestiva*. Diz-se que a criança é nesta idade um tugo digestivo para indicar que, na verdade, quasi tôdas as suas doenças, quasi tôdas as suas perturbações estão ligadas a afecções do seu aparelho digestivo. Em Coimbra, no ano de 1936, mostra-nos a figura 4 que essa causa de morte tomou o valor de 18,4 % das mortes desta idade. São as crianças alimentadas a *biberon* que mais contribuem para avolumar esta estatística; compreende-se perfeitamente que assim seja, porque não fazendo succeder ao cordão umbilical o cordão lácteo com a alimentação ao seio materno, segue-se uma alimentação que não é a indicada pela natureza e daí a grande mortalidade por diarreias e enterites; por mais que se aperfeiçõe, a alimentação a *biberon* nunca poderá substituir, sem prejuizo para a criança, a respectiva amamentação materna.

Em favor da alimentação com leite materno militam razões de ordens químico-biológica e microbiológica: —

1.^a — O leite materno é mais rico em lactose e contém, mais Ca e P ionizados que o leite de vaca; sendo sempre pobre em sais minerais (0,25 %) e, sobretudo, muito pobre em Fe, o leite materno não deixa, por êsse facto, de servir para alimentar a criança, porque esta gosa da propriedade de assimilar 50 % dos sais minerais (P, Ca, Mg, Fe, Na, K) contidos no leite materno e, porque além disso, a criança possui uma reserva de Fe no fígado que lhe basta para 8 a 10 meses.

2.^a — O leite de mulher é mais rico em princípios vitaminados do que o leite de vaca, embora êste também contenha, na quantidade em que é consumido pelos vitelos (8 a 10 litros por dia) as doses de vitaminas necessárias e suficientes à espécie animal a que deve ser destinado.

3.^a — O leite de mulher difere do leite de vaca pelo valor relativo das quantidades de caseína e da lactalbumina, diferença esta que torna o coágulo do leite de vaca mais pesado (1:1 no leite de mulher e 1:6 no leite de vaca) e volumoso do que o leite de mulher; tal facto dificulta a sua digestão pela menor facilidade de

penetração pelos sucos digestivos da criança que têm fermentos ainda pouco activos.

Acresce ainda a circunstância do leite de mulher ser muito rico em ácidos aminados livres que são, como é sabido, factores de crescimento.

4.^a — O leite de mulher é um alimento homogénio do organismo infantil; compreende-se bem a importância d'êste facto se repararmos que nos primeiros meses da vida as secreções digestivas são muito deficientes, por outro lado, sendo a mucosa intestinal muito permeável, permite, no caso do leite de vaca, ou de outro qualquer animal, a absorpção de albuminas heterogénias e incompletamente desintegradas o que predispõe para os fenómenos de hipersensibilização (fenómenos anafilácticos).

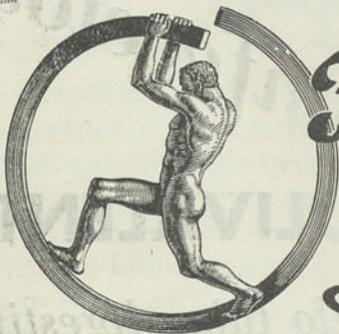
5.^a — Razões de ordem microbiológica colocam ainda o leite de vaca em condições de inferioridade perante o leite materno. O leite de vaca pode servir de veículo aos agentes etiológicos das mais variadas doenças (tuberculose, febre tifóide e para-tifóides, febre de Malta, carbúnculo, difteria, etc.).

Deve se portanto afirmar que o leite de mulher, sob os pontos de vista considerados, não pode ser imitado, nem substituído.

Devem-se ponderar tôdas as vantagens que traz para a criança (lactente) a amamentação feita pela mãe, não permitindo que por egoísmo pessoal ou por fúteis preconceitos de estética e na ignorância dos prejuízos a que pode conduzir a alimentação artificial, ela deixe de cumprir o nobre dever de amamentar os seus filhos.

Há que desenvolver um enorme esforço de propaganda educativa das mãis, nos dispensários, nas escolas, na imprensa, por meio de conferências, palestras, (revistas, jornais), films, T. S. F. etc. Os médicos devem ser coadjuvados nesta missão pelas parteras, pelas visitadoras de Higiene, por professores, etc.

Restringindo a alimentação artificial aos poucos casos em que a saúde ou a vida da mãe, ou do lactente, possam perigar com a amamentação, resta saber como se poderá garantir o consumo de leite de vaca, geralmente empregado como sucedâneo do leite de mulher, que não seja portador de agentes infecciosos e como se poderão também evitar os fenómenos bastante frequentes da hiper e da hipo-alimentação.



Fortamin „Tónico” Schering

**Tónico vegetal concentrado
absolutamente inofensivo e de sabor agradável
Não contem arsénico nem estricnina**

Desde há muitos séculos que se empregam em Medicina os „amargos” por causa do seu efeito de excitar o apetite. — A aplicação dessas substâncias obtidas em estado de pureza (pelo Prof. Wiechowski, de Praga) mostrou que elas exercem igualmente uma acção tónica e estimulante sôbre todo o organismo. Produzem por via endocrina uma excitação do simpático que serve de estímulo a funções orgânicas importantes, como por exemplo a circulação sanguínea, o metabolismo e toda a musculatura. — O „Fortamin” contem os principios activos dos „amargos” em uma concentração dez vezes maior que a dos preparados usuais. O „Fortamin” é indicado em todos os estados de fraqueza orgânica, esgotamento, depressão psiquica e nos vagotonicos.

**Schering S. A.
Portuguêsa de R. L.
LISBOA
Apartado 279.**



Quimioterapia anti-infecciosa

POLIVALENTE

bem tolerada pelo tubo digestivo

RODILONE

di (p-acetilaminofenil) sulfona
(1.399 Z)

Comprimidos de 0 gr. 50
(TUBOS DE 20)

GONOCOCCIAS
PNEUMOCOCCIAS
ESTREPTOCOCCIAS

*Infeções de estafilococos, Meningococos,
— Colibacilos e Anaerobios —*

POSOLOGIA · ADULTOS - 1 à 6 comprimidos por dia

CRIANÇAS - 1 à 4 » » »

LACTANTES - 1/2 à 1 » » »

ODETTE
ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · 8^e

Higienização do leite (1)

No espírito do nosso povo, mesmo entre gente culta, vive a ideia errônea de que a fervura resolve o problema da higienização do leite, pelo facto dela destruir a maior parte dos micróbios nêle existentes. Ora, prova-se que isso não é assim entre outras razões, porque :

1.º — há micróbios mesmo patogénicos, que resistem à fervura (são os esporulados);

2.º — há micróbios que são destruídos pela fervura, mas as suas toxinas resistiram à ebulição do leite; estão nestas condições o bacilo de Koch e os micróbios das salmoneloses (paratífico B, Gärtner e Aertricke);

3.º — um leite que serviu de repasto, durante longas horas às vezes, a muitos biliões de micróbios que aí lançaram os seus productos de secreção e de excreção, ficou profundamente alterado na sua composição bio-química, sofreu uma redução acentuada do seu valor nutritivo, ficou na maior parte dos casos com determinadas quantidades de productos tóxicos que a fervura não consegue fazer desaparecer. Por outro lado o leite, que é um verdadeiro tecido vivo, perde pelo calor (fervura) uma boa parte das suas qualidades nutritivas: fermentos e vitaminas que desaparecem, sais de cálcio que floculam ou que precipitam, deixando portanto de ser bem assimilados, etc.

A nossa experiência dos últimos tempos no Laboratório de Higiene, confirma inteiramente êste modo de ver.

Por conseguinte, para podermos garantir o consumo de leite em boas condições, devem-se executar tôdas as operações de *mungidura, conservação e venda do leite* de modo tal que êste líquido tenha as suas composições química e bacteriológica sujeitas ao mínimo de modificações desde o úbere do animal até aos lábios da criança.

Para conseguir um tal objectivo adotam-se então medidas

(1) Para mais detalhes sôbre êste problema, chamamos a atenção do leitor para o nosso trabalho «*A higiene do leite na cidade de Coimbra*» publicado na *Coimbra Médica* de 1937, n.º 2.

higiénicas que dizem respeito ao *animal*, ao *estábulo*, às *vazilhas*, aos *indivíduos que trabalham no leite*, ao *transporte*, *conservação e venda do leite*.

Em relação ao animal, é feito periòdicamente cada seis meses, pelo médico veterinário, um exame cuidadoso tendente a despistar a tuberculose, a febre de Malta e o mômno, respectivamente pela cuti-reacção à tuberculina, intra-dermo-reacção à melitina e à maleína; afastam-se também os que apresentarem mastites e outras doenças infecciosas locais ou gerais.

Quanto ao estábulo, deve-se fazer, uma ou duas vezes por dia, a remoção de tôdas as imundicies, passagem da mangedoura e até das parêdes com água de Javel ou qualquer outro antiseptico de eficácia reconhecida; deve exigir-se sempre um estábulo bem iluminado aquecido e ventilado. As vazilhas devem ser sempre lixiviadas para se lhes tirarem as gorduras e desinfectadas em seguida ou pelo vapôr de água, ou pela água de Javel. A água de abastecimento deve ser de potabilidade garantida.

Quanto ao pessoal, deve haver também todo o cuidado não permitindo nos serviços indivíduos portadores ou eliminadores de bacilos tíficos ou paratíficos, de bacilos diftéricos, etc.

Quanto à conservação, deve o leite ser, o mais cêdo possível, *pasteurizado* ou *stassanizado* para lhe destruir quaisquer micróbios que ainda assim êle consiga apanhar e conservado em seguida em frigoríferos, até à altura da sua venda e consumo.

A deminuição da mortalidade infantil está estreitamente ligada à venda de leite de vaca acético. Por outro lado as estatísticas mostram um paralelismo acentuado entre os gráficos da mortalidade infantil por atrépsia e o do consumo de leite desnatado; compreende-se bem que assim seja porque na gordura do leite existe grande quantidade de fósforo sob a forma de lecitinas. Em muitas cidades existem já indústrias de leite esterilizado, humanizado, etc., mas tais productos devem ser, sob o ponto de vista sanitário, submetidas a uma vigilância periòdica por autoridades competentes. É um dever de higiene pública e de assistência social e condição *sine qua non* para salvaguarda dêste capital humano, tão fortemente deminuido pelos rudes golpes da gastro-enterite. É às municipalidades que compete dum modo especial o problema de higienização do leite, pois se elas garantem o consumo de água potável, em atenção aos altos intêsses da *saúde*

pública, não faz sentido que iguais cuidados não existam quanto ou abastecimento de leite e de todos os outros géneros alimentícios.

Ração alimentar do lactente

O perigo alimentar ou digestivo pode ainda apresentar outras modalidades e essas resultam de irregularidades sob o ponto de vista quantitativo: *super-alimentação* e *sub-alimentação*.

A *super-alimentação* traduz-se por duas ordens de sintomas: premonitórios e perturbações tardias.

Entre os *sintomas premonitórios* há a considerar os *vómitos*, as *diarreias* e as *variações ponderais*.

Normalmente a criança costuma dormir após a refeição, mas desde que haja *super-alimentação* já isso não sucede, a criança torna-se inquieta, respira mal, grita e começa a vomitar; a túnica gástrica, algum tempo depois, perde a contractilidade passando o estômago a evacuar, com dificuldade, leite coagulado misturado a serosidade gástrica. Pouco depois, num estado já de toxi-infecção surge diarreia com fezes descôradas e sem falsas membranas, entrecortada com fenómenos de prisão de ventre. Mas de tôdas as perturbações, aquela que mais prende a atenção dos pais é a que se passa com as variações de pêso. A princípio, a criança cresce mais do que o normal (40, 50 e até 60 gr. por dia) o que causa a admiração de todos, mas pouco depois o crescimento ponderal pára, apresentando a curva um «*plateau*» que é interpretado erroneamente pelos pais; estes, supondo que a criança tem uma alimentação deficiente, aumentam-lhe ainda a dose de leite e, claro está, o «*plateau*» da curva ponderal prolonga-se mais algum tempo seguindo-se-lhe depois um ramo descendente. A criança está já na fase de emagrecimento.

Perturbações tardias.

Tempo depois a criança toma uma côr bacenta, terrosa, torna-se triste, de olhar vago e pálpebras semi-cerradas. Aparecem por vezes lesões cutâneas tais como *eczemas*, *intertrigo*, *estrófulos*, etc.

Os vómitos tornam-se incoercíveis e surge a diarreia verde. A criança está já numa fase de verdadeira intolerância digestiva, já nada suporta, há um grande relaxamento dos músculos do abdómen e, se é no estio, aparecem por vezes gravíssimos estados de cólera infantil.

A confirmação de que êstes estados são devidos à super alimentação reside no facto de êles retrocederem se diminuímos a quantidade de leite a dar à criança; por outro lado, a contra-prova experimental tem já sido feita em vários animais.

Sub-alimentação.

A sub-alimentação traduz-se por um emagrecimento cada vez mais acentuado, pele descôrada, enrugada e pergaminhada, a derme ulcera-se com facilidade, os malares tornam-se salientes e olhos encovados.

A princípio o apetite da criança aumenta, ela vira-se para os objectos, abre a bôca, chupa os dedos, agitando-se constantemente; pouco depois o apetite desaparece, a bôca séca a lingua torna-se suja aparecendo aquilo a que vulgarmente se chama o «sapinho» vomitando então, cada vez mais, leite coagulado misturado com bilis. Há diarreia amarelô-esverdeada fétida, pulso baixo e hipotenso, a temperatura em geral decresce, por vezes aparece uma febrícula a que se chama febre de inanição e brevemente a morte.

Hà por conseguinte necessidade de saber regular a alimentação da criança a *biberon* e para isso, devemos servir-nos das fórmulas e regras estabelecidas pela observação de vários pediatras.

Cálculo da ração alimentar do lactente

A quantidade de leite a dar ao lactente pode determinar-se a partir da *altura*, ou a partir do *perimetro torácico*, ou da soma *altura + perimetro torácico*, ou ainda a partir da *superfície* do corpo da criança.

As observações de Lassablière levam a concluir, que para essa determinação, basta multiplicar a *altura* em centímetros pels coéfficiente 15, ou o *perimetro torácico* em centímetros, (medido ao nível da linha mamilar) por 24, ou a soma *perimetro torácico + altura* por 9,4. São como se vê, métodos simples, servindo além disso de verificação uns aos outros.

Êstes métodos têm ainda a vantagem de servirem não só aos lactentes normais como aos emagrecidos (o da altura) e aos atrasados de crescimento (o do perimetro torácico).

Para calcularmos a ração alimentar em relação à superfície do

corpo da criança basta multiplicar a *superfície* em decímetros quadrados por 26,4. A superfície do corpo da criança pode determinar-se, quer pela formula de Meeh

$$S = 10,5 \sqrt[3]{P^2}$$

que tem o inconveniente de depender dum elemento muito variável como é o *pêso* da criança, quer pelas fórmulas

$$S = 2,3 \text{ Per.}^2$$

ou

$$S = 0,92 A^2$$

que são mais precisas e até mais fáceis de calcular.

Não se determina a *ração* a partir da *idade*, porque crianças da mesma idade são diferentes em desenvolvimento físico e *pêso*. Também se não calcula a partir do *pêso* da criança porque, entre outras razões, nos doentes e nos atrasados de crescimento, êste processo podia conduzir à inanição.

Em resumo, o processo baseado na superfície é científico, é exacto más é um pouco trabalhoso; o processo baseado no *perimetro torácico*, é exacto nos normais, mas inexacto nos emagrecidos. *O processobaseado na altura é o que convém aplicar na maioria dos casos.*

Claro está que êstes processos estão sujeitos a ligeiras variações, para mais ou para menos, com a *estação*, com a *composição do leite*, com o estado de *magreza* ou de *gordura* da criança, com o *vestuário*, etc., mas são sempre guias valiosos tendentes a evitar os graves fenómenos da *super* ou da *hipò-alimentação* a que atrás aludimos.

Resumindo, o perigo alimentar combate-se:

a) — com uma *campanha vigorosa* em prol da *amamentação materna*, que pode ser feita por meio de *conferências* com *films* e *projectões*, *jornais*, *revistas*, T. S. F. etc.;

b) — promovendo e estimulando a *criação* de *centrais de pasteurização* de leites, de *cooperativas* de *fornecedores* que garantam o *consumo* de *leite esterilizado*, *conservado* em *frigoriferos* e *verificado bacteriológica* e *quimicamente*;

c) — garantindo às *crianças* a quem o *leite completo* de *vaca* causa *perturbações digestivas*, o *consumo* de *leites desnatados*,

acidificados e com peptonização parcial ou total da sua caseína, como o *babeurre* e outros;

d) — mantendo junto das colectividades infantís (creches, ninhos dos pequenitos, etc.) amas de leite de qualidade e em número suficientes para amamentar os débeis, hipotróficos, etc., crianças na eminência de contraírem afecções digestivas graves;

e) — criando dispensários de consulta de lactentes que têm funções de diagnóstico e educativas muito úteis (1).

Procedendo desta fórmula o perigo digestivo ou alimentar reduz-se quási totalmente, ficando apenas alguns raros casos de diarreias coleriformes com grande desidratação que são secundários a afecções nazo-faríngeas e gripais e raríssimos casos de graves perturbações intestinais consecutivas ao golpe de calor do lactente.

3. Perigo infeccioso

O perigo infeccioso, sobretudo o que diz respeito ao aparelho respiratório é, em geral, mais difícil de combater. Nem as injeções sub-cutâneas ou as instilações nasais de oleos anticéticos (eucaliptol, gomenol, etc.), nem as variadas vacinas anti-broncò-pneumónicas que saem dos laboratórios com os rótulos de específicas dessas infecções, nem as vacinas polivalentes actuando como terapêutica de choque, dão resultados que possam merecer segura confiança. Só a aplicação de rigorosas medidas de hygiene poderão evitar que êste perigo atinja grandes proporções. Em Coimbra, no ano de 1936, mostra-nos a Fig. 4 que êste perigo atingiu na 1.^a idade o valor de 16,3 ‰ das mortes dessa idade.

Como medidas de hygiene geral a adotar nos serviços pediátricos e noutras colectividades infantis, devemos evitar as oscilações térmicas acentuadas (manter sempre a temperatura exterior entre 17° e 22°); evitar quer a falta de humidade, quer a humidade excessiva, de forma a não provocar nas crianças perturbações

(1) Aos dispensários compete chamar a atenção dos pais para os perigos da super e da sub-alimentação, indicando as regras para os evitarem.

semelhantes às do chamado síndrome de Mouriquand (4). Os processos de ventilação pelo ar condicionado resolvem hoje esse problema satisfatoriamente, porque permitem introduzir no ambiente a ventilar, ar quente ou frio, seco ou humido, conforme as necessidades da ocasião.

Todas as outras medidas a tomar nas colectividades infantis devem ter em vista evitar o contágio, quer exterior, quer interior. O contágio proveniente do exterior reduz-se desde que os médicos, o pessoal de enfermagem e as visitas tomem cuidados tendentes a evitar a propagação dos micróbios da boca, do nariz, das mãos, etc., a esses frágeis seres cuja imunidade materna tem já desaparecido e a imunidade autoctona não teve tempo ainda para se desenvolver.

Para prevenir o contágio interior, devemos fazer o isolamento de todas as crianças que nos apareçam com sinais, embora ligeiros, de tosse, temperatura ou de coriza.

Os cuidados que acabamos de referir para crianças colocadas em creches, ninhos, etc., são também necessários para as que vivem em colocação familiar livre. Sempre que haja conveniência em criar centros de colocação familiar, convém que a estes centros esteja anexo um dispensário, que seja orientado por um médico especializado em pediatria e que a acção dêste seja coadjuvada por dedicadas visitadoras de Higiene.

* * *

Sintetizando e resumindo as nossas considerações, vemos que a solução que em Portugal se tem dado ao magno problema de protecção e assistência à infância, está longe de adquirir aquele grau de perfectibilidade que seria de desejar e que aliás tem atingido já na maior parte dos países civilizados.

À parte os dispensários de protecção à infância criados em

(4) O maior número de ciclos respiratórios, uma maior rede capilar pulmonar e uma maior superfície cutânea por quilo de peso do que no adulto, fazem com que, nas crianças, uma temperatura elevada produza, por um mecanismo de defeza orgânica, uma maior desidratação dos tecidos e consequentemente, as manifestações termicas e nervosas do síndrome de Mouriquand sejam nelas mais frequentes.

Lisboa e Pôrto, em 1927, a nossa legislação neste capítulo de Higiene Social, limita-se a dar uns conselhos que não deixam de ser judiciosos, mas que são inexecutáveis e a fazer umas platónicas proibições.

Assim, não temos leis protectoras como as de Roussel, de Strauss e de Doisy que, há anos já, existem em França.

Não temos uma organização sanitária perfeita e de resultados tão salutaes como é a organização italiana «*Opera Nazionale per la Protezione Della Maternità E Dell'Infanzia*» com secções de protecção e assistência às mãis durante a gravidez, parto e puerpério; de auxílio materno e assistência às crianças da primeira infância; de protecção moral e física nas idades pré-escolar e escolar; de protecção às crianças anormais, delinquentes e desamparadas.

Temos, porém, a-pezar disso, muito de bom e de aproveitável. Reportando-nos apenas ao que se encontra em Coimbra, podemos afirmar que aqui existe:

a) — um dispensário de consulta prè-natal na *Clínica Dr. Daniel de Matos*;

b) — um dispensário anti sifilítico no Hospital do Castelo;

c) — uma consulta externa de Pediatria que desempenha também as funções de dispensário de consulta para lactentes e que, depois de executadas as obras em projecto, poderá satisfazer cabalmente as necessidades duma população como a de Coimbra;

d) — instituições modelares criadas e subidiadas pela Junta Provincial da Beira Litoral (Ninho dos Pequenitos, Parque Infantil, Preventório de Penacova), que relevantes serviços vêm prestando há anos, à população Coimbrã;

e) — instituições excelentes, embora já para outras idades da vida infantil, mantidas à custa dos maiores sacrificios e com um espirito de abnegação digno dos maiores louvores (Asilo de Infância Desvalida, Asilo dos Órfãos da Misericórdia, Creche, Lactário do C. A. D. C.);

f) — uma faculdade de Medicina donde têm partido tôdas as iniciativas tendentes a melhorar o estado sanitário de Coimbra e que gostosamente tem colaborado e se presta a colaborar activamente em tôdas as obras sanitárias que digam respeito à cidade;

g) — a boa vontade de senhoras distintissimas, almas de eleição, que com o maior interêsse se prestam a receber a preparação

científica necessária para o bom desempenho da difícil e espinhosa missão de visitadoras de Higiene.

Para que o nosso arsenal profilático se torne mais eficiente e dê o máximo rendimento, precisamos :

1.º — desenvolver um grande e inteligente esforço de propaganda educativa no sentido de fazer despertar na população e seus dirigentes, o interesse pela própria saúde ;

2.º — uma legislação perfeita, de largos horizontes sociais, que tendo em vista coordenar e auxiliar todos estes serviços de modo a obedecerem a um comando único, se harmonize, com obras idênticas que venham a ser criadas por todo o País, num vasto plano de Protecção à Infancia portugueza.

B. Segunda Idade (1) = (De 1ª a 4ª)

Este período da vida abrange a idade prè-escolar e o começo da idade escolar (escola materna, jardim-escola), isto é, uma época em que a criança se vai afastando da mãe e passa a ter convívio com outras crianças; favorece-se assim o contágio e daí o aparecimento de maior número de doenças infecciosas (eruptivas, broncopneumonias, tuberculose, etc.), visto que a imunidade adquirida através da placenta materna vai já desaparecendo; por outro lado a criança encontra-se, nesta idade, fóra da acção dum serviço de higiene organizado. Todos estes factos condicionam uma mortalidade ainda bastante elevada nesta idade da vida.

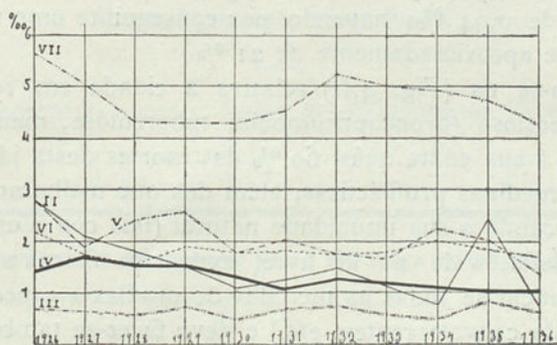


Fig. 5

(1) Desta altura em diante tôdas as taxas de mortalidade são referidas à população em geral.

Desde 1926 a 1936 a mortalidade da cidade neste período da vida (Fig. 5,II) passou de 2,8 ‰ para 0,72 ‰. A média do quadriênio (1926-1929) foi de 2,05 ‰ e a do quadriênio (1933-1936) foi de 1,25 ‰; por conseguinte a-pesar-da elevação de 1935 (sarampo) que atingiu 2,42 ‰, houve uma redução acentuada da mortalidade (40 ‰).

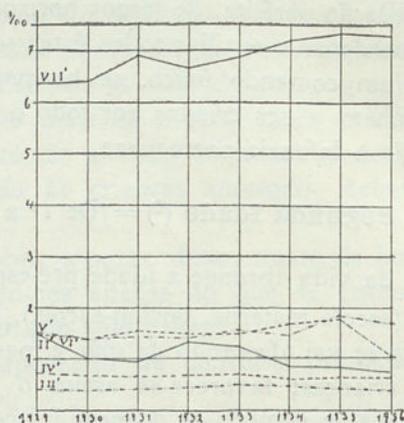


Fig. 6

No distrito, (Fig. 6,II') desde 1929 a 1936, a mortalidade desta idade da vida passou de 1,47 ‰ para 0,79 ‰. A média do quadriênio (1929-1932) foi de 1,19 ‰ e a do quadriênio (1933-1936) foi de 0,94 ‰ havendo por conseguinte uma redução de mortalidade aproximadamente de 21 ‰.

Verifica-se na (Fig. 4,II) relativa à cidade em 1936 que o perigo infeccioso (broncopneumonia, tuberculose, meningite simples, toma à sua conta quâsi 60 ‰ das mortes desta idade !

Como medidas profiláticas, além dos que melhoram o estado geral reforçando a sua imunidade natural (tais como uma alimentação cuidada, vida ao ar livre, exercícios físicos adequados), devem praticar-se tôdas as medidas de profilaxia específica (vacinas, sôro de convalescentes, etc.) e deve fazer-se também, depois dum meticoloso exame a cada criança, a eliminação de fôcos infecciosos de origem dentária ou faríngea, a ablação de vegetações adenóides, etc.

Sempre com o fim de evitar o contágio deve procurar-se ainda



Homburg



Afeccões
hepáticas
e biliares

Temoebilina

Medicamento titulado à base de elementos puramente vegetais, preparado com a droga colagoga malaia «**Temoe-Lawak**» e os princípios activos do cominho, hortelã-pimenta, e camomila.

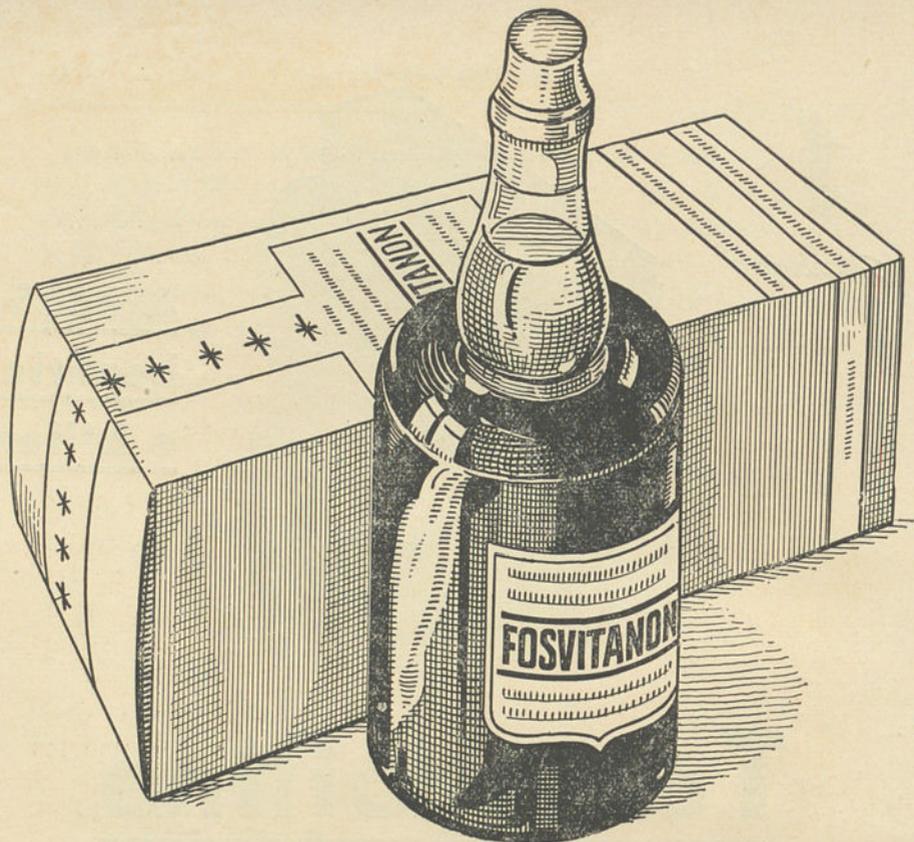
—
1/2 a 1 comprimido numa chávena de água quente, 3 vezes ao dia.
—

O PRAZO DE VALIDADE DESTA REQUISICÃO É LIMITADO

Remete Dr. _____

CM 868

Queriam enviar-me para estudo literatura e amostras de:



Fosvitanon



Homburg

Sedativo

Hematopoiético

Estomáquico

Tónico

Homburg

Extractos estandardizados de quina, nozes frescas de colã, noz vómica, piscídía, lúpulo e viburno.

Sais de Cu., Fe., e Mn., sal de bromo-magnésio, ácido fosfórico-glicose.

1 colher das de chá 2 a 3 vezes ao dia, 1/2 hora antes das refeições.

O **FOSVITANON**, simultâneamente um tónico, um estomáquico, um sedativo e um hematopoiético, tem um **excelente paladar** a ervas aromáticas.

Está indicado no esgotamento físico e psíquico, nervosismo, depressão nervosa, fraqueza, abatimento, neurastenia, caquexia malárica, anemia e tuberculose.

Alguns nomes da Medicina, como **Meyer, Strauss, Ballmann, Burhaus, Reus e Undritz** entre outros, acharam dignos de publicação os resultados dos seus ensaios realizados conscienciosamente com o **Fosvitanon** em conhecidas clínicas pediátricas, neurológicas, ginecológicas, Sanatórios, Hospitais, etc.

Extractos desta literatura à disposição dos Srs. Médicos.

Frascos originais de 200 cc.

despistar e tratar os portadores e eliminadores de gérmenes das várias infecções (difteria, meningite, etc.).

Os portadores de bacilos diftéricos aparecem nas colectividades infantis numa taxa de 10 % a 12 % e dão por vezes lugar a formas de difteria oculta traduzindo-se por hipotrofia acentuada, diarreia coleriforme, bronco-pneumonias, etc. Segundo uma estatística de Chevalley, 56 % destes portadores morreram das afecções mencionadas, dentro de alguns meses. Há por conseguinte necessidade de esterilizar a garganta dessas crianças, esterilização esta que sendo difícil, mesmo com sessões de raios ultra-violetas e com soro-anti-diftérico anti-infeccioso, pode conseguir-se, segundo observações recentes, em 50 % dos casos, com instilações nasais de gonacrina a 1/50 ou a 1/100. Mais moderadamente ainda, sabe-se que essa esterilização se pode conseguir em 83 % dos casos, se empregarmos instilações de novarsenobenzol ou de acetilarsan respectivamente a 7,5 % e a 23 %.

A mortalidade destas crianças assim tratadas, reduz-se consideravelmente. Lereboullet tem uma estatística de portadores assim tratados, com uma mortalidade apenas de 7 %.

A vacinação contra a difteria faz-se em geral, por meio de três injeções de anatoxina de Ramon de 0,5 cc., 1 cc. e 1,5 cc. dadas com intervalos respectivamente de 3 e 2 semanas.

Esta vacinação deve fazer-se à volta do 2.º ano de idade (1).

Quanto ao sarampo que dá, pelas suas complicações, broncopneumónicas em geral, uma grande mortalidade (v. g. a de Coimbra no ano de 1935), deve fazer-se a sua profilaxia pelo *isolamento do doentes* e pelo emprêgo de *soro de convalescentes* que, não evitando muitas vezes a doença nas crianças a quem é injectado, produz sempre nelas o soro-atenuação, isto é, dá formas de sarampo muito mais benignas e que raramente dão a complicação bronco-pneumónica.

Na falta de soro de convalescentes, que não é em geral de fácil aquisição, pode recorrer-se com proveito ao soro da mãe da criança e aos lisados de placenta.

(1) Modernamente há quem prefira o método de Claus Jensen em que a vacinação é feita com uma só injeção de anatoxina diftérica precipitada do caldo Martin pelo hidróxido de alumínio; praticamente, este método é muito vantajoso, visto vacinar com uma só injeção.

A profilaxia da *coqueluche* faz-se também recorrendo a soroterapia e à vacinação, mas a melhor arma de combate é ainda o isolamento, associado às convenientes medidas de higiene geral do pessoal de enfermagem (uso de máscara que tape boca e nariz, bata diferente de doente para doente, desinfecção das mãos feita freqüentes vezes, etc).

A *escarlatina* é rara entre nós, mas convém sempre despistar os receptivos pela reacção de Dick e injectar a estes sôro anti-escarlatinoso.

C. Terceira Idade = (De 5ª a 14ª)

Êste período da vida abrange uma grande parte da idade escolar ou infecciosa. Como o nome indica, as doenças infecciosas são as que na verdade dominam nesta idade da vida; sobrelêva a tôdas a tuberculose que toma à sua conta, em Coimbra, em 1936, (Fig. 4,III) nada menos de 42 % das causas de morte.

Crianças com cuti-reacção à tuberculina positiva e com gânglios torácicos hipertrofiados, devem ser afastados do ambiente citadino e educadas em escolas ao ar livre. Nesta idade e nas duas seguintes é o flagêlo da tuberculose a principal causa de morte a combater; os períodos prè-pubertária e pubertário que são abrangidos por esta idade e a questão médico-pedagógica do *surmenage* escolar, complicam e tornam mais grave êste problema.

A (Fig. 4,III) mostra-nos ainda que as outras doenças infecciosas (brônco-pneumonias, septicemias, etc.) constituem no conjunto 28 % das causas de morte desta idade.

Desde 1926 a 1936, a mortalidade da cidade nesta idade (Fig. 5,III) passou de 0,69 ‰ para 0,61 ‰. A média do quadriênio (1926-1929) foi de 0,66 ‰ e a do quadriênio (1933-1936) foi de 0,63 ‰, o que representa, para o período considerado um ligeiro decréscimo da mortalidade (3 % ap.).

No distrito (Fig. 6,III') a mortalidade desta idade, de 1929 a 1936, passou de 0,42 ‰ para 0,38 ‰. A média do quadriênio (1929-1932) foi de 0,43 ‰ e a do quadriênio (1933-1936) foi de 0,45 ‰ o que representa, durante o período considerado, um aumento, embora ligeiro da mortalidade (4,6 % ap.).

(Continua).

PNEUMATOCELOS

A propósito dum caso de «pneumo-meningocelo»

POR

MANUEL PINTO

O pneumo-ventriculocelo, ou seja a existência de gás — em geral, ar — nas cavidades ventriculares, pode obter-se artificialmente, quer introduzindo-o ali directamente à Dandy, através duma brecha da calote craneana, por punção cerebral, quer indirectamente, à Bingel, por punção lombar, baixa ou alta, no espaço sub-aracnoideu, marchando o gás, seguidamente, através desse espaço até aos ventrículos se quaisquer obstáculos — como, por exemplo, um tumor comprimindo o aqueduto de Sylvius, ou septações inflamatórias das meninges — não lhe impedirem a marcha através dos buracos de Luschka e Magendie.

Se o gás introduzido no espaço sub-aracnoideu endocraneano não pode, por aderências pre-existentes ou conseqüentes, marchar até aos ventrículos, fica enquistado no espaço sub-aracnoideu constituindo ali o «pneumo-encéfalo» comprimindo a massa cerebral, comportando-se, por isso, como um verdadeiro tumor endocraneano com a sua sintomatologia própria.

Tal é o caso do Prof. Negro, apresentado à Real Academia de Medicina de Turim, citado por Bertelotti, que radiològicamente o estudou, e operado pelo Prof. Stropani, devido à penetração de ar no espaço sub-aracnoideu através da lâmina crivada do etmoide, caso que o autor considera como *muito raro e estranho*.

Para não alongar êste trabalho com uma observação que me não pertence, e também por ter qualquer coisa de raro e estranho



Fig. 1 — Pneumo-encéfalo espontâneo (radiografia de frente).
Caso Negro e Stropiani.



Fig. 2 — Pneumo-encéfalo espontâneo (radiografia de perfil).
Caso Negro e Stropiani.

a mostrar, vou fazer-lhe somente uma leve referência para a utilizar com proveito na comparação dos dois casos.

Começarei por mostrar quatro radiografias dêste caso obtidas indirectamente, duas antes da operação e outras duas depois; foi o dr. Lupe quem perante o pasmo de Bertelotti, — e Bertelotti não deve pasmar com pouco — quem mostrou estas radiografias ao Mestre e lhe falou em «aerocelo».

RADIOGRAFIA I — (Fig. 1) face baixa: mancha de gás comprimindo a foice do cérebro para a direita, tornando-a concava para a esquerda.

RADIOGRAFIA II — (Fig. 2) perfil: mancha de gás ocupando toda a zona fronto-parietal, de forma ovoide, alongada de diante para trás, parecendo limitada por uma bolsa quística, por aderências.

Depois dum estudo demorado e consciencioso dos filmes radiográficos, concluíram os observadores que se tratava de um «pneumo-encéfalo» e não de um «pneumo-ventrículo». O estudo clínico do caso mostrou antecedentes hereditários de bacilose, com lesões de polipose nasal, tendo sido operado de ablação do etmoide à esquerda, seguida de uma séria hemorragia e, consecutivamente, rinorreia; mais tarde, consecutivamente, a um processo gripal e tendo-se assoado defeituosa e intempestivamente, como é usual, sentiu uma forte dor na região frontal esquerda, seguida de vômitos, delírio e cefaleia; seguidamente, perda de memória e torpôr intelectual; mais tarde, hemiparésia direita progressiva; R. de Wassermann, negativa; fenómenos de epilepsia jacksoniana; todas as vezes que se assoava, comprimindo o ar fortemente no nariz, repetia-se a dôr frontal que inicialmente tinha sentido; recolhe á clínica de Bertelotti por indicação do Prof. Negro, com o diagnóstico provável de tumor da convexidade.

Foi então que a radiologia revelou o verdadeiro diagnóstico e que o estudo cuidadoso mostrou tratar-se de um «encefalocelo» — derrame de ar intra-meníngeo — por mais que parecesse increditável que uma porção de gás, situada no espaço sub-aracnoideu, tivesse podido comprimir com tanta força o hemisfério esquerdo sem se espalhar nos espaços sub-aracnoideus.

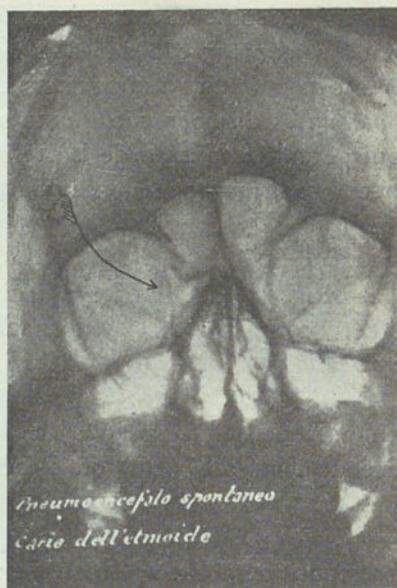


Fig. 3 — A flecha indica o sequestro do etmoide marginal.
Caso Negro e Stropiani.

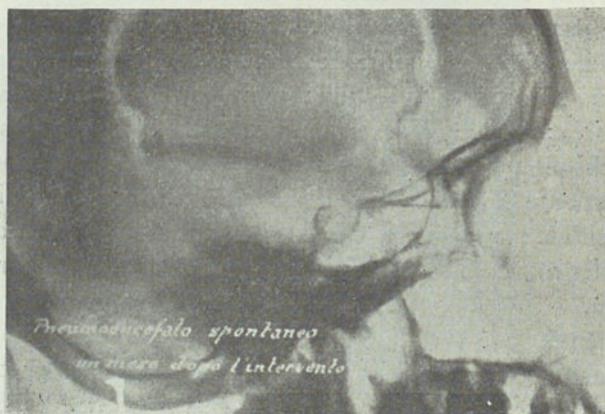


Fig. 4 — Radiografia de perfil, feita um mês após a intervenção.
Vê-se o retalho osteoplástico que foi necessário fazer.
Caso Negro e Stropiani.

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO - TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Adaptando-se por consequência, 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 Blenorragia, Metrite, Salpingite, etc.

Preparado pelo Laboratório de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI^e)

Depositários
exclusivos

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

45, R. Santa Justa, 2.^o
LISBOA

Livraria Moura Marques & Filho

19 - Largo Miguel Bombarda - 25

COIMBRA

ULTIMAS NOVIDADES:

- Binet** — Les régions génitales de la femme. Formes normales et malformations. 1 vol. 135 fig. 200 pages. (V) — Frs. 60,00.
- Cellier** — Cahier de stage en pharmacie. Éléments de technique professionnelle à l'usage des stagiaires en pharmacie, des préparateurs en pharmacie, etc. 1 vol. 260 pages. deuxième édition. (V) — Frs. 35,00.
- Cottenot** — Le duodénum. Atlas de radiologie clinique. 1 vol. 223 pages avec 496 figures. (D) — Frs. 285,00.
- Dumas** — La dysenterie bacillaire. 1 vol. 90 pages. (D) — Frs. 28,00.
- Fiessinger** — Diagnostics Biologiques. 4.^e édition. 4 vol. 766 pages avec figures. (N) Frs. 495,00.
- Frenelle** — Précis d'Anatomie Descriptive et Régionale. Tome I. Colonne Vertébrale et Dos. 1 vol. 160 pages avec 162 figures. (N) — Frs. 28,00.
- Latarjet** — Anatomie chirurgicale du crâne et de l'encéphale. 1 vol. 141 figures en noir et 10 figures en couleurs hors texte. 288 pages. (D) — Frs. 200,00.
- Pron** — Maladies de l'Estomac. 1 vol. 123 pages. (N) — Frs. 18,00.
- Zondek** — Les Affections des Glandes Endocrines et leur traitement. 1 vol. 601 pages. 168 figures. (N) — Frs. 220,00.



ALGUNS PRODUTOS SANDOZ



SANDOZ De prescrição exclusivamente médica **SANDOZ**

Produto e composição	INDICAÇÕES	Posologia média diária
<p>ALLISATINE Princípios activos e estabilizados do <i>allium sativum</i> sob a forma inodora e insípida</p>	<p>Diarreias Disenterias Fermentações Arterioesclerose</p>	<p>6 a 12 drageas por dia</p>
<p>BELLAFOLINE Complexo alcalóidico integral da beladona fresca</p>	<p>Todas as indicações da beladona: Espasmos das vias digestivas e respiratórias, gastralgias, úlceras, asma, cólicas nefríticas, Parkinsonismo, etc.</p>	<p>1 a 2 comprimidos, ou X a XX gotas 3 vezes por dia, ou 1/2 a 2 empolas por dia</p>
<p>BELLADENAL Complexo alcalóidico integral da beladona fresca (Bellafoline) + feniletilmalonilureia</p>	<p>Sedativo dos casos resistentes. Epilepsia, asma, angina de peito, vômitos incoercíveis, enxaquecas, dismenorria, ansiedade, etc.</p>	<p>2 a 4 (até 5) comprimidos por dia.</p>
<p>BELLERGA Associação de fracas doses: <i>Bellafoline</i>: Inibidor tipo do vago. <i>Gynergene</i>: frenador electivo do simpático. <i>Feniletilmalonilureia</i>: Sedativo de acção central</p>	<p>Medicação estabilizadora do sistema neuro-vegetativo</p>	<p>3 a 5 drageas por dia</p>
<p>CALCIBRONAT Combinação bromo-calcica organica.</p>	<p>Todas as indicações da medicação bromada e brometada</p>	<p>1 a 4 colheres de sopa por dia ou 1 a 4 comprimidos efervescentes por dia ou 2 a 3 injeções endovenosas ou intramuscular por semana</p>
<p>CALCIUM-SANDOZ Sal organico de cal, eficaz por via gástrica. E' o produto melhor tolerado pela via venosa, injectável por via intramuscular em doses eficazes</p>	<p>Descalcificação, raquitismo, estados tetanigêneos, espasmofilia, pneumonias, gripe, asma, dermatoses, hemorragias, etc.</p>	<p>2 a 3 colheres das de chá, ou 3 a 6 comprimidos, ou 1 a 2 past. eferv., ou 2 a 20 cc. por dia (via intramuscular ou intravenosa)</p>
<p>DIGILANIDE Complexo cardio-activo natural dos glucosidos iniciais A+B+C da <i>Digitalis lanata</i></p>	<p>Todas as indicações da digital</p>	<p>(Posologia média) 1 dragea ou 1/2 cc. 3 vezes por dia ou 3-4 cc. por injeção endovenosa e em 24 horas</p>
<p>GYNERGENE Tartrato de ergotamina Stoll; alcalóide, principio específico da cravagem do centeio sob forma estável e cristalizada</p>	<p>Atonia uterina, hemorragias obstetricais e ginecológicas. Sedação do simpático: Basedow, taquicardia paroxística, enxaquecas, etc.</p>	<p>(muito individual e segundo os casos) 1 a 2 comprimidos ou XV a XXX gotas 2 vezes por dia ou 1/4 a 1 cc. de cada vez</p>
<p>OPTALIDON Nova associação antineuralgica e sedativa</p>	<p>Todas as dores: neuralgias, ciáticas, dores reumáticas, dores de dentes, etc.</p>	<p>2 a 6 drageas</p>
<p>SCILLARÈNE Complexo glucosídico, cristalizado e estabilizado do bolbo de Scila</p>	<p>Diurético azotúrico, cardiotónico de sustento (acumulação débil), nefrite, oliguria, assistolia, aritmia, coração senil, miocardite</p>	<p>2 a 6 comprimidos, ou XL a CXX gotas por dia, ou 1/2 a 1 empola por via endovenosa.</p>

Fabrique de Produits Chimiques — ci-devant SANDOZ, Bâle (Suisse)

Amostras e literatura à disposição dos Srs. Médicos

Bertolotti estabeleceu a patogenia do caso da maneira seguinte: a intervenção sôbre o etmoide doente (Fig. 3) fracturou êste ôsso e fendeu a dura-máter com o folheto parietal da aracnoideia, de forma que, ao assoar-se violentamente, o ar penetrou no espaço sub-aracnoideu por uma ou mais vezes, à semelhança do que acontece no pneumatórax de válvula, localizando-se ali em virtude da reacção meníngea que lhe formou uma bôlsa quística, esboçada numa das radiografias apresentadas, não lhe permitindo expandir-se.

Worms e Didier dizem, quanto a tratamento: as indicações operatórias fundam-se na evolução dos acidentes; se êstes abrandam, abstenção; se manifestam tendência a agravar-se, é preciso intervir para fechar a brecha da dura-máter. No caso de Bertolotti, os incidentes obrigaram a intervir; quanto à via de intervenção, discordando do modo de vêr de Worms, o operador optou por uma larga craneotomia, com tratamento médico endonasal, tendo o doente curado (Fig. 4).

* * *

OBSERVAÇÃO PESSOAL—Obs. n.º 3.513.—D. G. de 12 anos de idade; Tomar. 25-X-937: operada há cêrca de dois meses nos H. U. C., retira para casa ainda com purgação auricular, restos do seu processo supurativo. Há dias apareceu-lhe tumefacção retro-auricular direita que rãpidamente aumentou de volume e passou a apresentar flutuação. É feito o exame radiográfico da mastoideia direita, e da esquerda para têrmo de camparação, à Stenvers:

Obs. n.º 6.873 dos srs. Drs. Moura Relvas e João Sarmento, de 25-X-937: (Fig. 5): «A apófise mastoideia direita acusa destruição das trabeculas intercelulares, em larga extensão, até à região pétérea, vendo-se uma área clara de trepanação infero-externa».

Novamente operada de cura radical à direita, são encontrados restos de colesteatoma; é feita uma larga ablação da mastoideia doente, tendo ficado a descoberto: o facial; a meninge, ao nível do tecto do aditus ad antrum; e o seio lateral, embora em

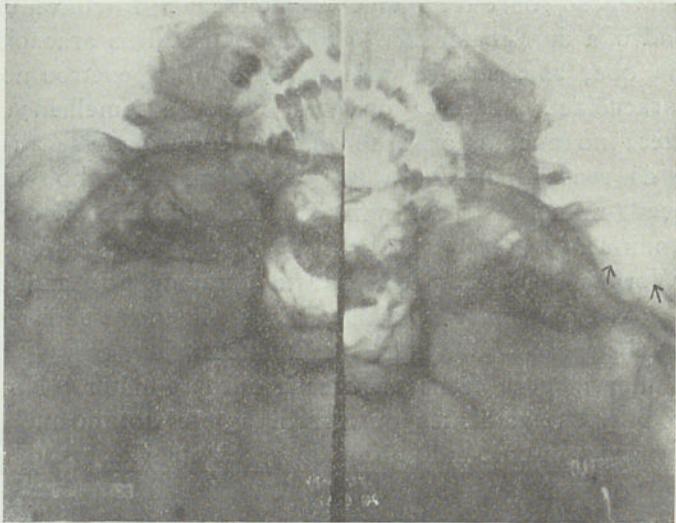


Fig. 5



Fig. 6

pequena extensão. Esta intervenção teve que ser feita com anestesia geral pelo éter, por o estado de descolamento dos tecidos não ter permitido a anestesia local por infiltração que habitualmente utilizamos.

Intervenção feita em 25-X-937. Em 26, há uma ligeira elevação térmica que cede inteiramente em 27 e 28, mas, em 29 à tarde, a temperatura atinge 39°, mantendo-se até 2 de Novembro com remissões abaixo de 37° e elevações acima de 39°, até que, em 3, tendo descido em lise, a temperatura se normalisa, só com um ligeiro fogacho, na tarde de 5, até 38°.

Perante o descalabro operatório a que tínhamos sido obrigados pela extensão das lesões, tendo deixado o seio lateral a descoberto, pensamos numa tromboflebite do seio lateral, tanto mais que a elevação térmica tinha sido precedida por uma forte tremura; é feita, no entanto, uma hemocultura que resulta negativa, tendo a doente curado desta crise pelos simples meios médicos. Tudo segue bem até 20 de Novembro, repetindo-se a mesma sintomatologia em 21, 22 e 23 do mesmo mês, tendo terminado por forma similar. Na ausência de germens no sangue, e porque a doente curou rapidamente, diagnosticamos uma toxémia *tendo mais tarde concluído que tinha havido uma trombose acética dum lago sanguíneo venoso, visinho do seio lateral, com introdução de ar*, como explicaremos e provaremos.

Tudo vai seguindo aparentemente bem, mas com cicatrização muito arrastada. Feita uma R. de Wassermann, em 11-XII-937, resultou negativa. Descoberto um seqüestro no fundo da caixa, é decidida nova intervenção. É feito novo exame radiográfico; êste exame revelou-nos uma grande surpresa:

OBS. N.º 7.520, DE 15-III-938: A 1.ª radiografia, em *Stenvers*, (Fig. 6), mostra-nos, em comparação com a radiografia similar feita antes da nossa intervenção, que a operação feita fôra de facto uma cura radical completa mas que, apesar disso, não conseguiu debelar o processo colesteatomatoso.

A radiografia II, em *Chuler*, (Fig. 7) é muito curiosa e mesmo sensacional; ela fez-nos passar por transes similares aos dos assistentes de Bertelotti na incerteza da interpretação. Foi com o dr. Correia de Oliveira que conseguimos fazê-la: *aeroceolo da fossa temporal...*

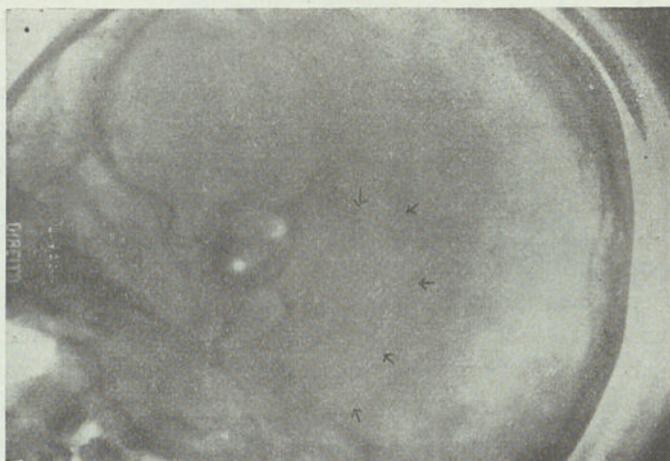


Fig. 7

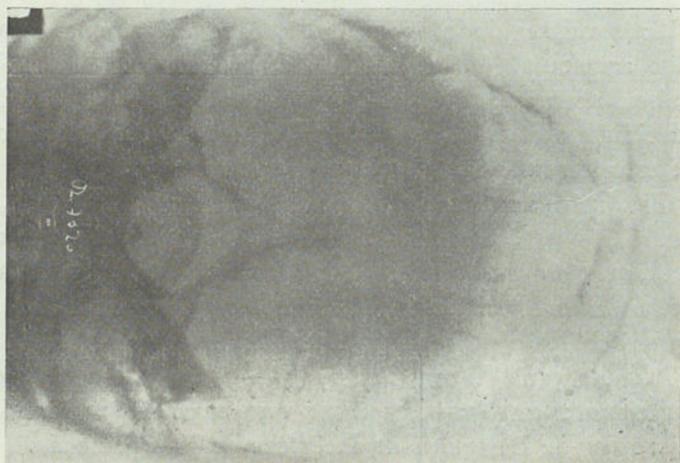


Fig. 8

O dr. Moura Relvas, examinando estas radiografias, suspeitou de aumento da tensão intracraniana e fizeram-se as radiografias n.ºs III e IV (Figs. 8 e 9) que confirmaram essa suspeita pela existência de impressões digitiformes exageradas, embora sem alterações da sela túrcica, alargamento de suturas ou alterações ósseas por dilatação da rêde venosa.

Pedido nesta altura o exame dos fundos dos olhos ao dr. Cunha Vaz, êste fornece-nos o seguinte relatório:

EXAME OCULAR DE D. G.:

Reflexos pupilares foto-motores, normais.
 Regular acuidade visual
 O. D. $V = 2/3$ 2 dioptrias
 O. E. 2 dioptrias
 (miopia).

Pupilas ópticas normais. Campos visuais normais, mesmo para as côres.

Agradavelmente surpreendido por êste relatório, pois julgávamos que a sua hipertensão endocraneana deveria ter causado maiores estragos no fundo do olho, foi a doente observada pelo dr. Correia de Oliveira que somente notou uma baixa global das faculdades mentais (a doente foi sempre uma atrasada), com um certo grau de obnubilação mental.

Decide-se nova intervenção que é executada por mim com a ajuda de Brito Subtil e Porfirio Cameiro e com a assistência do Prof. Correia de Oliveira. Retiram-se fragmentos de colesteatoma da caixa e do tecto do antro, põe-se a descoberto em grande extensão o seio lateral que pulsa normalmente; por diante e por baixo do seio existem numerosas células pequenas, infiltradas.

Põe-se a descoberto a meninge do lobo temporal, tendo feito saltar o tecto do *additus*; resseca-se quasi tôda a lâmina óssea do temporal, reduzida a uma ténue lamela, e põe-se a meninge a descoberto numa extensão de 6×4 cm.

A meninge não pulsa, está flácida, depressível, fôfa; punciona-se e a agulha como que cai dentro duma cavidade. Incisa-se a dura numa extensão de 1 cm. aproximadamente; ela está adelgada; a princípio não sai nada; depois, algum sangue escuro e, só passado algum tempo, tendo destruído com a pinça uma porção de tecido areolar, aparece a massa cerebral que faz hérnia,

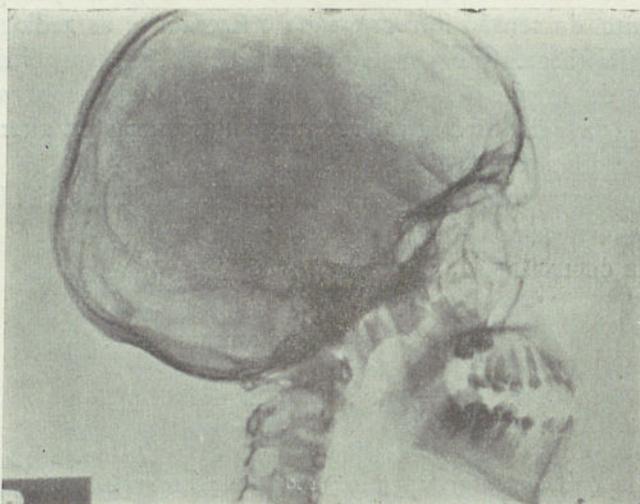


Fig. 9

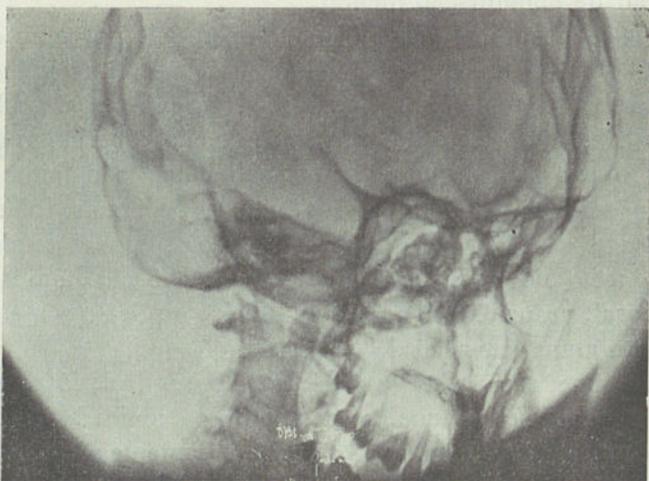


Fig. 10

princiando então a pulsar normalmente. Tinha-se eliminado com algum sangue o aerocelo. Nas radiografias reproduzidas nas Figs. 10 e 11 pode vêr-se a extensão dos estragos operatórios que foi necessário fazer.

Meditando sôbre o exame clínico e radiográfico e a observação operatória, concluímos estar em presença de um *pneumomeningocelo*, formado inicialmente num lago venoso da dura-máter,

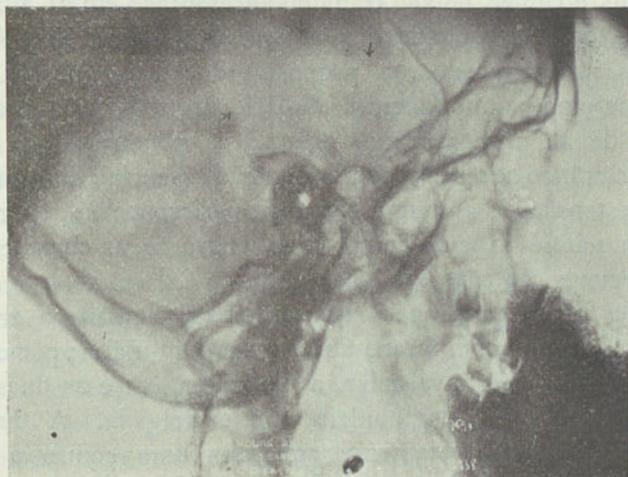


Fig. 11

onde o ar penetrou por uma ou mais vezes, consecutivamente à abertura duma veia, para ali aspirado por uma diminuição da pressão venosa por aspiração torácica, tendo seguidamente lacerado as paredes dêste lago sanguíneo para se estender nos espaços subdurais, possivelmente sub-aracnoideus.

Seqüências operatórias entrecortadas de acidentes vários, com acentuada obnubilação intelectual, pêrda de memória e vômitos, por vezes com aumento da hérnia cerebral, fenómenos êstes que se vão calmando pouco a pouco, fazendo-se a cicatrização rapidamente, afirmando as pessoas de família que o seu estado mental é hoje mais puro que anteriormente à intervenção (1).

(1) Tendo-lhe sido dada alta já depois da conclusão dêste trabalho, podemos acrescentar hoje que a doente se encontra bem, de acôrdo com as informações que nos tem sido prestadas pelas pessoas de família.

* * *

Vejamos quais as considerações de ordem anatómica e fisiológica que o estudo dêste caso nos sugere e que, segundo o nosso modo de vêr, explicam o aerocelo por nós encontrado.

Worms e Didier, no seu trabalho apresentado em 21-XII-931 à Sociedade de Laringologia dos Hospitais de Paris sôbre pneumocelos intracranianos, a propósito dum caso pessoal dum ferido que após uma fractura do seio frontal apresentou um derrame de ar intracraniano, dizem: «a penetração do ar no interior do crâneo necessita, como condição essencial, dum aumento prévio da tensão do ar numa cavidade pericraniana». Ora esta afirmação não é exacta, como julgo provarão as considerações que se seguem e o caso que apresento.

As três membranas perinervosas que circundam o encéfalo são: por fóra, uma membrana fibrosa — a dura-máter; por dentro, uma membrana célula-vascular, a pia-máter, entre as duas, uma membrana serosa, a aracnoideia, muito delgada. A dura e a aracnoideia estão directamente applicadas uma contra a outra, mas entre esta e a pia-máter há os espaços sub-aracnoideus cheios de líquido céfalo-raquidiano. A superfície externa da dura craneana atapeta a caixa óssea, à qual serve de periósseo interno, aderindo-lhe mais ou menos conforme as regiões, sendo nas regiões têmporo-parietal e occipital que essas aderências são mais fracas (zona descolável de Marchand); a sua superfície interna é atapetada pelo folheto parietal da aracnoideia, que lhe adere duma maneira íntima e lhe comunica o seu aspecto liso e pulido (Testut).

São dois os folhetos que formam a dura-máter, ainda isolados no feto, mas intimamente unidos no adulto; o folheto externo, mais espêsso, branco amarelado, é percorrido por grossos vasos; o interno, mais delgado, de côr branca brilhante, é menos vascularizado; o primeiro folheto, applicado directamente à parede craneana, forma a porção perióssea da dura; o segundo, em relação directa com a aracnoideia, é a dura-máter propriamente dita.

Estudemos com uma certa minúcia, pois isso pode interessar na patogenia do nosso caso, os vasos da dura.

Pelo que diz respeito a artérias, a dura é pouco vascularizada e, pôsto que os vasos ocupem a sua espessura, enviam as suas principais divisões ao diplcö, reservando para si simples capilares.

Axel Retzius descreveu nela duas rêdes vasculares: uma, situada no folhêto externo, já descrita e pouco importante, outra, situada no folheto interno, formada por malhas alongadas apresentando ao nível dos pontos nodosos alargamentos ampulares de dimensões variáveis. Aqui e ali encontram-se bôlsas, às vezes bastante volumosas, que dum lado recebem um certo número de capilares, e doutro dão origem a uma veia; aparecem reservatórios intermediários entre as veias e os capilares.

Quanto às veias, formam como as artérias duas rêdes, uma superficial, para o folhêto externo, outra profunda, para o interno. A primeira, superficial, é formada por duas espécies de veias, umas caminhando isoladamente e terminando nos diferentes seios da dura; outras, mais importantes, acompanhando as artérias, quer simples quer duplas. As grandes veias do folhêto externo da dura apresentam-nos, em tôda a extensão, um calibre uniforme; a maior parte delas comunicam, em cima, com o seio longitudinal superior e em baixo, com os plexos venosos pterigoideus, sendo assim largas vias anastomóticas unindo a larga rêde intracraniana à rêde extracraniana, e onde a *circulação é indifferente, isto é, pode efectuar-se segundo as necessidades, em qualquer dos dois sentidos*. Anexas às veias, há na dura, um sistema de cavidades especiais, cheias de sangue venoso, lagos sangüíneos desenvolvendo-se de preferência ao lado do seio longitudinal superior, mas encontrando-se também na visinhança do seio lateral; a sua cavidade em forma de ampôla irregular alongada de diante para trás, é percorrida em todos os sentidos por numerosas bridãs conjuntivas que se dirigem duma parede à outra. As relações dos lagos sangüíneos com os diferentes sistemas venosos da cabeça, são os seguintes (Testut):

- 1.^o comunicam com os seios, quer por simples orificios arredondados ou elipticos, quer por verdadeiros canais que atingem 2 cm. de comprimento;
- 2.^o as veias meníngicas lançam-se ordinariamente nos lagos e não directamente nos seios;

- 3.^o as veias cerebrais, caminhando na pia-máter, logo por baixo dos lagos, chegam directamente aos seios, mas a maior parte delas, ao passar por baixo dum desses lagos, entram em relação com êle por uma ou muitas aberturas laterais;
- 4.^o os lagos sangüíneos emitem pela sua face superior veias diploicas e veias emissárias.

Êstes lagos sangüíneos são considerados simples divertículos do sistema venoso onde se derrama o «trop plein» quer dos seios, quer das veias encefálicas, favorecendo o desengurgitamento das veias cerebrais, opondo-se assim à compressão dos centros nervosos, donde o nome de *lagos de derivação ou segurança* (Tillaux e Labbé).

A aracnoideia é considerada como uma membrana serosa, análoga às grandes serosas viscerais, tendo como ela dois folhêtos — um, parietal, em relação com a dura-máter, e outro, visceral, em relação com os centros nervosos; entre os dois folhêtos há a cavidade aracnoideia, quasi virtual no estado fisiológico, mas podendo, sob a influência de causas patológicas diversas, tornar-se a sede de derrames mais ou menos consideráveis (Testut).

O folhêto parietal da aracnoideia craneana adere intimamente à face interna da dura, sendo a dissecação impossível; o folhêto interno, visceral, estende-se sobre a acidentada superfície da massa encefálica, aderindo a tôdas as partes salientes e passando como uma ponte sobre as anfratuosidades, perdendo o contacto com as superfícies profundas exteriores do neuraxis, encontrando-se assim somente aplicada às superfícies livres das circunvoluções, à qual se encontra unida por uma delgada camada de tecido conjuntivo, não revestindo assim a sua face lateral, seguindo o caminho mais curto para se dirigir de um para outro ponto.

A aracnoideia não possui vasos próprios. A pia-máter craneana, mais delgada que a raquidiana, é muito mais rica em vasos. Cobre os diferentes segmentos da massa encefálica; a superfície interna da pia segue rigorosamente todos os acidentes da superfície exterior do encéfalo, tapetando a face livre das circunvoluções, descendo sobre as faces laterais, atingindo o fundo dos sulcos, e flectindo-se para subir sobre as circunvoluções visinhas, ao contrário do que acontece com a aracnoideia; a super-

fície externa da pia está em relação com os espaços sub-aracnoideus, que a separam do folheto visceral da aracnoide e onde circula líquido céfalo-raquidiano. Enquanto a pia-máter raquidiana é formada por duas camadas sobrepostas, uma interna e outra externa em relação com os espaços aracnoideus, a pia craneana está reduzida à sua camada interna — a íntima pia — formada por uma camada de fibras conjuntivas mais ou menos entrecruzadas, forrada em cada uma das suas faces de uma rede elástica e de um revestimento endotelial. Os vasos da pia craneana estão situados na face externa da íntima-pia e, quando a abandonam para penetrar no neuraxis, a íntima pia forma-lhes uma bainha adventícia que os acompanha mais ou menos na substância nervosa.

Agora, somente algumas noções elementares sobre circulação cerebral (Testut): quando se levanta a pia-máter com precaução, vemos destacar-se da sua face profunda como que uma chuva de finas arteríolas que caem perpendicularmente sobre a pólpa cerebral subjacente e aí penetram e terminam, alimentando a substância cerebral, mergulhando mais ou menos fundo, comunicando umas com as outras por finos capilares, aproximando-se dos núcleos centrais sem entrarem em relação com as suas artérias, constituindo, por isso, um pequeno sistema independente de cada uma das arteríolas, e também independente do sistema arterial dos núcleos centrais.

As veias cerebrais são muito mais volumosas do que as artérias e caminham de preferência, ao contrário das artérias, à superfície das circunvoluções. As suas paredes são extremamente delgadas, desprovidas de fibras musculares, com ausência de válvulas no seu interior, formando múltiplas anastomoses. Sem entrarmos em detalhes, dividi-las-emos em superficiais, profundas, dos núcleos ou de Galeno, e da base.

São múltiplas as anastomoses das veias entre si, ao contrário das artérias que conservam na sua distribuição uma independência relativa; há anastomoses das veias das circunvoluções entre si, anastomoses das veias dum hemisfério com o outro, anastomoses das veias de Galeno com as da base e com as das circunvoluções, anastomoses artério-venosas. Há mais as comunicações dos seios da dura-máter entre si (veia anastomótica de Trelard,

veia anastomótica de Labbé), anastomoses entre os sistemas venosos intra e extra-craneeanos, tão numerosas que os seios da dura-máter para se desembaraçarem do seu conteúdo no sistema venoso geral encontram facilmente vias suplementares quando as habituais se retraem ou mesmo se obliteram.

Ora bem: postas as considerações anatómicas seguem as de natureza fisiológica, que nos auxiliarão a compreender a patogenia do nosso caso, que consideramos como um caso ainda não descrito de «*pneumo-meningocelo*», pois só encontramos descritos: pneumo-ventrículo e pneumo-encéfalo.

É nossa convicção que o aerocelo que nós encontrámos ocupando a fossa temporal direita, numa extensão superficial de 6×5 cent., e numa profundidade no seu máximo diâmetro, de 1,5 cent., tinha tido a sua origem num lago sanguíneo da dura-mater, pois ao incisar esta membrana, o tecido incisado era de uma exígua espessura, muito menos da que têm usualmente a dura, e tivemos de destruir com a pinça uma ténue camada de tecido areolar, que deveria corresponder ao tecido areolar que se encontra no interior destas formações anatómicas; demais, depois da incisão da dura, a cavidade onde caímos tinha uma certa porção de sangue escuro que foi expulso pela pressão da massa cerebral, juntamente com o gás que se foi escapando pela incisão feita, até a abertura da dura-máter ter sido tapada pela massa cerebral que nessa ocasião fez hérnia. *Como penetrou ali o ar?*

A circulação nos capilares faz-se (Hedon) sob a acção impulsiva do coração por «vis a tergo» onde a pressão é aproximadamente de 38 mm. de mercurio e onde a velocidade é mínima.

No sistema venoso, no estado normal, o sangue está submetido a uma fraca pressão, resto da força impulsiva do coração depois da travessia dos capilares pelo sangue (vis a tergo).

Essa pressão é muito variável; nas grossas veias ela é de $1/10$ a $1/20$ da pressão da artéria correspondente; *nas veias visinhas do coração a pressão pode mesmo tornar-se negativa, «isto é, o sangue pode ser submetido a uma aspiração».*

Como causa adjuvante à circulação venosa, nós temos, entre outras, a compressão das veias realizada por cada expansão arterial nos órgãos contidos num envólucro inextensível ou pouco

extensível; no crâneo, por exemplo, cada sistole cardíaca, aumentando o volume do cérebro, expulsa uma certa quantidade de sangue do sistema venoso; daqui resulta que o sangue dos seios cranianos é animado de pulsações.

No entanto, a mais poderosa causa adjuvante da circulação venosa é a *aspiração torácica*. Em razão, do vazio pleural (Hedon), uma certa massa de sangue encontra-se sempre aspirada e retida nas grandes veias torácicas; no momento da inspiração essa aspiração é reforçada e o sangue venoso é aspirado com mais força para o coração.

A veia jugular pode transmitir esta aspiração muito longe, pois ela é mantida aberta pelos planos aponevróticos que a cercam e que não deixam deprimir as suas parêdes; esta aspiração pode assim fazer-se sentir até nos seios cranianos cujo canal também se mantém aberto como sabemos.

Ferida uma veia na zona de aspiração (e como vimos ela pode estender-se até aos seios intra-cranianos e lagos sangüíneos), zona perigosa dos cirurgiões, *pode entrar ar nas veias e ser encontrado onde nós cirurgicamente o encontramos*.

Isto é tanto mais admissível quanto é certo que a nossa primeira intervenção foi bastante extensa e atingiu com certesa veias que iriam desaguar nos lagos sangüíneos e seios da dura-máter, seccionadas estas veias a montante dêles lagos. Nêstes casos, que ainda não encontramos descritos, a quantidade de gás será sempre pequena — e no nosso caso a quantidade de ar é realmente pequena — muito menos realmente do que quando o ar penetra nos espaços sob-durais, impellido por uma força propulsora mais intensa do que a da simples aspiração torácica.

CRÓNICA

A margem dos Cursos de Aperfeiçoamento em Medicina

Realizou-se êste ano na Faculdade de Medicina de Coimbra o primeiro Curso de Aperfeiçoamento a que então se deu o nome de Curso de Férias — e que melhor teria sido, talvez, receber a designação de Curso de actualização de conhecimentos médicos—o qual decorreu por fórma a que os alunos se não tivessem arrependido de os frequentar, cremos, e os professores de desenvolver as suas lições e sessões operatórias.

Ninguém põe em dúvida a importância do papel do médico na sociedade, pois estando em suas mãos cuidar da vida e da saúde dos povos, é manifesto que êstes devem atribuir importância primordial à profissão daqueles que com sua inteligência e preparação científica concorrem para protelar a morte e suavisar as dôres.

Quem sofre, para alívio dos seus males, aceita como dogma as indicações do seu médico se êste, além de ser senhor duma forte personalidade etico-social, o fôr também de sólida bagagem científica.

Além da dôr física há ainda uma reacção espiritual que por sua vez influi no sofrimento. O médico cultiva uma ciência que considera o corpo e o espírito intimamente unidos. Daí os desastres daqueles que, na tentativa de mecanizar a medicina, reduzindo-a a simples actuação orgânica, esquecem êste factor que nasce da esperança na actuação, a confiança, a fé que o doente coloca nas qualidades profissionais do médico. Mas êste deve esforçar-se por merecer essa confiança, essa fé.

Para cumprir devidamente a sua missão, o médico deve possuir muitos conhecimentos de medicina. E, como êstes aumentam

em número e se retificam todos os dias, como em cada dia variam conceitos e verdades que ainda ontem se julgavam intangíveis e irrefragáveis, daí resulta que o médico precisa de estudar sem repouso, estudar sempre. Se assim não fôr, o médico julgará cumprir o seu dever combatendo o sintoma mas desconhecendo a causa; continuará a sustentar a verdade que era de ontem mas que hoje é desacerto, e sem se lembrar de que pode correr o risco de, ao cobrar os seus honorários, receber moeda de lei em troca de serviços falsos. Quando o médico exerce a sua profissão, não o faz, apenas, para ganhar a vida. Fá-lo ainda para dar saúde e prolongar vidas

Tantas vezes os que à ciência médica inteiramente se consagraram se limitam, no tratamento dos seus doentes, a combater o sintoma, dir-se-há. Mas é porque sempre a causa lhes fugiu apesar de muito a terem procurado. Têm ao menos a virtude de a terem procurado.

Na conquista da verdade científica, quando se julga ter-se surpreendido a forma estável, não resta, nas mãos do sábio, senão uma sombra pálida e fugidia; e, resignando-se a conhecer a realidade por detraz dos seus reflexos, os edificios que constroem não podem deixar de ser efémeros e caducos. Recebe, todavia, para título de nobresa, a sua sujeição aos factos; e se, nunca atinge o optimum do conhecimento, no dizer de P. Valery, é porque ciência é dinamismo permanente, ascensão continua. Não lhe chega, todavia, ocasião para se arrependar do seu esforço, se este foi bem conduzido e sincero, pois se nunca consegue atingir o vértice da coliva, nota, no entanto, que os horisontes se lhe alargam à medida que a sobe.

Quantos sábios não viram ruir o edificio ideológico sobre que fundaram uma investigação. A ciência baloiça entre a teoria e a experiência pois não há, como diz Collin, «investigação fecunda que se não baseie em alguma generalização ou antecipação, como não há teoria útil que se não afine e aperfeiçoe ao contacto da experiência».

Mas o tempo não se perdeu de todo porque tantas vezes, pelo caminho, surgiu a descoberta de elementos de aplicação útil.

Um exemplo apenas: Alguns investigadores propuzeram-se, há anos, estudar a influência dos regimens alimentares sobre a evolução da anemia experimental. Determinaram-na no cão e, enquanto alguns cães apenas tomavam leite, outros eram submetidos ao regimen de vegetais, outros de carnes etc. Em cada lote tomava-se nota ainda da acção dos diversos órgãos animais, mas ingeridos separada-

mente. Observaram que os rins, os musculos, mas sobretudo o fígado tinham uma acção curativa mais rápida sobre a anemia.

Embora a anemia experimental seja, patogénicamente, muito diferente da anemia perniciosa, os resultados da hepatoterapia, além, sugeriram a lembrança de a empregar aqui, e, o que é certo, é que o tratamento de Whipple e Murphy até hoje já salvou milhares de doentes que tinham seus dias contados.

E, todavia, ésta terapêutica preciosa, longe de nascer dum rasgo de genio, proveio, sim, duma série de investigações pacientes e empreendidas com outros objectivos.

A descoberta dêste valioso meio de tratamento precedeu a da patogenia de anemia tipo Biermer.

É isso que levou Cl. Bernard a dizer que nós podemos mais do que sabemos, expressão que pretende mostrar o desvio que separa o conhecimento científico do de ordem prática.

* * *

O médico precisa de saber e para saber precisa de estudar.

Não se diga que ao médico rural a clínica disso o inibe. Contou-nos o Prof. Noel Fiessiger que os primeiros anos de vida clínica os passou seu Pai, o Dr. Charles Fiessinger, em região montanhosa e os percursos entre as casas dos doentes, êle, na sua montada, os aproveitava ora pensando nos problemas da medicina curativa e preventiva ora lendo os livros que lhe deram a sólida formação humanista que hoje possui.

Não se diga também que não vale a pena estudar porque os honorários, pela sua modestia, não compensam o médico de penosas fadigas, pois ainda que aqui não houvesse de ser lembrada a sentença de S. João Crisostomo, «que ao homem ocioso succede o mesmo que à terra não trabalhada: incapás de dar bons frutos só dá más hervas», haveria de ser lembrado que a sua missão é de operar sempre sobre o homem que sofre, — e isso é bem diferente do trabalho que se realisa sobre a matéria inerte.

Não é melhor médico o que se faz conduzir em automóvel ou o que veste mais luxuosamente, como não é mais homem o que possui maior fortuna mas sim o que oferece mais fruto à sociedade.

Muitos médicos encontram razão de desespero nas precárias condições económicas em que a profissão se debate. Mas a crise é geral.

CAT-GUT "ABSOLUT"

(ORIGEM ALEMÃ)

Reabsorção em 10, 20 ou 40 dias

Apresentação francesa e americana

Sob o ponto de vista de esterilização, leiam-se os resultados das análises seguintes:

Do Laboratório de Análises Bacteriológicas da Faculdade de Farmácia do Porto:

«Pedaços deste cat-gut, semeados aerobicamente em caldo glucosado e em gelose peptonizada e anaerobicamente em caldo glucosado, mostraram-se estéreis ao fim de cento e vinte horas.

Laboratório de Bacteriologia da Faculdade de Farmácia do Porto, 19 de Maio de 1938.

O Director do Laboratório,

a) *Manuel Pinto*.

Dos Serviços de Bacteriologia Sanitária do Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge:

«As amostras enviadas, revelaram-se absolutamente estéreis, ao fim de 96 horas de observação.

Lisboa, 4 de Abril de 1938.

O Médico Bacteriologista,

a) *J. Chaves Ferreira*»

A USAR-SE COM TODO O ÊXITO

Preços absolutamente módicos

Concessionários exclusivos em Portugal:

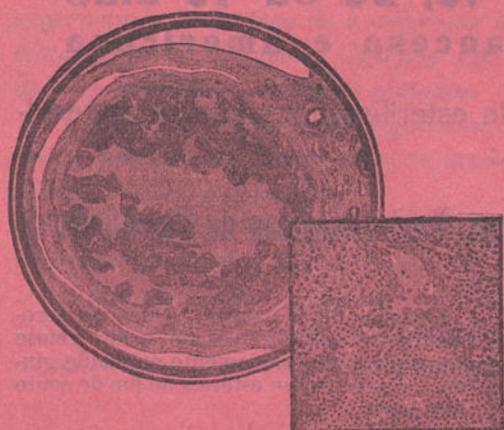
AYRES DE CARVALHO, L.^{DA}

RUA JOSÉ FALCÃO, 177

Telefone 7732

P O R T O

Como região muito patológica,
poucas existem como a pelve feminina.



Secções (ampliada e microscópica) da trompa
de Falopio supurada.

Na:

Salpingite
Ovarite
Metrite
Cervicite
Vaginite

Assim como na:

Metrorragia
Amenorrea
Dismenorrea
Cistite
Bartolinite

Antiphlogistine

com o seu calor prolongado, efeito sedativo, e qualidades higroscópicas e estimulantes dos capilares, ocupa um lugar de destaque no tratamento desses estados patológicos.

Envio gratuito de amostra e literatura, sob pedido à

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

463 Varick Street — NOVA YORK

ROBINSON, BARDSLEY & Co.,

8, Caes do Sodré — LISBOA

As grandes reformas sociais efectuadas depois da guerra, na maioria dos Estados antigos e modernos, feriram profundamente o exercício das profissões liberais e especialmente o da profissão médica. Novos impostos, a carestia da vida, o aumento do número de médicos nas cidades e sobretudo nas de maior população, a criação de novos dispensários e de novos hospitais, as associações e seguros sociais que aumentaram a gratuidade das consultas e intervenções, são factores da depressão do corpo médico.

As Faculdades são as primeiras a reconhecer as deficitárias condições em que vivem muitos médicos rurais, a quem falta a condigna remuneração na proporção inversa em que lhes abunda o serviço. Mas não cabe às Faculdades a criação dos meios de luta necessários, embora os reconheça.

Isso cabe a uma nova organização, sob a forma de Ordem de Médicos que ao mesmo tempo que terá de defender os direitos dos médicos, receba a incumbência de pôr ordem na carreira médica e seja chamada a impôr disciplina àqueles dos seus membros, que por processos indignos, diminuam o prestígio da profissão.

Tem-se pretendido que não é possível ser ao mesmo tempo homem de ciência e clínico prático; que a prática da medicina exclui a investigação científica. Nós estamos, todavia, em acreditar que só será bom prático o que fôr homem de ciência. A vida clínica fornece observações interessantes, particularmente no domínio da hygiene, da medicina preventiva e da medicina social, que o meio hospitalar não pode oferecer.

Quantas coisas interessantes, dignas de publicação, não enriqueceram a ciência durante a guerra, investigações que se fizeram em condições miseráveis de trabalho.

Dizíamos nós algures que a expressão médico prático não passou dum truismo pois o médico mais prático é aquele que mais e melhor cura e aquele que melhor o consegue é o que, na prática médica, aplica maior número de conhecimentos científicos. De resto, o médico rural, lá pelo facto de não possuir ou não dispôr dos meios mais modernos de diagnóstico, não fica por isso privado de praticar a medicina com espírito científico. Uma boa observação clínica, repetidas vezes feita com espírito crítico, em vários casos clínicos análogos, pode ter valor duma experiência.

Para conseguir médicos assim, o ensino é hoje organizado

de maneira a que todas as occupações médicas sejam baseadas em princípios puramente científicos; outras vantagens ainda apresenta pois cremos que o desenvolvimento do raciocínio e da curiosidade científica do futuro médico seja uma das melhores maneiras de o colocar sobranceiro a interesses mesquinhos que o diminuem como homem e aviltem a corporação.

As Faculdades portuguesas honram-se de praticar, tanto quanto possível e desde há muito tempo, êstes habitos pedagogicos que servem a formação dos novos.

Apesar da excassês dos seus recursos materiais, no entanto, a expansão e provisão das suas clínicas, laboratórios e institutos, a sinergia da sua acção, a actividade técnica e docente dos seus obreiros, tal como hoje existe, representam já um esforço de adaptação corajosa dos métodos a todas as necessidades da sociedade moderna.

Ad augusta per angusta...

* * *

Ainda hoje se discute se o papel primordial da Universidade deve ser a erudição ou a cultura e essa disputa remonta às escolas de Platão e de Isocrates, na Antenas antiga. Haverá sempre opposição entre êstes dois pontos de vista pois cada qual parece colher sua parcela de razão. O que não merece discussão, porém, é que à Universidade caiba a missão de aumentar a ciência e difundi-la.

Nas suas fileiras caberá sempre o sábio, de espirito orientado num só sentido e cuja preocupação foi sempre a de manter o saber pelo saber. Justamente por que assim é, as Faculdades devem preocupar-se com a preparação de um certo número de novos para a investigação a fim de que nesse grupo se recrutem os investigadores da geração seguinte.

Referindo-se mais à biologia, diz R. Collin com aquela graça e leveza que tanto o distinguem: «A biologia, como tôdas as ciências, é vitima de uma enfermidade congénita que resulta da própria natureza do nosso espírito.

O nosso golpe de vista intelectual não pode fixar numerosos pontos simultaneamente: o campo visual é estreito. Se, para o aumentar, reduzimos, por abstracção, os fenómenos singulares às suas linhas gerais, o horizonte alarga-se, mas a sua construcção, que assim se torna geométrica, abandona muitos dos seus contactos com o real.

Se, pelo contrário, fixamos apenas um ponto da paisagem, as suas formas, as suas côres, as suas vibrações, affectam-nos profundamente, mas perdemos de vista o conjunto. Encontramo-nos nesta alternativa: ou a impressão nos detalhes dum esboço satisfatório num conjunto, ou a precisão do detalhe mas que impede de vêr o conjunto».

E é assim mesmo.

As Faculdades devem possuir quem se ocupe da precisão do detalhe e quem considere não ter perdido o seu tempo se, no decurso da sua carreira, o estudioso resolveu a questão de duas ou três dúzias de raízes das linguas grega e latina, sendo filólogo; a precisão de uma data, sendo historiador; as funções duma glândula do organismo, sendo fisiopatologista.

Das .. para a obtenção do título de médico e para o médico policlínico, as Faculdades e cursos de actualização de conhecimentos devem ter em vista contribuir para a formação de uma verdadeira disciplina intelectual e orientada segundo o principio fôrmulado por Church: «Ninguém há que possa saber tudo; por isso os homens que influem sôbre o pensamento do seu tempo não são aqueles que procuram saber tudo mas aqueles que aprenderam bem uma coisa: que sabem e mostam aos outros o que significa o saber».

Como regra toma-se mais conta da erudição do aluno que da sua capacidade de raciocínio quando é certo que mais importa a qualidade que a quantidade do saber.

* * *

Os progressos das ciências biológicas e da medicina tendem, por sua natureza, a estreitar os laços de amizade daqueles que desinteressadamente as cultivam.

Para se conhecer o homem doente reconhece-se cada vez maior necessidade de se estudar o homem são; para isso dão-se as mãos o físico-químico, o anatomista, o histologista, o fisiologista, o patologista, o clínico, e, cada qual em condições de receber na medida em que fornece auxílio aos outros.

Seria redundância a exaltação dos progressos que, dia a dia, a fisiologia imprime à clínica.

Quando, porém, o clínico se abalança a fazer gradár a seara do fisiologista ou do biologista nem sempre é justa a censura de Goethe ao dizer: «que para se conhecer a estrutura íntima dum edificio se não deve escolher o momento em que o edificio árdes».

Numerosos são os casos em que a luz nos vem da clínica, em que o estudo do órgão doente nos permitiu conhecer a sua função normal.

A história das vitaminas e das hormonas, da diabetes, etc., fornece exemplos eloquentes de como a fisiologia, longe de dever ser considerada ciência autónoma tem recebido de clínicos as sugestões mais fecundas.

Nec ancila nec domine se pode aplicar ainda às duas disciplinas que no Curso Médico culminam na preparação para a medicina curativa: clínica médica e clínica cirúrgica.

Longe de se oporem e se negarem, juntam-se em confundível colaboração e com os actos bemfazejos do bom samaritano. A cirurgia tem levado a sua técnica a departamentos onde até há pouco tempo se julgava serem-lhe vedados e sirva de exemplo a patologia do coração: a tiroidectomia e a operação de Brauer na insuficiência cardíaca; o tratamento da angina do peito pela secção de filetes ou ablação de gânglios do simpático cervical, conforme os princípios fisiopatológicos defendidas por Danielopolu e Leriche; o tratamento das coronarites e do infarto, pela revascularisação do miocardo conforme as técnicas de Beck ou de Shaughnessy.

Apesar disso, não se negará que procurando, como a medicina, sondar os segredos de ordem biológica pela disposição, ao seu serviço, dos imensos recursos de investigação experimental, no determinismo das qualidades tissulares de cada indivíduo, da natureza das funções endocrinianas e de tantos outros problemas complexos e em estudo ainda, aspire ao fim nobre de tornar a vida menos árdua e, sem sacrificios orgânicos e sem mutilações, ao cumprimento do programa conservador que é o da cirurgia do futuro.

Os progressos das ciências biológicas e médicas tendem mesmo a realizar a fusão dos dois grupos: médicos e cirurgiões, em uma mesma unidade de vistas a dentro de cada território especializado, no domínio da investigação e ensino da clínica.

Nos hospitais modernos cada secção médica é tomada em extensão, no sentido médico-cirúrgico. A patologia não é externa ou interna mas sim dum sistema ou dum aparelho, e o maior rendimento para a saúde colectiva só pode resultar da mais estreita colaboração de todos.

Os ingleses e os americanos foram dos primeiros a reconhecer a vantagem das unidades clínicas e melhores as não vimos ainda que em Nova York, o Medical Center, e nas clínicas Mayo, onde se

concentram os laboratórios e serviços clínicos e onde o intercâmbio se faz entre o pessoal docente com notável rendimento de saber e... de tempo pela disposição do edifício em bloco vertical.

Os progressos da ciência médica convencem cada vez mais os professores de que os assuntos das cadeiras e dos cursos que ensinam, se tocam e se penetram; que a biopatologia humana é só uma, e as sub-divisões de um curso obedecem a simples e puras necessidades de sistematização e arrumação.

Serve, o que aí fica, para dizer que a ciência pura, cujo interesse seja apenas o interesse comum, só pode dar lugar a aproximação dos homens que cultivam o mesmo ramo do saber e para quem seja comum o objectivo das suas candeiras. Nunca, por sua natureza, pode determinar o seu afastamento.

* * *

Se o pessoal docente da mesma Escola reconhece a necessidade de tomar contacto cada vez mais estreito, que não diremos então a propósito do médico de província. Se certos médicos se cultivam por si mesmos, a maioria precisa de ser estimulada. Precisa de tomar contacto com os centros de ensino; e, embora acreditemos no êxito dos cursos organizados por uma Associação Médica ou pelo Corpo Médico de alguns dos Hospitais Cívicos, afigura-se-nos que entre nós, pelo material de ensino e condições de trabalho, são as Faculdades que oferecem melhores condições para os organizar. E até terão vantagem, porventura, em convidar a colaborar nêles, clínicos dos Hospitais Cívicos, de reconhecida competência.

Médicos de cursos e gerações diferentes, que por longes terras consomem a sua actividade, reunindo-se periodicamente numa das cidades universitárias, retemperariam aí as suas energias num convívio que seria para o espírito um banho lustral. As Faculdades oferecer-lhes-iam, para os unir, o laço moral necessário.

De cursos e gerações diferentes, para todos foi diferente o ensino de base que a Faculdade lhes ministrou; e, se, sucedendo-se numa ordem cronológica longamente prevista, as gerações são forçadas a seguir as leis inelutáveis da hierarquia e do progresso, uma das vantagens de os médicos frequentarem êsses cursos seria, como se diz em linguagem militar. . . a de acertarem o passo.

* * *

Os cursos de aperfeiçoamento têm sido organizados em diversos países. Segundo o relatório de Bernet apresentado à Secção de Higiene da Sociedade das Nações, a Inglaterra organisa uma Escola de aperfeiçoamento que tem lugar em Londres, no admirável conjunto Hospitalar Post-Graduate Medical School que em 1936 tive-moe o prazer de visitar.

Em França há aproximadamente noventa cursos de aperfeiçoamento em cada ano. Na Alemanha o Comité dos cursos do Reich, com séde na Kaiserin-Friedrich-Haus, em Berlim, organisa-os em todo o país, regulando a actividade de oitenta comitês locais com séde nas Uiversidades ou nos hospitais alemães. Segundo o relatório de Hamel-Jadassohn-Prausnit-Tante, em 1930 fizeram-se mil conferências, houve setenta cursos e vinte visitas clínicas. Oito a nove mil médicos tomaram parte nesses cursos.

Em Portugal, em 1927, a Faculdade de Medicina do Porto real-isou essa feliz tentativa sob o nome de Cursos de Repetição, com o carácter de Curso de Actualização de conhecimentos médicos. Com uma orientação acentuadamente prática, neles intervieram os profes-sores de clínica da Faculdade e o seu pessoal docente auxiliar, ac-cedendo à solicitação que, por intermédio da Associação Médica Lusitana, lhes fôra dirigida por um grupo de clínicos portuenses.

Há três anos que a Faculdade de Medicina de Lisboa pro-move, com exito crescente, os Cursos de Aperfeiçoamento.

A Faculdade de Coimbra iniciou-os no ano última e sob os melhores auspícios mas já há três anos realisa as sessões médi-cas dos hospitais da Universidade onde, com elevação, se tem apresentado e discutido assuntos do maior interêsse prático para professores, médicos e alunos dos últimos anos do curso.

O interesse dos povos e portanto o interesse comum exige a maior colaboração dos médicos do país no estudo dos proble-mas da medicina curativa, preventiva e social. Mas colabora-ção que seja ao mesmo tempo intelectual e afectiva. Nisso só há a lucrar. As Faculdades de medicina e as Universidades norte americanas tomam interesse pela vida social do estudante e a própria secretaria se encarrega de lhe obter domicilio que tem

logar em edificios ou hoteis adjacentes. E a vida que ai se faz liga-se tanto à Universidade que a expressão Alma Mater tem um sentido cuja cordealidade faria a inveja de tantas Universidades dos países europeus, de tradição incomparavelmente maior. E os diplomados ficam-lhe votando tanto carinho que em avultada receita se traduz a generosidade dos que acorrem às festas que todos os anos as mais notáveis Universidades promovem em honra dos seus antigos discipulos.

As Universidades americanas são instituições privativas e o povo é rico, dir-se-há. Mas, apesar disso, porque não ha-de acontecer entre nós coisa de comparável, salvaguardadas as devidas proporções no tocante a condições económicas e materiais, é claro? Que as Faculdades se esforcem por fazer crêr que a sua missão não terminou no acto da entrega do diploma; e que os médicos se convençam de que continuam a ser seus discipulos até à morte. Mas que essa convicção seja um acto de carinho e de dedicação sem refólhos.

Teve logar há dias a Assembleia geral da Associação dos Antigos Alunos da Faculdade de Medicina e de Farmácia de Bordeus, sob o Patronato da Faculdade e sob a presidência de honra do Reitor da Universidade e do Director da Faculdade. A Associação que conta elevado número de antigos discipulos funciona com toda a regularidade e manifesta a sua actividade pela: a) criação do ensino post-escolar para os práticos em conjunto com o ensino da Escola de aperfeiçoamento dos officiais de reserva; b) realização de conferências com o carácter de actualização e exposição sintetica dos problemas mais candentes da medicina; c) realização de conferências de cultura geral destinadas aos médicos da Associação e suas familias.

As conferências foram feitas pelos nomes consagrados de Mauziac, Cruchet, Jeanneney, Rechou, Delmas-Marsalet, Creyx, Papin, Rocher e Wangermez. Duas foram as conferências de cultura geral: «Impressões de viagem de um cirurgião francês à U. R. S. S.», por Abadie e «O paradoxo alemão; a renascença no isolamento» por R. Chapon.

Mas há mais: A Associação começará este ano ainda com a publicação de um Boletim cuja missão não poderíamos dizê-lo melhor do que transcrevendo as palavras do Prof. Rocher:

«É por êle que esperamos estabelecer materialmente através

do mundo, o laço moral entre a Faculdade e os seus antigos alunos, o agrupamento na alegria da recordação, a gratidão para com a Alma Mater, a concepção duma federação de antigos alunos que, em todos os pontos do continente, queiram sentir-se unidos para a glória da Escola donde colheram o melhor do seu saber e da sua honra profissional; tais são os leit-motiv, do cântico de alegria e de reconhecimento da nossa jovem Associação».

Porque não ha-de ser imitada entre nós a Associação dos antigos alunos da Faculdade de Medina e de Farmácia de Bordeus? Temos a convicção de que as Faculdades portuguesas sentir-se-iam contentes se se lhes oferecesse ensejo de contribuir para a fundação de Associação congénere, e depois... para a sua prosperidade.

JOÃO PORTO

NOTAS CLINICAS

O tratamento do tétano infantil

POR

JOSÉ CRÊSPO

DELEGADO E GUARDA-MÓR DE SAÚDE DE VIANA DO CASTELO

O tétano é descrito em toda a parte no capítulo das doenças infecciosas gerais. Mas se inicialmente o tétano é uma infecção — causada pelo bacilo de Nicolaier, saprófita do mundo exterior, que se instala nos tecidos do organismo no ponto traumatizado, onde segrega a sua *toxina*, isolada por Kun-Faber em 1890 — a doença em si é uma intoxicação. Pode haver infecção sem doença, e assim se explicam os casos em que o bacilo é destruído in *loco-dolenti* sem causar perturbações, e os casos de tétano post-operatório em antigas feridas de guerra cicatrizadas com focos latentes de infecção. Admite-se a possibilidade do organismo poder dominar muitas infecções clinicamente latentes, visto a presença de antitoxinas naturais no sangue de muitos animais (H. Schmidt). É verdade que as bases da seroterapia e da vacinoterapia contem ainda bastantes pontos problemáticos. No fundo, quasi podemos considerar o bacilo do tétano um saprófita anaeróbico, que se torna patogénico quando se instala no organismo e este lhe oferece condições favoráveis para a sua multiplicação e consecutiva produção de toxinas. A infecção e a intoxicação são quasi simultâneas, pois a toxina começa a formar-se logo que o bacilo se instala nos tecidos. No entanto, o organismo, pelas suas únicas defesas, sem o auxilio da seroprofilaxia, é capaz de opôr-se à intoxicação. Além disso, nem todas as feridas oferecem as mesmas condições favoráveis ao desenvolvimento do bacilo do tétano. Quando essas condições são particularmente favoráveis (feridas anfractuosas, muito conspurcadas, com esmagamento e laceração de tecidos) é de boa prática repetir a injeção profilática de sôro. Passados alguns dias a antitoxina inoculada já não deve existir no organismo em quantidade eficaz. Podemos atribuir duração média de 10 dias à imunidade antitóxica passiva obtida com o sôro.

No tétano existe sempre *porta de entrada*, a doença decorre sempre duma infecção, e o tempo que medeia entre a produção da toxina e a sua progressão no organismo até aos centros nervosos (incubação) varia com muitas circunstâncias. A toxina é neurotrópica. É à impregnação do sistema nervoso central, onde produz congestão, que se deve a sintomatologia do tétano.

Admite-se hoje não só que o bacilo tem uma virulência variável, mas que as toxinas de diferentes bacilos do tétano não apresentam entre si a identidade absoluta que dantes se supunha existir (Prof. H. Schmidt). A maior ou menor gravidade do tétano tanto pode depender do organismo (defesas naturais, defesas adquiridas com a alergização dos tecidos), como do próprio bacilo e respectiva toxina. Descrevem-se formas frutes, formas benignas, tétanos de marcha rápida, agudos, sub-agudos, crônicos.

A antitoxina contida no sôro antitetânico é eficaz sôbre a toxina livre, mas quando esta se fixa e impregna o sistema nervoso, a sua neutralização é muito difícil. No entanto, sobretudo nos tétanos de marcha lenta ou com período de incubação longo, logram-se êxitos brilhantes, conseguidos precocemente à custa duma *saturação antitóxica* do organismo por meio de *doses altas e repetidas* até ao desaparecimento dos sintomas. Foi um caso desta natureza que inspirou o presente estudo, obtido na minha clínica em Madalena P. M., de onze anos de idade, residente em Viana do Castelo, numa rua frequentada e conspurcada por animais de carga. Não pude precisar o período de incubação, porque a criança, brincando, feriu-se mais de que uma vez e em mais do que um sitio, mas quando fui chamado apresentava sintomas nítidos de tétano, constatados ainda por outro clínico: trismus, com rigidez e imobilidade da máxila inferior (introduzindo o dedo entre as arcadas dentárias, não me foi possível abaixar êste maxilar), disfagia, rigidez da nuca com hiperextensão do tronco em opistótonos (a doente não conseguia sentar-se). Temperatura entre 38° e 39°. Tratámos a nossa doente segundo as directizes que vamos expôr: tratamento local, contra a infecção (o ferimento mais recente e o maior existia sôbre o joelho direito, com supuração já), e geral, contra a intoxicação. No tratamento local podemos lavar e pensar a ferida com o próprio sôro. Já em 1905, L. Cerf (*Anjou Médical*) propunha polvilhar, com sôro anti-tetânico sêco, a ferida ombilical dos recém-nascidos. A aplicação local de sôro antitóxico tenho-a empregado sistematicamente na minha clínica nas anginas diftéricas. Numa região onde a difteria abunda, teem-me passado centenas de casos pelas mãos. Nunca apliquei antisepticos sôbre as amígdalas. Deixo sempre umas gôtas de sôro anti-diftérico, com que embebo algodão, de preferência esterelizado, e impregno as amígdalas, quando não receito, nos casos mais graves, para toques repetidos, uma mistura de sôro e glicerina.

Na nossa doente o tratamento geral foi rigorosamente específico: unicamente pelo sôro antitetânico. Se o tratamento local tem importância (queremos crer que êle só em muitos casos deve bastar para dar aos tecidos condições locais desfavoráveis ao desenvolvimento da bacilo e produção de toxinas), no combate ao tétano declarado só podemos confiar no sôro. Por isso, não empregamos mais nenhuma das outras terapêuticas aconselhadas: injeções sub-cutâneas de soluto aquoso de ácido fénico a 2 ou 3 % (Baccelli), ou de sublimado corrosivo a 1 0/100; injeções intra-raquidianas dum soluto de sulfato de magnésio a 25 % (Meltzer e Auer); a injeção de 25 gramas de substância cerebral da cobaia emulsionada com água destilada (Benedetti), etc. No entanto, devemos admitir que

em certos casos a cura seroterápica precisa de ser ajudada ou facilitada por outros preparados (oevipana-sódico, cloral, clorofórmio). Utilizei sôro Behring num total de 108.000 unidades internacionais (num volume de 290 cc.), ministrado por via endovenosa, intramuscular e sub-cutânea, sobretudo pela primeira, durante 7 dias.

Nos primeiros dias chegou a tomar 25.000 e 30.000 unidades diárias, repartidas em duas injeções endovenosas, uma intramuscular e outra subcutânea (esta para prolongar a acção das precedentes). À medida que a febre baixava e os sintomas se atenuavam, foi-se diminuindo as doses e o número das injeções. Nos dois últimos dias, porque ainda tinha 37,3, fez só uma ampola sub-cutânea. Não houve o mais leve indicio de intolerância, de fenómenos séricos. É natural que numa criança se dê menos dose do que num adulto: a mesma porção de sôro distribui-se por uma massa menor. É preferível multiplicar o número de injeções a dar logo de inicio uma grande quantidade. Muitos autores aconselham injeções maciças imediatas de 60.000 unidades e mais. Tudo é relativo e a intuição clínica deve intervir e atender às circunstâncias: idade, forma e gravidade da intoxicação, etc. Eu preferi da-lo em doses espaçadas, procurando manter permanentemente e fortemente, mas sem violência, o organismo debaixo da acção do sôro. Em vez de doses maciças, preferi repartir o sôro por 3 ou 4 doses fortes, que fui diminuindo à medida que os sintomas se apagavam. Convém utilizar as três vias de introdução, recorrendo à raquidiana nos casos gravíssimos, hiper-agudos ou renitentes. Tendo de recorrer-se aos anestésicos, é necessário ter presente que uma criança não reage como um adulto. Se por meio da via endovenosa ferimos forte, pelas outras vias, de absorpção mais lenta, conservamos o organismo sempre embebido em sôro.

É sobretudo nêstes casos e com êste sôro, visto que temos de administrá-lo em doses altas e pelas vias de mais rápida absorpção, que nos devemos cercar de tôdas as precauções atinentes a prevenirmos os accidentes ligados à seroterapia. Nunca esquecer perguntar se o doente fez anteriormente sôro. Os fenómenos séricos, mesmo nos hipersensibilizados por injeções anteriores dadas há mais de 10 dias, aparecem principalmente quando se recorre à via venosa, são menos frequentes na via intramuscular e raros na subcutânea. Eu tenho ministrado a título profilático imensas injeções de sôro antitetânico. Só uma vez observei a doença do sôro num rapaz de 16 anos, Henrique C., da Areosa (Viana do Castelo). Sobreveio-lhe 6 dias depois da injeção profilática de 3.000 U. I. com ruído cortejo de sintomas: erupção pruriginosa, febre a 38,5 e 39, tumefacções glandulares, inclusivamente das glândulas lacrimais com lagrimejo e dôres oculares, dôres musculares e articulares, e cefalalgia. Iniciou-se pelo sitio da injeção, que começou a doer e cobrir-se de máculas, que depois se espalharam por todo o corpo. A erupção foi o primeiro sintoma a declinar: no dia seguinte só existia no local da injeção, entretanto persistiam os outros sintomas. A benignidade dêste accidente avulta pelo facto do doente não ter feito outra medicação além dum laxante ao segundo dia, levantando-se ao terceiro sem febre, para estar

completamente bem ao quarto. Todos os médicos conhecem os princípios a que se deve obdecer para prevenir os fenómenos séricos. A vacinação anti-anafilática de Besredka, se evita o quadro aparatoso e alarmante do choque anafilático, parece não exercer manifesta influência sobre ulteriores manifestações destes fenómenos, tais coma: edemas, algias, urticária, infartos ganglionares, pruridos, etc. Os sôros purificados, pobres em albumina, diminuem as probabilidades do seu aparecimento, assim como os sôros mais antigos. Aconselha-se preferir as ampolas que, ainda dentro, é claro, do praso de validade marcado nas etiquetas, apresentem já precipitações, pois quanto mais recentemente preparado é o sôro mais predispõe aos fenómenos séricos.

Numa criança não vemos conveniência em empregar sôro muito concentrado. Se facilita o tratamento, por outro lado as possibilidades de acidentes são maiores, especialmente por via venosa. Nunca empregar esta via num doente sensibilizado por uma injeção anterior, sem primeiro proceder à vacinação de Besredka (skeptophylaxia, tachyphylaxia). Quando se tem motivos para temer acidentes podemos investigar a sensibilidade do doente. A técnica é muito simples: faz-se uma injeção intradérmica, na face anterior do antebraço, de dois ou três décimos de centímetro cúbico de uma diluição ao décimo de sôro; se houver reacção, que se manifesta por placas de urticária cercadas de zona eritmatosa, o indivíduo é sensível. Não havendo reacção (ao lado pode fazer-se para termo de comparação uma injeção idêntica de sôro fisiológico) é desnecessário usar de precauções. Esta sensibilidade pode mesmo ser inespecífica (crianças asmáticas, com urticárias, eczemas, escrofulosas). Em indivíduos que não conheçamos e para evitar surpresas iniciar sempre o tratamento por uma injeção subcutânea ou intra-muscular. Nós preferimos dar o sôro diluído, apesar de nos abrigar a um número maior de picadas. Alguns autores aconselham, na via venosa, diluir a dose de sôro com duas ou três vezes o seu volume de sôro fisiológico, precaução que reputamos escusada quando se não empregam sôros de elevada concentração. A minha doente tolerou admiravelmente as injeções endovenosas num volume de 20 cc. de cada vez.

Das 29 ampólas que empreguei apenas três foram de 10.000 U. I.

LIVROS & REVISTAS

Allergie tuberculinique et immunité à la tuberculose. Leurs relations réciproques, por Hugo Selter (de Bonn). *Brux. Méd.* XVIII, n.º 42 21-VIII-1938.

A tuberculina parece ser uma substância irritativa específica, semelhante a um catalisador, que permite a um tecido, preparado para a inflamação, inflamar-se sem participar por si mesmo na reacção nem ser modificado por ela. A imunidade tuberculosa repousa sobre uma modificação dos tecidos consecutiva à primo-infecção, que torna estes tecidos invulneráveis aos bacilos tuberculosos provenientes do fóco antigo, ou aos bacilos que penetram de novo no organismo. A alergia à tuberculina é distinta da imunidade para a tuberculose, assenta num mecanismo inteiramente diferente, e não desempenha um papel importante na defesa contra a tuberculose.

Não representa, portanto, nenhum factor útil para o doente, antes lhe é prejudicial, de modo que a supressão da alergia tuberculínica pela dessensibilização deveria ser para êle uma vantagem.

Tal é, feito pelo próprio A., o resumo da conferência que, com o título acima pronunciou nas «Journées Médicales de Bruxelles, 1938».

Três pontos se podem destacar das noções que ficaram expostas: que representa a alergia tuberculínica e de que forma a tuberculina actua sobre os organismos já infectados pelo b. tuberculoso; se a imunidade contra a tuberculose pode com segurança pôr-se em evidência; e quais as relações existentes entre a imunidade contra a tuberculose e a alergia.

No tempo de R. Koch, a tuberculina era considerada como um antígeno e a reacção tuberculínica como uma reacção específica antigéneo-anticorpo.

Hoje, a reacção tuberculínica não é já considerada um processo específico e para a maioria dos autores, os fenómenos inflamatórios que produz não podem distinguir-se dos provocados em indivíduos tuberculosos por substâncias irritativas não específicas, como os extractos de colibacilos, por exemplo. Apenas Bessau mantém ainda hoje a opinião de que células especiais do tecido tuberculoso, os «tuberculócitos», reagem com a tuberculina produzindo um veneno que dá lugar, no território tuberculoso, a uma inflamação e «reacção focal» e, ao passarem para a circulação, uma «reacção geral».

O A., procurando verificar êste facto, injectou por via endovenosa uma solução não diluida de tuberculina antiga numa cobaia gravemente tuberculosa. Em seguida, num homem tuberculoso, fez a injectão subcutânea em diversos pontos, de sôro, urina e extracto esplênico da cobaia assim preparada e ainda uma quantidade correspondente de tuberculina antiga.

Em todos os pontos teve lugar uma reacção local sendo, porém, a mais intensa a produzida pela tuberculina pura. Segundo a concepção de Bessau parece que esta devia ser mais rápida e mais forte no ponto da inoculação do extracto esplênico devido à formação dos seus «tuberculócitos» num tecido tuberculoso como o do baço.

Quanto ao 2.º ponto, certos autores afirmaram que a imunidade aumenta com os progressos da infecção tuberculosa. Não é assim. Apenas se pode considerar imunizado um individuo em que o fóco de infecção primitivo se mantém em repouso ou inactivo. Se a infecção se espalha, a imunidade diminui, embora as reacções de fixação de complemento possam pôr em evidência um aumento da formação de anticorpos. Êstes, porém, nenhuma significação tem sob o ponto de vista de defesa contra a tuberculose. Observando o que em animais imunizados acontece aos bacilos de sôbre-infecção, vê-se que êstes se mantem vivos nos tecidos durante alguns meses, sem se multiplicarem e sem provocarem reacção evolutiva, e vão sendo fagocitados progressivamente e duma forma não especifica.

Quanto ao 3.º ponto, o A. pode reconhecer experimentalmente, seguindo as experiências de Rich, que as cobaias dessensibilizadas apresentam uma imunidade sensivelmente mais forte que as não dessensibilizadas. Estas experiências são resumidas em dois quadros. Nas experiências do 1.º a dessensibilização começou ao mesmo tempo que a sôbreinfecção; enquanto entre os animais não dessensibilizados havia 7 imunizados contra a sôbreinfecção, êsse número era de 15 entre os dessensibilizados. No quadro II, a dessensibilização começou ao mesmo tempo que a primo-infecção: Nuns, a dessensibilização foi interrompida no momento da sôbreinfecção; apenas 2 se mostraram imunizados. Nos restantes, a dessensibilização continuou até 4 meses após a sôbreinfecção; o número de animais imunizados foi de 12. A dessensibilização dêstes animais começou por uma injectão subcutânea de 0,1 mgr. de tuberculina antiga e continuada por doses progressivamente crescentes até atingir num período de dois meses o máximo de 0,3 mgr., dose que não foi ultrapassada até ao fim das experiências

Estas mostraram, assim, que a imunidade é tanto mais forte quanto mais cedo começou a dessensibilização e quanto mais tempo esta foi prolongada.

BRITO SUBTIL.

Transfusione di sangue conservato con un nuovo anticoagulante,
por F. Carelli. *Il Policlinico* sez. prat. XLV, n.º 38-1938.

É de grandíssima importância prática, na actualidade, a possibilidade das transfusões de sangue conservado e permanentemente pronto para ser usado, e isso tanto no campo militar como no próprio campo civil — médico, cirúrgico ou obstétrico.

A transfusão pode ser precisa não só nos casos de extrema urgência, nos quais constitui uma necessidade absoluta, como ainda na prática habitual. De facto, é frequente o aparecimento de casos de anemia aguda, de origens várias em que o salvar uma vida pode ser uma questão apenas de poucos minutos.

E em certas intervenções, por exemplo, o médico operador encontrar-se-á muito mais à vontade se souber que em qualquer momento pode ter à mão a quantidade de sangue que necessitar.

Casos há, ainda, em que a transfusão permite abreviar a duração da doença e da convalescença e em que, em regra, se não faz ou por não se dispôr da quantidade de sangue necessário ou pelo receio de acidentes.

Após três anos de trabalhos o A. aconselha como estabilisante do sangue uma solução de hipossulfito (cuja concentração, aliás não menciona). São as seguintes as vantagens do hipossulfito: perfeita tolerância e seu uso corrente, mesmo em doses elevadas, por via endovenosa; a sua acção anticoagulante, estudada pelo A.; uma acção des-sensibilizante simultânea, de grande valor, sabido, como é, que muitos dos incidentes que sobreveem nas transfusões, à parte os que resultam dum engano de grupo, são devidos a fenómenos de sensibilização.

Desta solução são necessários apenas 8 a 10 cc. para estabilisar e conservar 100 cc. de sangue.

E esta é outra das suas vantagens — a pequena quantidade necessária para manter líquido o sangue — ao contrário do que acontece com outras soluções actualmente empregadas.

A I. H. T. dos russos, por exemplo, necessita partes iguais de sangue e solução. Isto é, para injectar 400 cc. de sangue, por exemplo, é preciso fazer a injeção total de 800 cc. de sangue conservado.

Descreve o A. as técnicas da colheita e da preparação dos balões com o sangue conservado, e a técnica da injeção. Qualquer delas é duma simplicidade extrema, reduzindo-se a transfusão do sangue a uma simples injeção endovenosa que pode ser feita lentamente pois não há o perigo do sangue coagular durante a injeção.

Foram feitas mais de 200 transfusões com sangue com uma semana e mais (até 62 dias) de conservação, oscilando os volumes de sangue injectado em cada vez entre 100 e 500 cc. Em 90 % dos casos não houve qualquer reacção da parte do receptor; nos outros 10 % apenas se notou uma ligeira reacção febril. Como a maior parte dos incidentes que sobreveem no decurso das transfusões são de ordem alérgica, o A. attribue os seus sucessos às seguintes precauções tomadas, que aconselha com insis-

tência: a colheita do sangue do dador deve ser feita sempre em jejum; a injeção ao receptor deve também, sempre que possível, ser feita em jejum; antes da transfusão dá ao doente uma injeção de efetonina e 30 gotas de simpatol (em caso de necessidade, repetir); sempre que possível, usar sangue do mesmo grupo do doente, só em caso de necessidade recorrendo aos dadores universais.

BRITO SUBTIL.

Un nouveau test de l'insuffisance hépatique. L'épreuve de la levulose provoquée, por R. Rivoire, R. Gayet, A. Bermond e F. Moreau. *La Pres. Méd.* n.º 72-1938.

Esta prova baseia-se na fixação da levulose pelo fígado, idêntica ou análoga à da glucose e da galactose. Té-m sobre elas, porém, uma vantagem: enquanto que a taxa da glucose no sangue depende além da fixação hepática, de múltiplos outros factores extra-hepático, parece que assim não sucede com a levulose; em particular, pelo que respeita aos diabéticos, estes comportam-se em relação à prova da levulosémia provocada da mesma forma que os indivíduos utilizados como testemunhos.

A razão porque os AA. preferiram estudar as variações da levulose no sangue e não as da galactose, substância já estudada e usada nas provas da galactosúria provocada, foi apenas, segundo eles, porque enquanto a dosagem da galactose no sangue é praticamente impossível, para a levulose existe um método simples e sensível de dosagem.

Consiste a prova em fazer de meia em meia hora e durante duas horas, a dosagem da levulose no sangue do doente, após a ingestão de 50 cgr. deste açúcar por quilograma de peso do corpo. Obtém-se uma curva tanto mais acentuada quanto mais grave é a insuficiência hepática.

Ao doente, em jejum desde a véspera à noite, dão-se 50 cgr. de levulose por quilograma de peso do corpo.

Como esta, porém, é muito cara, os AA. passaram a empregar ou um xarope fabricado por Kuhlmann que contém 50 % de levulose, e 10 % de glucose, ou simplesmente o mel (cerca de 30 % de levulose); os resultados são absolutamente sobreponíveis aos obtidos com a levulose pura.

De meia em meia hora, até cinco vezes, faz-se uma punção venosa e lançam-se num tubo de ensaio 3 a 4 cm.³ de sangue; com uma pipeta aspiram-se imediatamente 2 cm.³ deste sangue e lança-se num outro tubo de ensaio contendo 10 cm.³ de água destilada. Deixa-se hemolisar durante alguns minutos e juntam-se sucessivamente 2 cm.³ duma solução a 10 % de Zn O₄, 7H₂O e 2 cm.³ duma solução N/2 de Na OH. Agita-se vivamente o tubo depois da adição de cada reagente e filtra-se. Do filtrado, absolutamente claro, tiram-se 2 cm.³ que se passam para um outro tubo, juntando-lhe 2 cm.³ duma solução a 0,1 % de resorcinol em álcool etílico a 95° e 6 cm.³ de ácido clorídrico concentrado ou, melhor, a 30 % Depois agita-se rigorosamente.

A dosagem é feita por colorimetria. Para isso preparam-se dois tubos padrões contendo 2 cm.³ dum soluto-padrão de frutose a 1/30.000 e 1/40.000, 2 cm.³ de soluto de resorцина e 6 cm.³ de ácido clorídrico.

Estes dois tubos, e os cinco previamente obtidos, metem-se todos juntos em banho maria a 80°, tendo o cuidado de não ultrapassar esta temperatura, o que tornaria a leitura colorimétrica impossível. Após oito minutos de aquecimento retiram-se todos os tubos e arrefecem-se em água corrente. Obteem-se assim soluções rosadas fáceis de ler ao colorímetro desde que se opere com a luz do dia e uma luz moderada. Escolhe-se como padrão o tubo-testemunha que mais se aproximar do tubo a ler.

A dosagem da levulose é feita em mgrs. de frutose pela fórmula:

$$\left(\frac{S}{U}\right) \times S_1 \times \left(\frac{80}{0,2}\right) = \text{mgrs. de frutose por } 100 \text{ cm.}^3 \text{ de sangue}$$

sendo S a leitura colorimétrica do testemunho, U a da solução desconhecida, S₁ o número de mgrs. de frutose no tubo-testemunha (ou sejam 0,05 mgrs. para o testemunho a 1/40.000, e 0,066 para o tubo a 1/30.000).

Nos indivíduos normais não há levulose no sangue em jejum; nalguns casos pode haver ligeiros vestígios. Após a ingestão, a levulose aparece no sangue passados 20 a 30 minutos, atingindo na 1.^a hora o seu máximo, que é de 10 a 15 mgrs. por 100 cm.³ Cai depois rapidamente, para desaparecer ou atingir menos de 6 mgrs. na 2.^a hora.

Nos casos de insuficiência hepática, atinge 40, 50 ou mesmo 60 mgrs. ao fim da 1.^a hora. Outras vezes há um prolongamento da duração da levulosémia, que se verifica ainda ao fim de 3 horas.

Outras, ainda, há um aumento da taxa da levulose em jejum podendo ir a 20 e 30 mgrs. Na opinião dos AA. é, porém, o vértice da curva que fornece a melhor característica da insuficiência hepática e, assim, dada a constância dos valores, acham que uma só dosagem da levulose, meia hora após a sua ingestão, pode elucidar-nos quasi tão bem como a prova total, embora esta seja teoricamente preferível e deva fazer-se sempre que seja possível.

BRITO SUBTIL.



É nesta época do ano que a bronquite, pneumonia, influenza e outros males febris infecciosos agudos têm a sua maior incidência.

O emprêgo da **Antiphlogistine** é medida terapêutica que pode ser considerada como a primeira salvaguarda aos primeiros sinais de arrepios de frio ou dôr de garganta.

Êsse medicamento ajuda a melhorar o estado local, e evita conseqüências de maior gravidade. Sobrevindo, porém, uma pneumonia, bronquite ou influenza, a **Antiphlogistine** auxilia de modo que o ataque seja menos violento.

A **Antiphlogistine** alivia a congestão, mitiga a dôr e promove o bem estar do paciente. O calor fornecido por êsse medicamento, num período de muitas horas, penetra os tecidos, absorve com mais rapidez os resíduos tóxicos, e estimula maior actividade ao processo curativo.

Êsse produto é muito valioso, especialmente, em todas as afecções das vias respiratórias.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Prof. Angelo da Fonseca

Ao Conselho da Faculdade de Medicina, em sessão de 30 de Julho último, apresentou o distintíssimo Professor Dr. Angelo da Fonseca, ilustre director dos Hospitais da Universidade, uma desenvolvida e clara exposição sôbre o projecto de algumas instalações hospitalares e universitárias.

Essa exposição foi documentada com a apresentação de duas reproduções fotográficas, mostrando, uma, o aspecto actual dos edificios dos Hospitais e terrenos da encosta sudeste e a outra, o seu aspecto futuro depois das obras realizadas.

O Conselho da Faculdade, manifestando o seu muito apreço por este novo trabalho do ilustre professor, resolveu, por aclamação, que lhe fôsse endereçado um voto de congratulação e louvor pela sua valiosissima acção como Director daquele estabelecimento de assistência e ensino e ainda pelo muito que há a esperar da sua dedicação e indisentível competência, em fâvor do mesmo estabelecimento e engrandecimento da sua Faculdade.

1938 — O ano do jubileu do «Bayer»

A secção pharmaceutica «Bayer» da I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft celebrou no corrente ano o cinquentenário da sua fundação. Em 1888 determinou a direcção da então Fábrica de Anilinas, antes Friedrich Bayer & C.^a em Elberfeld, em seguida à descoberta da Fenacetina que foi um dos primeiros antipiréticos, acrescentar à produção das anilinas uma secção pharmacêutica especial. Depois da fusão das fábricas hoje contidas em I. G. Farbenindustrie Aktien-

gesellschaft, todo o ramo farmacêutico recebeu o nome «Bayer» que tem hoje uma significação mundial. De Leverkusen, onde está a sede da «Bayer» saiem para todo o mundo os medicamentos «Bayer». Aos centros de investigação e produção em Elberfeld, Hoechst e Leverkusen estão ligados os serviços sorológicos em Marburg sobre o Lahn, que têm o nome de «Laboratórios Behring» em homenagem ao seu fundador e criador da seroterapia. É com justo orgulho que a «Bayer» pode, por ocasião deste jubileu, rememorar a sua importante série de triunfos. De facto, por exemplo no capítulo dos antipiréticos, dos narcóticos, dos soporíferos, da quimiò-terapêutica, das harmonas e das vitaminas bem como da medicina tropical, os trabalhos dos Laboratórios «Bayer» tiveram consequências vastas e por vezes orientadoras. O tempo deu razão à medida tomada em 1888 de dar autonomia à investigação e produção farmacêutica por se ter reconhecido que a sua esfera de trabalho era completamente diferente. Os êxitos obtidos nos diferentes Institutos científicos «Bayer» têm alcançado a consideração e o reconhecimento de todo o mundo.

Os laboratórios quimico-farmacêuticos, farmacológicos, fisiológicos, quimiò-terapêuticos e sorobacteriológicos da Casa «Bayer», cujo pessoal é constituído por especialistas de reconhecido valor, são considerados centros de trabalho científico sério e exacto. As fábricas, instaladas durante este espaço de tempo e que têm constituído o objectivo da visita de numerosos viajantes de todo o mundo são igualmente, consideradas modelares pelos entendedores. Em conclusão, desejamos à Casa «Bayer» no ano do seu jubileu, que o segundo meio século lhe possa trazer tantas vitórias como o primeiro.

Comemorando este jubileu, a Casa «Bayer» publicou uma notável brochura, com magnificas gravuras na qual se pormonizam cinquenta anos de labôr científico em prol da humanidade.

Justifica-se plenamente o êxito obtido por esse excelente trabalho publicado na nossa lingua e distribuído pelos médicos portugueses.

«Cinquenta anos — 1888-1938», é assim que se intitula a referida obra, é um documentário honrosissimo para a Casa «Bayer», que traduz grandes iniciativas e glorifica uma organização industrial e científica que honra o país que se orgulha de a possuir.

Faculdades de Medicina

De Coimbra — O Conselho na Faculdade de Medicina em sua sessão de 30 de Julho, conferiu as seguintes classificações académicas:

Anatomia descritiva 2.ª parte e Anatomia topográfica

Outubro de 1937:

Manuel da Silva, prémio; José Denis Vieira, prémio; João José Lobato Guimarães, accessit.

Junho-Julho de 1938:

Manuel de Montezuma Denis de Carvalho, prémio; Henrique Guizado, accessit.

Fisiologia geral e especial e Química fisiológica

Outubro de 1937:

João José Lobato Guimarães, prémio.

Junho-Julho de 1938:

Manuel da Silva, accessit.

Patologia geral

Junho-Julho de 1938:

João José Lobato Guimarães, accessit.

Anatomia patológica geral e especial

Outubro de 1937:

Armando Ferreira Pombal, 1.º accessit.; Francisco Ribeiro Vinte e Um Mendes, 2.º accessit.

Patologia médica e História da Medicina

Junho de 1938:

Eduardo de Albuquerque e António Augusto Sequeira Mendes, accessit.

Tarapêutica médica clínica e Semiótica radiológica

Junho de 1938:

Eduardo de Albuquerque, accessit.

Obstetricia e Ginecologia

Outubro de 1937:

António Mendes Leitão Serra, António da Silva e Sousa, José Nunes da Costa e Mário Augusto Miranda e Silva, accessit. sem gradação; Francisco Manuel Santos de Ibérico Nogueira, distinto com honra de accessit.

Medecina legal

Junho de 1938:

Eduardo de Albuquerque e Cláudio da Ponte Pires Coelho, accessits. sem gradação.

Neurologia e Psiquiatria

Junho de 1938:

Eduardo de Albuquerque e Cláudio da Ponte Pires Coelho, accessits. sem gradação

Dermatologia Sifilografia

Junho de 1937:

Mário Denis Porto e João Pedro Miller Guerra, accessits.

Junho de 1938:

Francisco Ribeiro Vinte e Um Mendes, accessit.

Oftalmologia

Junho de 1938 :

Francisco Ribeiro Vinte e Um Mendes e Julio Rafael Rodrigues Olmo, accessit. sem gradação.

— O Conselho da Faculdade de Medicina na última sessão do ano lectivo findo, enaltecendo a forma brilhante como decorreu o Curso de Férias da iniciativa do seu director sr. Dr. João Porto, exarou na acta um voto de louvor a este ilustre Professor.

— O Director do Instituto de Medicina Tropical officiou à Faculdade de Medicina de Coimbra, agradecendo a colaboração prestada pelos distintos professores srs. drs. Rocha Brito e Afonso Ponces de Leão nos concursos para professores catedraticos e auxiliares do referido Instituto.

— Foram reconduzidos por mais um ano nos lugares de assistentes das cadeiras de neurologia e de medicina legal, respectivamente os srs. drs. Armando Tavares de Sousa e Mário Martins Ribeiro.

De Lisboa — Foram reconduzidos por mais um ano, a assistente do 10.º grupo, B (Psiquiatria), da Faculdade de Medicina de Lisboa, sr.ª dr.ª D. Berta de Jesus Morais e o assistente do 7.º grupo (clínica cirúrgica), sr. dr. José Marques de Almeida.

— Foi prorrogado por mais um ano, o tempo de serviço dos assistentes do 3.º grupo (Anatomia patológica e especial e patologia geral) da mesma Faculdade srs. drs. Joaquim Nunes de Almeida e Manuel Damaso Prates.

Do Porto — Ao sr. dr. Ernesto Borges de Morais, foi conferido o título de professor agregado do 3.º grupo (anatomia patológica, patologia geral, histologia patológica, semiótica laboratorial e semiótica radiológica) da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Sociedades científicas

Associação Portuguesa de Urologia — Na última reunião da Associação Portuguesa de Urologia, o sr. dr. Eduardo Gusmão descreveu um caso de perfuração vesical por corpo estranho na vagina.

O sr. dr. Alberto Gomes fez uma comunicação sobre incontinência da urina por implantação extravesical dum uretero supranumerário, com duplicidade renal direita.

O caso deu-se com uma rapariga de 14 anos, que depois de estudada minuciosamente por aquele urologista, se chegou à conclusão de que possuindo à esquerda um rim normal, tinha do lado direito, fendido numa massa única, dois rins, um com uretero implantado na bexiga, normalmente, e outro fóra da bexiga, o que dava origem a perda permanente das urinas.

O sr. dr. Alberto Gomes fez então uma heminefrectomia, resercando a porção do parenquima renal correspondente ao rim que era tributário do uretero que se implantava fóra da bexiga e bem assim este uretero, deixando ficar a doente como se tivesse nascido só com um rim de cada lado, absolutamente curada da sua incontinência.

Congressos

IV Congresso Internacional de Grafologia — Realisa-se em Liège, em 1939, por ocasião da Exposição Internacional da Agua. A colaboração médica promete ser importante. Para informações, dirigir a M.me Grondhout, 122 Av. Emile Max, Bruxelles.

Congresso da Diurese — De 27 a 29 de Maio de 1939, realisa-se em Vittel, um congresso sobre a diurese ao qual presidirá o Prof. Rathery. Informações : Sociedade de Medicina, em Vittel (Vosges).

IV Congresso Internacional da Patologia Comparada — Sob a presidência do Prof. Petro Rondoni, realisa-se em Roma, de 15 a 29 de Maio de 1939. Na secção de medicina humana serão discutidos os seguintes assuntos : doenças por ultravirus; hereditariedade em patologia; função dos antigenos associados. Informações: Secretário geral, Prof. V. Zavagli, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Piazzale delle Scienze, Rome.

Liga Internacional contra o reumatismo — O primeiro congresso realisa-se em New-York em 1940. Na ordem do dia serão postos os seguintes problemas : 1.º O papel da infecção nas doenças reumatismas ; 2.º A alimentação no reumatismo; 3.º A acção social da ortopedia no reumatismo.

Congresso Médico Nacional de Desastres no Trabalho

Revisão da comissão executiva — Reuniu-se a comissão executiva do 1.º Congresso Médico Nacional de Desastres no Trabalho, sob a presidência do sr. dr. José Sabino Pereira.

Ficou definitivamente resolvido que o Congresso se efectue em Novembro próximo, sob o alto patrocínio do sr. Presidente da República, general Oscar Fragoso Carmona, e do sr. presidente do Ministério, dr. António de Oliveira Salazar. Será presidente de honra o sr. sub-secretário de Estado das Corporações e Previdência Social, dr. Manuel Rebêlo de Andrade.

O Congresso terá quatro sessões : Clínica dos Desastres no Trabalho; Higiene do Trabalho e Profilaxia dos Desastres do Trabalho; Medicina Legal dos Desastres do Trabalho; e Interesses Profissionais.

Conseguir-se-á, assim, tratar devidamente os assuntos que, de um modo directo, interessam à classe médica na sua complexa missão social. Entre estes assuntos estão os dos honorários clínicos e farmacêuticos, os das tabelas de desvalorização, os da readaptação ao trabalho, os das doenças profissionais, os dos tratamentos de traumatismos ósseos e oculares, os da peritagem social, os das relações entre o médico, o sinistrado, o patrão e o Tribunal, etc.

Foi posta em relêvo a importância destes problemas não só para os médicos que fazem clinica dos Desastres do Trabalho, como para todos que se interessam por esta importante questão social.

Tomou-se conhecimento das teses e comunicações recebidas e foi resolvido que continue aberta a inscrição de congressistas, na séde da comissão executiva, avenida João Crisóstomo, 66. As cotas de inscrição são de 100\$00 para os congressistas ordinários, de 50\$00 para as pessoas de suas famílias, que serão consideradas congressistas agregados, com direito a assistir a todos os trabalhos, festas, excursão, etc.; de 80\$00 para os congressistas extraordinários, pessoas que por alguma forma actuem no Ramo Social dos Desastres do Trabalho ou que possuindo um curso superior por éstos assuntos se interessem.

As sessões do Congresso realizar-se-ão na Faculdade de Medicina de Lisboa.

Várias notas

No Curso de Férias da Faculdade de Letras e no dia consagrado ao Brasil, o sr. Prof. Rocha Brito fez uma brilhante conferência subordinada ao tema — «Alguns aspectos de medicina social no Brasil e a tradição portuguesa».

— O dr. Jaime Pinto de Barros, facultativo municipal do concelho de Paços de Ferreira, foi nomeado para o lugar de delegado de saúde do mesmo concelho na vaga resultante do falecimento do dr. Américo Martins Monteiro de Matos, ocorrido a 13 de Abril do corrente ano; e o sr. dr. João da Costa Pimentel Calisto, facultativo municipal do concelho de Mira, foi nomeado para o lugar de delegado de saúde do mesmo concelho, na vaga resultante da aposentação do dr. Alberto de Matos Carvalho.

— Passou a exercer o cargo de director de radiologia do Hospital de Marinha o sr. 1.º tenente médico dr. António Luís de Melo.

— No Hospital Militar do Pôrto foi prestada uma significativa manifestação de apreço ao sr. tenente-coronel médico dr. António Pereira Barbora, em homenagem aos apreciáveis serviços prestados naquele estabelecimento hospitalar.

Falecimentos

Faleceu, em Lisboa, o sr. dr. João José Luiz Damas, que durante largo tempo exerceu a clinica em Santarem; o contra-almirante, sr. Jaime da Fonseca Monteiro, pai do sr. dr. António da Fonseca Monteiro, médico naquela cidade, e a sr.ª D. Ema Regina Paradela de Oliveira, esposa do clínico, sr. dr. João Paradela de Oliveira; no Pôrto, o sr. dr. Alvaro Gomes Ferreira Pimenta Junior, filho do sr. dr. Alvaro Gomes Ferreira Pimenta, director do Hospital Joaquim Urbano daquela cidade e genro do sr. dr. Cesar Fernandes, médico em Amares; em Coimbra, a sr.ª D. Miraldina Sours Lagrifa, sogra do médico sr. dr. José Maria Mendes; em Avô, o menino José Benjamim Campos Lencastre, filho do sr. dr. Vasco de Campos, médico naquela localidade; em Aveiro, o sr. dr. Armando da Cunha Azevedo, de 72 anos de idade e que exerceu ali as funções de delegado de saúde; na Figueira de Foz, o sr. dr. José Salinas Calado, delegado de saúde naquela cidade e médico escolar, e em Bragança, a sr.ª D. Teresa Dulce Monteiro, irmã da sr.ª dr.ª Maria Cândida Monteiro, interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra.



Livraria Moura Marques & Filho

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

ULTIMAS NOVIDADES :

- Bacq** — L'Acétylcholine et l'Adréaline. Leur rôle dans les transmissions de l'influx nerveux. (Bibliothèque Scientifique Belge. Section Biologique). 114 pages. 14 Figures. 1 Planche. (M) — Frs. 20,00.
- Blauc et Bordes** — Les maladies exotiques dans la pratique médicale des pays tempérés. 1 vol. 242 pages. (D) — Frs. 30,00.
- Cambrelin** — L'Amygdale linguale. 112 pages. 35 Figures. (M) — Frs. 35,00.
- Chapelon** — Les Musculatures à fonctionnement volontaire. Leur rôle respectif. La vision simultanément nette à toute distance etc. 1 vol. avec 228 pages. (V) — Frs. 25,00.
- Contet** — Précis élémentaire des soins aux malades, aux blessés et aux nourrissons. 2^e édition. 1 vol. 176 pages. 73 Figures. (M) — Frs. 10,00.
- Daniélopoulo** — Les thyroïdies endémiques et sporadiques. 142 pages. 56 Figures. (M) — Frs. 30,00.
- Delcau, Fabre et Coniver** — Index Medico-pharmaceutique. 1 vol. 756 pages. (M) — Broché, Frs. 120,00. Cartonné, Frs. 150,00.
- Destot** — Traumatismes du pied et rayons X. Malléoles, Astragale, Calcanéum, Avant-pied. 2^e Edition. 1 vol. 292 pages. 156 Figures. (M) — Frs. 45,00.
- Enriquez** etc — Nouveau Traité de Pathologie Interne vol. III partie I. Maladies du nez, du larynx, des bronches, des poumons et des plèvres. Partie II. Tuberculose pulmonaire. Maladies des plèvres. 2 vol. illustrés avec 210 fig. 1170 pages reliés. (D) — Frs. 390,00.
- Étienne-Martin** — Précis de Médecine Légale. 2^e édition. 1 volume relié 760 pages illustré 112 fig. — (D) — Frs. 135,00.
- Ferrière** — L'Érotomanie. Illusion délirante d'être aimé. 1 vol. 170 pages. (D) — Frs. 28,00.
- Fliessinger** — Explorations fonctionnelles. 1 vol 432 pages. (M) — Frs. 70,00.
- Glorieux** — La hernie postérieure du ménisque intervertébral et ses complications nerveuses. 102 pages. 98 Figures, 2 planches. (M) — Frs. 40,00.
- Grégoire et Couvelaire** — Apoplexies viscérales séreuses et hémorragiques. (Infarctus viscéraux). 182 pages. (M) — Frs. 50,00.
- Haimovici** — Les Embolies artérielles des membres. 336 pages. 25 Figures. (M) — Frs. 55,00.
- Hovelacque, Monod, Evrard** — Le Thorax. Anatomie Médico-Chirurgicale. Un volume format 49×28 de 350 pages avec 125 figures. (N) — Broché, Frs. 140,00 Cartonné, Frs. 160,00.
- Hovelacque Monod Evrard** — Treize Coupes Horizontales du Thorax. Un atlas format 56×38 cm de 13 planches et 13 calques avec légendes. (N) — Broché, Frs. 175,00. Cartonné, Frs. 215,00.
- Lauwers** — Introduction à la chirurgie digestive. 1 vol. 224 pages. (M) — Frs. 38,00.
- Lemaître** — Étude anatomo-clinique des tumeurs dites cylindromes. 1 vol. illustré. 190 pag. (V) — Frs. 45.
- Maissonnet** — Petite Chirurgie. 3^e édition. 1 vol. illustré. 1038 pages. 752 fig. (D) — Frs. 125,00.
- Mars et Kerlan** — La procréation volontaire. 1 vol. illustré avec 68 pages. (V) — Frs. 12,00.
- Neipp** — De l'influence de divers cations sur le croît microbien. 432 pages avec tableaux. (M) — Frs. 90,00.
- Ricoux** — Notions actuelles sur la cellulite et son traitement. 1 vol. 75 pag. (V) — Frs. 8,00.
- Savignac** — Lettres à un jeune praticien sur les maladies de l'anus et du rectum. 1 vol. 130 pages. (M) — Frs. 26,00.
- Sézary** — Le Traitement de la Syphilis. 3^e Edition. (Collection des Initiations Médicales). 196 pages. 4 Figures. (M) — Frs. 30,00.

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

ÚLTIMAS NOVIDADES:

- Agasse-Lafont** — Dictionnaire des Examens de Laboratoire. 1 vol. 447 pages. (V) — Frs. 120,00.
- Bernou et Maréchaux** — Aspiration et Pyothorax. 1 vol. 66 pages. (D) — Frs. 16,00.
- Brindeau** — La Présentation du Siège. La Version. 1 vol. 270 pages avec. 92 planches. (V) — Frs. 60,00.
- Carnot, Froment, etc.** — Maladies de l'Intestin. 1 vol. 416 pages. 80 figures. XIX planches. (B) — Frs. 140,00.
- Cushing** — Tumeurs intracrâniennes. 194 pages. 111 figures. (M) — Frs. 80,00.
- Danes** — Les Cholécystites Chroniques. 1 vol. avec. 11 radiographies hors texte. 116 pages. (D) — Frs. 38,00.
- Delhoume** — L'École de Dupuytren. Jean Cruveilhier. 1 vol. 315 pages illustré. (B) — Frs. 60,00.
- Denoyés** — Appendice et Radiologie. 1 vol. 230 pages. 56 figures. Hors-texte. (V) — Frs. 50,00.
- Dérobot et Hausser** — La Pratique Médico-Légale. 1 vol. 264 pages, 175 figs. (D) — Frs. 50,00.
- Desplat, Moulouguet et Malgras** — L'Exploration radiologique post-opératoire de la voie biliaire principale. 120 pages. 40 figures. (M) — Frs. 40,00.
- Fau et Cuyet** — Anatomie Artistique du Corps Humain. 5^e édition. 1 vol. 208 pag. 41 figures. XVII planches. (B) — Frs. 32,00.
- Grenet** — Conférences de Médecine Infantile. Première Série. 1 vol. 304 pages. 30 figures. (V) — Frs. 50,00.
- Héger-Gilbert** — Déontologie Médicale. 1 vol. 325 pages. (B) — Frs. 61,00.
- Laubry** — Leçons de Cardiologie faites à l'Hôpital Broussais. Deuxième série. 1 vol. 404 pages avec. 151 figures. (D) — Frs. 130,00.
- Les Régulations Hormonales en Biologie, en Clinique et en Thérapeutique. Rapports présentés aux Journées Médicales Internationales de Paris 1937. 1 vol. 853 pag (B) — Frs. 100,00.
- L'Infirmière Hospitalière** — Guide Théorique et Pratique de l'École Florence Nightingale de Bordeaux. Tome I. Médecine. 1 vol. 288 pages. 40 figures (B) — Frs. 32,00.
- Maury** — Phlébites. 1 vol. 96 pages. (D) — Frs. 25,00.
- Niehans** — La Sénescence et le Rajeunissement. 1 vol. 71 pages. (V) — Frs. 12,00.
- Nogier** — Électrothérapie Clinique. 3^e édition. 1 vol. 281 pages. 55 figures. (B) — Frs. 60,00.
- Ramond** — Conférences de Clinique Médicale Pratique. (Treizième Série). 1 vol. 368 pages. 11 figures. (V) — Frs. 50,00.
- Rathéry** — La Pratique de la Cure Insulinique et les diabétiques. 1 vol. 100 pages. (B) — Frs. 25,00.
- Stern** — Culture des Tissus et Cancer. 1 vol. illustré avec. 135 pages (V) — Frs. 20,00.
- Tinel** — Le Système nerveux végétatif. 1 vol. 848 pages. (M) — Frs. 160,00.
- Tremolières** — Traitement de la Colopathie Muco-Membraneuse. 1 vol. 32 pages. (B) — Frs. 10,00.
- Trepstat** — Oeuvre Psychiatrique. 1 vol. 188 pages. 8 planches. (V) — Frs. 24,00.
- Tzanck** — Hématologie du Praticien. Tome premier. 1 vol. 186 pages. XI planches. (B) — Frs. 56,00.
- Veau** — Bec de Lièvre. Formes clinique, chirurgie. 326 pages. 1.214 figures. (M) — Frs. 100,00.
- Vignes et Robey** — Périodes de fécondité et de stérilité chez la femme. 2.^e édition. 88 pages. 13 figures. (M) — Frs. 16,00.