

# COIMBRA MÉDICA

ANO V

NOVEMBRO DE 1938

N.º 9

## SUMÁRIO

	Pag.
A BRONCOGRAFIA LIPIODOLADA NAS BRONQUIECTASIAS E PRECISÕES SOBRE A TÉCNICA — dr. João Porto . . . . .	645
ESTADO SANITÁRIO DE COIMBRA — dr. A. Meliço Silvestre . . . . .	678
SOBRE TÉCNICAS DE INTERPRETAÇÃO DA VELOCIDADE CIRCULATÓRIA — dr. L. Duarte Santos. . . . .	708
NOTAS CLÍNICAS — SOBRE UM CASO DE BERI-BERI HÚMIDO — dr. Carlos Ferreira . . . . .	719
LIVROS & REVISTAS . . . . .	721
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES . . . . .	LIII
— <i>Estatutos da Ordem dos Médicos</i> . . . . .	LIX

---

MOURA MARQUES & FILHO

COIMBRA

## DIRECCÃO CIENTÍFICA

Prof. Lúcio Rocha — Prof. Serras e Silva — Prof. Angelo da  
Fonseca — Prof. Elísio de Moura — Prof. Alvaro de Matos  
— Prof. Almeida Ribeiro — Prof. J. Duarte de Oliveira —  
Prof. Rocha Brito — Prof. Moraes 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





# A BRONCOGRAFIA LIPIODOLADA NAS BRONQUIECTASIAS E PRECISÕES SÔBRE A TÉCNICA <sup>(1)</sup>

POR

JOÃO PORTO

1) Desde os primeiros ensaios de broncografia lipiodolada, por Sicard, Forestier e Leroux, em 1922, numerosos trabalhos tem sido publicados em quasi todos os paises; e se, mercê do esforçado e persistente labôr dos seus criadores e de várias escolas o método atingiu já elevado grau de aperfeiçoamento técnico e demonstrou quão extensas são as suas possibilidades de diagnóstico, ninguém poderá dizer, contudo, que tivesse chegado onde toda a crítica lhe seria vedada. Em muitos casos da patologia do aparelho respiratório, no entanto, a iodobroncografia presta grandes serviços ora precisando um diagnóstico anatómico impossível sem êste auxilio, ora fornecendo dados interessantes sôbre a extensão e configuração das lesões, ora dilucidando certas questões etiopatogénicas de afecções do aparelho respiratório.

Muito tem contribuído também para depuração de conceitos que não puderam, tantos deles, resistir às mais modernas interpretações.

Afirma-se com evidência, sobretudo, em: a) desvios de traqueia e bronquios; b) cavernas pulmonares e interpretação de certas sômbrias de tuberculose pleuro-pulmomar; c) fistulas brônquicas e pleurais; d) alterações de fôrma e de calibre dos bronquios.

É aqui e sobretudo nas dilatações brônquicas, assunto prin-

---

(1) Os elementos dêste trabalho serviram de base para uma comunicação apresentada ao Congresso de Lourenço Marques (19 a 23 de Setembro dêste ano) organizado em conjuncto pelos Serviços de Saúde da Província de Moçambique e a *Medical Association of South Africa*. Todas as iodobroncografias foram colhidas no Serviço de Roentgendiagnóstico do Banco dos Hospitais da Universidade, com a colaboração dos Drs. Guedes Pinto e Ferreira da Costa a quem muito agradecemos.



cial do presente estudo, que presta maiores serviços. Não há imagem radiológica de interpretação mais delicada.

Quando em alguma zona pulmonar a auscultação permite supôr a existência de uma dilatação brônquica, por sinais, quasi sempre discretos, a radiografia mostra ou perfeita transparência ou opacidade difusa, heterogenea, semeada de manchas de tons ora mais ora menos carregados e de limites imprecisos.

Já Laenec, é certo, fazia o diagnóstico de bronquiectasias.

A propósito da observação de Chopinet, que tossia desde a infância, com expectoração fétida e por vezes sanguinolenta, sinais cavitários no vertice, diz:

«Eu fiquei na dúvida sobre a questão da natureza da escavação, probabilidades quasi iguais indicando que podia provir da fusão de uma massa tuberculosa ou de uma escara gangrenosa».

Contudo, dias mais tarde, supunha que haveria dilatação bronquica geral o que a autópsia confirmou».

Mas os casos de Laenec são aqueles sobre que da sintomatologia nenhum elemento falta, por assim dizer. O lipiododiagnóstico vem mostrando, desde o começo dos seus ensaios, quantas bronquiectasias não ficariam ocultas sem o seu auxilio. Quantas não seguiram pelos tempos fóra, sob o rótulo de tuberculose, tratando-se mesmo em sanatórios, sem que a baciloscopia fosse positiva e sem que, a pesar disso, se supusesse outra afecção que não a tuberculose. Mas se as bronquiectasias infectadas, piorreia bronquiectásica permanente de Achard, com expectoração muco-purulenta abundante, a principio em surtos sucessivos, depois continua e definitiva, sem bacilo de Koch, são de fácil diagnóstico, já o mesmo não acontece com as formas secas, hemoptoicas, bem descritas por Besançon e Azoulay; e, são deste tipo algumas das nossas observações.

Em alguns casos do nosso arquivo o método veio esclarecer o diagnóstico:

M. G., de 22 anos, diz ser muito atreita a tosse e expectoração muco-sanguinolenta. A auscultação revela, na base do hemitorax esquerdo, faces anterior e lateral, crepitações de carácter mal definido. Baciloscopia sempre negativa. Temperaturas normais. Radiografia, antes do lipiodol, perfeitamente normal. Após



injecção de 15 cc. de lipiodol mostra bronquiectasias da base esquerda, volumosas, cilíndricas e ampulares terminais. Fig. I e II.

F. de O., de 30 anos, Impaludismo que começou há sete meses pelo que vem recebendo tratamento adequado. Alguma tosse e espectoração, mais abundante de manhã e algumas vezes

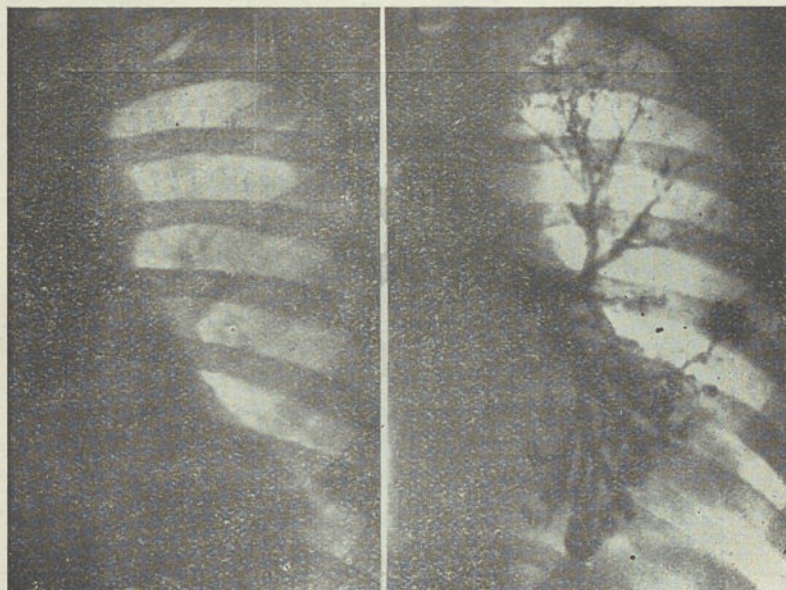


Fig. I e II — À esquerda radiografia antes do lipiodol, sem qualquer sombra suspeita. Apenas a auscultação revelava, na base, faces anterior e lateral, crepitações finas. À direita, depois da instilação de 15 cc. de lipiodol, aparecem dilatações brônquicas cilíndricas e ampulares terminais.

levemente raiada de sangue. Baciloscopia sempre negativa. A auscultação revela discretos ruídos adventícios nas bases pulmonares, sobretudo à direita onde, apreciada no espaço interescapulo-vertebral a respiração é soprada. Radiografia normal. Depois de injecção de 10 cc. de lipiodol a radiografia mostra dilatações ampuliformes, em cacho, sobremaneira volumosas. Como a auscultação de ambas as bases mostrou a existência de sinais adventícios, fez-se a injecção, levando a oliva até um pouco acima da bifurcação dos grandes brônquios, o doente sentado, de

modo a que a substância pudesse impregnar os lobos inferiores dos dois pulmões. Nota-se aí que a arborização brônquica é normal à esquerda. Fig. III.

S. A., de 36 anos, tosse e expectoração, desde ha anos, de aspecto muco-purulento, com laivos sanguíneos de quando em quando. Teve ha 6 anos uma afecção bronco pulmonar que se arrastou durante meses, com temperaturas elevadas de começo,



Fig. III — Arborização brônquica à esquerda, normal. Na base, à direita, dilatações ampuliformes, em cacho, volumosas.

depois subfebris. Frisou que o médico assistente de então, localisava a afecção na metade superior do pulmão direito.

A auscultação dá apenas ralas humidas, médias e grossas, na metade superior do hemitorax direito; ausência de quaisquer outros sinais anormais por auscultação ou percussão. Baciloscopia negativa.



Radioscopia revela apenas um tom ligeiramente esfumado, no lobo superior direito, sem os limites de lesões. Bronco-grama que se obteve por injeção de lipiodol, com a oliva abaixo do orifício de emergência do ramo bronquico apical, o doente deitado e voltado para a direita, em posição ligeira de Trendelenburg, mostra volumosas dilatações cilíndricas dos brônquios, terminados por ampolas. Fig. IV. O lipiodol também se distribui pelos lobos medio e inferior, o que não se consegue evitar e no que não ha o

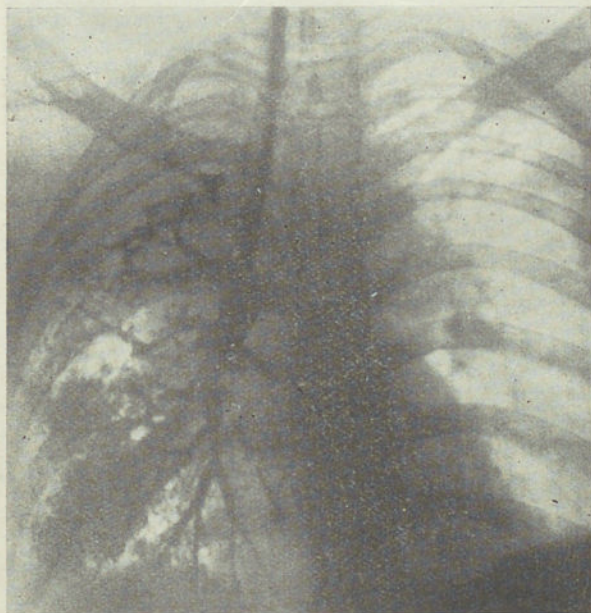


Fig. IV — Volumosas dilatações cilíndricas dos brônquios do lobo superior direito, terminados por ampolas.

menor inconveniente. Os brônquios destes dois lobos apresentam-se sem qualquer anomalia morfológica. A bronquiectasia deve ter para causa imediata o processo esclerósico determinado pela broncopatia crónica de que ha anos sofreu.

A. N., de 40 anos, com síndrome de Ayerza, acentuada tosse e expectoração mucosa, baciloscopia negativa, com sinais de auscultação que se exprimem por sibilos e roncós e se genera-

lisam a todo o torax. Suporta bem uma iodobroncografia que mostra dilatações cilíndricas dos brônquios à direita. Fig. V.

2) Em toda a iodobroncografia devem estudar-se, além da forma da cavidade torácica, diafragma e mediastino, como é natural, ainda os seguintes elementos :

1.º — Qual a posição, calibre e forma da traqueia;

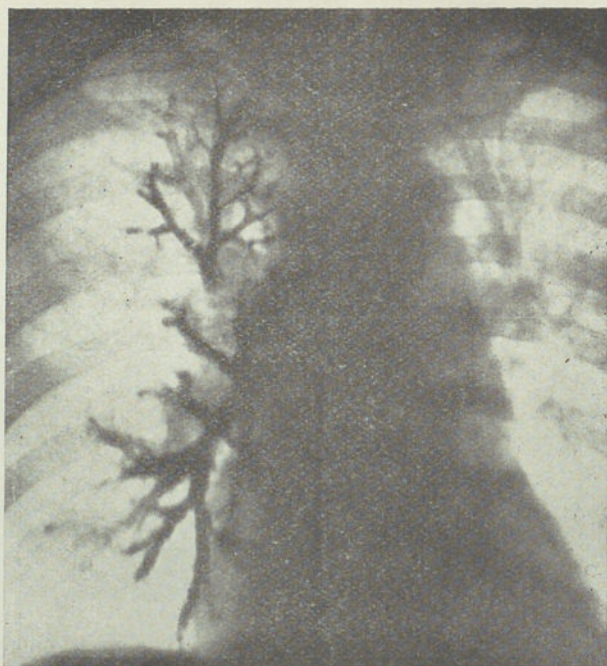


Fig. V — Doente com síndrome de Ayerza suportando bem a iodobroncografia que mostra dilatações cilíndricas dos brônquios à direita.

2.º — O desenho dos grandes troncos ;

3.º — Os ramos de divisão dos brônquios, quando se vêem, porquanto a sua visibilidade depende dos estados patológicos, da quantidade de substância opaca injectada e do tempo decorrido desde a injeção até à obtenção da radiografia; e,

4.º — A imagem alveolar que, quando se mostra, apresenta a forma de pequenas opacidades arredondadas dispostas nos



campos pulmonares segundo uma distribuição e número que variam com o estado dos brônquios e do parenquima pulmonar.

Com respeito ao diâmetro dos brônquios que se enchem, há acôrdo em admitir-se como normal: para a traqueia, um diâme-

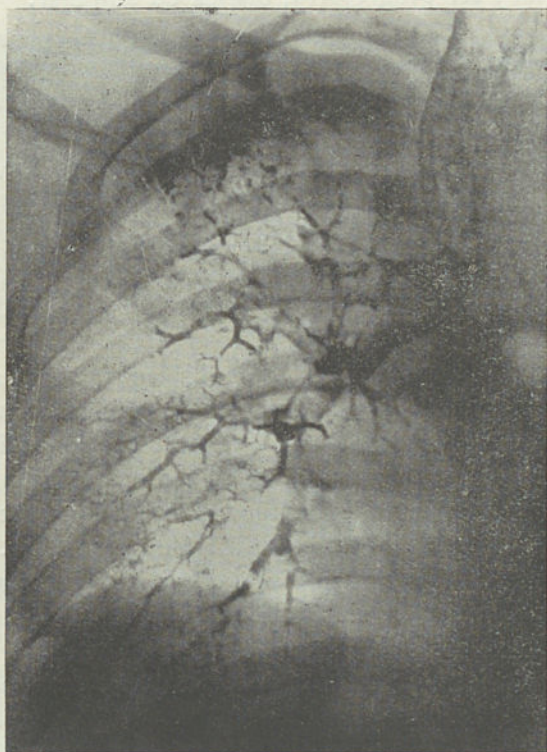


Fig. VI—Doente que se sujeitou a frenicotomia por tuberculose e aderências pleurais extensas à direita. Brôncografia com 5 cc. de lipiodol mostra desvio da traqueia e elevação de tronco brônquio eparterial.

tro até 14 mm.; para os brônquios principais, de 10 mm.; e para os colaterais primários 3 1/2 mm.

De 3 1/2 a 4 1/2 mm. é considerado brônquio duvidoso; é ectasia nítida para além dêste limite. Se não fossem as relações que alguns autores dizem existir entre certos aspectos de dilatação e a sua etiopatogenia não mereceria a pena a sua distinção.

O aspecto morfológico é, no entanto, muito variável: em alguns casos a forma é conservada, cilíndrica, outras vezes vem alterada, fusiforme, com aspecto de rosário, monoliforme, ou sacciforme como de cachos de glicínias, cúpulas de ninhos ou de válvulas sigmoides, ao longo do bronquio ou na sua extremidade (dilatações ampulares). A forma como o brônquio termina pode também variar: ser progressiva, brusca ou ampular.

3) Se a iodobroncografia confirma um diagnóstico de dilatação brônquica também algumas vezes o invalida quando a clínica o colocou em hipótese.

O síndrome cavitário é quantas vezes devido a desvio da traqueia ou de um dos brônquios primários.

É hipótese a colocar, ao lado da bronquiectasia, quando a radiografia não mostra caverna. Mas entre a dilatação brônquica e o desvio da traqueia ou de brônquio só o lipiododiagnóstico fornece elementos de precisão.

É o caso do doente A. M., de 32 anos, com tuberculose fibrosa da zona intercleido-hilar direita e pleurisia antiga, sero-fibrinosa, a que se seguiu a sinfise extensa dos dois folhetos pleurais. A frenicectomia provocou elevação acentuada do hemidiafragma correspondente e de modo acentuado, na zona inter-escapulo-vertebral, à direita, entre a 5.<sup>a</sup> e 7.<sup>a</sup> costelas.

A radiografia n.º VI mostra nítido desvio da traqueia e tronco apical mas não quaisquer sinais de caverna.

4) Quando se coloca a questão de saber se o foco é constituído por dilatação brônquica ou antes por supuração pleural, muitas vezes, a imagem, destituída de caracteres distintivos, só consegue justa interpretação pelo lipiododiagnóstico:

J. C., de 45 anos, entrou em 1929 em 4 MM. dos Hospitais da Universidade de Coimbra com pleurisia sero-fibrinosa. Tosse seca e temperaturas elevadas. O derrame pela pressão que chegava a exercer sobre os órgãos do mediastino prejudicava-os na sua função pelo que houve de se fazer, por mais de uma vez, a toracentese. De sero-fibrinoso passou a purulento e, a certa altura, estabeleceu-se uma fístula pleuro brônquica, bem posta em evidência, então, pela expectoração de um corante (o azul de metil-



lena) que previamente se introduzia na cavidade pleural. Internada desde há meses nos nossos serviços. Com abundante expectoração muco-purulenta, por vezes bacilífera, temperaturas sub-febris ou sem temperaturas febris, assim se tem arrastado a sua doença através dos anos. De alguns meses para cá surgem a cianose e o hipocratismo digital. Permanecem a fistula

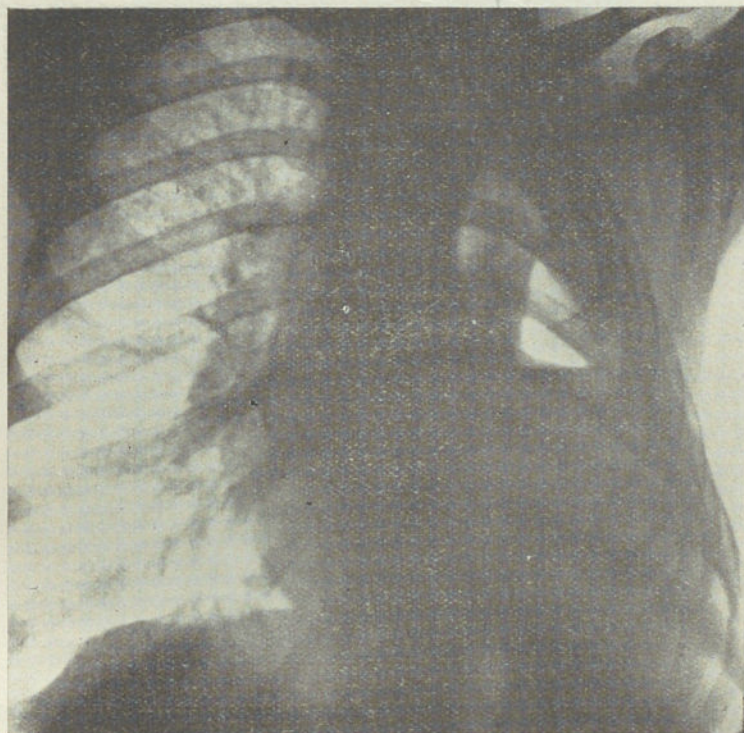


Fig. VII — Fibrotorax à esquerda com cavidade hidro-aérea, de grande capacidade.

e expectoração abundante, 1-2 decilitros nas 24 horas; o exame clínico e radiográfico do torax mostra o aspecto de fibrotorax, à esquerda, com desvio do mediastino e retracção costal deveras pronunciada, imóvel, a despeito dos movimentos respiratórios. Dentro da grelha costal, dêste lado, uma cavidade hidro-aérea, de grande capacidade, com derrame livre. Fig. VII.

Ora, o período terciário da tuberculose pleuro-pulmonar, com lesões productivas de esclerose retráctil, muito frequentemente se acompanha de volumosas bronquiectasias, como de volumosas bronquiectasias se acompanha a esclerose consecutiva a um



Fig. VIII — Mesma doente, depois da broncografia em posição horizontal e levemente inclinado para a esquerda. Vê-se a traqueia desviada para a direita e o grande brônquio direito bem na continuação dela. Daí a dificuldade que houve na impregnação do brônquio esquerdo que se mostra reduzido de calibre. A substância de contraste ainda invadiu a parte inicial dos dois brônquios lobares mas a constrição é grande e não progrediu muito.

derrame pleural. A literatura médica não é já escassa em casos desta natureza.

Se a história da doença e o aspecto radiológico da cavidade intra-torácica lembram a sua séde interpleural, o esclerotorax, o



hipocratismo digital, a abundância e o carácter da expectoração lembram a dilatação bronquica. Só a prova lipiodalada esclarece o diagnóstico quanto à localização dessa cavidade.

A sonda penetrou facilmente pelo bronquio direito, depois da bifurcação, pela especial disposição a que a mediastinite obrigou aquele. A doente deitada sobre a mēsa de radiologia e inclinada para a esquerda, fiscalizando a excursão da oliva, pelo exame radiológico, conseguiu-se que penetrasse no bronquio esquerdo

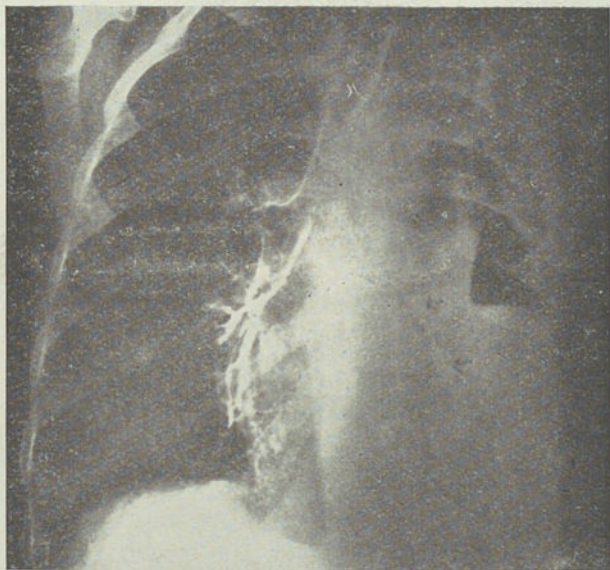


Fig. IX — A mesma doente, logo após a instação lipiodolada e em atitude vertical. O brônquio do lobo inferior desenha-se aí sob forma de uma estria muito adelgada até à base.

pouco além da bifurcação; levou-se, contudo, a sua progressão até onde foi possível. A injecção de 20 cc. de lipiodol, impregnou os bronquios lobares esquerdos até curta distância, enquanto a massa, refluindo, passava para os bronquios direitos, inundava a traqueia e passava mesmo para o esofago. Uma pequena quantidade chegou a ser deglutida.

A Fig. VIII mostra a broncografia da doente em posição horizontal e a Fig. IX em atitude vertical. Os bronquios tem calibre inferior ao normal; a massa só discretamente impregnou

o brônquio lobar inferior mas nota-se que progride ou tende a progredir até à base.

Fizemos, em outra sessão, uma injeção de lipiodol por via transtorácica, até atingir a cavidade e é curioso notar o caminho fistuloso que segue (Figs. X e XI).

Elas mostram bem que a cavidade se estende para a base. A conjugação de tôdas estas imagens demonstra que, ao contrário

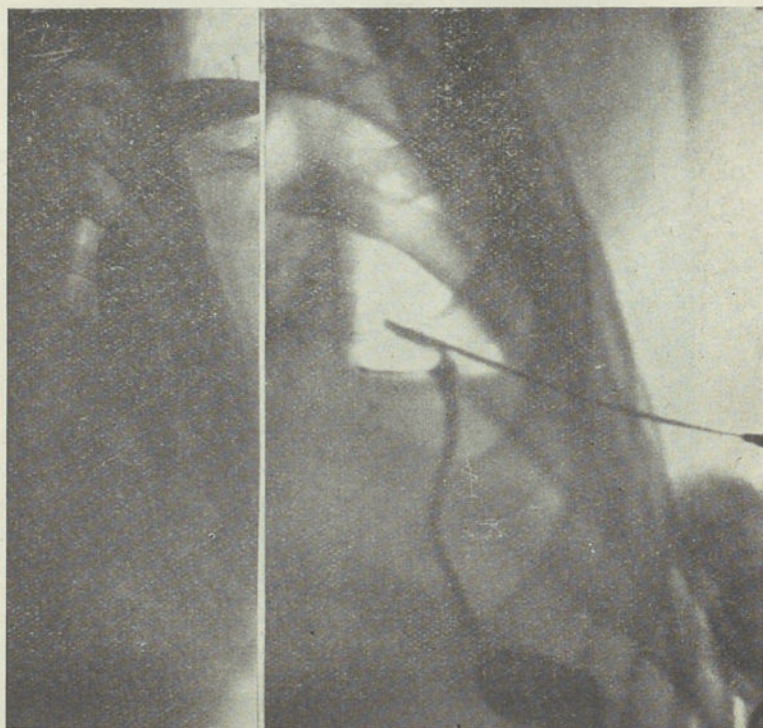


Fig. X e XI — A mesma doente. Uma injeção de lipiodol por via transtorácica, na cavidade, mostra trajecto fistuloso até à base. À direita, em atitude vertical; à esquerda, o doente em posição horizontal.

de bronquiectasia, há estenose dos grandes brônquios, com aspecto de árvore sêca; que a lóca intra-torácica tem séde interpleural e o bronquio de drenagem do líquido segregado pelas pleuras, o inferior, comunica por fistula que desce até à base. Pena é que a insuficiência miocárdica dê móstras de a doente não suportar a toracoplastia, como as circunstâncias indicariam.



5) Há dilatações cilíndricas interessando a totalidade dos bronquios de um pulmão ou apenas os grandes bronquios, mas com predomínio nas bases. Para facilitar a interpretação, tem-se comparado o sistema bronquio-alveolar a uma árvore onde se consideram, como aqui, os elementos constitutivos: ramagem e folhagem; o primeiro representado pelos bronquios, o segundo pelos alvéolos. A escola líonesa, com Bonnamour e seus colaboradores, manifesta a opinião de que ambos os elementos, folhagem e ramada, estão sempre em proporção inversa; e, deste modo, enquanto no pulmão anatomicamente normal a ramada é escassa ou nula e a folhagem abundante (árvore de verão), nos estados patológicos, quando a folhagem escasseia, a rama aumenta de visibilidade logo que impregnado por substância de contraste, é claro, ao R X, chegando nos casos de extensa lesão bronquica a desaparecer a folhagem e a delinear-se nítida e quasi unicamente a ramada (árvore de inverno).

Ora, certas imagens lipiodoladas de forma variada e sugestiva não oferecem dúvidas quanto à sua significação: quando representam ampolas, cacho de glicínias, dedos de luva, etc., quando o calibre de vários bronquios se mantém constante num comprimento de 5 ou 10 cm., embora ausente a folhagem peri-bronquica no sector correspondente, quando se observam pequeninas ampôlas em ninhos de pomba, ainda mesmo que persista a folhagem peri-bronquica, etc.

Contudo, já o acôrdo não é unânime quanto à interpretação das imagens em árvore morta, em tópo cortado, nas formas em que a imagem bronquica apresenta terminação brusca e é a única anomalia.

Estas imagens de terminação bronquica brusca, com desaparecimento de folhagem peri-brônquica, podem apresentar verdadeiras dilatações nitidamente caracterizadas, bronquios retencionistas de Bonnamour e Badolle, causa de broncorreia atípica na expressão de Rist. Nem tôda a broncorreia se acompanha necessariamente de imagens opacas, patológicas, porque é possível encontrar-se imagens normais nas supurações bronquicas. Por outro lado, o aspecto de árvore morta, não é em si um sinal patológico pois muitas vezes é consequência de um defeito de técnica: ou defeito de impregnação dos bronquios, ou quantidade insuficiente de

lipiodol. Continuando a injeção segundo uma técnica perfeita, a árvore morta transforma-se, quantas vezes, em árvore de verão ou se continua com ectasias características. Ora, é a injeção lipiodolada, orientada e fiscalizada, que permite dilucidar a questão e dizer se a imagem de bronquios cortados de topo, sem

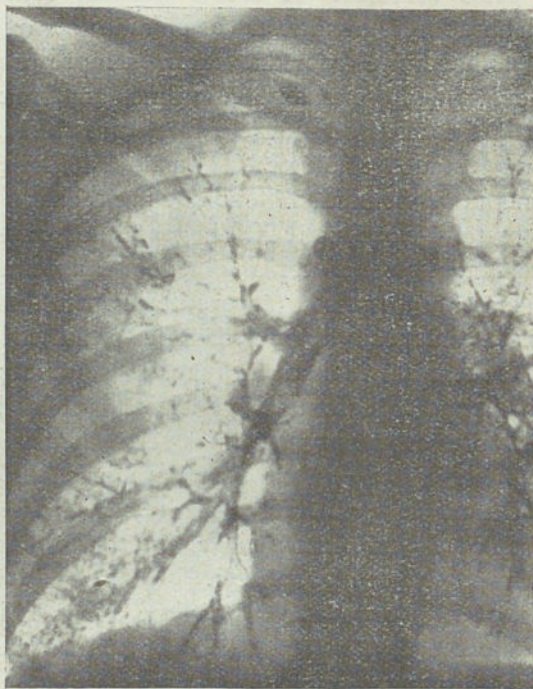


Fig. XII — Impregnação descontínua, dos brônquios à direita

folhagem peri-bronquica, corresponde ou não a bronquios patológicos, anatomicamente alterados.

A radiologia Fig. XII corresponde a um indivíduo normal sem sinais clínicos de bronquite e todavia a impregnação de lipiodol apresenta-se descontínua. A radiologia Fig. XIII apresenta poucas dilatações ampuliformes no lobo superior direito. Nos outros dois lobos levou-se a injeção de lipiodol até atingir



os alvéolos. O exame radioscópico denotava-os com nitidez. No intervalo de tempo que decorreu até à colheita da radiografia o liquido refluíu e ficou a imagem de árvore de inverno, com os bronquios cortados de tópo.

6) Antes da era do lipiodol cada qual aceitava por etiopatogenia da bronquiectasia uma concepção quasi dogmática.



Fig. XIII — Dilatações ampuliformes, no lobo superior e brônquios cortados de topo devido a refluxo do lipiodol depois de ter atingido os alvéolos.

Para alguns, a dilatação bronquica era uma doença congénita «a doença quística do pulmão»; para outros ainda, era o resultado de alterações da armadura bronquica músculo-elástica provocadas por um processo inflamatório ou tóxico. Conforme a

sua intensidade e duração gerava bronquiectasias simplesmente cilíndricas ou monoliformes, ou já ampulares, ou, no mais elevado grau, saciformes. Quanto à etio-patogenia é que os autores não entravam em acôrdo. Houve um período em que dominou a influência de Grancher e a bronquiectasia tinha, na opinião de então, para origem, quási sempre a tuberculose; seguiu-se mais tarde Tripier, a escola de Lyon, e a sífilis, como causa do processo, quási fez esquecer a influência de Grancher.

Ora, um facto que muito impressionou os patologistas foi a frequência com que o lipiodol revelava a dilatação bronquica em indivíduos que haviam sofrido de gripe, fôrma pulmonar, em 1918-1919. Hoje em dia admite-se, pois, que qualquer processo bronquico pulmonar inflamatório crónico pode produzir bronquiectasias. Investigações modernas e particularmente a exploração rádio-lipiodolada permitiram a Sergent, Cottenot, etc., demonstrar que a esclerose retráctil precede a dilatação e representa a sua origem. Por observação de radiografias em série colhidas com intervalos afastados, de indivíduos com processo bronco-pneumónico arrastado, puderam seguir o desenvolvimento progressivo dessa dilatação quando persistia o processo e êste se instalava numa cronicidade definitiva. Vários doentes que foram seguidos desde as primeiras fases da doença viram aparecer as primeiras bronquiectasias, pequeninas de princípio mas que, depois, se multiplicavam e aumentavam de volume até se tornarem saciformes e fétidas.

7) A combinação nosográfica das bronquiectasias e dos abcessos e fôcos gangrenosos do pulmão leva alguns clínicos e patologistas a dissociá-la em três grandes tipos:

- a) bronquiectasia abcedada;
- b) abcesso bronquiectasiante;
- c) abcesso bronquiectásico, bem descrito pelos autores americanos.

Dos dois primeiros tipos facilmente se compreende o sentido pois, no primeiro caso, é a bronquiectasia que se complica de abcesso, no segundo, é o abcesso que se complica de bronquiectasia. Sergent longamente insistiu no seu estudo clínico. O lipiododiagnóstico orienta por vezes a sua destrição.

No tipo abcesso bronquiectásico, a bronquiectasia e os abces-



# SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol

## 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<sup>o</sup>)

Depositários  
exclusivos

**TEIXEIRA LOPES & C.<sup>a</sup>, L.<sup>da</sup>**

45, R. Santa Justa, 2.<sup>o</sup>  
LISBOA

## As células reparadoras

**Tanto as errantes como as fixas**

respondem ao estímulo do calor e às qualidades terapêuticas da

*Antiphlogistine*

A actividade dessas células, assim como a melhoria da circulação capilar, são importantes factores fundamentais em todo curativo.

Prospectos descritivos e amostra gratuita aos senhores clínicos.

**THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING CO.,**

165 Varik St., NOVA YORK

**ROBINSON, BARDSLEY & CO.,**

S, Caes do Sodré — LISBOA





# ALGUNS PRODUTOS SANDOZ



**SANDOZ** De prescrição exclusivamente médica **SANDOZ**

Produto e composição	INDICAÇÕES	Posologia média diária
<p><b>ALLISATINE</b> 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><b>BELLAFOLINE</b> 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><b>BELLADENAL</b> Complexo alcalóidico integral da beladona fresca (Bellafoline) + feniletilmalonilureia</p>	<p>Sedativo dos casos resistentes. Epilepsia, asma, angina de peito, vômitos incoercíveis, enxaquecas, dismenorreia, ansiedade, etc.</p>	<p>2 a 4 (até 5) comprimidos por dia.</p>
<p><b>BELLERGAL</b> 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><b>CALCIBRONAT</b> 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><b>CALCIUM-SANDOZ</b> 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 tetanogêneos, 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><b>DIGILANIDE</b> 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><b>GYNERGENE</b> Tartrato de ergotamina Stoll; alcalóide, principio especifico 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><b>OPTALIDON</b> 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><b>SCILLARÈNE</b> Complexo glucosídico, cristalizado e estabilizado do bolho de Scila</p>	<p>Diuretico azotúrico, cardiotónico de sustento (acumulação débil), nefrite, oligúria, assistolia, aritmia, coração senil, miocárdite</p>	<p>2 a 6 comprimidos, ou XI. 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 Snrs. Médicos



so desenvolvidos na sua vizinhança são efeitos simultâneos de uma broncopatia sub-aguda que, desenvolvendo-se, arrasta o aparecimento de uma esclerose que tudo enlaça. É assim que o consideram certos autores americanos (Aschner, Lilienthal — *Annales of Surgery*, 1922 e 1923).

Aqui, o desenvolvimento das duas alterações parece simultâneo. A lesão final é caracterizada pela presença de abscessos, de cavidades bronquicas, retalhos de esclerose precoce, com evolução geral sub-aguda. O tecido escleroso é difuso, intersticial e parenquimatoso, barrado de neo-vasos de aspecto angiomatoso, infiltrados de células redondas, apresentando ilhotas de cavidades tapetadas de epitélio de aspecto pseudo neoplásico. Mas o lipiododiagnóstico vem também trazer algumas elucidações sobre este tipo de mistura nosográfica das bronquiectasias e focos supurados.

Quasi todos os clinicos terão assistido à complicação supurativa da bronquiectasia em doentes dos seus serviços. O lipiododiagnóstico aqui de pouco serve. Que o abscesso se complica de bronquiectasia é, porém, o que a injeção lipiodolada esclarece e a bronquiectasia pode vir pouco tempo depois do desaparecimento total dos sintomas próprios da supuração. É o que mostra a radiografia de um indivíduo que seis meses antes havia curado de um processo supurativo do para-hilo esquerdo. Fig. XIV.

8) A infecção bacilar tuberculosa é das que mais contribui para a formação das bronquiectasias, pela esclerose residual, e é possível que sejam diferentes as maneiras por que exerce a sua actuação:

a) Pelo ataque directo da parede bronquica;

b) Por bronco-estenose de origem mural ou extramural pois que dificultando a saída das secreções bronquicas provoca alteração do epitélio bronquico nos ramos distais. Pela diminuição das defezas, favorece a destruição das fibras elásticas e musculares produzindo, por este mecanismo, as bronquiectasias;

c) Por endarterite das artérias dos bronquios, como sustenta Ameuille. A causa seria a hiponutrição da parede musculo-elástica dos bronquios;

d) Por atracção excêntrica sobre as paredes dos bronquios, processo admitido e conhecido desde os tempos de Corrigan.

É no período terciário da tuberculose pulmonar e principalmente nas lesões productivas, de esclerose retráctil (esclerotorax) que habitualmente se observam as bronquiectasias. Na forma fibrocáseosa comum, a autópsia não revela, em geral, acentuadas dilatações. Às vezes é só o bronquio de condução a uma



Fig. XIV — Iodobroncografia, à esquerda, seis meses depois de cura de um processo supurativo de para-hilo esquerdo. Vêem-se aí bem, dilatações brônquicas de forma ampular.

cavidade apical que se encontra dilatado. Às vezes observa-se na esclerose consecutiva a um derrame pleural. Apresenta-se também em doentes sujeitos, durante tempo, a colapso pulmonar, com derrames recidivantes e a seguir sinfise pleural, o côto pulmonar abandonado e reexpandido; ainda em doentes tratados por frenicectomia e logo submetidos a toracoplastia total, etc.

A coexistência de bronquiectasia e de tuberculose no mesmo doente leva certos autores a considerar se apresentem estas duas entidades clínicas, na prática diária, sob três modalidades:



a) Bronquiectasia secundária a lesões tuberculosas; admite-se que a bronquiectasia seja então, quasi sempre, de forma cilíndrica;

b) Tuberculose associada a bronquiectasias de origem não tuberculosa. Haveria então, dispneia, broncorreia, dedos hipocráticos etc.; a auscultação daria hipofonese e distintos ruídos adventícios;

c) Finalmente, doentes com sintomatologia bronquiectásica,

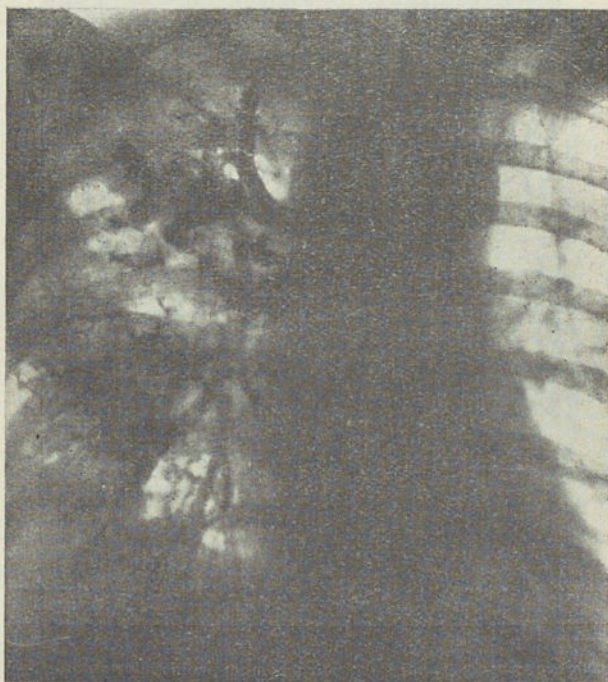


Fig. XV — Caso de tuberculose pulmonar fibrosa, à direita e em cujo lobo superior se vê, depois do lipiodol, dilatação monoliforme, cilíndrica e ampular.

sem sinais clássicos ou radiológicos de tuberculose e em que este diagnóstico se faz exclusivamente pela presença de bacilo de K. nos escarros. Tratar-se-ia então de associação de bronquiectasia e bronquite tuberculosa superficial de Neumann.

Dirigindo nós os serviços de Tisiologia nos Hospitais da Universidade de Coimbra quizemos fazer também juízo sobre a frequência da bronquiectasia e o aspecto morfológico das dilatações, nos indivíduos com tuberculose pulmonar produtiva-cirrótica.

Sem apresentar números, podemos dizer, todavia, que é grande essa frequência; o tipo comum é a dilatação cilíndrica, não muito pronunciada. A sua documentação não a julgamos suficientemente interessante para a apresentarmos aqui.

Alguns casos, porém, encontramos onde a dilatação é mixta:



Fig. XVI — Pulmão direito. Opacidade difusa, em véu, com abundante fibrose mas sem sinais de caverna.

cilíndrica, monoliforme e ampular. É o caso da radiografia. Fig. XV. Nem pela anamnese nem pelos sinais físicos e laboratoriais se pôde colocar a suspeita de sífilis neste doente. A expectoração é bacilífera desde há muito tempo.

Julgamos muito difícil, por vezes, saber se é a tuberculose ou a sífilis que cabe a responsabilidade da bronquiectasia. Assim,



o doente J. S., antigo marítimo que em rapaz contraíu a sífilis, deu há tempos entrada nos nossos serviços de TM porque tinha tosse, expectoração muco-purulenta hemoptoica, bacilifera e por vezes fétida. A broncorreia dáta de muitos años. Sempre temperaturas normais, bom apetite, sedimentação pouco acelerada. Auscultação revela apenas, à direita, roncós e sibilos.



Fig. XVII — Ambos os lobos direitos com enormes dilatações sacciformes.

Radiografia antes do lipiodol mostra uma opacidade difusa, em veu, aqui e acolá mais carregada, sem sinais de cavernas. Radiografia da Fig. XVI.

Depois de lipiodol mostra nos lobos superior e inferior enormes dilatações sacciformes. Fig. XVII. Por não ter sinais clássicos ou radiológicos de tuberculose poder-se-ia julgar um



doente com bronquiectasias de origem sífilítica com bronquite tuberculosa superficial de Neumann. Porém, depois do estudo dos aspectos clínicos da associação de tuberculose e de sífilis, está hoje assente que a sífilis antiga ou hereditária cria terreno apropriado para a tuberculose, nos pulmões, revestir uma forma cirrótica e uma evolução arrastada, torpida, afebril. Em 1926 tratamos êste assunto no III Congresso Nacional de Medicina de Lisboa (4). É razoável acreditar que neste doente a sífilis tenha precedido de muitos anos o comêço da tuberculose e que sífilis e tuberculose tenham juntado a sua acção, de colaboração estreita e poderosa de ambos os lados, na producção das bronquiectasias.

Mas êste caso mostra ainda a dificuldade em se levar longe aquela sistematização.

9) Uma boa broncografia pressupõe uma boa técnica, que nos permita a exploração electiva do lobo ou lobos onde, pela clínica ou pela radiologia, colhemos a suspeita de existir lesão a ser semiològicamente esclarecida pela iodobroncografia.

Ora, o lipiodol dirige-se no sentido da posição de maior declive e mais abordável. Em attitude vertical é para o lobo inferior que se dirige. Não importa que seja em posição vertical, inclinado o indivíduo para o lado suposto doente, que se faça a injeccção. Tratando-se de lesão do lobo superior, direito ou esquerdo, é manifesto que para aí o lipiodol só seguirá se o doente tomar a attitude horisontal ou mesmo de Trendelenburg. Como, por outro lado, a quantidade de lipiodol que se deve injectar sem perigo é limitada, é conveniente que se não perca nas zonas traqueo-bronquicas iniciais. É por isso que levamos a sonda até abaixo da bifurcação traqueo-bronquica, e, quando possível, combinando, conforme os casos, diferentes posições para o torax do doente, sob *contrôle* radioscópico, o doente deitado sôbre uma mêsã de radiologia a que se podem imprimir todos os movimentos, levando a sonda junto ou abaixo da abertura do bronquio a que corresponde a zona pulmonar a explorar: junto ou abaixo da emergência do bronquio eparterial à direita; da emergência do primeiro hipo-arterial, à esquerda.

---

(4) Aspectos clínicos da associação da tuberculose e da sífilis Vol. I pág. 171.



Na radiografia Fig. XVIII que se fez em individuo normal, a sonda, como se vê, penetrou no bronquio inferior muito abaixo do eparterial.

Seguindo esta técnica põem-se em evidência bronquiectasias do lobo superior direito ou esquerdo, enquanto que uma injeção

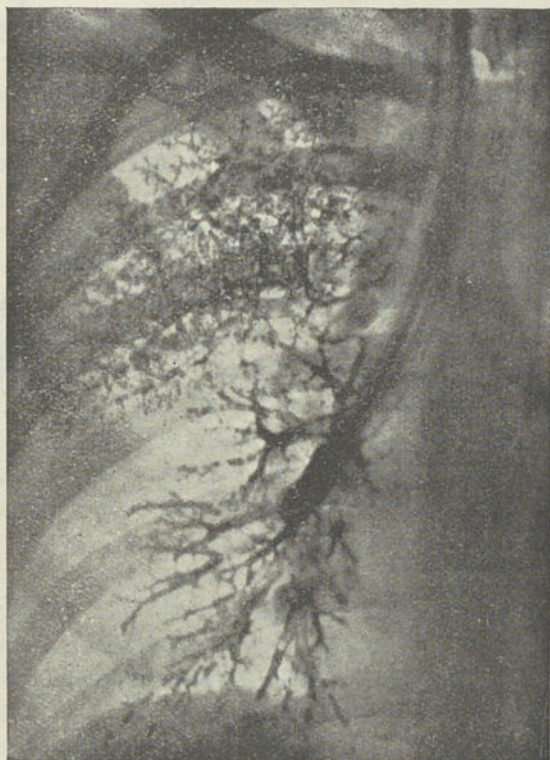


Fig. XVIII — Doente de brônquios\_sãos e onde, para broncografia levamos, sem o menor inconveniente, a sonda abaixo do brônquio eparterial.

em posição de declive para o doente, daria uma imagem que nada faria supor de anormal.

A técnica que seguimos como rotina nos nossos serviços, com os Drs. Ferreira da Costa e Guedes Pinto desde 1935—e houve já logar de a descrever em outro logar <sup>(1)</sup>—com êstes nossos colaboradores, é a seguinte :

(1) Exploração das vias respiratórias pelo oleo iodado. *Coimbra Medica*, 1936, pág. 83. Algumas gravuras dêste trabalho são aqui reproduzidas.

O doente em jejum ou tendo tomado uma ou duas horas antes uma refeição ligeiríssima, recebe uma injeção de 1 centigram de morfina mais 1/2 miligrama de atropina, e, sentado, segura com a mão esquerda uma bacia onde espectora e com a direita segura a língua que envolve com uma compressa. O operador diante do doente, munido de espelho frontal, com a mão esquerda segura o instrumento com que abaixa a língua ou maneja o espelho laríngeo e com a direita segura e orienta o pulverizador com soluto de cocaína a 10 0/0 e que um ajudante pulverisa:

1.º — a abóbada palatina, a uvula, orofaringe e base da língua,

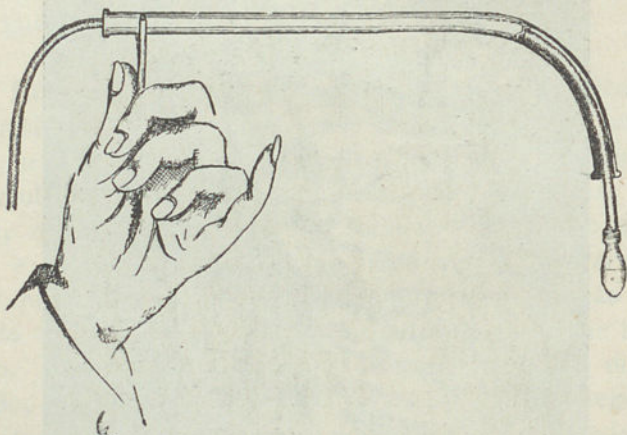


Fig. XIX — Cãnula condutora da sonda de Einhorn.

5, 6, 7 vezes, conforme a reflectividade do doente e com pequenos intervalos;

2.º — a epiglote e a endo laringe 4 ou 5 vezes, com pequenos intervalos, sob o contrôle do espelho laríngeo.

Pode tentar-se um toque endo-laríngeo com um porta-algodão para analisar a sensibilidade do doente e para o habituar perifericamente à introdução da sonda.

Instilação de 1/2 ou 1 cc. de soluto de cocaína 5 0/0 na traqueia, com seringa de Rosenthal, recomendando ao doente tossir ligeiramente, para que o líquido se distribua pela árvore brônquica anestesiando-a de modo a permitir, a seguir, e com socêgo, o contacto da sonda e da solução iodada.



Uma vez conseguida a anestesia e sob o contrôle do espêlho laríngeo, o operador orienta a canula condutora segundo o modêlo da Fig. XIX e que para tal se mandou expressamente fazer, portadora da sonda, ao orifício laríngeo, e o ajudante, impelindo-a pouco a pouco, fá-la entrar pelo orifício glótico e descer pela traqueia e grossos bronquios. Uma vez que a oliva transpôz a glote, com uma pinça de Lubet-Barbon introduzida na orofaringe, segura-se a sonda para se afastar a cânula e aquela é fixada na face com adesivo; o doente, calmo, respira suavemente, sem tosse e, por seu pé, transporta-se para a mêsã radiológica onde se deita e onde, sob o contrôle dos Raios X, se verifica a situação da oliva. A cânula, a sonda, a seringa de 20-40 cc. e o óleo iodado devem ser prèviamente aquecidos. O desvio da sonda para o brônquio direito ou esquerdo é função da inclinação homolateral do torax do doente e ainda das disposições anatómicas da traqueia e grossos brônquios.

Sentado o doente e impelindo a sonda, a oliva, ao atingir o esporão traqueo-brônquico, quási sempre se orienta para a direita já porque o grande brônquio direito se afasta menos do eixo da traqueia, já porque o seu diâmetro é maior que o do lado oposto.

Depois da introdução da sonda e esta fixada à face, é fácil saber-se se a oliva está ainda na traqueia ou já num dos grandes brônquios. Basta vêr se se encontra na linha médio-sagital ou afastada dela a não ser que haja desvio patológico da traqueia por mediastinite antiga ou outro processo.

Se queremos sondar o campo brônquico oposto áquele para onde a oliva se desviou — no caso de ter já ultrapassado o esporão traqueal — puxa se suavemente a sonda para que a oliva suba até à traqueia, convida-se o doente a inclinar-se para o lado a explorar e impele-se de novo a sonda. A oliva que é a duma sonda de Einhorn, metálica, sob a acção do seu pêsô imediatamente segue a direcção útil.

Uma vez no grande brônquio é difícil, se não impossível, sem prévia injecção lipiodolada e apenas por simples exame radioscópico saber se a oliva estanceia à entrada ou abaixo do bronquio ou bronquios a injectar depois da posição de Trendelenburg. Vê-se a sombra da oliva metálica mas a árvore tráqueo-bronquica é invisível; falta o contraste da sombra dos brônquios. Basta, porém, a injecção de 2 ou 3 cc. de lipiodol para sabermos onde



estamos e facilmente nos orientarmos. O óleo iodado opacifica imediatamente os ramos brônquicos e facilmente a oliva é conduzida aonde convém que o seja. A injeção deve fazer-se muito lentamente e de preferência nos momentos em que o doente inspira. Em qualquer caso quando o doente se mantenha perfeitamente socegado, sem tosse, com respiração calma e superficial. A anestesia feita segundo a técnica que aqui descrevemos permitiu sempre aos nossos doentes a maior calma durante a injeção e os exames radiológicos.

Se a radiografia se não fizer imediatamente a seguir à injeção, sem tardança, a imagem aparecerá brumosa, com aspecto de ramada luxuriante de folhagem que oculta os brônquios que interessa estudar. Tantas vezes a imagem dos brônquios que interessa estudar se não vêm porque a demora da radiografia foi bastante para que o líquido os abandonasse e passasse para os bronquios e alveolos.

Para se obter uma boa impregnação, pelo soluto iodado, da secção brônquica pertencente ao lobo superior, importa levar a oliva abaixo da emergência dos bronquios colaterais primários e imprimir ao doente a posição de Trendelenburg. A êste movimento junta-se o do desvio do torax para o lado a injectar. Tudo a postos: um ajudante, com a seringa vulgar de 20 a 40 cc. carregada com o lipiodol e ajustada à extremidade da sonda, começa a injectar o líquido lentamente, escolhendo para isso de preferência fazê-lo durante a inspiração. Sob visão radioscópica o líquido alastra e a quantidade a injectar não tem volume fixo: é sempre variável e na medida do justamente necessário e é esta outra vantagem sôbre as técnicas que utilizam as primeiras vias, a inter-cricotiroideia ou transglotea, mas sempre acima do esporão traqueal, pois em qualquer delas a introdução do óleo iodado se faz, por assim dizer, às cégas.

Muitas vezes injectam-se 20,40 e mesmo maior número de cc. do soluto iodado para, dos departamentos pulmonares, não chegar a impregnar-se o que nos interessa estudar.

É fácil então, sob grandes doses de líquido de contraste, a zona injectada ser insuficiente ou mal escolhida por má direcção daquele. Pelo contrário quando se pode acompanhar a progressão do líquido no *écran*, as zonas a contrastar são escolhidas e a quantidade de líquido é função do limite de nitidez, por assim dizer.



Desde que se tenha assentado na técnica, para o exame bronco-gráfico, como é natural, só são escolhidos os doentes em cujos campos pulmonares, por elementos de ordem clínica ou radiológica, colhemos a suspeita de existir alguma lesão a esclarecer. A iodobroncografia deverá sempre ser precedida duma radiografia simples e esta já orienta sobre o pulmão, mesmo sobre o lobo ou lobos a opacificar.

Regra geral há necessidade de injectar apenas um dos pulmões ou mesmo um só dos lobos.

Se há necessidade de impregnar a base: os lobos médio e inferior direitos, ou o inferior esquerdo, a injeção é feita com o doente em decubito dorsal com suave inclinação anterior. Se há necessidade de tornar o método extensivo o todo o pulmão, a injeção deverá fazer-se em dois tempos: primeiro, com o doente em sua inclinação anterior, com a oliva em qualquer plano do grande brônquio, injecta-se a primeira dose de líquido, aquela que por visão radioscópica se nos afigura suficiente; a seguir e imediatamente, a seringa ajustada à sonda, suspensa a introdução do lipiodol enquanto se não adaptou a oliva à entrada ou um pouco abaixo da emergência do bronquio lobar superior e se deu ao doente a posição de Trendelenburg, injecta-se a segunda dose, na medida necessária para uma perfeita distribuição na zona a explorar.

Se há lesões a estudar nos dois campos pulmonares, então torna-se necessário proceder alternadamente à direita e à esquerda, em duas sessões, e colher duas radiografias diferentes. Para a impregnação lipiodolada de toda a árvore bronquica esquerda ou direita, é indispensável uma ligeira inclinação homolateral enquanto se injecta; ora, feita a injeção dum lado, enquanto se repete do lado oposto que exige agora inclinação de sentido inverso, o líquido reflui abandonando os bronquios de menor calibre e a nitidez radiográfica perde se ali.

Depois de termos distribuído o lipiodol pelos bronquios esquerdos, o que conseguimos de modo muito perfeito, ao passarmos a injectar os bronquios direitos por forma a obter-se a imagem da Rad. XX num doente que tomamos para exemplo, o soluto iodado refluiu, desaparecendo dos alveolos e bronquiolos, notando-se à esquerda apenas e discretamente nos bronquios justahilares.



Se a sondagem escolhe os lobos inferiores, com a inclinação anterior e homolateral, só êles se impregnam; todavia, se o principal objectivo é a injeção do lobo superior, enquanto êle se executa não há maneira de o isolar completamente daqueles;



Fig. XX — Depois da injeção lipiodolada à esquerda, procedeu-se à injeção à direita. O desvio do doente para o decubito lateral direito bastou para que o lipiodol, à esquerda, refluisse, e se notar aí apenas na zona justa-hilar.

uma parte do líquido distribuí-se ao mesmo tempo para os andares inferiores. Devido a serem diferentes as alturas donde emergem, dos grandes bronquios, os ramos colaterais tributários do lobo superior direito ou lobo superior esquerdo, (altura maior para o lado direito), enquanto se injecta o lobo superior esquerdo,



o líquido, em parte refluindo, vai invadir o campo brônquico oposto. Já a recíproca não é verdadeira pois em muitas iodo-broncografias à direita, apenas dêste lado se consegue a opacificação.

Que assim não fosse, o facto nada prejudicaria pois não nos



Fig. XXI — Depois da injeção dos brônquios esquerdos procedeu-se à injeção do lobo superior à direita para o que gastou apenas 10 cc. de lipíodol.

deve preocupar tanto a distribuição do lipiodol pelos campos pulmonares cuja integridade anatómica a radiografia e a clinica denunciam, como por aqueles que são séde de lesões por causa das quais se realiza uma prova que para os doentes não é de todo destituída de incómodo, embora de acidentes nulos e de

incidentes quasi nulos. Em todo o caso, é de boa prática proceder por fórma a que a injeção se faça de modo tão electivo quanto possível pois além do mais se consegue uma grande economia de substância de contraste. A Fig. XXI mostra a injeção do lobo superior, que de preferênciamos quisemos focar, e depois de, momentos antes, termos impregnado os bronquios com 10 cc. de oleo iodado apenas.

## CONCLUSÕES

1) — É particularmente no diagnóstico morfológico das dilatações brônquicas que a prova lipiodolada presta grandes ensinamentos, fornecendo, como nenhum outro meio, dados sobre a extensão e configuração das lesões.

2) — Se confirma um diagnóstico de dilatação brônquica também algumas vezes serve para o invalidar quando a clínica ou mesmo a radiologia, o colocava em hipótese.

3) — Quando se coloca a questão de saber se o foco é constituído por dilatação brônquica ou antes por supuração pleural, muitas vezes a imagem, destituída de caracteres distinctivos, só consegue solução pelo lipiodo-diagnóstico.

4) — O lipiodo-diagnóstico vem dilucidar certas questões de etiopatogenia de afecções do aparelho respiratório e demonstrar que todo o processo bronco-pulmonar inflamatório crónico, por mecanismos vários entre os quais avulta a lesão da camada musculo-elástica dos bronquios e a esclerose retractil, podem produzir a bronquiectasia.

5) — As supurações e a tuberculose pulmonar productivo-cirrotica largamente figuram na génese da dilatação brônquica.

6) — A única técnica lipiodolada que consegue a exploração radiológica dos lobos superiores do pulmão é a técnica dirigida e fiscalizada, a que segue a via trans-gloto-traqueo-brônquica e em que a sonda vai até abaixo da emergência do brônquio eparterial à direita, da emergência do primeiro hipoarterial à esquerda, o doente deitado sobre a mesa radiológica, sob visão radioscópica de modo a poderem ser seguidos os movimentos da sonda e a imprimir-se à mesa radioscópica os movimentos que hajam de ser convenientes.



7) — Só esta técnica permite a exploração electiva do lobo ou lobos onde, pela clinica ou pela radiologia, colhemos a suspeita de existir lesão a ser semiologicamente esclarecida pela iodobroncografia.

8) — Por ela se pode escolher, por assim dizer, o grau de nitidez a obter para a imagem radiográfica com o dispendio do justamente necessário de substância de contraste, não se gastando, pois, a mais ou a menos, que é o que necessariamente acontece quando o soluto iodado se injecta por via inter-cricotiroidea ou via transglótica mas sem que a sonda desça abaixo do esporão traqueal.

## CONCLUSIONS

1) C'est spécialement dans le diagnostic morphologique des dilatations bronchiques que la preuve lipiodolée donne d'importants renseignements en nous fournissant, comme aucun autre moyen, des données sur l'extension et la configuration des lésions.

2) Si elle confirme un diagnostic de dilatation bronchique elle sert aussi parfois à le détruire, lorsque la clinique ou même la radiologie le mettaient en hypothèse.

3) Quand se pose la question de savoir si le foyer est constitué par une dilatation bronchique ou plutôt par une suppuration pleurale, bien souvent l'image étant dépouillée de caractères distinctifs, le lipiodo-diagnostic apparaît comme seule solution.

4) Le lipiodo-diagnostic vient élucider certaines questions d'étiopathogénie d'affection de l'appareil respiratoire et démontre que tout le processus broncho-pulmoaire inflammatoire chronique, par des mécanismes parmi lesquels se dégagent la lésion de la couche musculo-élastique des bronches et la sclérose rétractile peut produire la bronchiectasie.

5) Les suppurations et la tuberculose pulmonaire productivo-cirrhotique figurent largement dans la genèse de la dilatation bronchique.

6) La technique lipiodolée seule, qui permet l'exploration radiologique des lobes supérieurs du poumon, est la technique dirigée et fiscalisée, celle qui suit la voie trans-glotto trachéo-bronchique et où la sonde va jusqu'au bas des émergences du bronche épartiel droit; de l'émergence du premier hipoartériel gauche, le



malade étant couché sur la table radiologique, sous la vision radioscopique de façon à pouvoir suivre les mouvements de la sonde et on peut imprimer à la table radioscopique les mouvements nécessaires.

7) Seule cette technique permet l'exploration élective du lobe ou des lobes où par la radiologie nous soupçonnons l'existence d'une lésion pouvant être semiologiquement dévoilée par l'iodo-bronchographie.

8) Grâce à elle, on peut pour ainsi dire choisir le degré de netteté à obtenir pour l'image radiographique avec un emploi strictement limité de substance de contraste, sans dépense excessive ou insuffisante, ce qui arrive inévitablement lorsque la solution iodée est injectée par la voie inter-cricothyroïdienne ou la voie transglottique mais sans que la sonde parvienne au-dessous de l'éperon trachéen.

### ZUSAMMENFASSUNG

1. Die Lipiodolprobe ist besonders lehrreich bei der morphologischen Diagnose von Bronchienerweiterungen und gibt wie kein zweites Mittel Aufschluss über die Ausdehnung und die Form der Läsion.

2. Dient sie im allgemeinen zur Bestätigung einer Bronchienerweiterungsdiagnose, so kann sie zuweilen in klinisch und radiologisch zweifelhaften Fällen eine solche Diagnose hinfällig machen.

3. Wenn es sich darum handelt, zu wissen, ob der Herd durch Bronchienerweiterung oder Pleuraeiterung gebildet wird, ist die Lipiodolprobe häufig das einzige Mittel, zweifelhafte Bilder zu interpretieren.

4. Die Lipiodo-Diagnose löst gewisse etiologische Fragen der Lungenpathologie und zeigt, dass jede chronische Lungen- und Bronchienentzündung auf verschiedenem Wege, besonders infolge von Verletzung des muskulös-elastischen Bronchienschicht und Retnaktilsklerose die Brochiectasie hervorrufen kann.

5. Für die Bronchienerweiterung ist Lungeneiterung und Lungentuberkulose in hohem Masse verantwortlich.

6. Die einzige Lipiodoltechnik, die eine Röntgenuntersuchung



# 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 aerobiamente em caldo glicosado e em gelose peptonizada e anaerobiamente em caldo glicosado, 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.<sup>DA</sup>**

**RUA JOSÉ FALCÃO, 177**

**Telefone 7732**

**P O R T O**



### ÚLTIMAS NOVIDADES :

- Blechnann** — Maladies des Nourrissons et des Enfants. 2<sup>e</sup> édition. 1 vol. 318 pages. (D) — Frs. 90,00.
- Bernard** — Tuberculose et Médecine Sociale. 1 vol. 160 pages. 4 figures. (M) — Frs. 36,00.
- Brody** — Traité d'Hélio et d'Actinologie. 2 vol. avec 618 figures et 42 tableaux. (N) — Reliés. Frs. 490,00.
- Bunau-Varilla** — Les victoires éclatantes de la verdunisation. 1 vol. 87 pages et 1 diagramme. (B) — Frs. 14,00.
- Cabané** — Les fistules anales et leurs infections causales. 1 vol. 165 pages, avec 35 figures. (B) — Frs. 40,00.
- Claqué** — Oreille Interne. Étude anatomo-pathologique et clinique. 1 vol. 230 pages avec 108 figures. (N) — Frs. 50,00.
- Cordier** — Traitement des suppurations pulmonaires. 1 vol. 174 pages 24 figures. (M) — Frs. 32,00.
- Costa** — Éléments d'embryologie. 1 vol. 494 pages. 386 figures. (M) — Frs. 120,00.
- Degrais et Bellot** — Traité pratique de Curiothérapie. 1 vol. 104 pages. (B) — Frs. 25,00.
- Durieux** etc. — Les Grandes Endémies Tropicales. Études de Pathologie et de Prophylaxie. Dixième année. 1 vol. 172 pages. (V) — Frs. 40,00.
- Finella** — Nouvelle méthode homéopathique, basée sur l'application des remèdes complexes au traitement de toutes des maladies. Nouvelle édition. 1 vol. 394 pages. (B) — Frs. 38,00.
- Hambresin** — Les Médications de choc en ophtalmologie. 252 pages. 11 figures. (M) — Frs. 80,00.
- Laroche** — La Puberté. Étude clinique et physiopathologique. 1 vol. 350 pages avec figures. (M) — Frs. 65,00.
- Lefèvre** — Manuel critique de Biologie 1 vol. 1.084 pages 550 figures. (M) — Frs. 490,00.
- Marfan** — La ponction du Péricarde. En particulier par voie épigastrique sous-xiphoidienne. 1 vol. 76 pages 3 figures. (M) — Frs. 42,00.
- Merklen et Waitz** — Atlas d'Hématologie. 1 vol. 207 pages avec 52 planches en couleurs. (N) — Frs. 325,00.
- Mignot et Marchand** — Manuel Technique de l'Infirmier des établissements psychiatriques. 3<sup>e</sup> édition. 1 vol. 425 pages et 107 figures. (D) — Frs. 65,00.
- Parrot** — Les manifestations de l'anaphylaxie. Étude expérimentale et thérapeutique. 1 vol. 110 pages. (B) — Frs. 32,00.
- Parturier** — Conférences d'Hépatologie. Syndromes associés aux Syndromes Hépatobiliaires. 1 vol. 236 pages. (V) — Frs. 30,00.
- Rathery** — Le diabète sucré. Leçons cliniques, 3<sup>e</sup> série (1936-1937). 1 vol. 408 pages avec figures. (B) — Frs. 95,00.
- Reclu** — Guide de l'herboriste, culture, récolte, conservation, propriétés médicinales des plantes. Nouvelle édition. 1 vol. 245 pages avec 52 figures. (B) — Frs. 18,00.
- Rienau** — Les Plâtres à Extension. Appareillage pour la réduction des fractures. 1 vol. 142 pages 120 figures. (N) — Frs. 60,00.
- Sabrazes et De Grayly** — Les tumeurs des articulations, des gaines tendineuses et des bourses séreuses. 1 vol. 380 pages avec 44 figures. (B) — Frs. 90,00.
- Uzan** — Vitamines des aliments. Teneur des aliments usuels en vitamines à la lumière des travaux récents, à l'usage des médecins praticiens et des diététiciens. 1 vol. 72 pages. (B) — Frs. 18,00.
- Vannier** — Néo-Hippocratismes et Homoeopathie. 1 vol. 88 pages. (D) — Frs. 25,00.
- Villaret** — Le traitement des Embolies pulmonaires. 1 vol. 42 pages. (B) — Frs. 15,00.
- Voronoff** — Greffe des Glandes Endocrines. La méthode, la technique, les résultats. 1 vol. avec 96 figures hors-texte. 286 pages. (D) — Frs. 120,00.
- Weitz** — Formulaire des médicaments nouveaux pour 1938 1 vol. 642 pages (B) — Frs. 70,00.



der oberen Lungenzipfel gestattet, ist die, welche den trans-gloto-tracheo-bronchien-Weg wählt. Die Sonde geht bis unter den Ansatz der ersten rechten Bronchie. Der Patient liegt auf dem Röntgentisch, und auf radioskopischem Wege lassen sich die Bewegungen der Sonde verfolgen, wobei dem Tisch die erforderlichen Lagen gegeben werden.

7. Einzig diese Technik gestattet die elektive Untersuchung des Zipfels oder der Zipfel in Fällen, in denen eine Läsion vermutet wird, die semiologisch die Jodobronchographie bestätigt werden muss.

8. Durch diese letztere kann der gewünschte Schärfegrad des Röntgenbildes sozusagen gewählt werden, und zwar mit einem Minimum von Lipiodol, was nicht der Fall ist, wenn die Jodlösung auf inter-cricotiroidischem oder trans-glottischem Wege einherführt wird.

## ESTADO SANITÁRIO DE COIMBRA

(Estudo de alguns índices)

POR

A. MELIÇO SILVESTRE

PROF. AUX. DE HIGIENE

(Continuado da página 606, vol. V, n.º 8)

(CONCLUSÃO)

Quarta Idade = (De 15<sup>a</sup> a 24<sup>a</sup>)

Este período da vida abrange a adolescência e é para muitos uma idade já post-escolar. À saída da escola o adolescente encontra-se fóra da protecção de qualquer organização sanitária; a luta pela vida sem qualquer espécie de protecção sanitária, explica as estatísticas de mortalidade dêste período da vida e torna por assim dizer nulos todos os esforços e despesas feitas até esta idade. É um período de aprendizagem e de emancipação e novos problemas surgem então, tais como o da *orientação profissional*, o da *regulamentação e protecção de trabalho dos adolescentes*, problemas que entre nós aguardam ainda uma solução competente.

Desde 1926 a 1936 a mortalidade da cidade neste período da vida (Fig. 5,IV) passou de 1,44 ‰ para 1,05 ‰. A média do quadriénio (1926-1929) foi de 1,57 ‰ e a do quadriénio (1933-1936) foi de 1,1 ‰, o que representa, durante o período considerado, uma baixa de mortalidade de 30 ‰ (ap.).

No distrito (Fig. 6,IV), desde 1929 a 1936, a mortalidade da mesma idade passou de 0,75 ‰ para 0,65 ‰. A média do quadriénio (1929-1932) foi de 0,7 ‰ e a do quadriénio (1933-1936) foi de 0,65 ‰ o que representa, para o período considerado, um pequeno decrescimento da mortalidade (7 ‰ ap.).

A (Fig. 4,IV) mostra-nos que a tuberculose tomou à sua conta *mais de metade* da mortalidade desta idade (54,1 ‰).



**Quinta Idade = (De 25ª a 44ª)**

Entramos agora pròpriamente no domínio das doenças profissionais e dos acidentes de trabalho. A tuberculose figura ainda com um tẽrço das causas de morte nesta idade, mas as condições de vida de grande parte dos indivíduos impõem agora medidas legislativas tendentes à protecção material e moral do operário de fábricas ou de oficinas (medidas de Higiene Industrial).

De 1926 a 1936 a mortalidade da cidade neste período da vida (Fig. 5,V) passou de 2,82 ‰ para 1,38 ‰. A média do quadriênio (1926-1929) foi de 2,42 ‰ e a do quadriênio (1933-1936) foi de 1,83 ‰, o que representa, no período considerado uma baixa acentuada da mortalidade (24 ‰ ap.).

No distrito (Fig. 6,V'), desde 1929 a 1936, a mortalidade da mesma idade passou de 1,48 ‰ para 1,05 ‰. A média do quadriênio (1929-1932) foi de 1,48 ‰ e a do quadriênio (1933-1936) foi de 1,51 ‰, o que representa, no período considerado, um *aumento*, embora deminuto, (2 ‰) da sua mortalidade.

**Sexta Idade = (De 45ª a 59ª)**

Nesta idade, a tuberculose e as outras doenças infecciosas continuam perdendo terreno, já não oferecem a resistência de idades anteriores; assim, v. g. a tuberculose figura apenas com 16,4 ‰ ou seja aproximadamente metade da mortalidade da idade anterior.

Em todo o caso, o aumento das afecções pulmonares não tuberculosas (A. p. n. t.) nesta e mais ainda na próxima idades, leva-nos a supor que o decrescimento da tuberculose não será tão acentuado como á primeira vista parece. As doenças do coração e dos vasos, tumores malignos, doenças orgânicas dos rins, fígado e sistema nervoso aumentam cada vez mais.

As afecções cardíacas e dos vasos sangüíneos que constituíam na idade anterior 12,6 ‰ das causas de morte, formam nesta idade 26,5 ‰ e atingem na idade seguinte 44,8 ‰ ou seja aproximadamente metade das causas de morte dessa idade.

De 1926 a 1936, a mortalidade da cidade nesta idade (Fig. 5,VI) passou de 2,2 ‰ para 1,73 ‰. A média do quadriênio (1926-1929) foi de 1,85 ‰ e a de (1933-1936) foi de 1,84 ‰, o que



representa para o período considerado, *sensivelmente a mesma taxa de mortalidade*.

No distrito (Fig. 6,VI) desde 1929 a 1936, a mortalidade da mesma idade da vida passou de 1,5 ‰ a 1,72 ‰. A média do quadriénio (1929-1932) foi de 1,44 ‰ e a de (1933-1936) foi de 1,64 ‰, o que representa, para o período considerado, um *aumento bastante acentuado* (13,8 ‰ ap.) da sua mortalidade.

#### Sétima Idade = (≥ 60ª)

As causas de morte que predominam nesta idade da vida são as afecções orgânicas do coração e dos vasos, atingindo (44,8 ‰) para Coimbra em 1936. As afecções pulmonares não tuberculosas (pneumonias, gripes, etc.) figuram na nossa estatística com 16,3 ‰, vindo em seguida as afecções orgânicas do sistema nervoso, fígado, rim e as afecções cancerosas.

A tuberculose figura apenas com 3,5 ‰; em todo o caso há autores que chamam bastante a atenção para estas tuberculoses dos velhos, que passam por via de regra despercebidas, tendo em muitos casos sido fonte de infeção tuberculosa de muitas crianças.

De 1926 a 1936, a mortalidade da cidade nesta idade da vida (Fig. 5,VII) passou de 5,65 ‰ para 4,31 ‰. A média do quadriénio (1926-1929) foi de 4,96 ‰ e a de (1933-1936) foi de 4,76 ‰, o que representa, para o período considerado, uma *baixa* de mortalidade de 4 ‰.

No distrito (Fig. 6,VII'), desde 1929 a 1936, a mortalidade da mesma idade passou de 6,36 ‰ para 7,32 ‰. A média do quadriénio (1929-1932) foi de 6,59 ‰ e a de (1933-1936) foi de 7,2 ‰, o que representa, para o período considerado, um *aumento acentuado* da sua mortalidade (9,2 ‰ ap.).

Convém observar que um aumento da taxa de mortalidade nas últimas idades da vida tem um significado oposto ao que tem nas outras idades; com efeito isso significa, no caso presente, que a duração média da vida é maior no distrito do que na cidade e que, por conseguinte, no distrito há um maior número de indivíduos que atingem as idades avançadas.

Tal facto porém não nos deve surpreender, pois encontra a sua explicação cabal nas diferenças de estrutura demográfica da cidade e do distrito.



Continuando a acentuar-se os progressos sanitários da cidade, nós assistiremos, dentro de alguns anos, ao aumento das taxas de mortalidade das últimas idades da vida, consequência imediata do facto evidente de maior número de indivíduos irem atingindo essas idades.

### Mortalidade por tuberculose

Conhecidas as variações da mortalidade geral e etária, durante os últimos doze anos, para a cidade e distrito de Coimbra, os nossos gráficos em especial os da (Fig. 4) — que traduzem o valor relativo das principais causas de morte, nas diferentes idades da vida, para a cidade de Coimbra no ano de 1936 — mostram-nos à evidência que a mortalidade por tuberculose e a mortalidade infantil são os dois problemas sanitários mais importantes da região. Estes dois problemas são também aqueles que nos podem dar a indicação mais segura da actividade e da eficiência dos serviços sanitários.

Para se conseguir um decrescimento acentuado da mortalidade por tuberculose, é preciso ter exercido uma acção profunda em vários sectores e em vários serviços: protecção à infância, às idades prè-escolares e escolares, desenvolvimento da hygiene industrial, etc. Por conseguinte, qualquer melhoramento desta ordem tem repercussão bem acentuada sôbre a saúde pública em geral. A base de tôdas as medidas profiláticas está na despistagem precoce de todos os casos e no estudo das condições que são susceptíveis de favorecer o desenvolvimento da doença; tal tarefa só se torna eficaz se fôr completada com o precioso auxilio da visitadora de Hygiene. No problema da tuberculose encarado sob o ponto de vista social, temos a considerar, além da *taxa de mortalidade* de que nós nos servimos, a *taxa de morbilidade* (que se poderia obter, mas com grande êrro, a partir dos livros de registo de doentes dos dois dispensários), e a *taxa de impregnação bacilar* (que se poderia avaliar sòmente mediante tuberculinizações sistêmáticas, feitas periòdicamente a todos os grupos de crianças da localidade, confirmadas em seguida pela prova radiográfica nas crianças de cuti-reação positiva).

Há quem determine as taxas de morbilidade por tuberculose multiplicando pelo coeficiente 7 as respectivas taxas de



mortalidade, mas a nós quere-nos parecer que tal resultado peca por defeito, porquanto, felizmente, os progressos terapêuticos (colapso-terapia, crisoterapia e repouso) prolongam bastante a vida de numerosos tuberculosos.

Postas estas considerações, o estudo das curvas da Fig. 7 mostra-nos que a mortalidade por tuberculose pulmonar, na cidade de Coimbra, desde 1926 a 1937 entrou, ou continuou, em franco decrescimento passando de 348,4 <sup>00</sup>/000 para 211 <sup>00</sup>/000. A média do quadriénio (1926-1929) foi de 372,9, a de (1930-1933) foi de 289,5 e a de (1934-1937) foi de 241,2. Verifica-se assim que do primeiro para o segundo quadriénios a mortalidade baixou 22,3 % e do segundo para o terceiro baixou 16,6 %.

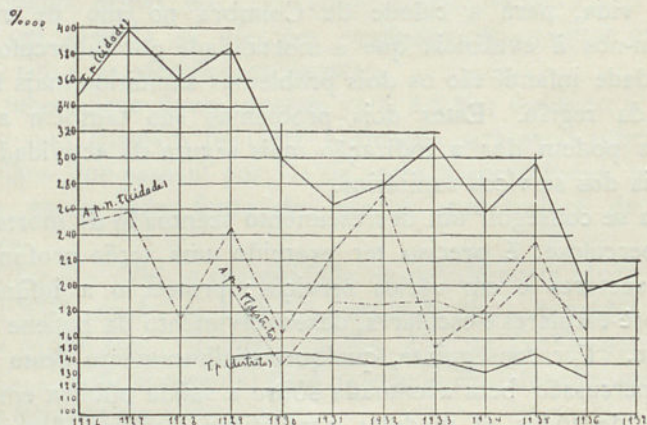


Fig. 7

A curva das afecções pulmonares não tuberculosas (A. p. n. t.) da cidade, durante o mesmo período variou de 248 <sup>00</sup>/000 para 140,7 <sup>00</sup>/000. Apesar-dos acidentes que a curva revela, a média do quadriénio (1927-1929) foi de 231 e a do quadriénio (1933-1936) foi de 178,2 o que representa, para o período considerado, uma baixa de 22,8 %. Por conseguinte, não poderá, com verdade, afirmar-se que a redução da mortalidade por tuberculose pulmonar seja devida a possíveis confusões de diagnóstico com estas últimas afecções.

No distrito, desde 1929 a 1936, a mortalidade por tuberculose pulmonar (Fig. 7) passou de 145,7 <sup>00</sup>/000 para 129,2 <sup>00</sup>/000. A média do quadriénio (1929-1932) foi de 144,6 e a de (1933-1936)



foi de 138,2 o que representa, para o período considerado, uma *baixa apenas* de 4,5 %.

A mortalidade por afecções pulmonares não tuberculosas do distrito (Fig. 7), durante o mesmo período, passou de 196,9 ‰ para 166,4 ‰. A média do quadriénio (1929-1932) foi de 177,3 e a de (1933-1936) foi de 185,4. Há, por conseguinte, durante o período considerado, um *aumento de mortalidade por estas afecções* de 4,6 %. É digno de nota, o paralelismo acentuado que esta curva apresenta com a correspondente curva de mortalidade da cidade.

\* \* \*

¿ Como se distribui a tuberculose em Coimbra?

Observando agora como a tuberculose se distribue em Coimbra, verificamos que é nas freguesias de Santa-Cruz, S. Bartolomeu e Almedina que os casos aparecem com uma frequência predominante e podemos verificar, pela estatística que a sua distribuição vai decrescendo gradualmente à medida que do rés-de-chão se caminha para o último andar das casas. Ao baixo nível económico e educativo de grande parte da população destas freguesias, que lhes impõe já uma higiene geral muito precária, temos a acrescentar, como factor de magna importância no determinismo da mortalidade geral e em especial da mortalidade por tuberculose, o que deriva propriamente da habitação.

Há nestas freguesias imensas casas de habitação que são verdadeiros antros de miséria, sem ar, sem luz solar, assentes num solo de sedimentação arenosa, fortemente impregnado de matéria orgânica e a um nível inferior, nalguns pontos, ao leito do rio. Tal terreno constitue, por assim dizer, uma verdadeira esponja donde se evola constantemente grande quantidade de vapor de água carregada de gases pútridos e, nestas condições, não pode haver melhor local para o desenvolvimento do bacilo de Koch que ali encontra um verdadeiro paraíso. Victimas encontra êle lá cada vez mais, porque o baixo nível económico dessa gente e o seu aumento populacional que, como se sabe, varia na razão inversa dos seus recursos, forçam a acumular em recintos em tais condições, um número de individuos cada vez maior. Como exemplo bastará dizer que numa dessas ruas existe um pardieiro, reduzido apenas a um só compartimento com duas janelas, onde vegetam as 7 pessoas duma pobre família!



Que a casa pode ter só por si grande importância nas taxas de mortalidade, provam-no à evidência os numerosos inquéritos feitos em vários países, nomeadamente àquele que há tempos foi feito em Liverpool, e que tem o valor duma verdadeira experiência: *os habitantes dum bairro miserável daquela cidade foram deslocados para um outro bairro construído segundo todos os preceitos da hygiene e, sem que as suas condições económicas e educativas se tivessem modificado, a mortalidade geral reduziu-se logo a 50 %.*

Como factor a ter em conta, na mortalidade por tuberculose das freguesias atrás mencionadas, devemos citar também o que diz respeito ao estado eléctrico do ar.

Sabe-se, por estudos recentes, que nós vivemos mergulhados num campo eléctrico atmosférico devido, segundo as opiniões mais autorizadas, à ionização das moléculas de gases do ar; sabe-se que êsse campo eléctrico pode tomar valores positivos, negativos e nulos, sendo negativo nos sítios baixos junto dos cursos de água e positivo em lugares elevados e descobertos. Por outro lado, a observação tem mostrado que as zonas de campo eléctrico negativo são fortemente prejudiciais para os indivíduos portadores de lesões tuberculosas, sendo-lhe benéficas as zonas de campo eléctrico positivo. O conhecimento de tais factos permite-nos compreender a grande vantagem que há em deslocar para bairros operários, convenientemente escolhidos, tóda a população que vive em péssimas condições higiénicas. Presentemente temos em Coimbra, já quasi pronto e destinado a êsse fim, o bairro operário do Loreto e projecta a Junta Provincial da Beira-Litoral a construção de mais dois-novos bairros nas cercanias de Santa-Clara e dos Olivais.

### Mortalidade por tuberculose segundo a profissão

Procurámos fazer uma estatística de mortalidade tuberculosa segundo a profissão, mas os elementos que pudemos colher nos volumes dos registos eram, sob êste aspecto, bastante imprecisos, pois nos apareceram designações vagas como: *empregado, doméstica, sem profissão* (crianças). A presentamo-la em todo o caso:

Domésticas . . . . .	32 %
Sem profissão (crianças) . . . . .	19,4 »
Empregados . . . . .	7,8 »



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.<sup>A</sup>, L.<sup>DA</sup>**  
Rua Damasceno Monteiro, 142 - Caixa Postal 313  
L I S B O A

UM PRODUTO DA  
MODERNA TERAPÊUTICA

# HORMODAUSSE

MEDICAÇÃO DINAMOGÉNICA POLIHORMONAL

PREPARAÇÃO DOS



●  
**Laboratórios DAUSSE**  
DE PARIS  
●

FÓRMULA TOTAL:

Sêro de sangue de touro = Serodausse Antitoxisenil  
» » » » bezerra = » Ovarien  
» » » » vitelos = » Infantil  
+ Extracção 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.<sup>A</sup>, L.<sup>DA</sup>**

Rua Damasceno Monteiro, 142 - Caixa Postal 313

L I S B O A



Estudantes . . . . .	4,7 %
Sapateiros . . . . .	4 »
Militares . . . . .	2,8 »
Agricultores . . . . .	3,1 »
Proprietários . . . . .	2,5 »
Oleiros . . . . .	2,2 »

### Profilaxia da tuberculose

*Considerações gerais* — A tuberculose é uma doença que ataca a humanidade em tôdas as idades da vida.

Não cede à medicina curativa, mas apenas a uma medicina preventiva que ponha em jôgo tôdas as fôrças sociais da humanidade, isto é, à Medicina Social.

O tratamento, visto que conduz ao isolamento e consegue fechar bastantes tuberculosos abertos, contribue mais para a profilaxia da doença do que para a cura do doente.

O aumento progressivo do bem-estar social (alimentação, habitação e educação higiênica) contribue eficazmente para o seu decrescimento.

O dispensário com as suas visitadoras de Higiene é um precioso órgão do arsenal anti-tuberculoso pela acção profilática e educativa que desenvolve.

O Estado, as associações e as obras de iniciativa particular, bem como os seguros sociais, podem contribuir bastante para realizar um bem-estar social progressivo.

A profilaxia da tuberculose baseia-se na noção de contágio, porque se sabe hoje que a contaminação por hereditariedade, quer do gérmen, quer do terreno, é praticamente nula (1).

Sendo o contágio familiar a grande fonte de tuberculização da

(1) Quanto à hereditariedade do gérmen sabe-se que a infecção ovarlar não existe; a infecção transplacentar pode existir mas é excepcional e, quando existe, é rapidamente mortal e por conseguinte é praticamente nula. Quanto à hereditariedade de terreno, ou seja a chamada heredo-distrofia de Hutinel, também não está provado que ela exista porquanto a cuti-reacção à tuberculina — que é a prova da impregnação bacilar — não se transmite pelos gâmetos e, por outro lado, a admitirmos hereditariedade, deveria ser de resistência e não de predisposição.

De facto, através da placenta materna podem passar anti-corpos, como acontece com outras infecções, mas tais produtos maternos não exercem qualquer influência na criança porque são rapidamente eliminados.

A observação clínica mostra-nos que ao nascer os filhos dos tubercu-



criança, impõe-se o seu imediato afastamento do foco contaminador (é o que se faz com as Obras de Grancher, de Léon Bernard e Debré) uma vez feita a despistagem da tuberculose nos pais ou outros familiares.

A tuberculose das crianças despista-se fazendo-se periodicamente, cada seis meses, a cuti-reação à tuberculina, seguida de radiografia nas crianças que tiverem cuti-reação positiva. Armand Delille aconselha ainda, com fins diagnósticos, que se faça a investigação do bacilo de Koch no conteúdo gástrico das crianças, em jejum, por um processo de homogeneização.

Crianças que apareçam com lesões tuberculosas evolutivas são transportadas para sanatórios de altitude ou marítimos, conforme os casos. As que aparacerem com lesões latentes são deslocadas para preventórios, escolas ao ar livre, ou colónias de férias e as que ainda não têm lesões que impressionem as chapas radiográficas, são deslocadas para o campo, para o seio de famílias sãs, onde aproveitarão duma boa alimentação e duma vida ao ar livre.

As estatísticas mostram, nestas crianças, taxas de morbidade e de mortalidade tuberculosas respectivamente de 0,3 % e de 0,1 %; a sua taxa de mortalidade geral oscila à volta de 6 %, portanto ainda é inferior à mortalidade geral das crianças nascidas de pais não tuberculosos, que anda à volta de 11 %.

A Obra de Grancher que até há pouco tempo só podia ser aplicada a crianças de 3<sup>a</sup> a 10<sup>a</sup>, apresentando portanto a grande lacuna de não poder aproveitar a crianças de idade inferior a 3 anos, pode hoje, graças aos progressos da puericultura, aplicar-se a tôdas as idades, mesmo a recém-nascidos. A Obra Grancher foi assim completada pela Obra de Léon Bernard e Debré. A visitadora de Higiene desempenha um grande papel neste importante problema sanitário visto que consegue manter, em íntima ligação, as famílias dos doentes com os dispensários de consulta prè-natal, maternidades, creches e hospitais. A aplicação do B. C. G. nos primeiros 10 dias de vida, é outra medida importante a que podemos e devemos lançar mão.

---

losos apresentam um bom estado geral e sendo imediatamente afastados dos focos tuberculosos (obras de Leon Bernard e de Grancher) o seu peso mantém-se sempre visinho do normal, não têm quaisquer perturbações de desenvolvimento, nada tendo portanto que servir pela sua ascendência.



Como factores indirectos de tuberculização que temos sempre de levar em conta, devemos considerar os factores económicos e educativos, (a casa, a alimentação e o vestuário).

\* \* \*

¿Como se distribue a tuberculose em Coimbra segundo as idades da vida?

Para o ano de 1936 as percentagens de mortalidade por tuberculose nas diferentes idades da vida, são respectivamente: 4,1 % 21,2 % 42,8 % 54,1 % 33,3 % 16,4 % 3,5 %.

Tais números mostram-nos que êste flagêlo constitue a principal causa de morte das III.<sup>a</sup> IV.<sup>a</sup> e V.<sup>a</sup> idades da vida.

Vejamos o que se passa em cada uma destas idades.

A III idade (de 4<sup>a</sup> a 14<sup>a</sup>) que apresenta a percentagem de 42,8 (portanto muito mais da têtça parte das mortes) compreende o período prè-pubertário (10<sup>a</sup> a 14<sup>a</sup>), que é um período de crescimento exagerado do organismo, sobretudo dos ossos longos. O crescimento total que antes dêste período anda à volta de 3 cm. a 4 cm. por ano, passa neste período para 10 cm. e até 15 cm., por ano; êste aumento acentuado da altura é feito à custa dos sais de cálcio e de fósforo que o organismo vai buscar aos pulmões e ao sistema nervoso central para os depositar ao nível dos ossos em crescimento activo. Desta forma o organismo sente-se enfraquecido, sobretudo os órgãos que foram espoliados, há um certo grau de astenia física e mental que, adicionada ao *surmenage escolar* (1) que por *grave êrro pedagógico* existe nesta idade, condicionam o aparecimento de grande número de tuberculosas pulmonares e meníngeas. A meningite tuberculosa é o prémio que muitas vezes recebem os alunos laureados destas idades.

Houve já quem verificasse que nestas idades as classificações variavam na razão inversa do crescimento. São factos para os quais professores e pais de alunos não podiam, até há pouco, encontrar explicação plausível.

---

(1) Os 3.<sup>os</sup>, 4.<sup>os</sup> e 5.<sup>os</sup> anos dos nossos Liceus que são, como se sabe sobrecarregados com o máximo de disciplinas (Letras e Ciências) e com o máximos de tempos lectivos semanais, compreendem precisamente os alunos dos períodos prè-pubertário e pubertário, períodos perigosos cujas características fisiológicas são as que acima deixamos apontadas.



A fisiologia e a higiene aconselham portanto redução do trabalho escolar neste período da vida, indo, nalguns casos, até à supressão completa do estudo por um ou dois anos.

A IV idade (15<sup>a</sup> a 24<sup>a</sup>) abrange o período da adolescência, época em que uns entram nas Escolas Superiores e Técnicas outros estão na fase de aprendizagem dum ofício ou duma arte e outros, ainda, estão já no período de adaptação à vida prática; todos ou quasi todos são dominados pelo entusiasmo de um desporto quasi sempre inconveniente e até mesmo nocivo. Nesta idade, a quasi totalidade dos indivíduos, mesmo aqueles que freqüentam as nossas Escolas Superiores e Técnicas, vivem fora da acção duma assistência sanitária organizada e daí resulta para Coimbra, em 1936, a elevada cifra de mortalidade por tuberculose de 54,1 %. Mais de metade das mortes, nesta idade, são devidas à tuberculose! Deve notar-se que os indivíduos desta idade têm já dado à família e à sociedade grandes despesas, estão numa das idades mais produtivas da vida, muitos têm já constituído o seu lar e, com a sua falta, mais aumentam ainda os encargos da Sociedade, à responsabilidade de quem ficam a protecção e educação dos órfãos e das viúvas.

Não sabemos bem porque razões pedagógicas ou higiénicas, só os alunos dos nossos Liceus careçam dos serviços organizados de Higiene Escolar e deles estejam privados os alunos das Escolas Primárias, Técnicas e das Escolas Superiores.

Pelo que diz respeito a Coimbra somos de opinião que aqui devia ser criado um Centro Universitário de Medicina Preventiva onde, entre outros serviços importantes, se deveriam fazer cada seis meses, periódica e sistemáticamente, os exames radioscópicos de todos os alunos da Universidade; estes exames seriam acompanhados, nos casos de dúvida, dos respectivos exames radiográficos.

Ao problema da Cidade Universitária, agora tão falado, devia dar-se imediatamente solução, cuidando-se assim, a-par-do desenvolvimento intelectual, da habitação, da alimentação, da cultura física e da formação moral do escolar.

Na V idade (25<sup>a</sup> a 44<sup>a</sup>) a tuberculose ataca já com menos intensidade mas contribue ainda assim com a têtça parte das mortes desta idade (33,3 %). Entramos agora nos domínios da higiene industrial e as medidas a tomar devem tender para a pro-



tecção material e moral dos operários das fábricas e das oficinas : medidas que regulamentem o trabalho, nível de vida, medidas educativas, etc.

A tuberculose continua em decrescimento nas idades seguintes atingindo o valor de 3,5 % na última idade, para o ano de 1936.

### Mortalidade por afecções cancerosas

Desde 1926 a 1936, a mortalidade por afecções cancerosas, na cidade, passou de 94,7 ‰ para 57,1 ‰ apresentando no quadriénio (1926-1929) a média de **64,7**; no quadriénio (1930-1933) a média de **60,3** e no triénio (1934-1936) a média de **67,4**. A curva de mortalidade mostra francas tendências para o cresci-

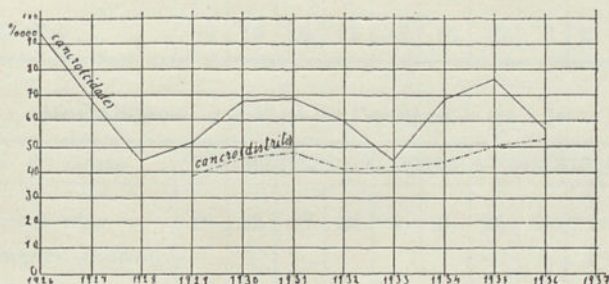


Fig. 8

mento, mas parece tratar-se ao mesmo tempo duma curva periódica apresentando mínimos nos anos de 1928 e 1933.

No distrito, desde (1929-1932), a mortalidade vai de 38,7 a 53,3, apresentando no quadriénio (1929-1932) a média de 43,3 e no quadriénio (1933-1936) a média de 47,6. Trata-se também duma curva ascencional.

¿ Tratar-se-á dum *aumento real* do número das afecções cancerosas ?

¿ Tratar-se-á apenas dum *aumento aparente* proveniente duma maior precisão nos diagnósticos ?

É um problema médico-social que prende a atenção de médicos e filantropos de todo o mundo.

Às pessoas que tiverem alguma curiosidade por êste importante problema social no que diz respeito à sua distribuição em Coimbra recomendamos a leitura do trabalho publicado na *Coimbra Médica* (1938, n.º 7) pelo Dr. F. Gonçalves Ferreira, Assistente do Instituto de Higiene que, sob a nossa indicação tratou do problema do cancro em Coimbra, estudando a sua distribuição por freguesias, idades, profissões, localização, etc. A sua estatística refere-se aos números correspondentes aos dez últimos anos.

---

Quanto ao problema da febre tifóide chamamos a atenção do leitor para o nosso trabalho «*A febre tifóide e as águas de abastecimento de Coimbra*» publicado na *Coimbra Médica* de 1938, n.º 4.



Mortalidade da cidade de Coimbra — (< 1<sup>a</sup>)

Causas de morte	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Nado-mortalidade . . . . .	74	58	60	30	49	40	45	42	37	30	36
Debilidade congénita . . . . .	30	25	26	9	18	17	16	22	13	25	12
Diarreias e enterites . . . . .	63	30	38	37	27	22	30	25	22	41	18
Bronco-pneumonias . . . . .	16	20	18	18	14	22	33	12	13	22	6
Tuberculose (incluindo a t. meningea)	13	8	8	9	6	6	10	5	3	5	4
Meningites simples . . . . .	5	3	4	1	3	6	3	3	5	5	4
Sarampo . . . . .	1					1	1			10	
Difteria . . . . .	3	1			1		2		1	1	
Coqueluche . . . . .	3	1	2	1	1	2	2		2		2
Variola . . . . .	8	3					2	2		1	
Outras afecções . . . . .	13	16	26	21	18	16	20	22	21	29	16

Mortalidade da cidade de Coimbra — (1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup>)

Causas de morte	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Bronco-pneumonias . . . . .	26	22	15	22	9	16	21	11	9	17	9
Outras afecções respirat. . . . .		1					1	4	1	2	
Diarreias e enterites . . . . .	29	13	18	15	14	11	16	8	3	17	4
Tuberc. { não meningea . . . . .	10	16	14	4	3	2	3	4	7	8	5
{ meningea . . . . .	7	9	6	5	5	6	5	7	3	5	2
Meningites simples . . . . .	2	3	2	1	1	3	1	1	1	2	1
Escarlatina . . . . .											1
Sarampo . . . . .	2	1		1	3	4	10			36	
Difteria . . . . .	4	1	1	3	2	2	1		2	1	
Coqueluche . . . . .	1		2	1	1		3		1		1
Variola . . . . .	9	3					4	1			
F. tifóide . . . . .	2	4			1			2			
Atrepsia . . . . .		2		3		1	1	1	3	5	2
Nefrites . . . . .			1	1	1	1		3		2	
M. violentas . . . . .	3		3	1	2	2		2		1	4
Indeterm. . . . .									1	1	1
Outras afecções . . . . .	6	3	7	2	2	3	6	2	2	11	3

## Mortalidade da cidade de Coimbra — (5ª a 14ª)

Causas de morte	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Tuberculose (tôdas as formas) . . . . .	6	10	8	10	8	9	14	10	6	15	12
Meningite simples . . . . .	1	1	2	1			2		1		
Bronco-pneumonias e outras afecções respirat. . . . .	1	3	1	4	1		1	4	1	6	2
Difteria, sarampo, coqueluche, variola e escarl. . . . .	2	1				2		3		5	
Outras doenças infecciosas. . . . .	1			1		3	2	1	4	2	5
Gastro-enterites . . . . .	6	2		1	1	1				1	2
F. tifóide . . . . .	2	1		1	2	5	3		2		1
Mortes violentas e acidentales. . . . .	3	2	2	4	4		1	3	5		4
Outras causas . . . . .	1	3	3	2	3	7	6	3		4	2
Afecções do aparelho circulatório . . . . .	2	1	6	4	1	1	2	1	4	4	

## Mortalidade da cidade de Coimbra — (15ª a 24ª)

Causas de morte	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Tuberculose pulmonar . . . . .	31	40	34	39	33	31	29	32	16	33	22
Tuberculose meningea . . . . .		3	2	7	2	3	4		2	1	4
Afecções pulmonares não tuberculosas . . . . .	2	2	5	7	4	5	3		3	2	1
Afecções cardíacas . . . . .	4	4	3	1	2		6	4	4	1	3
Nefrites . . . . .	2		2								
Meningite c. e. e. . . . .	1		1		2			2		2	
Variola . . . . .	1										
F. tifóide . . . . .	3	1	3	2	1			3	2	2	5
Peritonites, septicemias . . . . .	2	3	3	4	4	3	4	7	3	2	4
Mortes violentas e acidentales. . . . .	1	3	3	2	1	2	2	1	7	1	4
Outras afecções . . . . .		4	2	2	3	1	5	2	12	2	5
Indeterminadas . . . . .	5	4	2		3		1			1	





*Schering*

**Hormona testicular  
cristalizada**

sob a forma de propionato  
de testosteron

Dosagem exacta em "mgrs."

**INDICAÇÕES:**

- Fadiga intelectual e fisica
- Insónia presenil
- Perturbações circulatorias perifericas  
(sensação de frio nas extremidades, acrocianose)
- Prurido senil
- Hipogenitalismo e diminuição da potencia
- Perturbações da micção na hipertrofia  
da próstata

O TESTOVIRON é um propionato de testosteron dissolvido em oleo e  
é a fórmula mais activa da hormona testicular conhecida até á data.

**Embalagens originais:**

- Caixa com 4 ampolas de 1 cc. com 5 mgrs. cada uma
- Caixa com 4 ampolas de 1 cc. com 10 mgrs. cada uma
- Caixa com 2 ampolos de 1 cc. com 25 mgrs. cada uma

Schering S. A. Portuguesa, Apartado 279 — Lisboa

**BISMUTO TERAPIA**  
DA  
**SIFILIS**  
POR  
VIA INTRAMUSCULAR

**NÉOCARDYL**

SOLUÇÃO OLEOSA  
de butil-tio-laurato de bismuto

**INJECCÕES INDOLÓRES**  
**ELIMINAÇÃO LENTA E CONTÍNUA**

*A presença do enxofre na molécula  
pelas suas propriedades antitoxicas  
favorece a acção terapeutica*

**NEO CARDYL**  
(PARA ADULTOS)

Caixas de 12 empôlas  
de 1 cc. 1/2 contendo  
0<sup>gr</sup> 075 de bismuto metal.

**NEO CARDYL**  
(INFANTIL)

Caixas de 10 empôlas  
de 1 cc. contendo  
0<sup>gr</sup> 015 de bismuto metal.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
**SPECIA** MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE  
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS (8<sup>e</sup>)



## Mortalidade da cidade de Coimbra — (25ª a 44ª)

Causas de morte	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Tuberculose pulmonar e outras tuberculosas	41	42	45	47	35	34	38	45	50	39	21
Afecções pulmonares não tuberculosas . . . . .	13	4	5	7	5	10	6	4	7	9	4
Af. orgânicas do coração.	15	9	10	10	8	10	9	5	13	13	8
Hemorragias cerebrais . . . . .	3	1	4	3	1				1		
Af. orgânicas dos rins	3	3	6	4	1	1	2		1		1
Afecções cancerosas . . . . .	3	2	2	4	3	6	1	1	4	4	6
Outras doenças infec. . . . .	9	8	6	10	6	13	7	6	12	14	7
Outras doenças não infec.	3	3	3	8	7	5	5	1	5	4	11
Variola . . . . .	1										
Acidentes . . . . .	7	7	6	6	3	3	4	4	4	6	5
Indeterminadas . . . . .	3	1	4	1	2	1	1	5	1	1	

## Mortalidade da cidade de Coimbra — (45ª a 59ª)

Causas de morte	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Tuberculose pulmonar e outras tuberculosas . . . . .	10	12	12	20	18	13	12	21	15	18	13
Af. pulmon. não tuberc.	12	11	8	9	10	7	8	10	16	12	10
Af. orgânicas do coração	12	8	12	8	6	15	13	11	18	14	19
Hemorragias cerebrais . . . . .	8	8	2	3	9	6	8	6	5	5	2
Af. orgânicas dos rins e do resto do apar. urinár.	3	3	8	4	2	4	2	2	6	2	6
Afecções cancerosas . . . . .	13	9	6	7	7	9	8	5	9	8	7
Apendicite, peritonite, cirroses hepáticas e outras doenças do apar. digest.	6	6	5	8	9	6	7	9	5	9	8
Outras doenças infec. . . . .	4	5	1	4	2	6	7	1	8	5	2
Af. orgân. do sist. nerv. . . . .	2		1		2	2	2	4	1	2	2
Acidentes . . . . .	5		1	3			2	2	2	4	7
Outras causas . . . . .	3	1	2	3	2	4	3	3	3	3	3
Indeterminadas . . . . .	1	2	1	2	3	2	1	1		1	1

Mortalidade da cidade de Coimbra — (> 60<sup>a</sup>)

Causas de morte	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Tuberculose pulmonar e outras tuberculososes . . . . .	7	7	7	8	9	4	6	9	13	8	7
Af. pulm. não tubercul. . . . .	19	32	14	28	22	32	41	24	31	37	32
Af. cancerosas . . . . .	18	14	9	9	17	13	16	13	17	21	12
Af. orgánicas do sistema nervoso . . . . .	5	2	4	2	10	5	6	6	10	7	8
Af. orgánicas do coração . . . . .	54	44	55	53	35	58	50	73	60	47	58
Congestão e hemor. cereb. . . . .	36	33	32	33	29	27	32	28	31	31	30
Af. orgánicas dos rins . . . . .	6	9	9	6	7	3	6	4	2	7	2
Outras doenças infec . . . . .	4	1									
Af. do aparelho digestivo . . . . .	4	3	6	1	2	5	6	3	3	6	5
Outras causas . . . . .	9	6	10	6	10	16	22	17	19	19	4
Af. desconhec. e senilidade . . . . .	37	31	27	25	26	24	27	28	28	23	31
Acidentes . . . . .		4	1	5	4	3	6	10	3	7	2

Mortalidade do distrito de Coimbra — (< 1<sup>a</sup>)

Causas de morte	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Nado-mortalidade . . . . .	421	478	504	547	500	486	480	458
Debilidade congénita . . . . .	169	198	231	241	282	254	279	250
Diarreias e enterites . . . . .	315	343	306	352	359	290	401	311
Bronco-pneumonias . . . . .	142	133	144	179	167	120	159	135
Tuberc. (incluindo a meningea) . . . . .	31	22	20	23	25	19	26	22
Meningite simples . . . . .	25	22						
Sarampo . . . . .	9	3	8	27	11	1	33	3
Difteria . . . . .	16	31	22	22	14	15	14	14
Coqueluche . . . . .	32	20	14	40	34	22	9	33
Outras afecções . . . . .	113	124	140	131	154	117	105	107
Indeterminadas . . . . .	227	133	81	119	113	111	120	74
Total	1.500	1.507	1.470	1.681	1.659	1.435	1.626	1.407



Mortalidade do **distrito** de Coimbra — (1ª a 4ª)

Causas de morte	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Bronco - pneumonias e outras afecções respiratórias . . .	184	58	87	97	108	48	92	45
Enterites e diarreias . . . . .	140	136	110	156	137	105	24	88
Tuberculose { não meningea } { meningea        }	17	14	17	20	26	24	25	13
Sarampo . . . . .	24	10	8	63	34	3	35	7
Difteria . . . . .	21	27	27	20	13	20	25	11
Coqueluche . . . . .	12	6	4	16	17	6	6	17
Meningite simples . . . . .	12	19						
Acidentes e mortes violentas .	23	31	37	28	25	30	32	30
Outras afecções . . . . .	78	57	61	91	99	93	81	84
Indeterminadas . . . . .	57	42	23	40	35	31	29	21
Total	568	400	374	531	494	360	349	326

Mortalidade do **distrito** de Coimbra — (5ª a 14ª)

Causas de morte	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Tuberculose pulmonar e outras tuberculosas . . . . .	26	25	28	30	29	25	34	25
Af. pulmonares não tuberc. . .	11	12	16	10	31	17	16	14
Diarreias e enterites . . . . .	13	10	9	11	4	15	9	7
Outras doenças infecciosas . .			22	38	34	36	33	19
Meningite simples . . . . .	8	10						
Sarampo . . . . .	5	1		11	8	1	6	2
Difteria . . . . .	2		4	1	6	1	1	
Coqueluche . . . . .	1		1	1		2		5
Outras causas . . . . .	80	86	78	72	83	82	74	76
Indeterminadas . . . . .	15	15	12	16	13	13	5	10
Total	161	159	170	190	208	192	178	158

Mortalidade do **distrito** de Coimbra — (15ª a 24ª)

Causas de morte	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Tuberculose { não meníngea {	136	128	119	119	114	95	104	107
meníngea . . . . .								
Af. pulmonares não tuberculosas	24	16	27	20	23	23	32	17
Outras doenças infecciosas . . . . .			20	25	32	23	23	24
Febre tifóide . . . . .	15	4	8	6	12	6	11	18
Acidentes e mortes violentas . . . . .	24	18	19	29	21	34	26	22
Sarampo . . . . .	2		2		3			1
Difteria . . . . .	1						1	
Outras causas . . . . .	64	88	53	64	66	55	57	71
Indeterminadas . . . . .	21	13	10	19	13	9	9	7
Total	287	267	258	282	284	245	263	267

Mortalidade do **distrito** de Coimbra — (25ª a 44ª)

Causas de morte	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Tuberculose pulmonar e outras tuberculosas . . . . .	209	216	230	222	233	225	242	199
Af. pulmonares não tuberc. . . . .	59	41	69	51	59	68	83	53
Af. orgánicas do coração e hemorragias cerebrais . . . . .	52	57	56	55	60	71	84	66
Af. orgánicas dos rins . . . . .	15	18	19	18	21	22	21	29
Afecções cancerosas . . . . .	14	18	25	13	13	22	20	23
Af. do aparelho digestivo . . . . .	8	11	27	26	26	43	30	42
Outras doenças infecciosas . . . . .	37	44	61	47	56	84	75	74
Outras doenças não infecciosas	89	77	65	74	57	66	86	71
Acidentes e mortes violentas . . . . .	38	26	32	47	46	51	53	51
Indeterminadas. . . . .	48	36	24	40	35	28	31	19
Total	569	544	608	593	606	680	725	627



## Mortalidade do distrito de Coimbra — (45ª a 59ª)

Causas de morte	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Tuberculose pulmonar e outras tuberculosas . . . . .	81	106	99	87	92	82	95	97
Af. pulmonares não tuberculosas	85	48	81	76	80	87	113	94
Af. orgânicas do coração . . . . .	65	56	56	69	66	78	112	118
Hemorragias cerebrais . . . . .	49	35	50	44	50	44	55	65
Af. orgânicas dos rins . . . . .	14	27	30	25	20	20	28	27
Af. cancerosas . . . . .	57	50	56	59	56	54	56	62
Apendicite, Peritonite . . . . .		1	2		3	1	1	1
Cirroses, hepat. e outras do aparelho digestivo . . . . .	41	49	47	54	70	59	63	64
Af. orgânicas do sist. nervoso . . . . .			11	11	22	12	12	13
Outras doenças infecciosas . . . . .	28	26	43	43	54	54	59	43
Acidentes e mortes violentas . . . . .	18	20	27	41	43	44	43	46
Outras causas . . . . .	71	75	24	20	29	23	42	36
Indeterminadas . . . . .	62	53	34	40	39	44	55	39
Total	571	546	560	569	624	602	734	705

## Mortalidade do distrito de Coimbra — (&lt; 60ª)

Causas de morte	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Tuberculose pulmonar e outras tuberculosas . . . . .	60	63	54	61	50	65	73	65
Af. pulmonares não tuberculosas	252	230	310	302	284	338	364	322
Af. cancerosas . . . . .	78	108	106	92	101	102	129	133
Af. orgânicas do sist. nervoso . . . . .			19	22	27	24	21	33
Af. orgânicas do coração . . . . .	564	559	637	580	654	677	764	778
Congestão e hemorragias cereb. . . . .	326	399	445	477	433	489	510	449
Af. orgânicas dos rins. . . . .	53	54	73	68	60	63	69	82
Cirroses hepat. e outras doenças do fígado. . . . .	25	14	33	31	28	31	42	39
Outras doenças infecciosas . . . . .	64	108	71	92	110	97	94	118
Outras causas . . . . .	206	209	101	104	119	136	130	155
Acidentes e mortes violentas . . . . .	48	51	53	46	42	55	60	63
Senilidade e indeterminadas . . . . .	769	697	802	758	843	822	736	757
Total	2.445	2.492	2.704	2.633	2.751	2.899	2.992	2.994

População da **cidade** de Coimbra desde 1920 e 1937 calculada a partir dos censos de 1920 e 1930, pela fórmula

$$a_n = a_1 + (n-1) r$$

1920 — 30.110	1926 — 35.870	1932 — 41.630
1921 — 31.070	1927 — 36.830	1933 — 42.590
1922 — 32.030	1928 — 37.790	1934 — 43.550
1923 — 32.990	1929 — 38.750	1935 — 44.510
1924 — 33.950	1930 — 39.710	1936 — 45.470
1925 — 34.910	1931 — 40.670	1937 — 46.430

Natalidade da **cidade** de Coimbra nos anos de 1927 e 1936

1927 {	sexo masculino 441	1936 {	sexo masculino 408
»	feminino 410	»	feminino 357
	854		765

$$\text{Média} = \frac{854 + 765}{2} = 809,5$$

População do **distrito** de Coimbra calculada a partir dos censos de 1920 e 1930, pela fórmula  $a_n = a_1 + (n-1) r$

1929 — 384.339	1934 — 401.682
1930 — 387.808	1935 — 405.151
1931 — 391.276	1936 — 408.620
1932 — 394.745	1937 — 412.088
1933 — 398.214	

Natalidade do distrito de Coimbra

1929 — 9.438	1933 — 9.901
1930 — 9.837	1934 — 9.479
1931 — 9.659	1935 — 9.530
1932 — 9.800	1936 — 9.624

Taxas de mortalidade total e geral da cidade de Coimbra (por 1000 hab.)

1926 — 22,1 ‰	1932 — 16,4 ‰
1927 — 17,7	1933 — 14,5
1928 — 17,3	1934 — 14,3
1929 — 16,05	1935 — 16,7
1930 — 14,25	1936 — 11,9
1291 — 14,7	



Taxas de mortalidade total e geral do distrito de Coimbra  
(por 1000 hab.)

1929 — 15,9 ‰	1933 — 16,6 ‰
1920 — 15,2	1934 — 15,9
1921 — 15,9	1935 — 16,9
1922 — 16,4	1936 — 15,8

Taxas de mortalidade etária da cidade de Coimbra, de 1926 a 1936

Primeira Idade — (< 1<sup>a</sup>)  
(por 1000 nascidos-vivos)

1926 — 195,1 ‰	1930 — 108,7 ‰	1934 — 98,8 ‰
1927 — 125,3	1931 — 113,6	1935 — 171,7
1928 — 150,7	1932 — 147	1936 — 76,5
1929 — 118,5	1933 — 112,4	

Segunda Idade — (1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup>)  
(por 1000 hab.)

1926 — 2,8 ‰	1930 — 1,1 ‰	1934 — 0,75 ‰
1927 — 2,1	1931 — 1,25	1935 — 2,42
1928 — 1,8	1932 — 1,72	1936 — 0,72
1929 — 1,5	1933 — 1,12	

Terceira Idade — (5<sup>a</sup> a 14<sup>a</sup>)  
(por 1000 hab.)

1926 — 0,69 ‰	1930 — 0,5 ‰	1934 — 0,52 ‰
1927 — 0,65	1931 — 0,68	1935 — 0,83
1928 — 0,58	1932 — 0,74	1936 — 0,61
1929 — 0,72	1933 — 0,59	

Quarta Idade — (15<sup>a</sup> a 24)  
(por 1000 hab.)

1926 — 1,44 ‰	1930 — 1,33 ‰	1934 — 1,12 ‰
1927 — 1,73	1931 — 1,1	1935 — 1,05
1928 — 1,58	1932 — 1,27	1936 — 1,05
1929 — 1,54	1933 — 1,19	

**Quinta Idade — (25ª a 44ª)**  
(por 1000 hab.)

1926 — 2,81 ‰	1930 — 1,78 ‰	1934 — 2,25 ‰
1927 — 1,9	1931 — 2,04	1935 — 2,02
1928 — 2,4	1932 — 1,75	1936 — 1,38
1929 — 2,58	1933 — 1,66	

**Sexta Idade — (45ª a 59ª)**  
(por 1000 hab.)

1926 — 2,2 ‰	1930 — 1,76 ‰	1934 — 2,02 ‰
1927 — 1,76	1931 — 1,81	1935 — 1,86
1928 — 1,56	1932 — 1,75	1936 — 1,73
1929 — 1,88	1933 — 1,76	

**Sétima Idade — (≥ 60ª)**  
(por 1000 hab.)

1926 — 5,65 ‰	1930 — 4,3 ‰	1934 — 4,95 ‰
1927 — 5,05	1931 — 4,54	1935 — 4,76
1928 — 4,6	1932 — 5,23	1936 — 4,31
1929 — 4,54	1933 — 5,04	

**Taxas de mortalidade etária do distrito de Coimbra**

**Primeira Idade — (< 1ª)**  
(por 1000 nadò-vivos)

1929 — 114,3 ‰	—	1933 — 117,5 ‰	—
1930 — 104,6	—	1934 — 100,1	—
1931 — 100,	—	1935 — 120,2	—
1932 — 115,7	—	1936 — 98,6	—

**Segunda Idade — (1ª a 4ª)**  
(por 1000 hab.)

1929 — 1,47 ‰	—	1933 — 1,24 ‰	—
1930 — 1,03	—	1934 — 0,89	—
1931 — 0,95	—	1935 — 0,86	—
1932 — 1,31	—	1936 — 0,79	—



**Terceira Idade — (5ª a 14ª)**  
(por 1000 hab.)

1929 — 0,42 ‰	1933 — 0,52 ‰
1930 — 0,41	1934 — 0,48
1931 — 0,43	1935 — 0,44
1932 — 0,48	1936 — 0,38

**Quarta Idade — (15ª a 24ª)**  
(por 1000 hab.)

1929 — 0,75 ‰	1933 — 0,71 ‰
1930 — 0,69	1934 — 0,61
1931 — 0,66	1935 — 0,65
1932 — 0,71	1936 — 0,65

**Quinta Idade — (25ª a 44ª)**  
(por 1000 hab.)

1929 — 1,48 ‰	1933 — 1,51 ‰
1930 — 1,4	1934 — 1,7
1931 — 1,55	1935 — 1,8
1932 — 1,5	1936 — 1,05

**Sexta Idade — (45ª a 59ª)**  
(por 1000 hab.)

1929 — 1,5 ‰	1933 — 1,56 ‰
1930 — 1,4	1934 — 1,49
1931 — 1,43	1935 — 1,81
1932 — 1,44	1936 — 1,72

**Sétima Idade — (≥ 60ª)**  
(por 1000 hab.)

1929 — 6,36 ‰	1933 — 6,9 ‰
1930 — 6,42	1934 — 7,21
1931 — 6,91	1935 — 7,38
1932 — 6,67	1936 — 7,32

**Taxas de mortalidade por tuberculose da cidade de Coimbra**  
(por 100.000 hab.)

1926 — 348,4	1930 — 299,6	1934 — 259,5
1927 — 399,1	1931 — 265,5	1935 — 296,5
1928 — 359,8	1932 — 281	1936 — 197,9
1929 — 381,5	1933 — 312,2	1937 — 211

**Taxas de mortalidade por tuberculose do distrito de Coimbra**  
(por 100.000 hab.)

1929 — 145,7	1933 — 142,8
1930 — 148,01	1934 — 133,1
1931 — 144,9	1935 — 147,8
1932 — 139,8	1936 — 129,2

**Taxas de mortalidade por afecções pulmonares não tuberculosas**  
(por 100.000 hab.)

**Cidade de Coimbra**

1926 — 248	1930 — 163,6	1934 — 183,6
1927 — 258	1931 — 226,2	1935 — 235,9
1928 — 174	1932 — 271,4	1936 — 140,7
1929 — 245,1	1933 — 152,6	

**Distrito de Coimbra**

1929 — 196,9	1933 — 188,8
1930 — 138,7	1934 — 174,5
1931 — 187,5	1935 — 212
1932 — 186,1	1936 — 166,4

**Taxas de mortalidade por afecções cancerosas**  
(por 100.000 hab.)

**Cidade de Coimbra**

1926 — 94,7	1930 — 67,9	1934 — 68,8
1927 — 67,8	1931 — 68,8	1935 — 76,3
1928 — 44,9	1932 — 60	1936 — 57,1
1929 — 51,6	1933 — 44,6	

**Distrito de Coimbra**

1929 — 38,7	1933 — 42,6
1930 — 45,3	1934 — 44,3
1931 — 47,7	1935 — 50,5
1932 — 41,5	1936 — 53,3



## Valor relativo das causas de morte de cada idade

## Cidade de Coimbra

Primeira Idade (< 1ª)		Quarta Idade (15ª-24ª)	
	‰		‰
Nado-mortal. . . . .	36,8	Tuberculose . . . . .	54,1
Debil. cong. . . . .	12,2	Af. p. n. t. . . . .	2
Diarreia e ent. . . . .	18,4	F. tifóide . . . . .	10,4
Bronco-pneum. . . . .	6,1	Peritonite septicemias . . . . .	8,3
Tuberc. . . . .	4,1	Af. cardíacas . . . . .	6,2
Mening.-simples . . . . .	4,1	Mortes violentas e acidentes . . . . .	8,3
Atrepsia. . . . .	6,1	Outras causas . . . . .	10,4
Coq., variola, dift., sarampo e escarlatina . . . . .	2	<b>Quinta Idade (25ª-44ª)</b>	
Outras causas . . . . .	10,2		‰
<b>Segunda Idade (1ª-4ª)</b>		T. pulmonar e outras tub. . . . .	33,3
	‰	Af. p. n. t. . . . .	6,3
Bronco-pneum. . . . .	27,2	Af. cardíacas . . . . .	12,6
Diarr. e ent. . . . .	12,1	Af. cancerosas . . . . .	9,5
Tuberculose . . . . .	21,2	Septic. doenças infec. perito- nites . . . . .	9,5
Coq., var., dift., sar. e escarl . . . . .	6	Cirroze hepática . . . . .	6,3
Mening. simples . . . . .	3,1	M. violentas e acidentes . . . . .	7,9
Mortes violentas . . . . .	12,2	Af. ap. digestivo . . . . .	4,7
Outras causas . . . . .	18,2	Outras causas . . . . .	9,5
<b>Terceira Idade (5ª-14ª)</b>		<b>Sexta Idade (45ª-59ª)</b>	
	‰		‰
Tuberc. . . . .	42,8	Tub. pulmonar e outras tub. . . . .	16,4
Broncopn. . . . .	7,1	Af. p. n. t. . . . .	12,6
Diarr. e ent. . . . .	7,1	Af. cardíacas e hemor. cereb. . . . .	26,5
Apend. perit. septicemias . . . . .	21,4	Nefr. crónicas . . . . .	7,6
Mortes violentas . . . . .	14,3	Af. cancerosas . . . . .	8,9
Outras causas . . . . .	7,1	Mortes violentas e acidentes . . . . .	8,9
		Cirroze hepat. . . . .	7,6
		Sept. doenças inf. e periton. . . . .	3,8
		Af. sist. nervoso . . . . .	2,5
		Outras causas . . . . .	5

Sétima Idade ( $\geq 60^{\text{a}}$ )

	%
Tuberculose pulmonar e outras tuberculosas	3,5
Af. pulm. n. tuberculosas . . . . .	16,3
Af. cancerosas . . . . .	6,1
Af. org. sist. nervoso . . . . .	4
Af. cardíacas e hemor. cerebrais . . . . .	44,8
Nefr. crónicas . . . . .	1,02
Cirroze hepática . . . . .	2,04
Septicemias e outras doenças infecciosas . . . . .	2,5
Acidentes . . . . .	1,02
Senilid. e desconhecidas . . . . .	3,05
Outras causas . . . . .	15,8

---

---

Por engano tipográfico apareceu a fig. 3, pág. 589 do número anterior, mal colocada; uma rotação de  $180^{\circ}$  sobre o plano da figura coloca-a, porém, na posição conveniente.



## BIBLIOGRAFIA

- A. BOHN — La protection du premier âge (Rev. medico-social 1938).  
 — — Contamination tuberculeuse (Rev. medico-social 1938).
- A. CARVALHO — Politica Social (Lisboa 1932).
- A. LABBRANCA — Legislazione ed ordinamenti Sanitari italiani (Valardi, Milano 1934).
- A. LUMIÈRE — Les horizons de la Médecine Paris, 1937.  
 — — Tuberculose — Contagion — Hérité Paris.
- ALBERTO FARIA — Inquérito de Higiene Rural (1935).
- A. DELILLE ET LESTOCQUOY — La tuberculose infantile et sa prophylaxie Rev. Hyg. 1938, n.º 4.
- A. ZERI — Modificano i leucociti umani la tossina differica? (Ann. Igiene, 1935).
- A. PROENÇA — O problema da Assistência Médica em Portugal (1937).
- A. VINCENT — Vers une Médecine Humaine (Paris).
- A. LESSA — Livro de Higiene.
- A. ROCHA BRITO — 600 000!!! Conf. promovida pela Liga Portuguesa de Prof. Social,
- A. MELIÇO SILVESTRE — A higiene do leite na cidade de Coimbra (Coimbra Med. 1937, n.º 2).  
 — — A febre tifoide e as águas de abastecimento da cidade de Coimbra (Coimbra Médica) 1938, n.º 4).  
 — — A Defêsa Sanitária das Colónias Portuguesas (Coimbra Médica).
- BURNET E AYKROYD — L'Alimentation et l'Hygiene publique (Bull. trim. 1935).
- ET. BURNET — La prophylaxie de la Tuberculose (Bull. trim 1932).  
 — — Vue d'ensemble sur la Tuberculose Maladie Social (Rev. Hyg. 1933).  
 — — Médecine experimentale et Médecine Social (Rev. Hyg. 1935, pág. 321).
- BONJEAN — L'Institut d'Hygiene du Maroc (Rev. Hyg. 1935, pg. 734).
- C. WROCZYNSKI — Le Physique et la Santé (Bull. trim. Hyg 1937).
- CHANTEMESSE ET MOSNY — Hygiene Sociale (Traité, 2 vol) Paris.
- CRÉMIEU-BELLON — Les causes de la mortalité infantile (Rev. Médico-Social 1934).
- E. CASERIO — Variatione della carica batterica del latte (Ann. Ig. 1937).
- DRUMMOND, BLINK, BENDIXEN LEROX e WILSON — Le problème du lait (Bull. trim. 1937).
- DEBRÉ, JOANNON ET ALCAN — Enquête sur la mortalité foetò-infantile Rev. de Hyg. 1934).

- DEBRÉ ET BLINDER — Lutte contre la contamination dans les Hopitaux (Rev. Hyg. 1936).
- F. CORREIA — Problemas de Higiene e Puericultura (1934).
- G. MOURIQUAND — Médecine et éducation, les grands phases du développement de l'enfant (Rev. med.-sociale 1934 e 1935).
- G. SCHREIBER -- La protection maternelle et infantile (Rev. medicò-soc. 1935).
- GEORGE REID — Practical Sanitation (Griffin, London).
- G. SANARELLI — La vaccinoterapia multivalente locale (Ann. Igiene 1936).
- — L'Hérédité et la contagion dans la Tuberculose.
- H. HAZEMANN — L'Assistance post-sanatoriale en France (Rev. Hyg. 1933, pg. 602).
- H. SELLIER — La lutte contre la tuberculose dans la région parisienne.
- ICHOK — La mortalité à Paris et dans le département de la Seine.
- — La protection sociale de la Santé — L'Action medicò-sociale.
- — De la mortalité moyenne dans le département de la Seine. (Annales d'Hyg pub. ind. et soc. 1934).
- — Le chômage et la Santé Publique (Rev. Hyg. 1934).
- — La syphilis héréditaire et les statistiques de mortalité (Courier Médical, 1935)
- — La mortalité des nourrissons dans un milieu tuberculeux (Rev. Hyg. 1928).
- — La lutte contre la morbidité et la mortalité à l'âge scolaire (Rev. Hyg. 1936).
- — Les divers systèmes d'Assurance Sociale contre la maladie (Biol. Méd. 1931).
- JOSEPH MELLY — Le développement de l'hygiene en Hongrie (Rev. Hyg. 1937).
- J. HUBER — La prophylaxie de la syphilis chez les enfants de syphilitiques avérés (Rév. medico-soc. 1933).
- J. GODARD — La situation démographique à Paris en 1929 (Rev. de Hyg. 1934).
- K. SÜPFE e P. HOFMANN — Die Methoden der Wohnungshigiene (Adberhalden, Berlin).
- K. STOU MANN et FALK — Indices de Santé Leurs rapports avec le milieu et l'état sanitaire (Bull. Trim Hyg. 1936).
- — Indices de Santé de la Ville de Bruxelles (Bull. Trim. Hyg. 1935, n.º 1).
- K. STOU MANN — Les indices Santé. Essai d'application dans un district rural de Hongrie (Bull. Trim. 1937).
- KORSIÉ-YORSIÉ — Vaccination par le B. C. G. (Rev. Hyg. 1935, pg 343).
- LOEWENBERG — Scarlatine et sérum du convalescente (Rev. Hyg. 1935, pg. 671).
- LASNET — La protection maternele et infantile en Algérie (Rev. Hyg. 1935, pg. 36).



- LÈON BERNARD — Cours d'Hygiene (1.º vol.).
- L. BEVERE — I recenti sviluppi dell'Organizzazione igienico-sanitaria dell'Ungheria (Ann Ig. 1937, fasc. 12)
- LUIGI SCHIOPPA — Nuove scuole ad arredamento razionale (Ann. Ig. 1936).
- M. MOINE — La mortalité par cancer à Paris (Rev. Hyg 1938, n.º 3).
- M.<sup>me</sup> GILLET — Service Social (Coordination-Collaboration), (Rev. medico-soc. 1933).
- MALESPINE — Hygiene Pratique et Administrative (Vigot, 1938), Paris.
- NELLO POLESE — Considerazione sulle centrali del latte (Ann. Igiene 1936).
- P. TILLI — Assistenza sanitária in Roma (Ann. Ig. 1937).
- PARKES AND KENWOOD — Hygiene and Public Health (Lewis, London).
- P. PECKER — La lutte contre la maladie évitable et la mort prématurée (Paris).
- POULAIN — Essai de prophylaxie Urbane de la Rougeole (Rev. Hyg. 1935).
- RENÉ SAND — L'Économie Humaine par la Médecine Sociale.  
— — Le service sociale à travers le Monde.  
— — La Santé de l'écolier.
- RAFFAELE ROSSI — Sulle borgate rurali dal punto de vista igienico-sanitário (Ann. de Ig., 1934).
- ROCHAIX ET ROSIER — Centres Universitaires de Médecine Préventive Rev. (Hyg. 1937, n.ºs 6 e 7).
- RAMBAULT — Alimentation en lait de la Ville de Milan (Rev. Hyg. 1934).
- ROLLA BENNETT HILL — The ma'aria Problem in Portugal.
- RICARDO JORGE — Demografia e higiene da cidade do Pôrto.
- SANDRAS ET CHAUZY — Vaccination Associée T. A. B. — Anatoxine diphterique (Rev. Hyg. 1934).
- STILLMUNKES ET DUBOIS — La Rougeole et la Coqueluche à Venerque (Rev. Hyg. 1937, n.º 3).
- SANTOS BESSA — A Profilaxia da tuberculose infantil em Coimbra.
- SERRAS SILVA — O catolicismo e a higiene.  
— — Doenças morais e sua profilaxia.  
— — Intoxicações Alimentares.  
— — A Alimentação Vegetariana.
- SOBRAL CID — Coimbra — Demografia e Higiene (2 vol.).
- S. NAVARRO — Higiene Urbana y Social.
- TH. MÅDSEN — Le Danemark Pays d'Hygiene (Rev. Hyg. 1933).
- V. PACILIO — Mortalité e cause di morte in Italia (Ann. Ig. 1937).
- V. LAVERGNE — Epidémiologic de la Rougeole (Rev. Hyg. 1933).

CADEIRA DE CLÍNICA MÉDICA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

*Director: Prof. A. de Moraes Sarmento*

---

## SOBRE TÉCNICAS E INTERPRETAÇÃO DA PROVA DA VELOCIDADE CIRCULATÓRIA

POR

L. DUARTE SANTOS

ASSISTENTE DA FACULDADE DE MEDICINA (CLÍNICA MÉDICA)

A velocidade de circulação do sangue, isto é, o tempo que o sangue gasta a percorrer no sistema vascular determinado circuito aberto ou fechado, tem um interesse teórico ineludível e vai adquirindo por igual interesse prático.

Para isso é necessário que a prova possa fornecer elementos de valor para o diagnóstico, prognóstico ou terapêutica, que a técnica seja de fácil execução, resulte inócua, e que os resultados não se prestem a dúvidas e dificuldades de interpretação.

Multiplos trabalhos tem mostrado que o valor clínico da prova é real e até entre nós recentemente os Professores Egydio Aires e Mario Trincão (1), num muito completo e bem elaborado trabalho, mostraram o seu valor como sinal precoce da insuficiência cardíaca, que permite revelar a insuficiência inaparente, avaliar a intensidade duma insuficiência cardíaca declarada, o que tem valor prognóstico, e determinar a eficácia da terapêutica tonicardíaca.

Cossio, del Castillo e Berconsky (10) estudando os diversos métodos para diagnosticar a insuficiência cardíaca inaparente mostraram o valor da medida da velocidade de circulação do sangue, e Facquet (11) diz: «*parmi des procédés les plus sensibles pour le diagnostic de l'insuffisance cardiaque latente, la mesure du temps de circulation par la méthode á la saccharine paraît le plus pratique*».



É nêstes estados cardíacos que mais valor tem esta prova (2, 5, 9, 12, 18, 19, 22, 24) mas também o tem noutras situações mórbidas como no hipertiroidismo (3, 8, 11, 13, 22, 24) e no mixedema (4) na anemia grave, poliglobulia, e nos estados febris (11). Nas afecções pulmonares e pleurais com cianose e dispneia ela permite distinguir se a causa de tais sintomas é de natureza realmente pulmonar ou devida a insuficiência cardíaca (1-10). No diagnóstico das compressões da veia cava superior é interessante a sua determinação porque a pressão venosa está muito elevada (23) enquanto a velocidade circulatória, que na insuficiência cardíaca acompanha as modificações da pressão venosa antecedendo-as até, mantem-se normal (11-16-19).

Quanto a facilidades técnicas os processos propostos desde o de Bornstein (7) em 1912, são muitos e variados, mas valha a verdade na sua maioria com desvantagem de uma ou outra ordem; contudo existem métodos fáceis, isentos de perigo e pouco dispendiosos.

Consistem os métodos em injectar certos productos num ponto do aparelho circulatório e determinar o tempo que tais produtos levam a aparecer noutro ponto ou a produzir determinados efeitos fisiológicos.

Os dêste segundo tipo são mais práticos que os do primeiro e Facquet (11) diz que êles fornecem resultados que justificam plenamente o seu uso.

Nos métodos do primeiro tipo empregam-se substâncias como a fluoresceína, o vermelho do congo, ou productos radio-activos, e foram propostos por Kock (15), Camile Lian e M.<sup>me</sup> Barras (17), Klein e Heinemann (14), Blungart Yens e Weiss (6), mas alguns dêstes também propuzeram e usam métodos do outro tipo.

Êstes consistem, como já dissemos na injeção de substâncias que provoquem um nítido efeito fisiológico pela sua chegada a certo ponto do organismo. Teem sido empregues: a histamina (Weiss, Robb, Blungart (24), Cossio, del Castillo e Berconsky (10), Facquet); o cloreto de cálcio (Hirschsohn e Maendl, Ceccarrelli (9)); o cianeto de sódio (Robb e Weiss (21)); o sacarinato de sódio (Hitzig e King, Metzger e Fleurent (20)); o éter etílico (Hitzig (13)); a decolina (Winternitz, Deutch e Brull (25)).

Citamos em último lugar as provas do éter e da decolina por delas nos ocuparmos mais especialmente.



Sobre dúvidas e dificuldades de interpretação que não permitam completa valorização dos resultados, uma larga margem nos limites do normal, tornam-nas possíveis, sobretudo quando se obtenham números vizinhos desses limites, e se não conduza a erros acarreta pelo menos imprecisões.

De indivíduo para indivíduo, independente do sexo, pêso, altura, superfície do corpo (5), taquicardia ou bradicardia (11), obtem-se para a velocidade circulatória valores bem diferentes, admitindo-se para as provas sápidas tipo decolina, uma amplitude nos valores normais de 9' a 17'.

Pelo contrário no mesmo indivíduo os resultados são constantes (25), só sujeitos a pequenas flutuações como aliás sucede a outras constantes fisiológicas como a tensão arterial, a frequência do pulso, etc.

Facquet (11) que aceita a velocidade de circulação do sangue como constante no mesmo indivíduo cita em abono dois casos em que fez várias determinações verificando oscilações de 3 e 3 1/2 segundos!

Não diz Facquet de que método se serviu mas deve ter usado o do sacarinato de sódio pois é esse que correntemente emprega. Nós com a decolina encontramos no mesmo indivíduo valores mais constantes, com a oscilação máxima de 2' é só excepcionalmente, como se vê nos resultados adiante.

As diferenças encontradas por Facquet podem dever-se ao sacarinato não produzir o gosto de uma maneira tão brusca e nítida como a decolina e torna-se por esse motivo uma causa de erro.

Devemos aceitar a velocidade de circulação do sangue como uma constante fisiológica que oscila só ligeiramente podendo aparentar o contrário uma má técnica ou o pouco cuidado na sua execução.

Facquet usa, como já dissemos, de preferência a prova do sacarinato mas não lhe reconhecesse superioridade sobre a da decolina que a seu ver só tem o inconveniente do preço.

Contra a do sacarinato há até o já citado defeito da menor intensidade e brusquidão do gosto, e por outro lado um certo estado nauseoso e sensação de queimadura ao longo da veia que podem aparecer com qualquer dos dois produtos, mas aparecem contudo muito mais frequentemente com o sacarinato de sódio.



Por tudo isto é pois bem preferível o uso da decolina.

A prova deve ser feita estando o indivíduo em jejum, deitado, em repouso completo há pelo menos  $\frac{1}{4}$  de hora, e o produto é injectado numa veia da flexura à direita. Usa-se uma seringa de 5 cc. munida de uma agulha curta e de grande calibre — nós usamos agulhas de 2 cm. de comprimento e 1,2 mm. de diâmetro — e injectam-se 3 cc. a 5 cc. de decolina (dehidrocolato de sódio).

A injeção é feita com a máxima velocidade e nêsse mesmo momento põe-se a funcionar o conta-segundos. O doente é antes informado de que irá sentir um gosto amargo e que no momento exacto em que perceber êsse gôsto deve pronunciar «ah!», e nessa altura para-se o conta-segundos, vendo-se o tempo decorrido que marca a velocidade circulatória. Deve-se com cuidado fixar a expressão do paciente porque em regra melhor do que a interjeição uma alteração da facies em virtude da chegada do gôsto deveras desagradável da decolina, marca o fim da prova.

O método do éter etílico proposto por Hitzig (13) mede um percurso diferente da circulação, bem mais curto porque o seu terminus é marcado pela sensação olfativa percebida a quando da libertação do produto pelos alvéolos pulmonares. Explora assim a circulação do braço até aos pulmões não chegando à grande circulação arterial, é a prova do coração direito com um valor teórico indiscutível mas sem interesse prático de maior.

Roger Godel e Chehal (12) num trabalho publicado na *Presse Medicale* empregam um método que é a associação destas duas provas — método da decolina-éter.

Interessante por duma só vez permitir obter dois resultados, vários autores usaram tal método (1,2). Também nós lhe demos a preferência na execução de um trabalho que nos propunhamos executar. Logo de início começamo-nos a sentir embaraçados com certas dificuldades de ordem prática, sobretudo com a confusão e imprecisão da parte dos doentes em marcarem nitidamente o início das duas sensações — primeiro a olfativa, depois a gustativa. Ficavamos pouco seguros dos resultados e por tal feito repetiamos a prova obtendo resultados bem diversos de um dia para o outro, sobretudo quanto à decolina. Obtínhamos diferenças pouco de harmonia com a noção de constante fisiológica.

Foi então que resolvemos fazer o estudo comparativo dos

resultados obtidos com a prova da decolina-éter e a prova da decolina simples.

Em vinte e cinco indivíduos fizemos com dois três dias de intervalo quatro {provas; duas da decolina-éter e duas da decolina.

Obtivemos os resultados que indicamos no seguinte quadro :

Caso	Decolina-éter		Decolina simples
	Éter	Dec.	
I	6	10	14
	6	13	14
II	7	11	13
	8	15	12
III	5	19	13
	5	12,5	13
IV	6	10	12
	7	14	13
V	5	11	10
	6	14	9
VI	6	10	14
	6	15	13,5
VII	7	10	14
	8	13	15
VIII	7	13	16
	6	9	14
XI	6,5	10	13
	7,5	12	13
X	8	14	10
	6	9	11



Caso	Decolina-éter Éter - Dec.	Decolina simples
XI	7 — 12	14
	6 — 12	15
XII	5 — 11	15
	7 — 14	16
XIII	6 — 10	16
	6,5 — 14	16
XIV	8 — 16	11
	7 — 13	10
XV	5 — 10	14
	6 — 14	13
XVI	5 — 14	15
	7 — 10	13
XVII	6 — 10	11
	7 — 9	12
XVIII	6 — 14	12
	6 — 9	12
XIX	8 — 14	11
	6 — 15	13
XX	7 — 17	13
	8 — 14	13
XXI	7 — 14	10
	6 — 17	9
XXII	6 — 10	14
	6 — 13	14
XXIII	6,5 — 11	13
	6 — 9	12
XXIV	5 — 9	12
	6 — 14	11
XXV	7 — 9	16
	7 — 12	16

Diferenças máximas na prova decolina-éter :

Éter — 2'

Decolina — 5'

Diferença máxima na prova da decolina simples : 2'.

Média das diferenças na prova da decolina-éter :

Éter — 0,88

Decolina — 3,06

Média das diferenças na prova simples : — 0,80

Vê-se que os valores do éter são mais ou menos contantes e que a decolina não perturba a apreciação da sensação alfativa pelos doentes, mas pelo contrário que os resultados obtidos como velocidade de circulação com a prova da decolina simples são muito mais constantes do que com a prova associada em que há oscilações grandes dum dia para o outro.

O que causará tal diferença ?

Possivelmente a confusão das duas sensações, a preocupação dos doentes em as separar, a perturbação que lhes causa o cheiro do éter e não lhes deixa ficar a serenidade bastante para bem marcar a chegada do gosto especial da decolina e marcar bem tal chegada. São assim levados a dar o sinal antes, quando ainda só há o cheiro, ou pelo contrário a dar o sinal segundos depois.

A mudança de expressão à chegada do gosto da decolina, a que frizámos o valor, também assim é prejudicada porque o éter já faz perder a serenidade anterior dos traços fisionómicos indispensável para bem se conhecer a alteração.

Tudo isto aliás não é de surpreender sabendo-se que sobretudo em mulheres e mesmo em homens excitáveis, se obtem o sinal de que o gosto chegou ainda antes de começado a injectar o producto !

Quando se chama o cuidado do paciente para uma só sensação mais facilmente se desempenhará como é necessário de tal tarefa.

Obtido o tempo da velocidade circulatória já vimos que a interpretação nem sempre poderá ser fácil e bem valorizada, dados os limites amplos em que varia de individuo para individuo.

Nós pelos resultados obtidos num estudo (1) que fizemos sobre

(1) Faz parte dum grapo de trabalhos sobre o problema da constituição individual e que por esse motivo só será publicado nesta revista a seu tempo.



a velocidade de circulação do sangue e o tipo constitucional verificamos em resumo que os brevilinhos teem a velocidade de circulação mais lenta que os longilinhos. Assim os limites da normalidade são mais estreitos porque são condicionados pelo tipo constitucional de cada caso e a interpretação dos resultados obtidos pode ser favorecida.

Uma velocidade de circulação lenta mas a dentro dos limites da normalidade será bem própria dum brevilinho mas já imprópria e suspeita de anormal num longilinho. Se a velocidade encontrada é só ligeiramente anormal, de 18 por exemplo, tem um especial significado patológico se tiver sido encontrada num longilinho e pouco significará para um brevilinho. Um caso concreto nos sucedeu já:

J. G. C. internado em 4.<sup>a</sup> M. H. serviços de Clínica Médica com o número 553, em Janeiro do ano corrente; 20 anos de idade. Há cêrca de 10 anos que de vez em vez tinha crises de palpitações cardíacas de pouca duração e intensidade que sobrevinham quando realizava esforços. Nestes últimos 6 meses essas crises eram mais freqüentes e duradoiras com um certo grau de angústia sendo obrigado a suspender o trabalho quando elas apareciam. Nunca teve dispneia ou edemas, todo o seu sofrimento se resume no relatado.

Longilinho estênico (Pende), L<sub>6</sub> (Viola), 1,80 m. de altura, 67 kilos de peso. Certo abaulamento da região pré-cordial.

Sub-febril, taquicardia (100), sôpro sistólico no foco mitral com propagação para a axila, ao entrar para o hospital; quatro dias depois apirético, 90-100 de pulso, e não se ouve o sôpro.

Tensões 12-8-6. Ciclos respiratórios 24 por minuto. Ausência de edemas, e o restante exame clínico negativo em dados de valor.

Electro-cardiograma sem valor. Estudo hemo-leucocitário: só leucocitose (14.800).

Hemocultura negativa. Esteve de de o primeiro dia de hospitalização sujeito a terapêutica salicilada intensa (via oral e endo-venosa) e saiu muito melhorado.

Medimos-lhe a velocidade de circulação do sangue quando estava apirético e sem sôpro cardíaco audível — 16! Nessa altura por estarmos de serviço na enfermaria 4.<sup>a</sup> M. M. não conhecíamos o doente e ficamos muito surpeendidos por num longilinho obtermos como velocidade de circulação um número já elevado, pois até ai não encontraramos valor superior a 13' nêsse eclípo, e nada do exame actual nos fazia pensar em insuficiência cardíada.

Feito o orto-diagrama do coração e grossos vasos mostrou-nos um aumento do diâmetro oblíquo mas num coração alongado, um pequeno aumento do diâmetro transversal da aurícula direita, e a aurícula esquerda também aumentada de volume dando lugar a uma certa saliência do arco médio. Pedículo vascular sem alterações apreciáveis.

Escusado é frizar o valor dêste número 16' para o caso presente pois êle resalta claramente da história clínica. Se êste doente fôsse um brevilinho teria possivelmente já um maior número a traduzir a sua velocidade de circulação, e se tivesse só 16 não lhe ligariamos o valor que ligamos neste caso por se tratar dum longilinho, tipo constitucional que tem em regra velocidades de circulação nos limites baixos da normalidade não ultrapassando os 13'. A prova da velocidade de circulação que tão útil pode ser no diagnóstico duma insuficiência inaparente, se a relacionarmos com a constituição individual pode permitir mais exactas interpretações.

Em conclusão :

- A prova da decolina é uma prova que satisfaz as exigências da clínica e é de utilidade.
- A prova da decolina-éter pode não dar grande exatidão nos resultados quanto ao trajecto da decolina, mas é contudo exacta quanto ao éter.
- A interpretação dos resultados obtidos é mais fácil e mais proveitosa quando se tenha em conta a constituição individual.



## BIBLIOGRAFIA

- 1 — AIRES (EGYDIO) e MARIO TRINCÃO — Velocidade Circulatória — «Coimbra Médica», 1938-4-285.
- 2 — AZEVEDO (ANTUNES DE) — Sobre a velocidade da circulação apreciada pela prova da decolina-éter — 1936-6-433.
- 3 — BLUMGART (H. L.), GARGILL (S. L.) e GILLIGAN (D. R.) — Studies on the velocity of blood flow-The circulatory response to thyrotoxicosis — Jour. clinical Invest. — 1930-9-69.
- 4 — — — Studies on the velocity of blood flow-The circulation in mixedema with a comparison of blood flow in mixedema and thyrotoxicosis — Jour. clinical Invest. 1930-9-91.
- 5 — BLUMGART (H. L.) e WEISS (G.) — The physiological and pathological significance of the velocity of blood flow — Jour. clinical of Invest. 1927-4-199.
- 6 — BLUMGART (H. L.) e YENS (O. C.) — Studies in veloc. of blood flow-The method utilized — J. Clin. Invest.1927-4-1.
- 7 — BORNSTEIN (A.) — Ueber die messung der kreislaufzeit in der klinik-Bell. des Kongress f. inn. Med. — 1912-29-457.
- 8 — CASTILLO, BERCONSKY e PEDRO COSSIO — La velocidad sanguinea en el hyperthyroidismo — «Semana Médica», 8 junho 1933.
- 9 — CECCARELLI (D.) — Recherches sur la rapidité du courant sanguin dans les cardiopathies — Rivista Opidaliera — 1933-XXLII-8 (an. in Presse medicale — 22 août 1934-157 — revue des journaux).
- 10 — COSSIO (PEDRO), CASTILLO e BERCONSKY — Velocidad sanguinea in capacidad funcional del corazon — Semana Médica, 1933-23.
- 11 — FACQUET (JEAN) — Sur la vitesse de circulation dans l'organisme —These Paris 1936.
- 12 — GODEL (ROGER) e CHÉHALE (C.) Mesure de la vitesse de circulation appliquée a l'évolution et la thérapeutique des cardiopathies — La Presse Medicale 1936-3-48.
- 13 — HITZIG (W.) — The use of ether in measuring the circulation time from the antecubital veins to the pulmonary capillaries — Americ. Heart Journal — 1935 — Decembre — 1880.
- 14 — KLEIN (O.) e HEINEMAN (J.) — Zur Messung der Stromgeschwindigkeit des Blutes beim Menschen — Zentralbt fur Inn. Med. 1929-50-490.
- 15 — KOCH (E.) — Die Stromgeschwindekeit des Blutes — Deutche Arch. fur Klin. Med., 1922-CXL-39
- 16 — LIAN (CAMILLE) e A. ABAZA — La dissociation de la pression veineuse et de la vitesse de circulation, signe caractéristique de

- l'obstruction de la veine cave supérieure — Soc. Méd. Hôp. de Paris — 3 de Maio 1935.
- 17 — LIAN (CAMILLE) e M.<sup>ME</sup> BARRAS — La mesure de la vitesse de circulation par la méthode à la fluorescéine — Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris — 31 de Janeiro de 1930.
- 18 — LIAN (CAMILLE) e FACQUET (J.) — La mesure de la vitesse de circulation dans l'insuffisance cardiaque et en dehors de l'insuffisance cardiaque — Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris — 21 fev. 1935.
- 19 — MARCHANDISE (PIERRE) — La mesure de la vitesse circulatoire en clinique — Bruxelles Médical, 1917-XVII-25-929.
- 20 — METZGER e FLEURENT — La mesure de la vitesse de circulation du sang par la méthode à la saccharine — Soc. de Med. de Strasbourg — 22 decembre 1934.
- 21 — ROBB (G.) e WEISS (S.) — A method for the measurement of the velocity of pulmonary and peripheral venous blood flow — American Heart Journal, 1933-8-650.
- 22 — TARR (L.), OPPENHEIMER, ROBERT SAGER — The circulation time in various clinical conditions determined by the use of sodium dehydrocolate — Amer. Heart Journal, 1933-6-766.
- 23 — VILARES, SAINT-GIROUS e J. BESANCON — La pression veineuse — Masson, 1930.
- 24 — WEISS, ROBB e BLUMGART — The velocity of blood flow in health and disease as measured by the effect of histamine on the minute vessels — American Heart Journal, 1929-4-664
- 25 — WINTERNITZ (M.), DEUTSCH (J.) e BRULL — Eine klinisch brauchbare Bestimmungs Methode der Blutumlauflzeit mittels Decholinjektion — Med. Klin. — 1931-27-986.



## NOTAS CLINICAS

### Sobre um caso de Beri-beri húmido

Por achar fora do quadro nosológico do nosso país, julgo interessante chamar a atenção dos leitores da *Coimbra Médica*, para o caso clínico que passo a expôr e que classifiquei e tratei como *Beri-beri húmido* :

História clínica :

L. S. dos Santos, 65 anos de idade, doméstica, casada, natural do lugar e freguesia do Espinheiro, concelho de Alcanena, aonde reside.

A. H. Nada encontramos que mereça referência, à excepção dum eczema rebelde de que seu pai sofreu durante anos.

A. C. Tem uma irmã viva e outras duas morreram-lhe. Destas, desconhece a causa da morte duma ; da outra, julga que a causa da morte tivesse sido a diabetes. A irmã que vive é saudável.

A. P. Teve aos 18 anos, gastralgias, hematemeses, azia, vômitos, pirosis e sialorreia. As gastralgias acalmavam-se com a ingestão dos alimentos.

Aos 19 anos, após um ataque de gripe, (no seu dizer) esteve tão fraca, que o médico assistente a considerou tuberculosa.

Melhorou, porém, e de tal modo, que aos 28 anos casava, continuando a gozar boa saúde, até à doença presente, apesar de ter tido 4 filhos, todos vivos e saudáveis.

H. P. Começou por sentir rubôr da face dorsal dos ante-braços e nuca ; rubôr doloroso, sobretudo à pressão e que se foi estendendo à face, às mãos, com tumefacção, tornando-se a pele sêca, descamando-se facilmente em pequenas escamas furfuraceas. Depois de alguns dias de evolução, desapareceu parcialmente, perdendo o seu carácter doloroso, bem como a rubefacção, mas mantendo o aspecto sêco e descamativo.

Passado algum tempo de acalmia, o eritêma faz a sua reparição com o mesmo cortejo sintomático, mas com dôres violentas nos membros inferiores, dando ao doente a impressão de que deslisavam sôbre a pele com o *bico dum alfinete*.

Assim se vai arrastando a doença, com alternativas de exacerbação e acalmia durante alguns meses, notando que a reparição do eritêma era acompanhada cada vez com mais dôres, todas com o mesmo aspecto de

carácter fulgurante que lhe corriam rapidamente os membros duma extremidade à outra. A princípio, nos inferiores, depois nos superiores, tornando-se os membros, à medida que se repetiam as crises, cada vez mais grossos e esbranquiçados notando que nos períodos de acalmia, mesmo sem dôres, tinha dificuldade em os mover.

E. A. Doente em decúbito dorsal, edema (quási anasarca) com predominância nos membros e abdomen. Ausente da face. O edema é duro, não faz «godet» à pressão, pele esbranquiçada, paralesia dos membros que a impede até de se alimentar por sua mão; eritêma da face e nuca, interessando a própria derme. Pele sêca e cheia de escamas furfuráceas. Dôr espontânea e provocada, no eritêma. Dôres de tipo nevritico nos membros. Diurese normal, com ausência de albumina nas urinas. Tons cardíacos normais, ritmicos e com 72 pulsações por minuto. Tensão arterial Max : 15; Min : 8. ao Pachon Funções digestivas : Constipação, náuseas, flatulência e inaptência, bôca sêca, com ligeira estomatite não ulcerativa. Fígado de limites normais. Faculdades psíquicas normais.

Estava tomando digitalina e injeccões de stricnarsitol, com insucesso absoluto.

*Diagnóstico :*

Beriberi de forma húmida

*Terapêutica :*

Laxante, desinfecção instestinal e Vitamina B.

Alimentação : Suspensão do arroz que estava comendo, substituindo-o por frutas e hortaliças, etc.

Após 18 injeccões, o eritêma desaparece, bem como as paresias e, assim, vemos que esta doente levanta-se, anda, trata da vida de sua casa e 40 dias depois de iniciado o tratamento vem ao meu consultório, fazendo para isso uma viagem de muitos quilómetros de camionete, sem sentir grandes dificuldades nos movimentos.

Vem a propósito perguntar se o *Beri-beri* poderá ser considerado como doença infecto-contagiosa ou de carência ?

Nêste caso milita em favôr da primeira hipótese o facto de na terra da doente viver um official reformado do nosso exército, que contraiu esta doença na *India* (o que só vim a saber depois da doente curada). Teria sido êste o veículo ? Não o encontrando aqui, aonde o procurar ? Na segunda hipótese, para ser verdadeira, não se deveria verificar mais casos pelo menos na família da doente, aonde todos fazem a mesma alimentação ? Deixo em suspenso a resposta, aguardando que alguém mais competente e que para estudar o assunto, o faça.

CARLOS FERREIRA.



## LIVROS & REVISTAS

Syndromes céphalique et psychonévrtique avec calcifications de la faux du cerveau, por J. A. Chavany e J. Brunhes. *Revue Neurologique*, Tome 69, n.º 2, Fev. 1938.

As incrustações calcáreas da dura-máter inter-hemisférica, que antigamente constituíam curiosidades necropsicas, entraram por assim dizer, na era radioclínica:

Os A. A., depois de descreverem detalhadamente 4 observações clínicas, falam-nos da concordância de sinais radiológicos de opacificação da fenda inter-hemisférica com cefaleia e perturbações psiconevróticas.

Embora os A. A. não queiram estabelecer uma relação de causalidade entre as perturbações funcionais e a calcificação da foice do cérebro, considerando-as como a expressão clínica de tais lesões, dão ao sinal radiológico o valor dum sintoma testemunha, dum sinal associado, revelador de modificações mórbidas do encefalo, emitindo então a hipótese de que estas manifestações, evolucionando em terreno hereditariamente predisposto, se integram no vasto síndrome da degenerescência mental de Magnan.

Apoiam a sua hipótese no estudo da hereditariedade das suas observações clínicas e ainda nos dados estatísticos que mostram a maior frequência da opacificação radiológica no *meio psiquiátrico*.

A. MESQUITA.

Étude anatomo-clinique sur une lésion ancienne du noyau rouge, por Georges Guillain, Ivan Bertrand et Jacqueline Guillain. *Revue Neurologique*, Tome 69, n.º 3, Março 1938.

Um dos A. A., Georges Guillan, em 1903, de colaboração com Pierre Marie, relatou um dos primeiros casos de lesão antiga do núcleo vermelho e degenerescências secundárias. Tratava-se dum doente com uma hemiplegia infantil e movimentos anormais dos membros superiores. O actual estudo anatomo-clínico diz respeito a um caso muito análogo que os A. A. aproveitam para algumas considerações sôbre a repercussão anatómica longínqua duma lesão antiga, limitada e pura do núcleo vermelho.

O doente em questão, que morreu de bronco-pneumonia aguda aos 71 anos, tinha uma hemiplegia infantil esquerda e movimentos anormais, a



primeira instalada aos 6 anos e os segundos aos 20. Estes movimentos, involuntários e incessantes, existem na face (pálpebras e músculos peribucais), músculos do braço, ante-braço e dedos esquerdos, ora simples tremor rápido, ora movimentos de flexão e extensão com carácter coreo-atetósico. Há também pequenos movimentos no membro inferior esquerdo.

Os músculos de movimento mais acentuado estão nítidamente hipertrofiados. Sensibilidade superficial e profunda sem alterações. Pupilas em miose não reagindo à luz.

O exame macroscópico mostra um amolecimento do hemisfério cerebeloso esquerdo no território da artéria cerebelosa infero-posterior e lesões de atheroma das artérias cerebrais.

Feitos vários cortes horizontais, em série, desde os núcleos cinzentos centrais até à medula cervical, observa-se uma lesão mesocefálica constituída por um foco de amolecimento que destrói em grande parte o núcleo central e o núcleo dorso-mediano do núcleo vermelho, para fora atinge a cápsula rubrica, para dentro chega à linha média, destruindo grande número de fibras dento-rúbricas e fibras comissurais do cruzamento de Forel da via rubro-espinhal. Para traz o feixe longitudinal posterior está destruído, avançando o foco até ao contacto do núcleo do III par.

Os cortes na protuberância, no bolbo e no cerebelo mostram respectivamente um atrofia considerável do pedunculo cerebeloso superior, esclerose do complexo olivar direito e atrofia do hemisferio cerebeloso esquerdo.

O exame histológico mostra que se trata dum amolecimento muito antigo que destrói o núcleo vermelho na sua quasi totalidade, porção supero-interna sobretudo, deixando íntegras, as formações vizinhas. Este foco de amolecimento condiciona degenerescências secundárias que determinam a atrofia da protuberância, do bolbo e do cerebelo.

O amolecimento cerebeloso, de origem ateromatosa, muito mais recente, coincidindo com territórios há muito atrofiados, em nada veio modificar a sintomatologia clínica devida às lesões primitivas.

A. MESQUITA.

---

**Le complexe épithalamo-épiphysaire. Ses corrélations avec le complexe hypothalamo-hypophysaire. Le système neuro-endocrinien du diencephale,** por G. Roussy et M. Mosinger. *Revue Neurologique*, Tome 69, n.º 5, Maio de 1938.

Os A. A. começam por lembrar que o complexo hipotalamo-hipofisário comporte correlações neuro-glandulares recíprocas, visto que os centros excito-secretores da hipófise estão no hipotalamo e que aquele pode actuar por neurocrinia no funcionamento hipotalamico. Declaram depois que o epitalamo, compreendendo os gânglios da habenule, a comissura habenular e a epífise constituem um complexo neuro-glandular idêntico,



ficando assim o diencefalo com duas importantes formações neuro-endocrinas, uma no teto, outra no pavimento do 3.º ventrículo.

Por estudos feitos na epífise do cavalo verificam-se fenómenos neurocrinos comparáveis aos de neurocrinia da hipófise, sendo a epífise dotada de neurierinia (secreção de origem neuro-ectodérmica) e de neurocrinia (secreção endovenosa).

Por cortes em série feitos no cão e com coloração argéutica, concluem que a epífise é enervada por 8 contingentes de fibras diferentes: 1.º um táenial vindo da estria medular ou taenia thalami que é considerado um feixe olfativo; 2.º um feixe comissural posterior da comissura posterior; 3.º um epitalâmico da habenula; 4.º um comissural habenular; 5.º um periventricular talâmico; 6.º um tectal; 7.º um valvular, vindo da válvula de Vieussens; 8.º um cervical, constituído por ramos vasculares de origem carotídea.

Em resumo, o funcionamento epifisário está submetido a numerosos centros, o que a par da complexidade da sua enervação, demonstra a importância que é preciso atribuir à glândula pineal.

O conhecimento dos centros excito-secretores leva a conclusões importantes quanto à acção neuro-reguladora epifisária. Pelas suas investigações histo-fisiológicas consideram 6 grupos de incitações a que a epífise está submetida: 1.º impulsões de origem ventricular e peri-ependimar; 2.º de origem olfactiva; 3.º incitações talâmicas; 4.º pálido-estriadas; 5.º de origem sensitivo sensorial múltipla; 6.º provenientes da tela coroídea.

O funcionamento da glândula pineal está portanto submetido a excitações neuro-vegetativas (ventriculares e coroídea) e neuro-somáticas ou cerebro-espinhais (olfativas, ópticas, acústicas sensitivas e gerais).

Entre o sistema epitalamo-epifisário e o sistema hipotálamo-hipofisário existem correlações íntimas, quer centrais entre os centros excito-secretores das duas glândulas, quer hormono-neurais, pelo que estas glândulas podem exercer uma influência uma sobre a outra.

Os A. A. terminam o seu trabalho frizando bem a importância do diencefalo no sistema neuro-endócrino, pois além dos centros vegetativos superiores do hipotálamo contém dois importantes complexos neuro-glandulares.

A. MESQUITA.

**Adénopathie cervicale revelatrice d'un epithelioma pharyngé chez un enfant de 9 ans, por Mlle Condat, J. Gadrat e J. Lassene.**  
*Arch. de Méd. des Enfants.* T. 41, n.º 9, Setembro 1938.

Trata-se duma criança de 9 anos em quem, durante a convalescência de sarampo, apareceu uma adenopatia cervical. A criança foi tratada como apresentando uma tuberculose ganglionar. Todos os tratamentos feitos foram, porém, ineficazes e, passados quatro meses; resolveram interná-la no Hospital. Apresentava uma tumefacção cervical direita, do



tamanho aproximado duma tangerina, constituída por três massas principais, duas inferiores e uma superior, esta última alojando-se no sulco retro-maxilar. Esta massa apresentava uma consistência irregular e era aderente aos planos profundos mas não aos superficiais, sendo a pele móvel sobre ela. Na região latero-cervical esquerda notavam-se três gânglios no trajecto da veia jugular, atingindo um deles, mais superficial e duro, o tamanho duma avelã.

O doente apresentava uma voz nasalada. A rinoscopia e o exame de cavidade bucal nada mostraram de anormal. Na garganta, porém, notava-se uma certa saliência dos pilares direitos do véu do paladar. Laringoscopia e rinoscopia posterior, impossíveis. O toque faríngeo revelou a existência duma massa tumoral firme, ocupando a parte postero-lateral direita da oro-faringe; o toque permitiu retirar um pequeno fragmento da massa tumoral. Tira-se também por biópsia um gânglio da cadeia jugular esquerda.

O exame histológico dêsse gânglio e do fragmento retirado do cavum apresentam os mesmos elementos neoplásicos e permitem concluir tratar-se dum *epitelioma baso-celular da mucosa faríngea*, com invasão das cadeias ganglionares do pescoço.

As adenopatias cervicais aumentaram progressivamente de volume, e o doente tornou-se dispneico e morreu dois meses mais tarde com uma grande hemorragia.

Embora os tumores naso-faríngeos malignos possam existir na criança, as formas epiteliomatosas são raras. De facto, nas 32 observações inéditas coligidas por Portman e Retrouvey em 1927 não se assinala nenhum caso de epitelioma antes dos 20 anos. Os A. A. por sua vez, não conseguiram encontrar mais de 4 observações anteriores à sua, datando a mais antiga de 1901 (Edler). O caso a que nos estamos referindo apresenta o interesse do duplo controle histológico e o facto de apenas a voz nasalada, intermitente, ter chamado a atenção para a rino-faringe; não existia nenhum sinal neurológico do lado do trapézio, do esterno cleido-mastoideu nem do véu do paladar.

Trata-se de factos muito raros que não permitem o estabelecimento de quaisquer noções práticas. No entanto, os A. A. concluem que, quando os meios de investigação corrente: radiológicos, sorológicos, hematológicos, não permitem precisar qual a natureza duma adenopatia cervical crónica, devem juntar-se-lhes os exames naso faríngeos minuciosos e repetidos, completados, quando possível, por uma biópsia,

BRITO SUBTIL.



## PUBLICAÇÕES RECEBIDAS

Dr. Vicente de Gouveia — **A Banana** (Fruto alimento-medicamento) — Funchal, 1938.

Estudo completo sobre as qualidades nutritivas do fruto a que o A. chama fruto de todo o ano. O Estudo das vitaminas merece ao A. especial atenção. A vitaminologia gemea duma outra ciência, a Endocrinologia, e dos ramos da medicina mais progressivos. Com o seu concurso tendo-se cada vez a afirmar que os processos fundamentais da alimentação e da nutrição são mais qualitativos que quantitativos. No estudo dos princípios activos deste fruto nas suas indicações dieteticas e até terapêuticas o A. não esquece a tendência individualista que é marca do renascimento médico actual. O livro que conta cerca de 80 páginas, ricamente ilustrado, não exprime apenas um estudo de compilação; vai mais longe: as suas conclusões assentam em bases experimentais que o A. descreve com minúcia.

J. P.

Dr. José Lopes Dias — **Misericórdias e Hospitais da Beira Baixa** — Sep. da «Clínica, Higiene e Hidrologia», 1938.

Em linguagem vigorosa expõe o A. aí os dados essenciais da assistência hospitalar na Beira Baixa, e faz a defesa calorosa das Misericórdias como base de protecção e defesa sociais do nosso país. São bem eloquentes os seguintes passos :

«Se no país do super-capitalismo — os Estados Unidos da América — a Assistência havia de ser necessariamente individualista; se na Inglaterra, de orgânica democrática e descentralizadora, se deixaria aos condados e cidades livres, a maior liberdade possível de acção social; se a França, norteadora por um conjunto de doutrinas de filosofia política, ergueria todo um sistema esquematizado que as procurasse servir uma a uma; se a Alemanha, optando pelas vantagens da Previdência sobre a Assistência, seria no mundo o maior exemplo do Serviço Social generalizado; se a Itália dedicaria um esforço gigantesco à valorização da raça em delíquio, pela protecção desvelada à maternidade e à infância, — e como não fazer convergir nas Misericórdias portuguesas, os institutos de maior continuidade na arte de bem-fazer, uma das ideias-base que aflora em qualquer tentativa de reforma?!»

J. P.

Dr. José Lopes Dias — **Regionalismo e Assistência** — Sep. da Acção Médica. Fasc. IX, Julho de 1938.

Conferência realizada na Casa das Beiras, onde se descobre a ânsia do A. em conseguir para a sua província todos os elementos materiais para uma sólida educação médico-social; onde nos mostra uma pequena



parcela do muito que tem realizado no dispensário de Castelo Branco de que é illustre director e onde, finalmente, se pugna pelo crescente cultivo de todas as coisas que à Beira Baixa dão relevo e carácter e fazem que esta se distinga de todas as outras províncias portuguesas.

J. P.

**Annaes da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.** Vol. XIII, 1937: Redactor Prof. Dr. Cunha Mota.

Os assuntos tratados neste volume são os seguintes:

*Diferenciação multipla na histogenese dos sympathogoniomas: Neuro-pheochromo e gliogenese*; José Oria. *Complexo vitaminico B na mandioca. Valor da prova do nystagmo no diagnostico da avitaminose B*; F. A. de Moura Campos. *Influencia das vitaminas sobre a gravidez*; J. Dutra de Oliveira e J. Th. de Aquino. *Pesquisas sobre a ancylostomose em S. Paulo. III Intensidade da ancylostomose em algumas fazendas de café no municipio de Ribeirão Preto*; S. B. Pessoa e Humberto Pascale. *Pesquisas sobre a ancylostomose em S. Paulo. IV Analyse da infestação pelo necator em uma fazenda de café e canna no municipio de Sertãozinho*; S. B. Pessoa e Humberto Pascale. *Nota sobre os nyssorhynchus de S. Paulo. VII Estudo sobre as voriédades deste grupo com a descrição de anopheles (nyssorhynchus) albitarsis Arrib 1878 var. Limain. var.*; A. L. Ayrosa Galvão e J. Lane. *Granulomatose paracoccidioidica («Blastomyose brasileira»)*; L. da Cunha Motta. *Serviço de verificação de obitos*: (Dados estatísticos baseados em 1809 necroscopias realizadas de 1 de maio de 1931 a 31 de abril de 1932), Walter E. Maffei. *A vitamina C em patologia e terapeutica*; Plinio de Lima. *Contribuição para o estudo da histologia forense do cordão umbilical*; H. Veiga de Carvalho. *Etiologia do Prolapso Genital*; José Medina.

Todos os estudos aí publicados têm a marca da mais perfeita orientação científica e dão a medida da fecunda actividade duma das mais prestigiosas universidades brasileiras. É seu redactor o Prof. Cunha Mota que no meio médico de Coimbra deixou bem vincado o seu nome, como professor e patologista distintissimo, através duas conferências que na Faculdade de Medicina pronunciou no ano passado.

J. P.

**Archivos de Medicina Legal e Identificação**  
Ano VII n.º 14, 1.ª e 2.ª parte, 1937 e Ano VIII n.º 15, 1938. Rio de Janeiro  
Director Prof. Leonídio Ribeiro.

Pela importância e actualidade dos estudos aí publicados vale a pena transcrever os sumários:

*Errori e pregiudizi in antropologia criminale*; Benigno Di Tullio. *Asthénie post-traumatique, crises nerveuses spéciales*; R. Benon. *Estudio experimental comparativo sobre la acion antidotica de diversas substancias en la intoxicacion determinada por el mercurio*; Rogerio E. Carra-



tala y Carlos Guerra, *Os criminosos passionaes e o «sursis»*; Heitor Carrilho. *Estudio paralelo de las constituciones esquizoide, cicloide y criminaloide*; José Maria Estapé. *Indices psycho-biologicos da regeneração*; Heitor Carrilho. *Importancia medico-legal do exame radiologico, notadamente nos casos de accidentes do Trabalho. Sobre um caso de «doença de Kiembok»*; Jessé de Paiva. *Una clasificacion de los homosexuales desde el punto de vista medico legal*; Gregorio Marañón. *Un caso de destruccion patologica familiar de impresiones digitales (enfermidad de Meleda)*; Nerio Rojas y Julio R. Obiglio. *La anormalidad psiquica en la delincuencia de menores*; Nerio Rojas.

O vol. 1937, 2.<sup>a</sup> parte, edição especial, é quasi todo consagrado a Afrânio Peixoto por ocasião do seu jubileu e onde colegas, alunos e amigos universitários prestam, em artigos sentidos, justas homenagens ao insigne Mestre, o maior fervoroso obreiro do inter-cambio cultural luso-brazileiro, tão querido de Portugal, que na mesma pessoa reúne em perfeito equilibrio o neuropsiquiatra, o médico-legista e o polígrafo eminentes.

O vol. de 1838, além de 112 páginas de Introdução onde se expõem as conferências que o Prof. Leonidio Ribeiro realizou em algumas cidades universitárias portuguesas e francesas quando em missão oficial do seu país Coimbra logrou o prazer de o ouvir, contém ainda os seguintes trabalhos originais, conferências, cursos e lições:

*Identificación civil*; Charnes Sannié. *L'organizzazione dei centri d'osservazione*; Sileno Fabri. *Patologia dei minorenni delinquenti*; Leone Lattes. *Frequencia infantil aos cinemas*; Duarte Costa. *Estudo de delinquentes*; Aguiar Whitaker. *Alcoolismo e delinquenza*; G. Andrea Lelloni. *Infancia abandonada*; Vicente Piragibe. *Tendencias da legislação da infancia*; Levi Carneiro. *Ação social da mulher*; Maria Eugénia Celso. *Trabalho de menores*; Bandeira de Mello. *Ação social catholica*; Amorosa Lima. *Casamento, base da organização social*; Waldemar Ferreira.

Obra que exprime a actividade da Medicina Legal brazileira e, mais concretamente, da capital Federal, dá mostras de ser o Instituto de Identificação que o Prof. Leonidio Ribeiro tão superiormente dirige, um dos focos mais actuais de labôr e produção científica.

J. P.







## NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

### Reuniões médicas nos Hospitais da Universidade

Recomeçaram no dia 3 de Novembro, nos Hospitais da Universidade, as reuniões médicas da iniciativa da Faculdade de Medicina.

Aquella reunião teve uma larga concorrência e foi das mais interessantes ali efectuadas pela importância dos trabalhos apresentados.

Presidiu o sr. Prof. Angelo da Fonseca, secretariado pelos srs. Professores Maximino Correia e Lúcio de Almeida.

O Prof. Angelo da Fonseca congratulou-se com o facto de se entrar no 4.º ano das reuniões médicas, quando é certo que se afirmara no seu início de que estas não se prolongariam por mais de 2 ou 3 meses.

Por isso pôs em foco os esforços do corpo clínico dos Hospitais da Universidade e do Prof. João Porto, director da Faculdade de Medicina, que desmentiram a opinião dos pessimistas.

Entrando-se na ordem dos trabalhos, o Prof. João Porto tratou de um caso raro de flutter auricular com ritmo ventricular lento, caso largamente documentado.

Manifestou a opinião de que haverá casos análogos e que não têm sido convenientemente estudados e por isso só aparecem relatados em revistas da especialidade sob a designação de ritmo nodal passivo.

O dr. António Fernandes Ramalho fez uma exposição lúcida e interessante dos fundamentos da quimografia e das técnicas utilizadas; mostrou a utilidade clinica dos métodos apresentados, e a documentação dos casos que nesta sessão iam ser apresentados pelo sr. Prof. Mário Trincão e dos quais fez o estudo rádio-quimográfico.

O conferente, antes de terminar a sua exposição, agradeceu ao Prof. Angelo da Fonseca o ter dotado o Laboratório de Radiologia com o primeiro rádio-quimográfico que existe em Coimbra.

O dr. Moura Relvas pôs em relêvo a importância da comunicação do dr. Fernandes Ramalho sobre «Alguns elementos comparativos do valor diagnóstico da quimografia», e evidenciou o valor que a quimografia já hoje desempenha junto da clínica.

O Prof. Mário Trincão dissertou sobre «Rectificação de um diagnóstico pelo auxílio rádio-quimográfico», referindo que, no início do ano de 1937, tinha apresentado às reuniões médicas um caso então considerado de aneurisma da aurícula esquerda e que em face dos trabalhos radiológicos modernos, mórmente da interpretação que Lauby e a sua escola actualmente dão às radiografias car-



díacas no que respeita ao arco médio esquerdo e em face dos quimogramas obtidos, deve corresponder a dilatação do tronco da artéria pulmonar.

Os Profs. Rocha Brito e João Porto, felicitam o Prof. Mário Trincão pela sua brilhante comunicação e demonstram o interesse do seu caso, elogiando-o pela sua alta probidade médica.

O Prof. Maximino Correia, então na presidência em virtude da ausência forçada do Prof. Angelo da Fonseca, felicitou cada um dos conferentes e fez algumas considerações sobre os trabalhos apresentados.

### Curso de aperfeiçoamento sobre colapsoterápia

De 9 a 14 de Janeiro há-de ter logar um curso de aperfeiçoamento deste ramo de tratamento da tuberculose pulmonar na Clínica de Doenças Pulmonares, do Hospital Escolar de Santa Marta.

Dia 9 — Às 11,30 horas — Orientação actual da colapsoterapia na tuberculose pulmonar. Lição do Prof. Lopo de Carvalho.

Dia 10 — Às 9 horas — Apresentação de doentes. Às 11 — Pneumotórax artificial. Lição do Dr. Vasco de Lacerda. Às 12 — Pneumotórax bilateral. Lição do Dr. França de Sousa.

Dia 11 — Às 9 horas — Sessão prática de insuflações pelos Drs. Vasco de Lacerda, Carlos Vidal e França de Sousa. Às 11,30 — Operação de Jacobaeus. Lição do Prof. Lopo de Carvalho.

Dia 12 — Às 9 horas — Sessão operatória: Pleuroscopia e pneumólise intrapleural. Intervenções pelo Prof. Lopo de Carvalho e Dr. Vasco de Lacerda, Às 11 horas — Derrames consecutivos ao pneumotórax e seu tratamento. Lição do Dr. Alberto de Carvalho. Às 12 — Oleotórax. Lição do Dr. Alves de Sousa.

Dia 13 — Às 9 horas — Sessão prática de lavagens pleurais e de oleotórax pelos Drs. Alberto de Carvalho e Alves de Sousa. Às 11 — Frenicectomia, pneumólise extrapleural e toracoplastia. Lição do Dr. José Rocheta. Às 12 — Técnica da toracoplastia. Lição do Dr. Nunes de Almeida.

Dia 14 — Às 9 horas — Sessão operatória: Frenicectomia e toracoplastia. Intervenções pelos Drs. José Rocheta e Nunes de Almeida. Às 12 — Complicações da colapsoterapia e seus tratamentos. Lição do Dr. Carlos Vidal.

As lições teóricas realizam-se na sala da Biblioteca do Hospital Escolar; os trabalhos práticos e sessões operatórias no serviço de Doenças Pulmonares.

A inscrição para estas sessões é limitada.

Os pedidos de inscrição devem ser dirigidos á Secretaria da Faculdade de Medicina ou directamente ao Serviço de Doenças Pulmonares do Hospital Escolar (Santa Marta).

### Prof. João Porto

Por proposta do Prof. Dr. Eb. Koch, Director do *Kerckhoff-Herzforschung-Institut* em Bad Nauheim (Alemanha) e do *Archiv für Kreislaufforschung*, foi o Prof. João Porto eleito membro da Sociedade Alemã de Estudos Cardio-circulatorios (*Deutsche Gesellschaft für Kreislaufforschung*).



## Faculdades de Medicina

**De Coimbra** — Foram reconduzidos por mais um ano os assistentes srs. drs. Elísio Gonçalves Rama e Flávio de Azevedo Osório Melo de Gouveia, respectivamente, da cadeira de Anatomia e do Instituto de Medicina Legal. — «Diário do Governo» de 23 de Setembro.

— Foi provido definitivamente no lugar de químico chefe do Laboratório de Higiene, o sr. Prof. Afonso Augusto Pinto Ponce Leão. — «Diário do Governo», de 27 de Outubro.

— Por Portaria publicada naquela data também foi provido definitivamente no lugar de chefe de serviço do quadro geral da Faculdade, o sr. Prof. António Meliço Silvestre.

— Por Decreto de 27 de Agosto, foi nomeado assistente do Instituto de Medicina Legal, o sr. dr. João Vasco Marques dos Santos.

**De Lisboa** — Foi reconduzido por mais um ano, o assistente do 1.º grupo (clínica cirúrgica), sr. dr. Kirio Vigeant Gomes da Silva. — «Diário do Governo», de 3 de Outubro.

— Também foi reconduzido por mais um ano, o assistente do 10.º grupo, sub-grupo A (neurologia), o sr. dr. Rui Pereira de Lacerda. — «Diário do Governo» de 20 de Outubro.

## Congressos

**O Congresso Médico de Lourenço Marques** — Com a assistência de 260 médicos e de 20 médicas realizou-se o I Congresso Médico em Lourenço Marques, ao qual assistiu como delegado da Faculdade de Medicina de Coimbra, o distinto anatomista sr. Prof. Maximino Correia.

**Congresso Internacional do Vinho** — Sob a presidência do sr. Prof. George Portman, secretariado pelos srs. Prof. Celestino da Costa e drs. Heitor da Fonseca e Mário Rosa, reuniu-se na Faculdade de Medicina de Lisboa, o Congresso Internacional Médico para o estudo científico do vinho e da uva, ao qual apresentaram vários trabalhos os sr. dr. Eyland, que também apresentou um relatório do dr. Warssenbach sobre a acção do sumo da uva nas doenças infecciosas agudas; e dr. Heitor da Fonseca, que falou sobre «O vinho em cirurgia».

O sr. dr. Carlos Santos expôs um trabalho de colaboração com o sr. dr. Rafael Franco, intitulado «O vinho na coleciostograsia»; o sr. dr. Ernesto Roma dissertou sobre «O vinho na diabétes». O sr. dr. Salvador Costa apresentou um trabalho sobre «O vinho na alimentação da creança»; o sr. dr. Adriano Burguete tratou de «O vinho que devemos beber e como o devemos beber», e o sr. dr. Armando Narciso dissertou sobre «Cura termal das uvas» e apresentou em seguida um voto de incompatibilidade do uso das águas medicinais misturadas com o vinho.

O próximo congresso realiza-se em Atenas, em 1941.



**Instituto Português de Oncologia** — Neste Instituto fizeram lições os seguintes cancerologistas estrangeiros : D. José Goyanes, espanhol, «A luta anti-cancerosa», e «O rádio e os seus métodos de aplicação» ; dr.<sup>a</sup> Simone Laborde, de Paris, «O cancro do útero» ; dr. Cramer, de Berlim, «O problema dos tumores do torax», e «O hospital na luta contra o cancro e em especial o papel da radioterapia» e dr. H. Holthusen, de Hamburgo, «A radioterapia dos cancos laringo-faríngeos».

**Associação dos Médicos Católicos** — O Eminentíssimo Cardeal Patriarca celebrou missa na sua capela particular, para comemorar a fé litúrgica do evangelista S. Lucas, patrono da classe médica.

Assistiram a esta comemoração os sócios da Associação dos Médicos Católicos Portugueses, aos quais o sr. D. Manuel Gonçalves Cerejeira dirigiu uma alocução, descrevendo a alegria que sentia por ver na sua presença pessoas de tão elevada cultura a fazer a sua profissão de fé.

Os médicos católicos reuniram-se depois da missa na sua Associação, para eleger os novos corpos gerentes e resolver sobre diversos assuntos que dizem respeito à vida interna da colectividade.

Foi apresentada uma proposta para a recondução da actual direcção, que a assembleia aprovou. Como os dois vice-presidentes haviam pedido escusa dos seus cargos pelos seus afazeres profissionais, a direcção ficou assim constituída :

Presidente, Prof. João Porto ; vice-presidentes, Profs. Carlos Lima e Gomes da Costa ; secretário e tesoureiro, respectivamente, os drs. José Paiva Boleu e Anacleto de Miranda.

**Prof. Dr. Aloysio de Castro** — Esteve em Lisboa o notável neurologista brasileiro e professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, sr. dr. Aloysio de Castro que foi recebido na Academia das Ciências e realizou duas conferências no Hospital de Santa Marta, subordinadas aos temas : «Novos estudos sobre reflexos nas doenças nervosas» e «Estudos brasileiros de cardiologia».

A convite do sr. Prof. Dr. João Porto, director da Faculdade de Medicina, o distinto professor virá a Coimbra na sua próxima visita a Portugal e nesta cidade fará uma conferência.

## **Direcção Geral de Saúde**

O sr. dr. José de Azevedo Pais, facultativo municipal do concelho da Ribeira Brava, foi nomeado delegado de saúde do mesmo concelho, na vaga resultante do falecimento do dr. Tomaz Loureiro Machado. — «Diário do Governo», de 12 de Outubro.

— Foi nomeado guarda-mór do quadro do pessoal técnico da Inspeção de Sanidade Marítima do porto de Leixões e Foz do Douro, na vaga resultante da aposentação do sr. dr. Augusto Cândido Pires, o delegado de saúde substituto do quadro de pessoal técnico da Inspeção de Saúde do Porto, sr. dr. Artur Guilhermino de Carvalho. — «Diário do Governo», de 12 de Outubro.

— O sr. dr. António Arnaldo de Carvalho Sampaio, foi contratado para des-



empenhar trabalhos de profilaxia sanitária. — «Diário do Governo», de 21 de Outubro.

— O sr. dr. Baltazar Moreira de Brito Bivar Veloso da Costa Branco, facultativo municipal do concelho de Viana do Alentejo, foi nomeado para exercer o lugar de delegado de saúde do mesmo concelho na vaga resultante da aposentação do sr. dr. José da Conceição Carvalho. — «Diário do Governo», de 25 de Outubro.

### Várias notas

O sr. dr. Amilcar de Sousa fez uma conferência no Porto, subordinada ao tema «O triunfo do naturismo».

— Anexo ao Hospital dos Capuchos, em Lisboa, foi inaugurado um edificio destinado à Escola de Enfermagem Dr. Artur Ravara.

— Para as quatro vagas existentes nos quadros dos 2.<sup>os</sup> tenentes-médicos da Armada, foram nomeados, mediante concurso, os srs. drs. Paiva e Costa, Armando da Silva Cadete, Luiz Maria da Veiga Rodrigues e Mário dos Santos.

— Foi nomeado chefe dos serviços de saúde da provincia de Malange, o major-médico, sr. dr. Leite Bastos.

— Reassumiu o cargo de director do Hospital de Marinha, o capitão de fragata medico, sr. dr. Júlio Gonçalves.

— Por determinação ministerial, a média do curso de medicina para efeitos da classificação no concurso para provimento das vagas existentes no quadro comum dos serviços de saúde do Império Colonial Português é a dos Exames de Estado para os candidatos que terminaram o seu curso ao abrigo da legislação anterior a 1930.

— Foi nomeado médico interno dos Hospitais da Universidade, o sr. dr. João Luiz Mesquita Cardoso. — «Diário do Governo», de 30 de Setembro.

— A seu pedido, foi exonerado de presidente da comissão executiva da Assistência Nacional aos Tuberculosos, o sr. Prof. Fausto Lopes Patricio de Carvalho, sendo nomeado interinamente, para exercer aquele cargo, o sr. dr. Albano Castelo Branco. — «Diário do Governo», de 14 de Outubro.

— Foi tornada definitiva a nomeação do sr. dr. Jaime Fernandes da Cunha, para médico escolar do Liceu Antero de Quental, de Ponta Delgada. — «Diário do Governo», de 14 de Outubro.

— Foi concedida uma bolsa de estudo no pais, durante 6 meses, ao assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra, sr. dr. Armando Tavares de Sousa. — «Diário do Governo», de 27 de Outubro.

### Falecimentos

Faleceram : em Coimbra, o sr. dr. António Correia dos Santos, major-médico do Ultramar ; o sr. dr. Francisco Ribeiro de Sousa Rego, médico em Alvaiázere ; o sr. dr. Joaquim Maria de Castro, de 29 anos de idade, médico-analista do Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil ; a sr.<sup>a</sup> D. Maria das Neves Gomes Cardoso mãe dos srs. drs. Mário Cardoso e Manuel Cardoso, médicos na Guarda ; em Tentugal, a mãe do sr. dr. José Maria Afonso, médico municipal naquela locali-



dade; na Póvoa de S. Martinho do Bispo, o sr. Augusto Simões Ladeiro, tio do sr. dr. João Miguel Ladeiro, chefe dos Serviços de Análises Clínicas da Faculdade de Medicina de Coimbra; em Vila da Feira, o sr. dr. Gaspar Moreira, pai do clínico, sr. dr. António Moreira; em Canas de Sabugosa, o sr. Angelo de Almeida Estevão Figueira, irmão do major-médico, sr. dr. Eduardo Estevão Figueira; no Funchal, o sr. dr. Fortunato Alfredo Pita, guarda-mór de saúde; em Erme-zinde, a sr.<sup>a</sup> D. Maria Tereza Meireles Guimarães Cardoso Pinto, irmã do sr. dr. Carlos Meireles Guimarães, médico municipal em Santa Marinha do Zezere; em Alijó, a sr.<sup>a</sup> D. Maria de Jesus Teixeira, mãe do médico, sr. dr. Henrique Domingos Pereira; no Sardoal, o sub-delegado de Saúde, sr. dr. José Gonçalves Caroco; em Espozende, a sr.<sup>a</sup> D. Amélia Barros, cunhada do médico municipal, sr. dr. João de Barros; no Porto, o sr. dr. José Nunes Prudente; em Lisboa, os srs. dr. Frederico Guilherme Teixeira Bastos, e dr. Artur Morais Leite.



# Estatutos da Ordem dos Médicos

(Diário do Governo, I Série - N.º 273, de 24 de Novembro de 1938)

## CAPÍTULO I

### Constituição e fins da Ordem

Artigo 1.º A Ordem dos Médicos exerce a sua actividade no plano nacional, em colaboração com o Estado e com os órgãos superiores da produção e do trabalho e com respeito absoluto pelos interesses da Nação, sendo-lhe por isso vedada a filiação em quaisquer organismos de carácter internacional ou a representação em congressos ou manifestações internacionais sem autorização do Governo; e não pode também, sem a mesma autorização, contribuir monetariamente para a manutenção de organismos estrangeiros, nem receber deles quaisquer donativos ou empréstimos.

Art. 2.º A Ordem dos Médicos constitue factor de cooperação activa com todos os outros factores da actividade nacional e repudia simultaneamente a luta de classes e o predomínio das plutocracias.

Art. 3.º A Ordem dos Médicos é um organismo de utilidade pública e goza de todas as vantagens e atribuições consignadas no art. 13.º do decreto-lei n.º 23:050, na parte aplicável.

Art. 4.º A Ordem dos Médicos tem por fim o estudo e defesa dos interesses profissionais, nos seus aspectos moral, económico e social, competindo-lhe especialmente:

1.º Exercer as funções políticas conferidas pela Constituição Política da República Portuguesa aos organismos corporativos;

2.º Dar parecer sobre os assuntos da sua especialidade acerca dos quais for consultada pelos organismos corporativos de grau superior ou pelo Estado, nomeadamente sobre:

a) Situação, condições e necessidades da profissão e modo de promover o seu aperfeiçoamento ou suprir as insuficiências;

b) Condições económicas e sociais dos seus associados;

c) Higiene e segurança dos locais de trabalho;

3.º Desempenhar as funções que lhe forem incumbidas pelo regimento das corporações;

4.º Contribuir para o desenvolvimento da cultura médica e para o aperfeiçoamento das instituições de assistência médica, sanitária e social;

5.º Exercer a jurisdição disciplinar sobre os médicos em ordem a assegurar-se a autoridade da profissão e a observância das boas normas do proceder profissional;

6.º Promover, por todos os meios ao seu alcance, a manutenção de um alto nível moral e profissional dos seus membros;



7.º Velar pela execução das leis e regulamentos relativos ao título e à profissão de médico, promovendo procedimento judicial contra quem os use ou exerça ilegalmente ;

8.º Promover o estudo e execução das medidas de fiscalização aos serviços das instituições de previdência e entidades seguradoras ou outras que prestem normalmente assistência na doença e bem assim a regulamentação dos honorários dos médicos que tenham tais serviços a seu cargo ;

9.º Criar e manter instituições de previdência e assistência em favor dos seus membros e respectivas famílias ;

10.º Promover a regulamentação dos honorários clínicos e intervir na sua fixação quando solicitada pelos interessados ;

11.º Organizar o quadro geral dos médicos habilitados a exercer medicina e grande cirurgia e dos especialistas ;

12.º Organizar a sua contabilidade em conformidade com as normas determinadas pelo Instituto Nacional do Trabalho e Previdência ;

13.º Elaborar os regulamentos necessários ao bom funcionamento dos seus serviços ;

Art. 5.º A Ordem dos Médicos tem por esfera de acção o território continental e o das ilhas adjacentes, e dá cumprimento aos seus fins por meio do conselho geral, com séde em Lisboa, dos conselhos regionais de Lisboa, Porto e Coimbra e das delegações provinciais.

§ 1.º Os conselhos regionais correspondem às secções regionais constituídas pela forma seguinte :

a) Lisboa, compreendendo as provincias do Ribatejo, Estremadura, Alto e Baixo Alentejo, Algarve e ilhas adjacentes ;

b) Porto, compreendendo as provincias do Minho, Trás-os-Montes e Alto Douro e Douro Litoral ;

c) Coimbra, compreendendo as provincias da Beira Alta, Beira Baixa e Beira Litoral.

§ 2.º Além das delegações provinciais, que funcionarão nas cidades capitais das provincias cuja area abrangem, poderá o conselho geral criar outras delegações em localidades onde a sua existência fôr julgada necessária.

Art. 6.º A Ordem dos Médicos é representada em juizo e fora d'ele pelo presidente da Ordem, pelos presidentes dos conselhos regionais e presidentes das delegações, conforme se tratar respectivamente das atribuições do conselho geral, dos conselhos regionais ou das delegações, ou ainda por alguns dos vogais dos mesmos conselhos ou delegações em que o respectivo presidente delegue a representação.

## CAPÍTULO II

### Dos sócios, seus direitos e deveres

Art. 7.º A ninguém é permitido exercer a medicina sem estar inscrito na Ordem.

§ 1.º Só podem inscrever-se na Ordem dos Médicos os individuos de nacionalidade portuguesa legalmente habilitados ao exercicio da profissão de médico



e os médicos estrangeiros que satisfaçam as condições estabelecidas na lei para poderem exercer a medicina em Portugal.

§ 2.º Aos médicos estrangeiros a que se refere o parágrafo anterior não poderá na distribuição do imposto profissional, ser atribuída uma quantia inferior à taxa da categoria em que estiverem inscritos.

§ 3.º A Ordem pode recusar a inscrição quando o requerente careça manifestamente de idoneidade moral, podendo desta decisão haver recurso para o conselho geral.

§ 4.º A inscrição na Ordem é permitida aos médicos formados pela Escola de Gôa e antiga Escola Médica do Funchal, com as restrições do exercício profissional previstas nas leis vigentes.

Art. 8.º A inscrição será feita na secção regional respectiva e só terá validade depois de recebida e confirmada pelo conselho geral, que fará a inscrição do interessado no quadro geral da Ordem.

Art. 9.º É instituída para todos os inscritos no uso dos seus direitos a cédula profissional, passada pela Ordem, que constitue documento de apresentação em todos os actos em que seja requerida.

Art. 10.º Podem ser inscritos como membros honorários, mediante proposta do conselho geral, os indivíduos, médicos ou não que tenham prestado serviços valiosos à Ordem.

§ único. Os membros honorários, desde que não tenham sido anteriormente membros efectivos, não gosam de quaisquer direitos atribuídos por este diploma aos restantes membros da Ordem.

Art. 11.º São deveres dos membros da Ordem :

1.º Cumprir as disposições dos presentes estatutos ;

2.º Concorrer para o prestígio da Ordem e para a dignidade e bom nome da profissão médica ;

3.º Acatar as determinações dos corpos gerentes ;

4.º Aceitar e desempenhar gratuitamente, com zelo e assuidade, os cargos para que forem eleitos ou escolhidos :

5.º Pagar as cotas e outros encargos a que sejam obrigados por estes estatutos e seus regulamentos ;

6.º Contribuir para as instituições de previdência com a importância que vier a ser estabelecida no respectivo regulamento.

§ 1.º Considera-se que não concorre para o prestígio da Ordem e para a dignidade e bom nome da profissão o médico que exerça a sua actividade ou faça parte de instituições que tenham por fim a exploração lucrativa, por terceiros, do trabalho médico.

§ 3.º O conselho geral, mediante proposta fundamentada do conselho regional respectivo, poderá isentar temporariamente do pagamento de cotas os membros da Ordem que não exerçam medicina.

Art. 12.º São direitos dos membros da Ordem :

1.º Exercer a profissão médica na área territorial da Ordem ;

2.º Eleger e ser eleitos ou escolhidos para os cargos dos corpos gerentes da Ordem ou como delegados às assembleias gerais, sem prejuizo em todos os casos das restrições previstas nestes estatutos ;



3.º Assistir às reuniões das respectivas assembleias regionais, discutindo e votando todos os assuntos tratados;

4.º Examinar os livros e mais documentos da Ordem na época que para tal fim fôr designada;

5.º Fazer parte das instituições de previdência que forem estabelecidas pela Ordem.

§ único. Não podem ser eleitores nem elegíveis os médicos estrangeiros e de nacionalidade portuguesa que hajam perdido os seus direitos civis ou políticos.

Art. 13.º Os médicos que por qualquer motivo, salvo doença ou invalidez, deixem de fazer parte da Ordem perdem o direito a todos os fundos com que para ela tenham concorrido.

Art. 14.º O médico é obrigado a cumprir pontual e escrupulosamente todos os deveres que as leis e o regulamento deontológico lhe impõem e procurará respeitar os usos, costumes e tradições locais, procedendo com zelo para os seus clientes e lealdade para os seus colegas e desempenhando, conscienciosamente os seus deveres profissionais e sociais.

Art. 15.º É defeso ao médico, quer singular quer colectivamente, por iniciativa própria ou alheia, qualquer espécie de réclamo por via de circulares, anúncios, notícias ou entrevistas nos jornais e outras formas de publicidade, bem como agenciamento de clientela por si ou por interposta pessoa.

§ único. Não se considera publicidade defesa a tabuleta com a simples enunciação do nome do médico, títulos oficiais e especialidade e o anúncio nos jornais nas mesmas condições.

Art. 16.º É absolutamente vedado dar consultas médicas ou prestar serviços clínicos, remunerados ou gratuitos, nos seguintes locais: farmácias ou suas dependências, laboratórios químicos, drogarias ou quaisquer estabelecimentos que vendam produtos farmacêuticos e bem assim nos estabelecimentos de outro género ou dependências dos mesmos em que por qualquer titulo intervenham proprietários de farmácias, farmacêuticos, droguistas ou seus empregados.

Art. 17.º Na fixação dos honorários deverá o médico proceder de harmonia com as tabelas estabelecidas e dentro dessas tabelas atender à categoria profissional que tiver, ao tempo e a gravidade da doença, à importância dos serviços prestados, às posses dos interessados e aos usos e costumes da terra.

§ único. Nenhuma acção de honorários poderá ser proposta sem laudo do conselho geral ou regional, o qual importa presunção de conformidade com os honorários por elle aprovados.

### CAPÍTULO III

#### Das assembleias da Ordem

Art. 18.º A assembleia geral reúne em Lisboa e é constituída por delegados eleitos pelas assembleias regionais na proporção de um delegado por cada cem médicos ou fracção inscritos na respectiva secção regional. Funciona em primeira convocação com a maioria e em segunda com qualquer número.

§ único. Só podem ser eleitos delegados à assembleia geral os membros da Ordem no uso de todos os seus direitos.



Art. 10.º A assembleia geral reúne ordinariamente uma vez em cada ano, durante o mês de Janeiro, e só poderá reunir extraordinariamente a pedido do conselho geral ou de qualquer dos conselhos regionais ou ainda de, pelo menos cento e cinquenta membros da Ordem, sendo cinquenta, pelo menos, de cada uma das três secções regionais.

§ 1.º A convocação da assembleia geral será feita pelo presidente, com vinte dias de antecedência pelo menos; este prazo poderá, porém, reduzir-se até dez dias, quando o presidente entender em seu prudente critério que as circunstâncias aconselham a urgência da convocação.

§ 2.º À assembleia geral ordinária compete:

1.º Discutir e votar o relatório e contas do conselho geral relativas ao ano transacto e o orçamento para o novo ano;

2.º Proceder à eleição, nos anos em que tiver de realizar-se, do presidente da Ordem e dos secretários da respectiva mesa.

Art. 20.º A mesa da assembleia geral é composta pelo presidente e por dois secretários eleitos bienalmente.

§ único. Constituem condições necessárias para qualquer membro ser eleito presidente ou vice-presidente da assembleia geral ser diplomado há mais de quinze anos e ter mais de quarenta anos de idade.

Art. 21.º Compete à assembleia geral da Ordem:

1.º Aprovar o orçamento e o relatório e contas do conselho geral;

2.º Pronunciar-se sobre tudo o que interesse ao prestígio, desenvolvimento e prosperidade da Ordem;

3.º Eleger o presidente da Ordem e, de entre os delegados, os secretários da respectiva mesa.

Art. 22.º A assembleia só pode deliberar sobre os assuntos constantes da respectiva ordem de trabalhos; para esse efeito os membros da Ordem que o desejem devem comunicar ao presidente com cinco dias de antecedência, pelo menos, os assuntos que pretendem submeter à deliberação da assembleia.

§ único. São nulas as deliberações da assembleia sobre assuntos estranhos à sua ordem de trabalhos, e bem assim quando contrárias às leis ou regulamentos ou quando as despesas a que dêem lugar não tenham cabimento no orçamento ou crédito extraordinário devidamente aprovado.

Art. 23.º As assembleias regionais reúnem-se nas sedes das respectivas secções regionais e são compostas por todos os membros da Ordem nelas inscritos, no uso de todos os seus direitos. Funcionam em primeira convocação com a maioria e em segunda com qualquer número.

§ único. Os membros da Ordem podem fazer-se representar por procuração com referência especial à assembleia e matéria da convocação. Nenhum membro poderá ter mais do que dez representações.

Art. 24.º As assembleias regionais reúnem extraordinariamente uma vez em cada ano, durante o mês de Janeiro e só poderão reunir extraordinariamente quando a sua convocação seja solicitada pelo presidente da Ordem, pelo conselho regional ou, pelo menos, por cinquenta membros inscritos na respectiva secção.

§ 1.º A convocação será feita pelo presidente do conselho regional com o mínimo de dez dias de antecedência e dela será sempre dado conhecimento ao presidente do conselho geral.



§ 2.º Nas assembleias regionais ordinárias será discutido e votado o relatório e contas do conselho regional relativos ao ano transacto e o orçamento para o novo ano. Nos anos em que tiver de realizar-se, proceder-se-à às eleições dos vogais do conselho regional e dos dois membros para o conselho geral.

Art. 25.º As assembleias regionais da Ordem serão presididas pelo presidente do conselho regional respectivo e na sua falta pelo mais antigo dos médicos presentes.

Art. 26.º Compete às assembleias regionais :

1.º Aprovar o orçamento da respectiva secção regional e o relatório de contas do conselho regional ;

2.º Pronunciar-se sôbre tudo o que interesse à autoridade, desenvolvimento e prosperidade da Ordem na área da respectiva secção ;

3.º Eleger os delegados à assembleia geral ;

4.º Eleger os respectivos vogais do conselho geral ;

5.º Eleger os vogais e dois secretários do conselho regional ;

6.º Eleger os delegados às comissões respectivas do imposto profissional.

§ único. É aplicável às assembleias regionais o preceituado no artigo 22.º em relação à assembleia geral da Ordem.

Art. 27.º As eleições dos corpos dirigentes realizam-se de dois em dois anos, nas assembleias ordinárias da Ordem, por escrutínio secreto e maioria de votos.

§ 1.º A votação só poderá incidir sôbre as candidaturas apresentadas com cinco dias de antecedência perante o presidente da Ordem ou dos conselhos regionais, conforme os casos, por cincoenta membros pelo menos.

§ 2.º Não serão elegíveis :

a) Os membros que recebam qualquer subsidio da Ordem ;

b) Os que tenham sofrido penalidade, imposta pela Ordem, superior a simples advertência ;

c) Os médicos estrangeiros, mesmo naturalizados.

§ 3.º A eleição dos membros acusados em processo pendente de julgamento da Ordem ou de qualquer tribunal, relativo ao exercício profissional, só será válida após absolvição em julgamento posterior.

Art. 28.º O voto para a eleição dos membros do conselho geral ou dos conselhos regionais pode ser enviado por correspondência devendo cada lista ser remetida ao presidente da respectiva assembleia dentro de sobrescrito fechado com as indicações exteriores e a assinatura reconhecida pelo notário ou autenticada pelo presidente do conselho regional ou da delegação provincial respectiva.

## CAPÍTULO IV

### Dos corpos dirigentes da Ordem

Art. 29.º Os corpos dirigentes da Ordem são :

1.º O conselho geral ;

2.º Os conselhos regionais de Lisboa, Porto e Coimbra ;

3.º As delegações provinciais.



Art. 30.º As ameaças ou ofensas contra os membros dos corpos dirigentes da Ordem no exercício das suas funções disciplinares ou por causa destas serão aplicadas as disposições do Código Penal relativas ás ameaças e ofensas contra os magistrados judiciais.

Art. 31.º Os membros dos corpos dirigentes da Ordem são obrigados a guardar segredo dos factos de natureza profissional de que tiverem conhecimento por motivo de exercício d'esses cargos.

Art. 32.º O conselho geral é constituído pelo presidente, que será o presidente da Ordem, pelo director geral de saúde, ou por um seu delegado, e por nove vogais, sendo três escolhidos, um por cada conselho regional, e seis eleitos, dois por cada assembleia regional.

Art. 33.º Compete ao conselho geral :

1.º Promover por todos os meios legais ao seu alcance o prestígio e dignidade da Ordem e defender os direitos e interesses dos seus membros ;

2.º Organizar e manter em dia o quadro completo dos médicos inscritos na Ordem, de acôrdo com os boletins que lhe serão enviados, dentro do prazo de oito dias a contar da data da inscrição, pelos conselhos regionais ;

3.º Elaborar e aprovar os regulamentos necessários para o bom funcionamento da Ordem e para o exercício da medicina ;

4.º Submeter anualmente á aprovação da assembleia geral ordinária o orçamento para o ano civil corrente e as contas e relatórios do ano civil anterior ;

5.º Participar ás autoridades competentes, para os devidos efeitos, as penalidades de suspensão temporária ou expulsão impostas aos membros da Ordem que desempenhem funções públicas ;

6.º Instruir e julgar os processos contra os membros dos conselhos regionais e julgar em recurso as decisões d'esses conselhos que denegarem a inscrição de médicos e as que estabelecerem quaisquer penalidades superiores a censura ;

7.º Dar pareceres, requisitados pelos poderes públicos, sôbre quaisquer assuntos relacionados com o exercício da profissão médica ;

8.º Dar o seu laudo ácêrca de honorários dos médicos, nos termos do § único do artigo 17.º ;

9.º Arrecadar as receitas que lhe caibam e satisfazer as respectivas despesas ;

10.º Promover a publicação do «Boletim da Ordem» ;

11.º Instituir uma caixa de previdência.

§ único. O conselho geral elegerá de entre os seus membros uma direcção, cujo presidente será o representante da Ordem na Câmara Corporativa.

Art. 34.º Junto do conselho geral funcionarão comissões de três membros representantes de cada especialidade profissional, escolhidos de entre os membros da Ordem que constituem os respectivos quadros.

§ único. E da competência destas comissões :

a) Dar pareceres sôbre assuntos da especialidade quando lhes fôrem pedidos pela Ordem ;

b) Estudar as condições de entrada para os respectivos quadros ;

c) Estudar e propôr as medidas que julguem necessárias para defesa dos interesses legítimos dos seus representados.



Art. 35.º Ao presidente do conselho geral compete :

- 1.º Representar a Ordem em juízo ou fora d'ele, por si ou por um delegado;
- 2.º Fazer cumprir as deliberações do conselho geral;
- 3.º No caso de empate, usar o seu voto de qualidade;
- 4.º Exercer todas as mais attribuições que lhe sejam conferidas pela lei e regulamentos e por deliberação do conselho geral ou das assembleias.

§ 1.º No impedimento temporário do presidente as suas funções serão exercidas por um vice-presidente, escolhido pelo conselho geral de entre os seus membros.

§ 2.º Quando esse impedimento fôr definitivo deverá proceder-se à eleição para o cargo no prazo máximo de sessenta dias.

Art. 36.º Os conselhos regionais são constituídos por sete médicos, que de entre si escolherão o presidente.

§ único. Os conselhos regionais escolherão o seu representante no conselho geral.

Art. 37.º Compete aos conselhos regionais :

- 1.º Fazer a inserção dos médicos das respectivas regiões e enviar os boletins respectivos ao conselho geral;
- 2.º Arrecadar as respectivas receitas, satisfazer despesas e exercer as funções administrativas que não colidam com as do conselho geral;
- 3.º Julgar os processos por faltas cometidas no exercício da profissão pelos médicos inscritos na sua área, dando conhecimento da decisão ao conselho geral;
- 4.º Zelar os interesses dos médicos inscritos, assegurando-lhes os seus direitos profissionais, quando ofendidos;
- 5.º Emitir pareceres sobre assuntos de ordem profissional, por indicação do conselho geral ou a pedido de qualquer dos médicos inscritos;
- 6.º Elaborar e propôr tabelas de honorários mínimos dos médicos contratados por entidades privadas;
- 7.º Dar o seu laudo em questões de honorários, quando pedido por qualquer interessado;

8.º Arbitrar conflitos de ordem profissional entre médicos da sua área;

9.º Promover, por meio de estudos, conferências e outros trabalhos da sua especialidade, o desenvolvimento e proficua actividade da profissão médica;

10.º Instituir uma secção de assistência, para a protecção às viúvas e órfãos de médicos residentes nas províncias em cujas sedes funcionem os conselhos regionais, assim como nas áreas das delegações onde não funcionem os serviços de assistência previstos no n.º 4.º do artigo 39.º.

§ único. O presidente de cada conselho regional representa a Ordem na área da respectiva secção, como delegado nato do conselho geral e conforme as instruções d'este.

Art. 38.º Em cada uma das capitais de província, excepto Lisboa, Porto e Coimbra, poderá o conselho geral, por proposta do respectivo conselho regional, criar uma delegação, constituida por três membros eleitos pelos membros da Ordem inscritos na respectiva área, servindo de presidente o mais antigo em formatura.

§ único. São applicáveis ás reuniões dos membros da Ordem nas áreas pro-



venciais, para efeitos de eleição das respectivas delegações, as normas estabelecidas no artigo 27.º, com excepção do disposto no § 1.º.

Art. 39.º Compete às delegações :

1.º Ter em dia o quadro dos médicos efectivos da sua área e informar com toda a regularidade o conselho geral e o conselho regional respectivo acerca dos médicos que se estabeleçam na área da provincia, mudem de domicilio ou deixem de exercer a profissão;

2.º Instruir, por delegação do respectivo conselho regional, os processos por faltas cometidas no exercicio da profissão médica e remetê-los para julgamento ao conselho regional ;

3.º Praticar todos os demais actos tendentes á realização dos fins da Ordem que não colidam com as atribuições do conselho geral e dos conselhos regionais;

4.º Instituir uma secção de assistência ás viúvas e órfãos dos médicos residentes nas respectivas áreas provinciais;

5.º Apresentar ao conselho regional respectivo até ao fim de Janeiro de cada ano o orçamento da delegação para o novo ano e as contas do ano transacto.

Art. 40.º É applicável ao presidente do conselho geral e ao presidente da direcção o disposto no § único do artigo 20.º. Para os restantes cargos do conselho geral não poderão ser eleitos os membros da Ordem que exerçam a profissão há menos de dez anos.

## CAPÍTULO V

### Das penalidades

Art. 41.º As penas disciplinares applicadas aos membros da Ordem são :

1.º Advertência;

2.º Censura;

3.º Multa de 100\$ a 5.000\$;

4.º Suspensão temporária até um ano;

5.º Expulsão.

§ 1.º Estas penas serão definidas e applicadas conforme o que vier a ser estabelecido no regulamento disciplinar. A decisão que, nos termos destes estatutos, applicar a pena de multa constituirá titulo exequível, seguindo a execução os termos do processo das execuções fiscaes perante os tribunais comuns.

§ 2.º A transgressão do preceituado no artigo 15.º destes estatutos implica para o transgressor a multa de 200\$ pela primeira vez, elevada ao dôbro em caso de reincidência. A mesma penalidade corresponderá á transgressão do disposto no artigo 16.º, agravada, no caso de reincidência, com a interdição de exercer clinica pelo prazo de seis meses na área da respectiva secção regional.

§ 3.º O exercicio da profissão em período da suspensão ou após a expulsão sujeita o médico ás penalidades applicáveis ao exercicio ilegal da medicina.

§ 4.º Ás penalidades de suspensão temporária e de expulsão será dada sempre publicidade. Ás penalidades de advertência, censura ou multa será dada ou não publicidade, segundo os casos e conforme o parecer do conselho geral.



Em qualquer caso só será dada publicidade depois do julgamento do último recurso.

Art. 42.<sup>o</sup> Todos aqueles que exercerem funções ou praticarem quaisquer actos próprios da profissão sem estarem inscritos na Ordem incorrerão na pena do artigo 235.<sup>o</sup>, § 2.<sup>o</sup>, do Código Penal.

§ único. Na mesma pena e por idénticos factos incorrerão os médicos que estiverem suspensos por condenação disciplinar ou criminal.

## CAPÍTULO VI

### Dos fundos da Ordem

Art. 43.<sup>o</sup> Cada médico depois de inscrito é obrigado a contribuir para as despesas da Ordem com a cota mensal mínima de 10\$ e com a joia de 100\$.

§ único. As jóias só são devidas dois anos após a formatura.

Art. 44.<sup>o</sup> A falta de pagamento de seis meses de cotas determina aviso do conselho regional ao devedor, que, se não liquidar todas as cotas em atrazo no prazo de sessenta dias, será considerado como não inscrito e suspenso do exercício profissional até á liquidação do seu débito.

§ único. Exceptua-se do disposto no corpo d'este artigo o caso previsto no § 2.<sup>o</sup> do artigo 11.<sup>o</sup>

Art. 45.<sup>o</sup> Da receita proveniente das cotas e joias dos membros da Ordem caberão 20 por cento ao conselho geral e os restantes 80 por cento ao conselho regional.

§ único. Nas provincias em que houver delegações pertencerá a estas 40 por cento das joias e cotas, sendo os restantes 60 por cento distribuidos na proporção de 40 por cento para o conselho regional e 20 por cento para o conselho geral.

Art. 46.<sup>o</sup> Os fundos da Ordem dividem-se em fundos de reserva e fundos disponiveis.

Art. 47.<sup>o</sup> Em cada uma das delegações, dos conselhos regionais e no conselho geral da Ordem os fundos de reserva serão constituídos :

1.<sup>o</sup> Pelos legados, donativos ou receitas que não sejam destinados a qualquer fim especial ;

2.<sup>o</sup> Pela parte do saldo das cotas anuais que seja possível capitalizar ;

3.<sup>o</sup> Pelas joias dos sócios ;

4.<sup>o</sup> Pelos fundos a que se refere o artigo 50.<sup>o</sup>.

Art. 48.<sup>o</sup> Os fundos disponiveis das delegações, dos conselhos regionais e do conselho geral, cuja applicação ás despesas ordinárias e extraordinárias e da alçada dos respectivos corpos dirigentes, de harmonia com os orçamentos devidamente aprovados, são constituídos :

1.<sup>o</sup> Pelas cotas ;

2.<sup>o</sup> Pelos rendimentos dos fundos de reserva ;

3.<sup>o</sup> Pelos legados, donativos ou receitas adquiridas com a designação especial da sua applicação a este fundo ;

4.<sup>o</sup> Pelos juros do dinheiro depositado ;



5.º Pelas receitas provenientes de multas.

§ único. Dos fundos disponiveis serão obrigatoriamente atribuidas á verba de assistência as receitas do n.º 5.º deste artigo, sem prejuizo de outras que em regulamento especial venham a ser consignadas.

## CAPÍTULO VII

### Disposições gerais e transitórias

Art. 49.º São extintas as associações de classe médicas de Lisboa, Porto e Coimbra, que constituirão os núcleos das secções regionais da Ordem dos Médicos.

§ único. Os actuais sócios dessas associações são dispensados do pagamento de joia de inscrição.

Art. 50.º Depois da publicação destes estatutos todos os bens das associações referidas no artigo anterior passam para os conselhos regionais respectivos.

Art. 51.º As direcções das associações de classe dissolvidas promoverão, como comissões instaladoras da Ordem, a inscrição provisória dos membros e as eleições para os conselhos regionais e geral, trabalhos que deverão estar concluidos no prazo de noventa dias a partir da publicação destes estatutos.

O conselho fará no prazo de sessenta dias, depois de constituido : a revisão das inscrições, que, se assim o entender, tornará definitivas.

Art. 52.º As disposições do artigo 16.º destes estatutos entram em vigor noventa dias depois das eleições dos primeiros corpos dirigentes da Ordem.

Art. 53.º O registo da profissão médica, actualmente feito nas Inspeções de Saúde de Lisboa e Porto e nas delegações concelhias, passa a fazer-se na Ordem.

Art. 54.º Nas instituições de previdência que fõrem criadas em favor dos membros da Ordem e suas familias serão respeitadas os direitos dos sócios das caixas de previdência e ltuosas existentes, ainda que estas tenham de ser remodeladas.

Art. 55.º As primeiras entidades eleitas pela assembleia geral e pelas assembleias regionais terminarão o respectivo mandato no dia 31 de Janeiro de 1940.

Presidência do Conselho, 24 de Novembro de 1938. — O Presidente do Conselho, *António de Oliveira Salazar*.







# Livraria Moura Marques & Filho

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

## COIMBRA

### ULTIMAS NOVIDADES :

- Bacq** — L'Acetylcholine et l'Adrénaline. Le rôle dans les transmissions de l'influx nerveux. (Bibliothèque Scientifique Belge. Section Biologique). 114 pages. 14 Figures. 1 Planche. (M) — Frs. 20,00.
- Blanc 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<sup>e</sup> édition. 4 vol. 176 pages. 73 Figures. (M) — Frs. 40,00.
- Daniélopoulo** — Les thyroïdies endémiques et sporadiques. 142 pages. 56 Figures. (M) — Frs. 30,00.
- Deleau, 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, Calcaneum, Avant-pied. 2<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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.
- Ficssinger** — 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 19×28 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.
- Maisonnet** — Petite Chirurgie. 3<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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, 173 figs. (D) — Frs. 50,00.
- Desplat, Moulouquet et Malgras** — L'Exploration radiologique post-opératoire de la voie biliaire principale. 120 pages. 40 figures. (M) — Frs. 40,00.
- Fau et Cuyer** — Anatomie Artistique du Corps Humain. 5<sup>e</sup> 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. 64,00.
- 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. 10 figures (B) — Frs. 32,00.
- Maury** — Phlébites. 1 vol. 96 pages. (D) — Frs. 25,00.
- Nichans** — La Sénescence et le Rajeunissement. 1 vol. 71 pages. (V) — Frs. 12,00.
- Nogier** — Électrothérapie Clinique. 3<sup>e</sup> édition. 1 vol. 281 pages. 55 figures. (B) — Frs. 60,00.
- Ramond** — Conférences de Clinique Médicale Pratique. (Treizième Série). 1 vol. 368 pages. 14 figures. (V) — Frs. 50,00.
- Rathéry** — La Pratique de la Cure Insulnique et les diabétiques. 1 vol. 400 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.
- Trémolières** — Traitement de la Colopathie Muco-Membraneuse. 1 vol. 32 pages. (B) — Frs. 10,00.
- Trepsat** — Oeuvre Psychiatrique. 1 vol. 188 pages. 8 planches. (V) — Frs. 24,00.
- Tzanck** — Hématologie du Praticien. Tome premier. 1 vol. 486 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<sup>e</sup> édition. 88 pages. 13 figures. (M) — Frs. 16,00.