

COIMBRA MÉDICA

ANO V

MARÇO DE 1938

N.º 3

SUMÁRIO

	Pag.
RITMO NODAL PASSIVO, SINDROMA D'ADAMS-STOKES, FIBRILLO-FLUTTER E CLAUDICAÇÃO INTERMITENTE DUM DOS RAMOS DO FEIXE DE HIS — dr. João Porto	187
PREPARAÇÃO DE INSULINA EM COIMBRA — dr. Manuel Bruno da Costa	201
A TUBERCULOSE EM PORTUGAL — dr. Amandio Paul	212
TRABAJOS DE CIRURGIA DE GUERRA PUESTOS QUIRÚRGICOS AVANZADOS.—dr. Manuel G. Deran	229
DOCUMENTAÇÃO ANÁTOMO-CLÍNICA POR «MOULAGES» DE CERA CORADA — dr. Alberto Costa	251
LIVROS & REVISTAS	259
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES.	XIII

MOURA MARQUES & FILHO

COIMBRA

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

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

PAGAMENTO ADIANTADO

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

Dez números por ano — um número por mês, excepto 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

CURSO DE FÉRIAS NA FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA

PROGRAMA GERAL

30 de Maio (Segunda feira)—Sessão operativa, precedida de algumas palavras de abertura do curso e notas explicativas sôbre as operações que seguem; à noite, lição de actualização de conhecimentos.

31 de Maio (de manhã)—Segunda sessão operativa e lição nocturna de actualização de conhecimentos.

1 de Junho (de manhã)—Demonstrações práticas, com visitas aos Laboratórios e clinicas; à noite, lição.

2 de Junho: Programa idêntico.

3 de Junho (de manhã e à noite)—Lições de actualização.

4 de Junho: Programa idêntico.

Oportunamente serão publicados os nomes dos conferentes e titulos das lições. O curso é gratuito e pode ser frequentado por médicos e estudantes das Faculdades de Medicina.



RITMO NODAL PASSIVO, SINDROMA D'ADAMS-STOKES, FIBRILLO-FLUTTER E CLAUDICAÇÃO INTERMITENTE DUM DOS RAMOS DO FEIXE DE HIS

(Considerações sôbre um caso)

POR

JOÃO PORTO

Ritmo nodal passivo, bradicardia nodal estável, bradicardia septal permanente, — assim recebe todas estas designações na literatura médica — é uma afecção rara.

Mahaim creio apontar a bibliografia de todos os casos publicados até 1931, data do seu completo estudo sôbre afecções orgânicas do feixe de His-Tawara, (1) e conta número pouco superior a uma dezena.

Apraz-me muito dizer que uma das observações citadas por Mahaim é portuguesa, publicada pelo Prof. Eduardo Coelho (2). Este autor publicou depois novo caso de ritmo septal permanente complicado por crises de Adams-Stockes (3).

Não me preocupa o trabalho de minúcia a pretender saber quantos desde então tenham sido dados à estampa. Basta-me o exíguo número referido até aquela data para concluir que é afecção rara, por isso justificativa da publicação de novo caso. Mas o que apresentamos tem particular interesse por se complicar de síndrome d'Adams-Stockes e contar fases de fibrillo-flutter e de claudicação intermitente de um dos ramos do feixe de His.

A. A., de 70 anos. Desde ha dois anos lhe presto assistência por sofrer de cárdio arterioesclerose e doença hipertensiva. Tensões arteriais muito elevadas. Urinas de grande volume diário, hipoestenúricas, sem quaisquer elementos anormais. R. de W. negativa; ureia no sangue, numa determinação, normal. A frequência cardíaca entre 60-70 por minuto, nas primeiras observações.

Tem seguido o regimen dietético e hipotensivo que é habitual nestes doentes. Observação periódica, de mês a mês aproximadamente. Nos últimos tempos observava, e isso consta dos meus registos, que a frequência

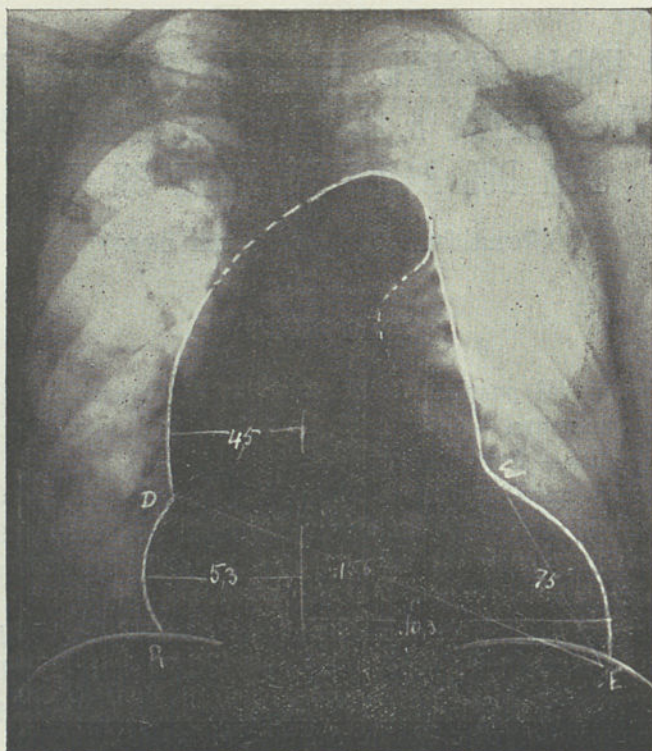


Fig. I.—Radiogr. em posição frontal

vinha baixando e em Novembro de 1937 era de 50. Em 4 de Dezembro, andando levantada em casa, subitamente perdeu a consciência e caiu desamparado no chão com crise convulsiva de pequena duração. Conduziram-na para o leito e só passados alguns minutos recuperou os sentidos.

Muito pálida, acentuado abatimento, mas já em plena consciência, assim a observei horas depois. Um facto porém me impressionou: a bradicardia, 44 por minuto e que desde então se tem mantido sem modificação sensível na frequência. Fica a injecções de neo-iodipina e de padutina, em dias alternados e três comprimidos de pacyl por dia. Se bem que já anteriormente a esta crise sentisse esvaimentos e tendências para lipotimias, contudo êste estado tem-se agravado desde então, embora se não repetisse até esta data, 30-III, o acesso sincopal e epileptiforme.

Exame objectivo:

Bom estado geral, ausência de edêmas: Tons cardíacos rudes, bem timbrados, clangorosos, particularmente o aórtico. Ausência de sôpros

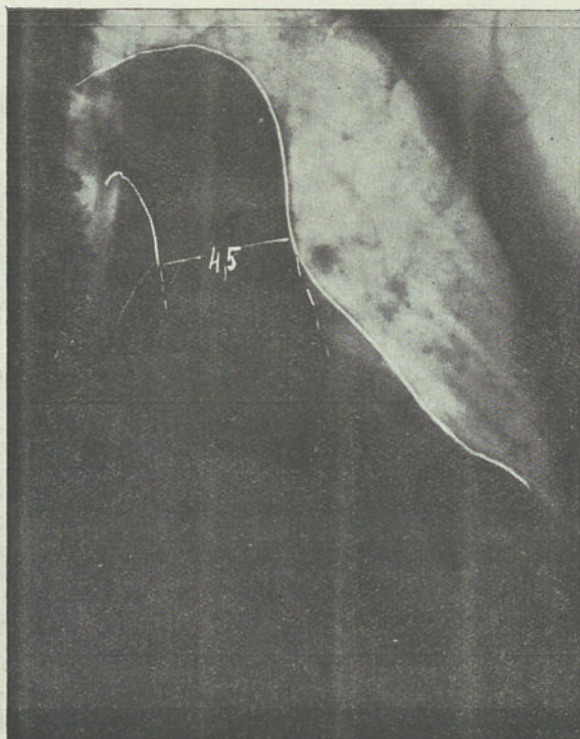


Fig. II.—Radiogr. em O A D

ou desdobramento de ruídos. Choque da ponta para fóra da linha mamilar, sexto espaço intercostal. Tensões: $Mx=28$; $Md=20$; $Mn=14$; com amplo índice oscilométrico. Com os regimens rotulados de hipotensores nunca obteve sensíveis abaixamentos de tensão, embora por êles se sentisse melhor, mais leve, e redução da tendência para as lipotímias. A chamada hipertensão de luxo, como lhe chama Vaquez, não a observara aqui.

Exame radiográfico mostra aumento de área de projecção do conjunto cardio-pedicular em relação ao normal. Acrescidos todos os diâmetros mas particularmente os do ventrículo esquerdo. Alargamento do pedículo e aumento pronunciado do raio de curvatura da crossa, crossa senil, em forma de báculo, como bem se nota em O E A (Figs. I, II e III). Para que melhor aí possa apreciar-se, marcou-se por um traço o contôrno superior, na Fig. III.

Vários E C G têm sido colhidos e todos mostram o mesmo aspecto, de bradicardia nodal, com fibrilo-flutter, de frequência ventricular aproximadamente constante, em torno de 44, e por assim dizer imutável pelas provas da atropina, da adrenalina e do reflexo óculo-cardíaco.

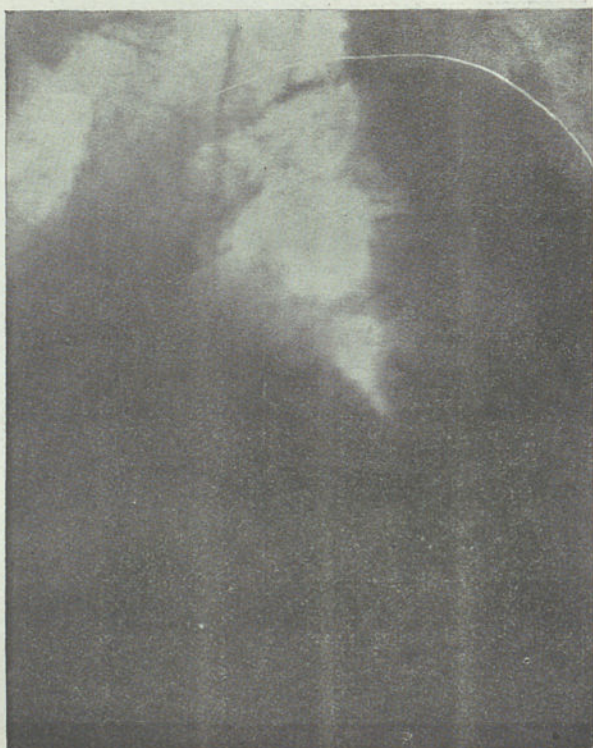


Fig. III.—Radiogr. em O E A

O E C G n.º 1, em 8-1-938, mostra o ritmo nodal passivo, de complexos ventriculares mixtos. Fig. IV.

Como aqui surge a imagem fibrilar entre os complexos ventriculares, na intensão de se afastar a dúvida de serem devidos a movimentos dos músculos estriados, da vida de relação, recebe oito gr. de brometo de sódio durante 4 dias. A seguir obtem-se o E C G n.º 2, Fig. V, que mostra o mesmo ritmo mas em que o complexo ventricular, de tipo mixto, alterna com o hemigrama: deflexão principal do complexo com maior voltagem, alargamento relativo da distância Q R S, opposição de T etc., por bloqueio de um dos ramos do feixe, verdadeira claudicação intermitente de ramo.

Quere dizer: bradicardia nodal estável com instável bloqueio do ramo. Dias volvidos novos E C G foram colhidos e de complexos mixtos.

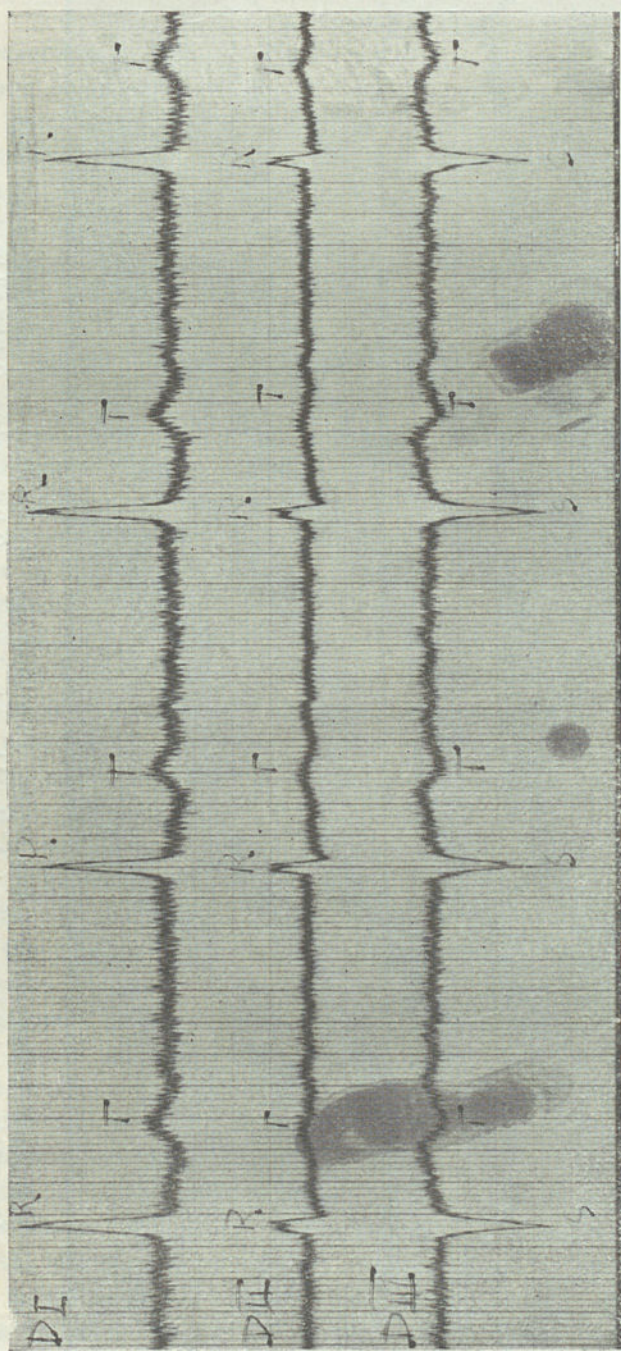


Fig. IV.—Electrocardiograma nas três derivações simultâneas. Ritmo 44. Complexos ventriculares de predomínio esquerdo. Fibrilo-flutter. (8-1-938)

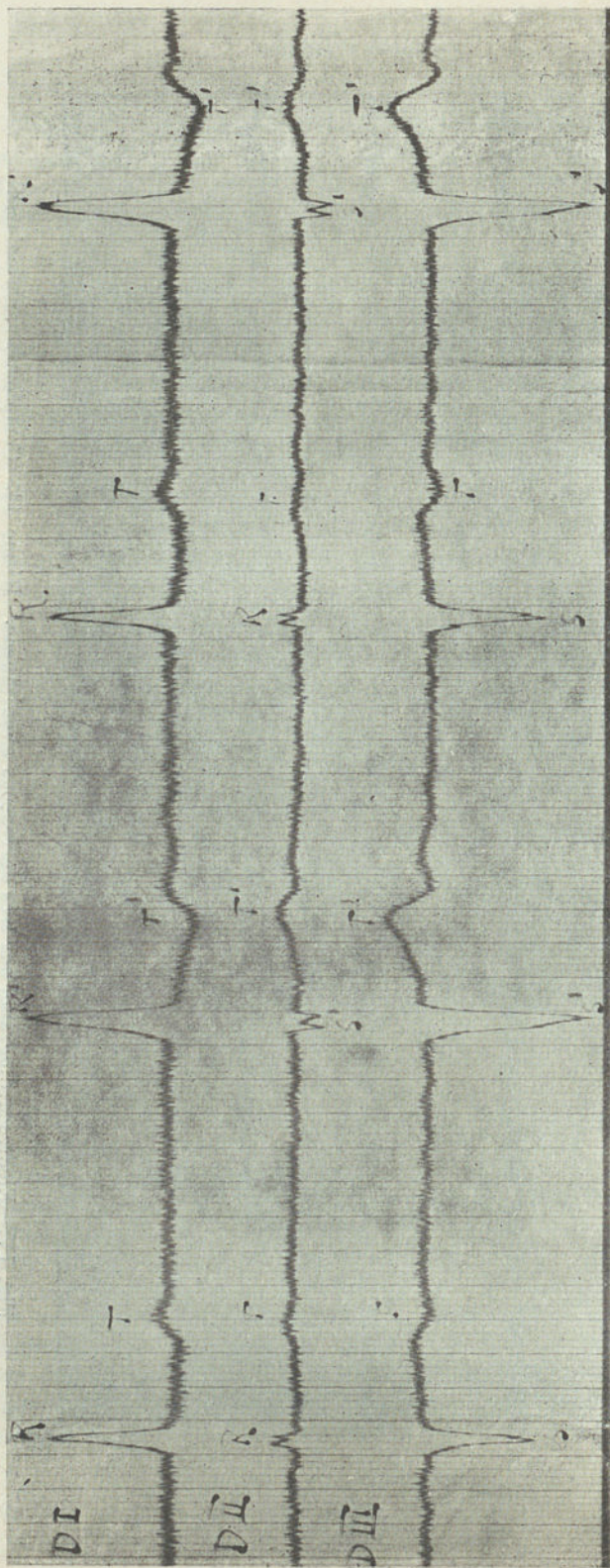


Fig. V.—Eletrocardiograma colhido 4 dias depois. Fibrilação aur. Ramos de R de S espessos e chanfrados. O complexo mixto alterna com o de tipo bloqueio de ramo. $QRS = 0''06$; $Q'R'S' 0''10$. Em DII, o complexo ventr. é alternadamente positivo e negativo.

Comentários :

Desde longa data se supõe existirem no coração três regiões donde parte a excitação que arrasta a contracção do miocárdio e que são, descendo da aurícula para o ventrículo: o centro sinusal, localizado no nódulo de Keith e Flack; centro atrio-ventricular, localizado no nódulo de Tawara, e idio-ventricular situado no ventrículo, em qualquer altura do feixe de His. Dois no andar superior e um no andar inferior do coração, cada qual com frequência rítmica própria, maior para o primeiro, menor para o último. No coração normal o centro sinusal, pela maior frequência que a dos outros, oculta-os e tudo se passa como se apenas o sinusal comandasse a actividade de todo o músculo cardíaco. Ora, se uma causa irrita o centro atrio-ventricular, êste pode atingir uma frequência que ultrapasse a do sino-auricular e portanto fugir ao seu *contrôle*. Se, pelo contrário, uma causa deprime ou suprime a actividade do *pace-maker* sinusal, sobrevém o ritmo nodal passivo. Por excisão ou destruição do sinus, (Cohn, Kessel e Masson) (4), E Coelho e J. Rocheta (5), ou por laqueação da artéria que o irriga (artéria do atrio-ventrículo de Geraudel (Rothberger e Scherf), (6) comprova-se o facto. É possível que aqui a esclerose dos ramos das artérias coronarianas, com anemia do centro de Keith e Flack e alteração anatomo-patológica dêste, sejam responsáveis pelo ritmo septal.

É elemento a favor desta hipótese o facto de com o rodar dos meses vir baixando, de modo progressivo, a frequência ventricular que aliaz não varia, agora, sensivelmente, pela compressão dos glóbulos oculares, injeccção de adrenalina ou de atropina.

A baixa frequência da contracção ventricular, permitindo, pelo prolongamento do grande silêncio uma maior repleccção do ventrículo explica que a onda de projecção do sangue do ventrículo para o sistema arterial seja mais forte. Sendo maior o débito sistólico, os tecidos recebem, por cada sistole, melhor irrigação quando os vasos têm elasticidade normal. Mas daí, a acentuada tensão diferencial na dissociação auriculo-ventricular por bloqueio do feixe de His. Ora, se as tensões são aqui elevadas, não o eram inferiores quando, há um ano, a frequência era normal, como o mostra o registo das observações da doente.

Pela esclerose generalizada, a capacidade distensora das terminações arteriolares ter-se-ia extinguido; e a baixa de frequência

ventricular, sem a correspondente compensação do sistema arteriolo-capilar para a bôa oxihemia tissular, traduzir-se-ia por deficitária irrigação dos centros nervosos, por anoxemia relativa — se é que na ocasião o ritmo ventricular não baixou mais ainda pois só algumas horas depois me foi possível observá-la; — assim a minha interpretação da crise de Adams-Stokes que sofreu e a permanente tendência para lipotimias, embora aquele síndrome se acompanhe mais usualmente de mais baixa frequência ventricular ainda.

Mas o facto mais interessante, nesta doente, é a claudicação intermitente, o bloqueio ritmicamente alternante dum dos ramos do feixe de His. O ritmo ventricular é permanentemente do tipo septal, portanto sem onda P, perfeitamente compassado, isócrono, lento, batendo a 44 por minuto. O ECG n.º 2 regista o complexo mixto alternando ritmicamente como o hemigrama, tipo levograma experimental e da concepção clássica, o que denota perturbação da condução de parte do feixe de His.

Não pode confundir-se com extrasistole interpolar, não só pela constância morfológica dos complexos ventriculares e porque a imagem se afasta da que é própria da extrasistole gerada seja em que departamento cardíaco fôr: auricular, septal ou ventricular; mas ainda pelo facto de ter sido colhido depois da ingestão, por 4 dias, de 8 grs. de brometo de sódio. Anteriormente a esta terapêutica colheu-se o ECG n.º 1 que não apresenta aquela anomalia ventricular. Sendo a extrasistole a expressão da existência de um centro de excitação anormal, não é lógico o seu aparecimento num gráfico colhido depois de influenciada a doente por uma substância sedativa da função batmotropa.

* * *

Não sei se será legítimo falar de ramos do feixe de His por haver quem os conteste. Geraudel não tem visto, na maioria das suas observações, a confirmação do esquema clássico de Tawara. Observa a conexão entre os septos auriculo-ventricular e interventricular, pelo feixe, como haviam afirmado His e Retzius; mas o feixe não se divide em dois ramos «pois os pretensos ramos não passam de protuberâncias com certo grau de tumefacção no prematuro, mais ou menos esguio no adulto» cujas fibras se perdem

no miocárdio do septo e não nas fibras de Purkinge (7). A existência destas, de igual modo contesta por não as ter encontrado. Encontrou, sim, uma delgada camada de fibras miocárdicas dobrando o endocárdio mas sem relação com o miocárdio ventricular ou com qualquer prolongamento de formação hisiana. Sempre separada, sim, do miocárdio do septo por delgada camada fibrosa, contínua.

O certo é que a experimentação em animais visando a secção dos feixes, seguida por Rothberger, Winterberg e Lewis, e ainda tantos estudos histo-patológicos devidos a outros autores, se não são bem elucidativos quanto à existência da rêde de Purkinge e das conexões das terminações musculares do feixe, são, contudo concordes sôbre a bifurcação dêste em dois ramos e com funções nítidas quanto à sua distribuição.

* * *

Os casos de claudicação intermitente de um dos ramos, ou alternante dos dois, concomitante com o bloqueio auriculo-ventricular, não constituem excepção. Mas é, na verdade, no bloqueio auriculo-ventricular parcial e nos bloqueios instáveis que os bloqueios de ramo se mostram com o aspecto mais proteiforme. Nos bloqueios instáveis ha alternativa, com intervalos curtos, de bloqueios totais e parciais, bloqueios parciais e ritmo sinusal, etc. Bloqueios instáveis, ainda que com fragmentos de bloqueio total, apresentam, contudo e por vezes, uma variabilidade notável dos complexos ventriculares.

O presente caso, no entanto, é diferente. O ritmo ventricular é do tipo atrial, 42-46 por minuto, perfeitamente compassado, com o aspecto de nodal ou septal e a raridade dêste conjunto é então muito maior. O facto mais curioso af a registrar é a existência de complexo mixto alternando-se ritmicamente com o hemigrama, tipo levograma do conceito clássico como dissémos, o que parece denunciar uma perturbação da condução duma parte das fibras do feixe de His. A cada estímulo, gerando-se cronolôgicamente no nódulo de Tawara, nem todas as fibras de tecido unitivo parecem responderem em cada período, com igual aptidão reaccional. Res-

pondem sempre as sãs ou as orgânicamente menos alteradas, as que depois vão formar talvez o ramo direito; as que vão formar o ramo esquerdo como que coxeiam, que claudicam e precisam do repouso por tempo que vai de um a dois períodos para restaurar a sua função excito-condutora. É assim que interpreto o fenómeno. Assim como para a função inótropa pode variar o período refractário, assim para a função dromótropa pode variar, para estímulo de determinada intensidade, o momento da resposta.

* * *

Sabe-se como trabalhos, sobretudo procedentes dos institutos e clínicas americanas, tendem a opor-se à concepção clássica sobre a correspondência da imagem electrocardiográfica á função de cada um dos ramos do feixe. Eu próprio já, nas Quinzenas Médicas dos Hospitais da Universidade, apresentei um caso que aguarda próxima publicação, cujo sistema diferenciado foi rigorosa e minuciosamente estudado, por córtes em série, pelo Prof. Geraldino Brites: Lesões do ramo esquerdo e integridade absoluta do direito e com imagem de bloqueio clássico direito.

A Lian e Golblin (8) já as mesmas dúvidas se haviam apresentado.

Por injeções de nitrato de prata na espessura do miocárdio e no septo interventricular do cão, obtiveram *films* que os venceram de que as imagens de bloqueio de ramo se devem a uma alteração ou perturbação funcional com séde no septo e a condutibilidade perturbada entre o feixe de His e o miocárdio dos dois ventriculos. Propõem chamar-lhe bloqueio septo-ventricular que ficaria exacta, dizem, ainda que o feixe de His não sofra bifurcação. Admitem, contudo, duas variedades de bloqueio septo-ventricular: esquerdo e direito; forma do tipo comum e do tipo raro a corresponder, respectivamente, à designação clássica, antiga, de bloqueio de ramo direito e esquerdo. É mais uma mudança de palavras que mudança de ideias.

Battro, Menendez e Orias (9) pelo registo dos fenómenos mecânicos da actividade cardíaca em que simultaneamente utilisavam o pulso venoso, o pulso arterial central, o choque da ponta e o fónocardiograma, applicaram o processo a 20 doentes com ECG de morfologia tipo bloqueio de ramo. De 17 com ECG do tipo blo-

queio de ramo direito, segundo a clássica interpretação, 15 apresentaram assincronismo ventricular com precessão do ventrículo direito, que quer dizer, bloqueio de ramo esquerdo. Nos dois restantes não existia assincronismo ventricular.

Se depois destes resultados os AA. concluem que o ECG em si não permite estabelecer com segurança a existência de bloqueio de ramo, no entanto, 88 % dos casos confirmaram a concepção moderna. É mais um argumento para se dever trocar a ordem dos factores sobre a lesão de ramo e a imagem electrocardiográfica que lhe corresponde e chamar bloqueio de ramo direito ao que dantes se considerava esquerdo e vice-versa.

Sendo assim, o caso seria de ritmo nodal passivo e claudicação intermitente do ramo esquerdo do feixe do His, segundo as maiores probabilidades.

* * *

Nos *films* parece haver esboço de fibrilo-flutter. Em quarta derivação e com um dos pólos do electrocardiograma sobre o plástico costal, zona de projecção das aurículas, não observei modificação sensível.

Alguem me virá arguir de que se há coexistência de fibrilação e flutter se não trata de ritmo nodal mas sim de uma forma especial de dissociação auriculo-ventricular, uma forma bradicárdica permanente da fibrilação e do flutter auricular. Não é pela ansia de publicação de uma observação rara que prefiro aquele título pois as formas bradicárdicas permanentes de fibrilo-flutter são, de igual modo, excessivamente raras. Rendu (10) dá conta dos casos publicados, numa tese recente.

Todavia, o presente exemplar clínico, com ritmo ventricular autonomo, sem resposta aos estímulos auriculares, creio ser bem manifesto; e, a designação de fibrilação auricular, para exprimir o ritmo cardíaco, só deve atribuir-se, em meu entender, quando a aritmia ventricular se relacione com a fibrilação da aurícula. Não ha razão para tal quando na zona atrial se estabeleça um verdadeiro bloqueio, uma barragem ainda que fisiológica e o centro atrial seja a única garantia da regularidade do funcionamento ventricular.

Merklen e Rabé, Dehio descreveram, outrora, alterações locali-

sadas na aurícula direita em casos de aritmia completa; e a nível da entrada das veias cavas (Edinger) ou mesmo do nó de Keith e Flack (Draper e Lenoble, Ronés) lesões características foram assinaladas.

Mas já investigações de Stinson, Frothingham e Lewis, por exemplo, não confirmam aquelas conclusões. Th. Lewis conclui mesmo que o aspecto do tecido auricular *lança sombra e não luz* sobre a génese da fibrilação, porque a histologia ainda não encontrou base anatómica definida.

Mahaim pode escrever:

«Uma circunstancia pôde facilmente explicar que tão raro, em clínica seja o ritmo nodal passivo e a sua lesão tenha escapado até então, ás investigações dos anatomo-patologistas: é a facilidade com a qual as lesões que tocam a aurícula direita, arrastam uma fibrilação auricular com aritmia completa, ocultando o ritmo nodal se êle existe» (11).

Mas aqui não ha aritmia completa, antes, perfeita euritmia.

Embora o A. julgue que a fibrilação depende de lesões da aurícula, contudo não crê que a supressão anatomica ou funcional do sino de Keith e Flack iniba o fibrilo-flutter de se produzir.

Não ha, na hora presente, dados seguros de anatomia ou de fisiologia que opõem ao ritmo nodal passivo a fibrilação ou o flutter ou ambos combinados.

E não custa a compreender que o nódulo de Aschoff-Tavara, mesmo de actividade reduzida, regule por si o ritmo ventricular e indiferente àqueles estímulos auriculares.

* * *

De causa tóxica, toxínica ou nervosa, creio não se dever aqui pensar.

Geraudel em alguns casos de bloqueio completo encontrou o sistema excito-condutor normal sob o ponto de vista anatomo-patológico mas com lesões de meso e endarterite dos ramos coronários e responsáveis pela circulação do centro sinusal, atrial e dos ramos do feixe de His.

Doente de avançada idade, com hipertensão elevada e crónica, é possível admitir aqui causa circulatória, por esclerose das coro-

narianas. Tanto mais que a frequência ventricular vem baixando de modo progressivo.

É de admitir obliteração, pelo menos parcial, da arteria do atrio-necter e infarto do sinus; obliteração parcial da artéria do ventrículo-necter com deficiente irrigação do nódulo atrial, pois que a frequência 44 é menor que a própria dêste centro. A claudicação intermitente do feixe não se explica invocando apenas a redução do débito circulatório mas ainda lesões de degenerescência das fibras do feixe, na hipotese as do ramo esquerdo, de preferência.

BIBLIOGRAFIA

- 1) — Les maladies organiques du faisceau de His-Tawara, 1931, pg. 138.
- 2) — Bradicardia septal permanente em um caso de ectasia da aurícula esquerda, *Lisboa Médica*, 1930, n.º 4.
- 3) — Syndrome d'Adams-Stokes par bradycardie septal, *Medicina*, 1934, n.º 3.
- 4) — Observations on the function of the sino-auricular node, *Heart*, 1911, 3, pg. 311.
- 5) — Loc. cit.
- 6) — Zur Kenntn'is der Erregungsausbreitung vom Sinusknoten an den Vorhof., *Zeits. f. die gesamte Experimentelle Medizin*. 1928, 135, pg. 506.
- 7) — Une conception nouvelle de la dissociation auriculo-ventriculaire. *Pr. Méd.*, 1934, pg 814.
- 8) — Le diagnostic de la localisation droite ou gauche du bloc de branche. *Arch. des Mal. du Coeur et des Vaisseaux*. Out ° 1937, pg. 787.
- 9) — L'asynchronisme ventriculaire dans les blocs de branche, *Arch. des Mal. du Coeur et des Vaisseaux*, Fev ° 1938, pg. 250.
- 10) — Les formes bradycardiques permanentes de la fibrillation et du flutter auriculaires. *Tèse de Paris*, 1936.
- 11) — Ob cit, pg. 139.

CADEIRA DE CLÍNICA MÉDICA
LABORATÓRIO DE QUÍMICA-FÍSICA E QUÍMICA BIOLÓGICA
Director: *Professor Dr. A. de Moraes Sarmiento*

PREPARAÇÃO DE INSULINA EM COIMBRA ⁽¹⁾

POR

MANUEL BRUNO DA COSTA

Desde que em 1885, MERING e MINKOWSKI demonstraram irrefutavelmente pelas clássicas experiências da pancreatectomia em cães, que a diabetes se relaciona com o pâncreas, não mais cessaram os trabalhos em todo o mundo, com a finalidade de extrair dêste órgão, o medicamento para a diabetes.

Foram 37 anos, que tantos são os que medeiam de 1885 a 1922, de trabalhos laboriosos e complexos, mas sempre improffcuos. Tudo se fazia para obter essa substância, que MEYER baixara antes de nascer, com o nome de insulina.

Sabia-se atravez dos trabalhos de MACKENZIE, WOOD, WHITE, SIBLEY, etc., que os fermentos pancreáticos, a destruíam. Conheciam-se os trabalhos de MAC-LEOD sôbre os pâncreas dos peixes do grupo dos Teleosteos. Êstes peixes apresentam a particularidade de terem as porções de parênquima correspondentes às secreções externa e interna, isoladas uma da outra. Existiam os trabalhos de ZUELZER que se serviu do álcool para a extracção e obteve produtos pouco tóxicos, contrariamente a outros autores que, servindo-se do mesmo processo, encontraram extractos com toxidez elevada.

Pelas observações de IBRAHIM, CARLZON e DRENNAM sabia-se que na vitela as enzimas pancreáticas não existiam no pâncreas do feto de 4 meses.

SCOTT segue metodos semelhantes aos de hoje, e apenas obtem extractos inactivos do pâncreas.

De todas estas tentativas, nada mais se obtem que extractos pouco activos ou mesmo inactivos, e muita vez de elevada toxidez, impossibilitando o seu emprêgo no homem.

(1) Comunicação feita na sessão de 24-III-1938, da Quinzena Hospitalar.

GLEYS, em 1905, seguindo a orientação de LAGUESSE, obstruiu os canais excretores do pâncreas e obteve extractos que fazem desaparecer os sintomas diabéticos nos cães despancreatizados, mas por motivos que se desconhecem, mantém ignorados esses resultados, que só infelizmente são conhecidos depois de 1922.

Emfim, tudo estava feito, mas a insulina não existia. Essa glória e honra couberam, em 1922, a BANTING e BEST, então um ortopedista e outro estudante de medicina, hoje dois professores ilustres na medicina americana.

Foi com o método de ZUELZER, extracção com álcool, que obtiveram melhores resultados.

Seja qual fôr o conceito que nós, latinos, façamos da orientação e valor da medicina americana, é nosso dever prestar-lhe preito de admiração, porque duas das maiores descobertas destes últimos cinquenta anos, a insulinoterapia para a diabetes e a hepatoterapia para a anemia perniciosa, a ela pertencem.

Mercê pois dos trabalhos de BANTING e BEST, em 1922, é posta à disposição da terapêutica médica, o produto de secreção das ilhotas de LANGERHANS, a insulina.

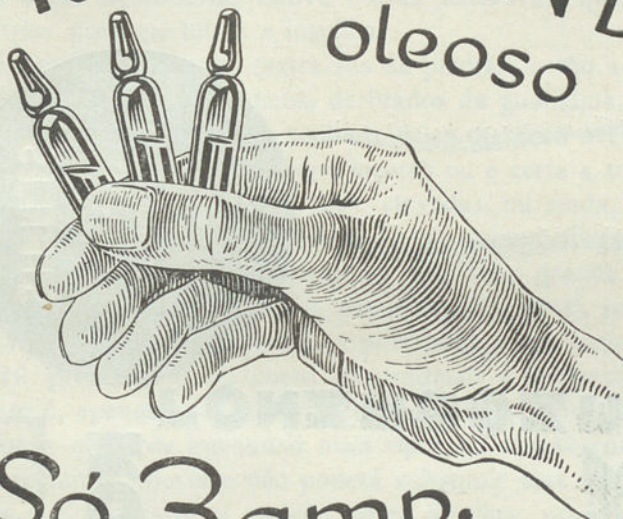
A diabetes mellitus é uma doença sempre por hipoinsulinémia, quer provenha do deficit secretor endocrino do pâncreas, quer seja muitas vezes como hoje se admite, consequência do desequilíbrio endocrino das glândulas que têm a seu cargo a regulação do valor da glicémia, ou seja para o lado hiperglicémico, a supra-renal, a tiroide e a hipofise, e para o lado hipoglicémico, o pâncreas e a paratiroide e possivelmente outras. Por êste motivo, a diabetes tem na insulina o medicamento apropriado, específico enérgico e eficaz.

O avanço e aperfeiçoamento da análise química aplicada a determinações biológicas, nomeadamente ao estudo da glicémia, contribuíram para que a terapêutica insulínica nos diabéticos pudesse ser bem regulada, libertando-os da hipocalcemia que os deprimia, e se obtivessem em casos de coma diabético, efeitos surpreendentes, se os compararmos com o pouco ou nada que até à descoberta de 1922, se conseguia com o uso do bicarbonato de sódio.

O diabético vivia até então sob o mais doloroso dilema: ou comia pouco, emagrecia e definhava-se, ou comia à vontade, e morria nos horrores do coma diabético.

PROGYNON-B

oleoso



Só 3 amp.

*de 10000 Unid. benzoicas Intern. por c.c.
são suficientes para fazer desaparecer*

PERTURBAÇÕES CLIMATÉRICAS GRAVES

PROGYNON-B OLEOSO:

Caixas com 3 amp. de 10000 U. b. l.

PROGYNON-B OL. FORTE:

Caixas com 1 amp. de 50000 U. b. l.

Caixas com 5 amp. de 50000 U. b. l.

**SCHERING S. A. PORTUGUESA
DE RESPONSABILIDADE LIMITADA**

Largo da Anunciada, 9-2º, LISBOA.

NOVAR SENOBEZOL

BILLON

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE

— Spécia —

Marques POULENC Frères et "USINES DU RHONE"
21, Rue Jean-Goujon - PARIS-8^e

CONTINUA
A SER O
MEDICAMENTO DE
ESCOLHA DO
TRATAMENTO DE
ASSALTO
DA

SIFILIS

INJEÇÕES INTRA-VEIOSAS

A descoberta de BANTING e BEST teve pois o mais retumbante sucesso terapeutico que o tempo não tem feito senão confirmar, dando à insulina fóros de medicação universal.

Depois desta descoberta, houve várias tentativas, quer para substituir quer para modificar a insulina.

Dos substitutos propostos (extractos de plantas, como a mirtolina e galegina, extractos hepaticos, derivados da guanidina, como a sintalina, glukhorment, etc.) nenhum deles mereceu aceitação, porque, ou o efeito hipoglicémico é incerto ou é certa a toxidez, quando administrados em doses mais elevadas, ou ainda, o que é frequente, os dois defeitos se encontram na mesma droga.

A insulina cristalizada (1925-1935) não tem grande valor pratico, porque a sua acção não é, duma maneira geral, superior à da insulina amorfa bem preparada e purificada, e por outro lado, é de difficil preparação, de custo despendioso e de rendimento inferior, isto é, apenas 25 % do correspondente à insulina amorfa. Servirá como meio de introduzir mais rigor no doseamento biológico da insulina amorfa e não poderá substituir esta na prática terapêutica. Encontra-se o padrão desta insulina, no NATIONAL INSTITUTE FOR MEDICAL RESEARCH — HAMPSTEAD — INGLATERRA, e na UNIVERSIDADE DE TORONTO. Cada mgr. desta insulina cristalizada equivale a 22 unidades internacionais.

A modificação da insulina no sentido de a tornar lentamente absorvível vem de há muito, mas só trabalhos recentes dinamarquezes de HAGEDORN, JENSEN, KRAMP e WODSTRUP com a protamina-insulina, e os americanos de SCOTT e outros, com o zinco-protamina-insulina, chamaram a atenção do mundo científico.

Pretende-se evitar com êstes productos, as variações bruscas da glicémia, passagens rápidas de hiperglicémia para hipoglicémia em função da insulina ordinária, e o uso do menor número possível de injeccões; afirmando aqueles que os empregaram em muitos casos, ter obtido bons resultados com uma só injeccão, de manhã, mercê duma dose elevada. Mas a função desta proteina tirada das ovas e esperma do salmão, e do zinco, se por vezes é benefica, retardando a absorpção da insulina, por vezes leva a perigos que se queriam evitar, como seja o coma diabético, mais grave e mais irremovível que o provocado pela insulina ordinária.

A *insulina-retard*, como lhe chamam os franceses, não tem ainda o beneplacito do mundo científico e oficial e os seus pró-

prios criadores restringem-lhe as indicações, não a prescrevendo quando a outra satisfaz, nos casos de diabéticos eperados, nas infecções, no coma diabético, na acidose, ou pelo menos fazendo acompanhar o seu emprego com o da insulina ordinária. É pois manifesto que esta é a base da terapêutica insulinica anti-diabética.

No entanto, entre nós, por vários motivos, entre os quais avultam o preço elevado da insulina, os poucos recursos do povo, a deficiência dos serviços que zelam pela saúde dos pobres, a falta de conhecimentos necessários para a aplicação dêste medicamento, verifica-se que muitos diabeticos ainda hoje se veem privados dos benefícios da insulina.

Em nome da verdade, é com prazer que registamos a acção do médico lisbonense DR. ERNESTO ROMA, diabetólogo português dos mais ilustres, que atravez das Associações de Diabéticos pobres, tem desenvolvido uma grande e benemerita obra de assistência a êstes doentes.

Mercê dos estudos feitos após a descoberta da insulina, quer sob o aspecto pratico da clínica quer sob o aspecto das alterações metabólicas, provou-se que a insulina é ainda susceptivel de provocar melhorias em muitas outras doenças e sindromas: tuberculose pulmonar, magreza, hipertiroidismo, acidose, atrofia infantil, endoarterite obliterante não diabetica, esquizofrenia, etc.

É pois evidente que os serviços hospitalares com elevada frequência de doentes, sobretudo quando, como no Hospital da nossa Universidade, acumulam as funções de assistência com as docentes, devem usar da insulina «larga manu».

Ponderadas todas estas razões, entendeu o Ex.^{mo} Director do Laboratório de Química Biologica e Física-Química dever estudar em colaboração com o DR. KARL SCHOEN, do mesmo Laboratório, o problema da preparação de insulina em condições científicas rigorosas e boas condições económicas que permitissem a sua utilização, a quantos dela precisassem.

É com o maior desvanecimento que se regista a colaboração do Ilustre Director dos Hospitais, concedendo as maiores facilidades, para a aquisição de tudo o que foi necessário. Sem a aquiescencia e aplauso de S. Ex.^a, esta iniciativa encontraria embaraços económicos insuperáveis. A preparação de insulina no nosso Hospital é pois também uma obra do seu Ex.^{mo} Director e para Sua Ex.^a vão os melhores agradecimentos.

Felizmente, foi ontem comunicado ao Ex.^{mo} Director dos Hospitais e é hoje comunicado a V. Ex.^{as}, que após os ensaios preliminares efectuados de Maio a Julho de 1937, se prepara a insulina em condições científicas e em favoráveis condições económicas. Se só hoje se faz esta comunicação é porque, longe de ser apressados, se quiz encarar o problema sob diferentes aspectos.

* * *

A preparação da insulina tem por base os trabalhos de BANTING e BEST. Estes autores e outros, em seguida, aperfeiçoaram os métodos de extracção e purificação, que são em número variado.

Usam-se três processos para a preparação da insulina.

I — Extracção com alcool acidulado;

II — Extracção com alcool em meio alcalino;

III — Precipitação com ácido picrico e extracção com acetona.

O primeiro processo é especial e geralmente usado na industria para a preparação de insulina em grande escala.

O segundo processo fornece insulina em porções deficientes e diminutas, em relação à fornecida pelos meios ácidos.

O terceiro processo é também dos mais frequentemente usados. Dêste último (1) nos servimos, porque embora exija reagentes mais caros, se impõe pela falta no Laboratório de um conveniente aparelho de destilação no vácuo. Acresce, no entanto, que êste processo tem em sua defeza várias vantagens: maior rendimento de insulina, obtenção de insulina mais pura, técnica menos trabalhosa e menos complicada.

Para cada 10 kilogramas de pancreas, obtem-se pouco mais ou menos, 1 grama de insulina, o que corresponde a uma valorisação de insulina no pancreas de 1/10.000. Esta mesma quantidade de insulina (1 grama) representa a actividade biológica de 16.000 — 20.000 unidades internacionais.

(1) Em publicação ulterior será exposta, com pormenores, a técnica seguida pelo engenheiro químico Dr. Karl Schön.

* * *

A insulina é um producto biológico que se apresenta sob a forma de pó branco, amorfo, decerto uma proteína, na composição da qual entram sete ácidos aminados, em proporções diferentes de uns para os outros (WINTERSTEINER e JENSEN) restando apenas 12 % de substância de composição química desconhecida.

Os ácidos aminados identificados estão nas seguintes proporções (WINTERSTEINER e JENSEN):

Leucina	30 %
Acidos glutamico . .	21 %
Tirosina.	12 %
Cistina	12 %
Histidina	8 %
Arginina	3 %
Lisina.	2 %

ABEL dá a seguinte composição centesimal para a insulina pura :

Carbono	49.95 %
Oxigénio	25.58 %
Azote	14.41 %
Hidrogenio	7.16 %
Enxôfre	2.98 %
Agua	5.35 %

É evidente que as suas formulas empirica e estereoquímica só se poderão conhecer, quando se determinar o que são os 12 % de substância de composição desconhecida.

A sua actividade biológica depende do grau de pureza, e por êsse motivo, compreende-se a necessidade de cuidados e de paciencia que requerem as diferentes fazes da técnica de preparação e que têm por finalidade purificar a insulina. Quanto maior fôr a quantidade de proteínas estranhas na solução de insulina, menor será a actividade desta, maior facilidade haverá em diminuir ou mesmo perder-se o seu poder de acção e mais frequentes

serão os acidentes locais ou de choque provocados pela injeção subcutânea do preparado insulínico.

A actividade da insulina diminui também mercê da elevação da temperatura, reduzindo-se a 0, quando esta atinge 100°.

KROGH e HENNINGSEN afirmam que a actividade da insulina se reduz 50 0/0, quando esta é submetida a determinada temperatura e em determinadas espaços de tempo, cujo conhecimento é de interêsse.

Temperatura	Tempo em que a actividade da insulina se reduz de 50 %
40°	6 meses
30°	2 anos
20°	10 »
10°	56 »
0°	277 »

Estes valores foram obtidos, segundo dizem êstes autores, por extrapolação, tomando como base, o que se regista às temperaturas de 50° a 117,5°.

A acção fisiológica da insulina é extremamente sensível e de grande instabilidade.

O seu poder de acção extingue-se, se a insulina estiver em contacto com alcalis, ácidos concentrados, todos os agentes oxidantes ou redutores.

A acção da insulina pode extinguir-se, conservando-se aparentemente íntegra a sua molecula.

A grande sensibilidade da acção da insulina aos agentes químicos, termicos, ao tempo, etc., contribui para justificar—e legitimamente— a diminuição da actividade da maioria das insulinas, que se encontram no nosso mercado.

A insulina preparada no Laboratório de Química Biológica e Físico-química, mercê de várias condições, entre as quais o poder-se conservar na geleira desde a sua preparação até ao emprêgo nos doentes, o poder-se dosear sòmente em quantidade de harmonia com o consumo no espaço de 15 ou 30 dias, portanto sempre recente, sem querer ainda referir-me ao cuidado e meticulosidade seguidos na preparação, pode oferecer-nos a maior das confianças, quanto à sua actividade biológica, como se demonstra com experimentações em coelhos, das quais citarei algumas.

Doseamento biológico da insulina

O doseamento e a concentração da insulina fazem-se ordinariamente, avaliando a sua acção biológica no coelho.

Fizemos o doseamento da nossa insulina em função da unidade coelho e das relações desta com a unidade clínica nova, mais conhecida por unidade clínica internacional.

A unidade coelho é a quantidade de insulina que injectada a um coelho, com o pêso de 2 kilos, em jejum de 24 horas, produz o abaixamento da glicémia até ao valor de 0,045 gramas $\%$, valor que muitas vezes se acompanha de convulsões. A unidade clínica internacional é $\frac{1}{3}$ da unidade coelho, aumentado de 40 $\%$, portanto 0,47 da unidade coelho.

A primeira solução de insulina do Laboratório foi doseada de harmonia com condições acima definidas e permitiu-nos em coelhos obter os seguintes resultados:

Coelhos n.º	Pêso	Solução de insulina	Assucar em jejum mgrs. $\%$		Observações
			Antes	Depois 1 $\frac{1}{4}$	
1	1,08	0,1 cc.	119	43	Convulsões c/ 2 horas
2	2,20	0,1	108	47	
3	2,00	0,1	112	56	Convulsões c/ 1 $\frac{1}{2}$ h.

Estes efeitos são bem demonstrativos da actividade biológica da insulina do Laboratório e de que a concentração adoptada é a conveniente para usos clínicos, e está de harmonia com os dados considerados internacionais. Esta quantidade (3000 U.) já foi utilizada nos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Mais tarde, com o fim de conhecer a actividade de outras insulinas, seguindo o mesmo critério biológico e tomando como animal de experiência o coelho, procedemos de igual modo, injectando igual volume (0,1) de solução das diferentes insulinas existentes no mercado e os resultados obtidos constam do quadro seguinte.

(Empregámos sempre os mesmos coelhos; três por cada ensaio. Entre duas determinações mediou sempre uma semana).

	Coelho	Peso	Solução de insulina	Assucar em mgrs. ‰	
				Antes	Depois 1 1/4
Insulina Leo (dinamarqueza).	1	1,65	0,1 cc.	107	67
	2	2,20	0,1	110	80
	3	2,00	0,1	100	72
Insulina Schering (alemã)	1	2,40	0,1	110	88
	2	2,35	0,1	102	90
	3	2,40	0,1	101	83
Insulina AB BDH (inglesa).	1	1,80	0,1	104	81
	2	2,00	0,1	110	95
	3	2,65	0,1	102	79
Insulina Eli Lilly (americana).	1	2,40	0,1	108	84
	2	2,40	0,1	106	75
	3	2,40	0,1	119	75
Insulina Byla (francesa)	1	1,80	0,1	104	83
	2	1,65	0,1	119	95
	3	2,60	0,1	102	85

Vê-se neste quadro que a baixa da glicémia foi muito inferior ao que era de esperar do volume de solução de insulina injectada, equivalente a 2 unidades internacionais e portanto a cerca de uma unidade coelho (0,94).

É muito possível que este facto se relacione com algum dos motivos já citados, como a instabilidade da acção biológica do complexo químico que forma a insulina, o clima do nosso país, com a característica de maiores temperaturas em relação aos países onde foram preparadas as insulinas, longa e má armazenagem do producto, diferença dos nossos coelhos em relação aos dos outros países, etc.; mas também é possível que a unidade

internacional a que se referem as diferentes insulinas estrangeiras experimentadas não seja a unidade clínica nova, definida como valendo $1/3$ da unidade coelho, aumentado de 40 %.

A concentração (1) de insulina que actualmente se está usando, é de molde a obter em coelhos os seguintes resultados:

Coelho	Pêso	Solução de insulina	Glicemia em mgrs. %	
			Antes	Depois $1\frac{1}{4}$
1	2,100	0,1 cc.	111	56
2	1,850	0,1	110	61
3	2,100	0,1	104	74

Por êstes valores se vê que esta insulina está mais concentrada cêrca de 20 % que as insulinas estrangeiras citadas, oferecendo-nos assim maior certeza no efeito hipoglicemico. É evidente que nós podemos dosear e concentrar a insulina para a actividade que quizermos obter. De momento, resolvemos apresenta-la com a actividade mencionada no quadro precedente.

Destas experiências em coelhos deduz-se que o Laboratório de Química Biológica e Física Química pode fornecer insulina, de preparação e doseamento recentes, com actividade bem conhecida e determinada, e sempre em condições de a empregarmos na prática, seguros da sua acção.

* * *

Mas, além do aspecto científico que acabo de expôr e pelo qual se vê, a insulina do Laboratório é de molde a inspirar confiança, há na iniciativa da preparação de insulina, o aspecto económico que se deve salientar, e ainda os aspectos social e patriótico que me parecem dignos de registo.

O primeiro dêstes aspectos foi focado com pormenores no

(1) Se julgarmos conveniente e vantajoso, faremos o doseamento biológico da insulina, tomando como termo de comparação a actividade do padrão internacional de insulina cristalisada.

relatório entregue ao Ex.^{mo} Director dos Hospitais e abstenho-me de o desenvolver, por me parecer que não interessa à natureza desta assembleia.

Aspecto social — Mercê de existência de insulina a baixo preço, fâcilmente se poderá socorrer êsse numeroso grupo de diabéticos pobres, não tratados, muitas vezes, por falta dêste medicamento. Assim se mostra e prova que a Universidade e seus Institutos não esquecem os seus deveres sociais, trazendo ao alcance das classes menos protegidas, os benefícios da ciência, susceptíveis de serem fornecidos pelo Estado.

Aspecto patriótico — A produção de insulina em Portugal é iniciativa que se não deve menosprezar porque evita a safda de ouro.

E assim, neste particular, nós passaremos a saber viver, como aquelas nações que tentam bastar-se a si mesmo, criando rigidos sistemas de autarquia.

Finalmente, esta obra constituirá ainda motivo de satisfação para nós, porque é, supômos, a primeira obra de producção de insulina que se faz em Portugal e que muito valerá, se tomar character de permanência e de grande alcance social, como desejamos.

* * *

Mas se, por um lado, a insulina na diabetes é medicamento imprescindível, por outro, pouco vale sem dieta apropriada, se os doentes não tiverem os conhecimentos elementares sôbre a mesma dieta, e logicamente, tudo faltarâ, se não existir no nosso Hospital uma consulta externa para diabéticos, uma enfermaria própria e uma cosinha adequada ou, pelo menos, um cosinheiro conhecedor de certos pormenores de dietética.

Estas e outras necessidades foram expressas no relatório entregue ao Ex.^{mo} Director dos Hospitais.

Sua Ex.^a, satisfazendo-as, terá auxiliado a fundação de uma obra de valôr sob o quadrupulo aspecto, científico, económico, social e patriótico e todos sentiremos por mais êste acto do Prof. Dr. ANGELO DA FONSECA, entre muitos outros de S. Ex.^a a favôr do prestigio do nosso Hospital e da nossa Faculdade, o maior e melhor dos reconhecimentos.

A TUBERCULOSE EM PORTUGAL

(Distrito da Guarda) (*)

POR

AMANDIO PAUL

Compreende êste distrito a região mais acidentada do país, em que se destaca o grande macisso orografico da *Estrêla* — a mais alta serra de Portugal com a sua avantajada cota de 1993 m.

Além da *Estrêla* ha ainda a referir a serra das *Mezas*, ao sul do distrito, dirigindo-se para a fronteira ao encontro da serra da *Gata*, já em terras de Espanha, e, mais para o norte, as serras da *Lapa* — 986 m. — e da *Marofa* — 977 m. —, que, por sua vez, originam uma vasta rêde de montes e contrafortes.

E assim plenamente se justifica o nome de *Beira Serra* recentemente dado a esta região das Beiras que, no dizer dos entendidos, possui os necessários requisitos para a constituição de uma provincia.

Certo é que a serra domina e orienta as principais actividades económicas da região; da serra vive a grande maioria da sua gente; na serra residem as suas grandes fontes de riqueza, a formidavel fôrça motriz das suas potentes quedas de água — as mais altas do continente —, a altitude nas suas relações com o turismo e com a saúde, etc., etc.

Numa palavra, nas extensas e elevadas serranias desta região da Beira, encontram se vários e preciosos filões de autêntico

(*) Notas extraídas de um trabalho que está sendo elaborado na A. N. T. sôbre a tuberculidade nos diferentes distritos do Continente e Ilhas durante o quinquenio 1931-1935.

ouro, que uma vez bem conhecidos e devidamente explorados, poderão transformá-la numa das mais ricas e florescentes províncias de Portugal.

Qual seja o reflexo demografico de todos os factores que presidem à vida neste importante departamento do país, é o que vamos apreciar atravez a documentação que faz parte deste trabalho.

A) — *Tuberculoidade — Cotejo interdistrital.*

A tuberculoidade do distrito da Guarda ocupa na escala dos indices dos distritos até agora abrangidos pela estatística um dos valores mais baixos (Tabela LXXIII).

Suplantam-no só dois distritos — o de Castelo Branco, com o indice de 0,992 — o mais baixo de todos — e o de Vila Real a que coube o indice de 1,206 (1).

Mas, se, como deve ser em bôa técnica estatística, entrarmos em linha de conta com os óbitos por tuberculose ocorridos na Guarda e no Sanatório Sousa Martins, em indivíduos estranhos ao distrito, o indice do distrito da Guarda baixará para 1,007, (2) isto é, baixará o suficiente para desalojar o distrito de Vila Real da posição que a estatística lhe designou, e, então, passariam a ser os distritos de Castelo Branco e da Guarda, sob a égide da Estrêla, os mais poupados pela tuberculose.

É possível, porém, que, atendendo ao desigual valor da taxa de crescimento que serviu para calcular a população dos dois distritos, baixa — 4,3 para o distrito da Guarda —, e alta — 10,6 para o distrito de Castelo Branco — (Tab. LXXV), este facto tenha concorrido para fazer altear o quociente de tuberculoidade do distrito da Guarda e baixar o do distrito de Castelo Branco,

(1) Índices e taxas estão referidos a mil habitantes.

(2) Admitindo que os óbitos por tuberculose registados na Guarda em indivíduos não residentes na cidade podem ter-se por estranhos ao distrito, e, por via de regra, assim deve ser, apura-se que fo am 84 êsses óbitos, nos últimos seis anos, à razão de 14 por ano (Tab. LXXVII).

Abatendo êste número à media anual dos óbitos por tuberculose do distrito — 229,0, cifra oficial — e quocientando a diferença, depois de corregida a cifra oficial tendo em atenção a percentagem dos obitos de causa ignorada, com a população média do quinquenio — 271,089 habitantes —, obter-se-á o novo indice de tuberculoidade — 1,007 — do distrito da Guarda.

precisamente por se ter podido entrar no denominador da fracção obituarial com um número, pecando por defeito no caso da Guarda, e por excesso no de Castelo Branco.

B) — *Mortalidade geral — Cotejo interdistrital.*

No traçado da mortalidade geral ocupa o distrito da Guarda o lugar mais alto.

Seguem-no com quocientes de mortalidade elevados ainda, por ultrapassarem a media nacional, os distritos de Vila Real, Porto, Braga Lisboa e Viseu, enumerados por ordem decrescente das respectivas taxas.

Abaixo da media nacional alinham-se, pela mesma ordem, os restantes distritos — Setubal, Castelo Branco, Coimbra, Faro, Evora, Beja e Santarem.

Exceptuados os distritos de Lisboa e Coimbra que, como vimos já, vivem em regimen demografico muito especial, verifica-se que é no norte do país que a morte faz mais larga colheita e muito principalmonte no distrito da Guarda, ou seja precisamente no distrito em que a tuberculose causa menos vítimas o que, de certo modo, abona e valorisa as virtudes anti-tuberculosas que a estatística lhe confere.

Morre-se, pois, muito no distrito da Guarda, excepto de tuberculose.

E porque succede isto num distrito, aliás tão bem provido de dons naturais em materia de higidez, que até consegue deter o passo à tuberculose?

Uma das causas a destacar é a sua elevada natalidade—32,7—, o segundo lugar na respectiva escala, cabendo o primeiro ao distrito de Braga.

Entre nós, como já vimos e temos salientado em trabalhos anteriores, a natalidade domina francamente a mortalidade.

No norte abundam os nascimentos, registando Braga, por sinal, um índice de natalidade — 34,9 — que hoje em dia as estatísticas demograficas raramente inscrevem nos seus rois natalicios; mas, em contra partida, também concorre para o obituario com as maiores cifras.

O sul, pelo contrário, regista uma mortalidade moderada, ao lado de uma nascença muito frouxa.

A ilação a tirar dêste facto, é que, entre nós, quem pretender

ajuisar, só pela taxa bruta da mortalidade geral, do grau de salubridade de uma dada localidade ou do grau de resistência à morte da sua gente, tem, antes de mais nada, de atender à cifra da natalidade, que, por sua vez, condiciona, como é sabido, a maior ou menor mortalidade infantil, fazendo assim altear ou rebaixar a mortalidade geral.

De como se comporta, quanto à mortalidade infantil o distrito da Guarda, é o que vamos procurar averiguar.

Neste distrito, as dizimas da mortalidade infantil até aos 5 anos e, nomeadamente, as correspondentes ao primeiro ano de vida, atingem proporções desmedidas, inconcebíveis na hora de sanidade que estamos vivendo.

Tirante Lisboa e Porto, o distrito da Guarda surge logo com os maiores valores da mortalidade infantil (Tab. LXXIII), excedendo notavelmente as dizimas nacionais, já de si elevadas, em todos os grupos de idade.

A verdade, a desoladora verdade, é que por toda a parte tratamos mal as crianças; no distrito da Guarda, então, inflingimos-lhes tratos verdadeiramente descaroáveis.

E não se diga que é mal próprio da região. Não. Nos restantes distritos da Beira, excluindo o de Aveiro, de que ainda não nos ocupámos, as dizimas obituárias infantis ficam muito aquém das dizimas nacionais.

O mal é, pois, peculiar ao distrito da Guarda, onde pouco ou nada se tem feito em matéria de assistência às crianças e mãis pobres, sendo raros os estabelecimentos de assistência que cuidem a valer da saúde e da vida de milhares de crianças mal defendidas contra os seus piores inimigos — verdadeiros inimigos mortais — a miséria e a ignorância —, e não existindo também uma única instituição especialmente consagrada à vigilância e protecção das mãis pobres durante todo o período da gravidez e do puerperio ⁽¹⁾.

(1) As únicas instituições de protecção à infância existentes neste distrito são: Asilo de Infância Desvalida, Dispensário de Higiene Social (Colónias balneares) e Lactário Dr. Proença, todas com séde na capital do distrito; Lactário Dr. Gago da Câmara, em Gouveia, e Lactário de Vila Nova de Foscóa com séde nesta Vila.

Uma das consequências de tanto desleixo é o abandono dos filhos por parte das mãis, após o nascimento, levadas a tal extremo, umas, pela imperiosa necessidade de trabalharem fóra do seu lar — a maior chaga dos tempos modernos, que só numa melhor organização social poderá encontrar remédio eficaz — e arrastadas outras, como amas, para o lar dos ricos, privando assim os seus filhos do leite que só a êles pertence — a maior monstruosidade de todos os tempos, a combater por todos os meios, mas muito principalmente pela velha fórmula de *Lagneau* — fazer da mãe indigente a ama remunerada dos seus filhos.

E as crianças assim abandonadas, privadas do leite materno — o único que podem bem digerir e assimilar — e dos mil e um cuidados que a sua vida requer e que só as mãis instintivamente sabem prodigalisar aos filhos, vão a breve trecho a caminho do cemitério, sob a rúbrica médica, na grande maioria dos casos, de doenças — diarreia, atrepsia ou bronco-pneumonia — facilmente evitáveis, precisamente porque quasi sempre se filiam na indiferença e no desprezo que votamos às pobres crianças, ou melhor dizendo, às crianças filhas de gente pobre (1).

A verdade, hoje como há muito, está no velho e lapidar conceito de *Roussel* — «*Tout ce qui éloigne l'enfant de sa mère le met en état de souffrance et en danger de mort*», ou neste outro de *Combe* — «*L'existence de l'enfant depend entièrement de son entourage. Si cet entourage sait choisir judicieusement la nourriture du bébé, s'il sait lui donner les soins qui lui sont indispensables, l'enfant vivra. Dans le cas contraire il est voué a une mort fatale*».

Outros aspectos do delicado problema da mortalidade infantil

(1) Os filhos dos ricos nem sempre escapam ao mal que deixamos apontado — privação do leite materno —, mas então as causas que o determinam, não falando nas de ordem fisiologica (insuficiencia da secreção lactea) ou patológica (tuberculose, cancro, cardiopatias, etc.) são quasi exclusivamente de ordem social ou moral, como sejam, entre outras, a chamada educação moderna que relega para um plano secundario a função da maternidade com que a natureza dotou e enobreceu a mulher, e, também, a intensa vida de prazer e de distrações que caracteriza os tempos que correm e de que as primeiras e principais vítimas são ainda as crianças.

e da sua profilaxia teriam de ser considerados, e, sobretudo, os que se relacionam com as deploráveis condições físicas e morais de um bom número de progenitores, e, até, do próprio meio em que as crianças são geradas — males que frequentemente presidem à nossa elevada morti-natalidade e à mortalidade precoce por debilidade e vícios de conformação congénitos, nascimento prematuro etc. (1).

Isso, porém, afastar-nos-ia do nosso objectivo, qual é o de salientar que a elevada mortalidade geral que a estatística confere ao distrito da Guarda é devida em grande parte à sua excessiva mortalidade infantil que, por sua vez se relaciona com a extrema penuria do seu armamento de protecção às crianças e mãis pobres.

E tanto assim é, que bastaria trazer as dizimas obituarias infantis de 0 a 5 anos, no distrito da Guarda, ao nível das correspondentes dizimas nacionais — e não seria milagre nenhum dado o exagerado valor destas dizimas — e logo no obituario geral poderíamos abater nada menos de 450 obitos, que tantas seriam as vidas de crianças até aos 5 anos de idade assim resgatadas em cada ano.

Não há dúvida, pois, que, para fazer baixar a mortalidade geral, tem primeiro de se principiar por reduzir a mortalidade infantil, recorrendo aos salutaes preceitos da hygiene social e medicina preventiva, única fôrma de se enfrentarem e combaterem com eficácia, e com economia também, este e outros flagelos sociais.

De facto, não serão apenas crianças que assim se poderão subtrair à morte, mas crianças que, tornadas vigorosas e sádas, melhor resistirão mais tarde na luta pela vida que as espera, adoecendo menos e morrendo menos também.

Far-se-ia assim verdadeira profilaxia social e da melhor.

(1) Os nados mortos registados em Portugal, em 1936, foram em número de 9405 (!) e na casa reservada às mortes por debilidade e vícios de conformação e congénitos, nascimento prematuro, etc., inscreveram-se nesse mesmo ano nada menos de 7002 crianças!!

Temos assim, só nestas duas rúbricas, 16407 óbitos de crianças que bem podiam evitar-se por serem causados, na sua grande maioria, por duas doenças evitáveis — a tuberculose e a sífilis.

O exame da Tabela LXXIV dá nos ainda a conhecer outro factor que bem poderá contribuir para a desmarcada taxa obituarial do distrito da Guarda.

É o que diz respeito à excessiva mortalidade dos velhos (mais de 60 anos).

A dizima correspondente é de 65,61, bastante superior à do país — 61,53.

Para este resultado deverá concorrer o clima agreste desta região da Beira, onde se registam as mais baixas temperaturas do país e os maiores desvios termicos, e é sabido que os velhos não se querem com o frio e são muito sensíveis às variações bruscas do tempo.

Mas pior que a inclemencia do clima é o abandono a que também estão sujeitos, filiado no pouco ou nenhum rendimento social que se lhes atribui.

Registámos e salientámos o abandono que votamos às crianças; com os velhos esse abandono atinge ainda, se é possível, maiores proporções pela razão já apontada do pêso morto que representam para a sociedade.

Em todo o distrito ha apenas, na Guarda, um simulacro de assistência aos velhos, numa dependência do hospital da Misericórdia onde, quando muito, se alberga uma escassa duzia de velhos, dependência pomposamente denominada Asilo Principe da Beira, vivendo de todos os tempos vida precaria.

Ora, a verdade é que a solução do problema da assistência aos velhos não está positivamente na anacronica instituição de asilos ou albergues, mas na formula moderna do seguro obrigatório contra a velhice que é necessário instituir quanto antes em nome dos mais elementares deveres de humanidade para com os velhos (1).

(1) Na Dinamarca, país de organização social modelar, o seguro obrigatório contra a velhice realizou, entre outros, o milagre da fundação nos arredores de Copenhague, de uma cidade de velhos — « De Gamles By » a cargo do município, abrigando cerca de 1500 velhos nas melhores condições de conforto e de higiene, notando-se que esta magnifica modalidade de assistência foi já excedida por uma outra, atinente a proporcionar-lhes « mais independência e alegria de viver » e que consiste em instalar na

Enfim, se os velhos no distrito da Guarda morressem à razão da dizima nacional, poupar-se-ia a vida a mais de uma centena — 108,9, em média por ano.

Resumindo: o obituario geral do distrito da Guarda pode considerar-se sobrecarregado com 450 óbitos de crianças que morrem a uma taxa superior à do país, 118 óbitos de velhos, nas mesmas condições, e 14 óbitos de individuos estranhos ao distrito.

E assim poderá explicar-se o exagerado valor da sua mortalidade official.

C) — *Nos Concelhos.*

a) — *Tuberculoidade.*

No alto da escala inscreve-se, com o indice de 2,090, o concelho da Guarda.

Este indice, porém, não pode traduzir a tuberculoidade do concelho, pois foi deduzido contando com todos os óbitos que de facto se registaram na sua area, a maioria dos quais ocorreu em individuos oriundos de outros distritos e só acidentalmente se encontravam na Guarda, para efeitos de tratamento, à data do seu falecimento.

Expurgado que seja o obituario concelhio desta classe de óbitos, que não lhe pertencem, o indice de tuberculoidade baixará para 0,857 (1).

sua própria habitação «pequenos aposentos compostos de um quarto e uma cosinha modesta, com electricidade, aquecimento central, água quente e fria», de que os velhos podem utilizar-se mediante o pagamento de uma renda mensal que representa menos de metade da pensão a que teem direito. (*Emile Schreiber — Heureux Scandinaves*).

Feliz gente, na verdade.

(1) A media anual das cifras officiais dos óbitos por tuberculose, registados no concelho da Guarda durante a quadra que abrange o nosso inquerito — 1931-1935 —, foi de 24 (vide Anuarios Demograficos respectivos), número a que é preciso abater os 14 óbitos que em media, como já vimos, se verificaram em individuos estranhos ao distrito. Restam assim apenas 10 óbitos de individuos residentes no concelho e cuja causa de morte officialmente conhecida foi a tuberculose.

Sucede, porém, que no concelho da Guarda, a despeito do elevado número dos seus actuais clínicos — nada menos de 23, de que 5 nas freguesias rurais — é enorme a percentagem dos óbitos que escapam à verifi-

Manteigas virá então ocupar o lugar da Guarda, no alto da escala, seguindo-se-lhe os concelhos de Gouveia, Seia, Trancoso, Figueira de Castelo Rodrigo, Fornos e Pinhel, citados pela ordem decrescente da tuberculidade.

Abaixo do índice da Guarda dispõem-se pela mesma ordem, os restantes seis concelhos — Aguiar e Foscôa, com o mesmo índice de 0,850, Almeida, Celorico, Mêda, e, finalmente, Sabugal com o índice mínimo de 0,640 (1)

É curioso notar, excluído que seja o concelho da Guarda, a coincidência de serem os concelhos mais chegados à serra da Estrela — Manteigas, Gouveia e Seia — aqueles que registam os maiores índices de tuberculidade, ultrapassando mesmo, os

cação médica - 73,6 % na quadra considerada, quando em Portugal e no distrito da Guarda essa percentagem foi, respectivamente, de 8,2 e 24,3 —, e a verdade é que nesta grande massa de óbitos de causa ignorada deverão necessariamente encontrar-se bastantes casos de tuberculose.

Quantos êles sejam fácil é *grosso modo* averiguar, partindo-se da hipótese, muito chegada à verdade, de se verificar nos óbitos de causa ignorada a mesma percentagem de óbitos por tuberculose que nos óbitos de causa conhecida.

Obter-se-á assim a cifra corrigida de 37,917 óbitos que em média a tuberculose deve ter causado, em cada um dos anos do quinquenio, no concelho da Guarda, cifra a que corresponderá, para a população média do concelho nesse período, o índice de 0,857, referido a mil habitantes.

(1) A baixa tuberculidade dêste concelho é uma surpresa da estatística que deverá filiar-se na deficiente organização da sua assistência médica, bastando dizer que para uma população calculada para 1935 em 36487 habitantes, distribuídos por uma área de 830 km² — a maior superfície concelhia do distrito — ha apenas 5 médicos, à razão, portanto, de um médico para 7293 habitantes, povoando uma área de 166 km²!

Nestas condições é licito supor que os doentes na sua maior parte tem de recorrer aos numerosos curandeiros — barbeiros, bentos, etc. — de que, segundo é voz corrente, está inçado, até à medula, todo o concelho, e que, os mortos, na sua grande maioria também, irão ter ao cemitério sem qualquer rótulo nosológico.

No entanto a estatística aponta o concelho do Sabugal como um dos raros concelhos do país em que a causa da morte é conhecida na quasi totalidade dos casos, e tanto é assim que a percentagem média de óbitos de causa ignorada no quinquenio 1931-1935 foi apenas de 0,4 (!), havendo anos — os de 1933 e 1934 — em que na totalidade dos óbitos — cerca de 800, em media — apenas se registou um único em que a causa da morte não foi conhecida!!!

dois primeiros, a media nacional. Causas locais, sobretudo de ordem económica e social — na serra, em geral, o nivel de vida tem atingido os valores mais baixos — deverão presidir a êste facto; no entanto, é bom não esquecer que a serra da Estrêla é, desde há muito, um centro de atracção de doentes, muitos dos quais, *sponte sua* ou, o que ainda é pior, mal aconselhados, ali chegam em deplorável estado.

Por lá ficam e vão agravar assim o obituario local.

b) — *Mortalidade geral.*

Taxa media distrital 19,9.

Taxa nacional 16,8.

Acima da média distrital, já bastante elevada, contam-se nove concelhos a saber: Sabugal e Figueira, no alto da escala, com a taxa comum de 22,6, Trancoso, Foscôa, Almeida e Pinhel, irmanados com a taxa de 21,5, Meda, Guarda ⁽¹⁾ e Manteigas; abaixo da media, e mencionados pela mesma ordem decrescente das respectivas taxas, temos os restantes cinco concelhos — Aguiar, Celorico, Fornos, Seia e Gouveia — dos quais só os dois últimos se inscrevem com taxas inferiores à nacional — 16,5 e 16,4, respectivamente.

Não vão, porém, tirar-se das taxas brutas da mortalidade geral que a estatística atribui aos diferentes concelhos e só por elas, inferências de grande e decisivo valôr sôbre a sua salubridade ou situação sanitária.

Aqui, como no distrito, a natalidade é, com efeito um dos elementos com que é preciso contar na apreciação do valôr das taxas da mortalidade geral.

Assim, dos concelhos de mortalidade elevada, superior à media do distrito, todos accusam uma nascença superior à taxa nacional, destacando-se os concelhos de Sabugal, Trancoso, Foscôa, Meda e Manteigas com taxas natalicias superiores ainda à

(1) O concelho da Guarda, uma vez aliviado dos óbitos que lhe não pertencem e que foram os registados na cidade e no Hospital da Misericórdia em indivíduos de outros concelhos — 14 e 3, respectivamente, referindo-se a 1.^a cifra à média do quinquenio e a 2.^a ao ano de 1936 — passará a cotar a sua mortalidade geral pela nova taxa, mais correcta, de 19,8 e então irá ocupar o 1.^o lugar no grupo dos concelhos de mortalidade inferior à média do distrito.

media distrital, à frente dos quais figura o concelho do Sabugal com a bonita cifra de 39,4, a que correspondeu também, como vimos, a mais alta taxa obituarial.

Os restantes concelhos inscrevem-se com valores baixos da mortalidade, inferiores à bitola distrital; mas exceptuado apenas o concelho de Aguiar, em todos a natalidade ficou abaixo da media do distrito, e muito principalmente nos concelhos de Seia e Gouveia, que também registaram os menores valores da mortalidade.

Além da natalidade e actuando no mesmo sentido, isto é fazendo variar a mortalidade para mais ou para menos, outros factores tem ainda de ser considerados, como sejam: o valor da população que, como se sabe, entra no denominador da fracção obituária e cujo computo nos períodos post-censuários, por qualquer dos metodos usuais, acarreta êrros inevitáveis maiores menores, não falando já nas próprias falhas e deficiências do recenseamento; a composição da população, influenciada sobretudo pela corrente migratoria peculiar a cada localidade; situação e posição geograficas da localidade, clima, higiene, ⁽¹⁾ condições económicas e sociais, assistência médica, etc.

(1) A higiene deixa muito a desejar em todo o distrito da Guarda e muito principalmente nas freguesias rurais onde, na sua grande maioria a água é colhida em imundas fontes de mergulho e as ruas estão cobertas por espessa camada de mato a que se atribui, bem ou mal, mas seguramente mais mal do que bem, o duplo condão de as tornar transitáveis no inverno e de fornecer à cultura das terras um complemento de bem problematica adubação.

O que vale é que, se sobrevem a doença, lá está rente à cabeceira da cama, o infalivel barbeiro que, como se sabe, acumula o brando officio de rapar os queixos com a arte facil e corriqueirra de fazer receitas, e, em caso de morte, lá temos também o emérito regedor para passar a certidão de óbito e nela exarar, com ou sem o voto do barbeiro, a causa da morte.

E assim se vive — iamós a dizer assim se morre — nas aldeias da Beira.

A verdade é que, desta forma, com água suja nas fontes e estrume nas ruas, não pode haver higiene, nem mesmo o mais rudimentar asseio, e, daí, entre outros maleficios, a tradicional endemicidade da febre tifoide no distrito da Guarda e o aparecimento aqui e além de um ou outro foco de tifo autêntico, ou seja, de tifo que já não é bem a simples febre tifoide e que, não raras vezes tem assumido em certos concelhos — *verbi gratia* o de Manteigas — caracter de grande difusão e extrema gravidade.

D) — *Confronto da tuberculoidade com a mortalidade geral.*

Nem sempre se nota concordância entre a tuberculoidade e a mortalidade geral.

Assim, dos três concelhos de tuberculoidade superior à media distrital — Manteigas, Gouveia e Seia —, só o primeiro acusa também uma taxa de mortalidade geral superior à do distrito; os dois últimos — Gouveia e Seia — têm pelo contrário valores mais baixos da mortalidade geral.

Já atrás referimos as causas que poderão concorrer para esta discordância.

Dos dez concelhos de tuberculoidade inferior à do distrito, 4 — Aguiar, Celorico, Fornos e Guarda — numeram taxas de mortalidade geral inferiores também à media distrital, o que já não se verifica nos restantes seis concelhos — Almeida, Figueira, Mêda, Pinhel, Sabugal e Foscôa.

Neste último caso, a discordância não está infelizmente em relação com a existência nesses concelhos, de factores mesologicos que tornem possível o registo de um pequeno número de óbitos por tuberculose. Não. A razão principal é que nesses concelhos, como aliás em tantos outros, por todo o país, deverão escapar à verificação medica muitos casos de tuberculose.

Trancoso nivela a sua tuberculoidade com a do distrito.

E) — *Flutuação da tuberculoidade de 1931 a 1935.*

A estatística aponta só quatro concelhos — Celorico, Figueira, Trancoso e Sabugal — em que a mortalidade pela tuberculose aumentou, desde o mínimo em percentagem, de 0,19 (Celorico) até 89,5 (Sabugal), e diminuiu nos restantes concelhos em percentagens que variaram desde a mínima de 5,1 (Meda) até 62,7 maxima, de Fornos.

Quanto à mortalidade geral, apura-se que, excluindo o concelho de Manteigas, em todos os outros se verificaram aumentos maiores ou menores, oscilando entre 0,62 % (Seia) e 76,5 % (Trancoso), das respectivas taxas, com a agravante, porém de que em seis — Celorico, Sabugal, Aguiar, Gouveia, Foscôa e Manteigas — a natalidade abateu, e quando tal acontece, pode-se falar, com as reservas a que atrás aludimos, em agravamento do estado sanitário no período decorrido.

No conjunto, a tuberculosidade diminuiu 19,5 ‰⁽¹⁾ no distrito e a mortalidade geral acusou um aumento de 13,8 ‰ a que correspondeu um pequeno aumento — 2,2 ‰ — na natalidade.

Por último, algumas palavras sôbre as duas cidades do distrito — Guarda e Pinhel.

A) — *Guarda.*

Do exame das tabelas LXXIV e LXXVIII, apura-se que :

1.º — A natalidade da Guarda exprime-se por uma taxa fraca — 24,4 — inferior às taxas natalicias do concelho, do distrito e do país. É o que geralmente se está verificando nas cidades, sob o influxo de causas de ordem económica, social, e moral também, conduzindo à pratica e generalisação crescente do malthusianismo ou, como hoje se diz, da «racionalisação da vida sexual».

Todos à uma procuram eximir-se ao pesado fardo dos filhos.

Desce a natalidade e, o que é pior, sóbe a nascença ilegítima, precisamente porque o encargo dos bastardos vem a recair quasi sempre sôbre os outros — a colectividade e as desgraçadas mãis, que a lei não protege ainda suficientemente.

Verdade seja que, em relação às outras cidades, a Guarda, com a sua reduzida taxa de ilegitimidade — 75,6 — (Tab. LXXXIII) fica muito à quem do maior número ;

2.º — A mortalidade geral da Guarda numera-se por uma cifra moderada — 15,2 — inferior à taxa obituarial nacional, que, por sua vez, é inferior às taxas concelhia e distrital.

(1) Esta percentagem, a despeito da grande penuria do distrito da Guarda em materia de armamento anti-tuberculoso, reduzido a um único Dispensário, na Guarda, e ao Sanatório Sousa Martins, também na Guarda mas que recebe um número insignificante de doentes do distrito, é bastante superior à percentagem nacional por nós computada em 10,6 na mesma quadra.

Já em trabalhos anteriores anotámos o facto, que em toda a parte se está registando, da diminuição da mortalidade pela tuberculose, o que prova que a tuberculose ou por um processo de lenta imunisação, hereditaria ou adquirida, ou por estar sendo batida pelos progressos da hygiene e do bem estar colectivo, ou pelas duas causas ao mesmo tempo, vem desde ha muito reduzindo o número das suas vítimas, muito embora tenha de se reconhecer que nos países que ao mesmo tempo organisaram os seus planos de combate directo à doença, a quebra alcançada tenha sido maior.

Para êste resultado concorre, em parte, a sua fraca natalidade.

A quebra da mortalidade no quadrienio 1932-1935 foi porém mais acentuada que a da natalidade na mesma quadra, e isso faz supor que deva atribuir-se uma boa parte do moderado valor da mortalidade geral a outros factores, como sejam os que possam ter concorrido para o progresso indiscutível que a Guarda vem revelando de ha uns anos a esta parte, progresso que por sua vez, tem originado um maior bem estar geral.

E assim independentemente da quebra da natalidade, morre-se hoje menos na Guarda porque também se vive melhor;

3.º — A mortalidade pela tuberculose nos últimos seis anos, excluindo o de 1937, por não estar ainda apurada no ano findo, cifra-se por un índice baixo — 0,754 — que nenhuma outra cidade do continente, dentre as 29 a que se refere a tabela LXXXIII, usufrue (1).

No decurso dêsses seis anos a tuberculosidade subiu progressivamente a partir de 1931 para atingir o fastigio em 1935 com o índice insolito de 1,375; mas já no ano seguinte se registou uma quebra acentuada que trouxe o índice respectivo para uma cifra 0,678 —, inferior à media geral.

Quizemos apreciar a flutuação da tuberculosidade nos últimos 30 anos, e com os elementos arquivados nas antigas sub-delegação e delegação de saúde, concelhia e distrital, e com os que posteriormente, em 1926, (data em que foram extintas as delegações distritais) obtivemos, por amável deferência, na Conservatoria do Registo Civil, foi possível organizar a tabela LXXXII em que, por quinquenios, a partir de 1907, está registada a mor-

(1) Reputamos êste índice de 0,754 bastante aproximado do valor que deve ter e pecando antes por excesso que por defeito, já porque numa pequena cidade como a Guarda, cuja população não deve ter ainda atingido 9000 habitantes, fácil é obter-se a verificação da causa da morte senão na totalidade, pelo menos na quasi totalidade dos óbitos, tanto mais que na cidade estão presentemente exercendo a clínica 18 médicos, já ainda porque o cálculo da população na quadra decorrente baseou-se na taxa de crescimento observado na quadra anterior e tudo leva a crêr que o crescimento da Guarda, atendendo aos seus progressos evidentes, se esteja hoje fazendo a uma taxa superior.

talidade pela tuberculose na Guarda durante êsse largo período de tempo.

Verifica-se assim, que, com excepção do 1.º quinquenio, em que a tuberculoidade, referida a mil habitantes, alcançou um valor ligeiramente superior à unidade — 1,009 —, todos os outros registaram indices inferiores, destacando-se o de 1927-1931 com o índice minimo de 0,497.

O apoucado valor da tuberculoidade da Guarda não é de agora; vem de longe e começou a revelar-se nos principios do quinquenio 1912-1916, ou seja 5 anos depois da abertura do Sanatório, em 1907.

Entre as causas a invocar para a explicação dêste facto, ha a referir, em primeiro lugar, o clima da Guarda, de que a altitude — 1039 m. — é um dos principais elementos (1).

A seguir vem a influencia benefica do Sanatório, que nos parece não poder já hoje contestar-se.

Sob o ponto de vista estatístico, bastará referir que, anteriormente à abertura do Sanatório, no quadrienio 1903-1906, de que possuímos os necessários elementos na antiga publicação, iniciada em 1903 e continuada até 1910 — *Boletim anual de Estatística Sanitária do concelho da Guarda*, a cargo da sub-delegação de saúde dêsse tempo —, bastará referir, vinhamos dizendo, que o índice medio da tuberculoidade nessa quadra foi de 1,776.

Vê-se, pois, que a altitude só por si, quando desacompanhada de outros factores de ordem económica e social, não é suficiente para fazer baixar a mortalidade pela tuberculose, semelhantemente ao que, em maior escala, ocorreu como vimos, nos concelhos serranos de Gouveia, Seia e Manteigas. Logo porém no quinquenio immediato se registou uma quebra notável para 1,009, e, desde então para cá não mais deixou de descer, passando a cotar-se por indices sempre inferiores à unidade.

(1) A tabela LXXXI insere alguns dados meteorologicos, referentes à Guarda, Serra da Estrêla e Lisboa, e a dois períodos bastante afastados um do outro 1910-1912 e 1935-1936.

O clima da Guarda ao contrário do que geralmente se supõe, parece não se ter modificado muito sensivelmente nesses dois períodos de tempo.

É que, além do mais, e passando por agora em silêncio, por descabidas, outras vantagens do sanatório e de subido valor, podem computar-se em cêrca de mil contos por ano as importâncias que o sanatório deixa na Guarda (1).

E a verdade é que uma grande parte dêsse dinheiro que, como diz o rifão, é sangue, deverá, numa terra pequena e pobre, como a Guarda, «enxugar muita lágrima, matar muita fome, poupar muitas vidas e evitar muitas tuberculoses».

A Guarda regista desde ha muito uma mortalidade pela tuberculose, baixa. Na hora presente, o seu índice de tuberculoidade deverá ser mesmo o mais baixo das cidades portuguesas do continente (Tab. LXXXIII).

B) — *Pinhel*.

As principais características demográficas da cidade de Pinhel são:

a) — Uma natalidade rasoavel — 28,9 —, precisamente igual à do país e muito superior à da grande maioria das cidades (Tab. LXXXIII);

b) — Uma mortalidade geral — 20,6 — elevada, superior em quasi quatro pontos à media nacional, e relacionada, em parte, com o valor da natalidade;

c) — Uma diminuta cifra de ilegitimidade, apanagio, felizmente, desta região da Beira;

d) — Finalmente, uma tuberculoidade baixa — 0,852 — regalia que compartilha com a Guarda.

Como em Pinhel nada existe, em materia de luta contra a tuberculose, nem mesmo um simples Dispensário, e como por outro lado, o índice da sua tuberculoidade deve ter-se por muito aproximado da realidade por ser fácil de contar, sem êrro apreciavel, o número dos habitantes da sua minguada população, e porque também é natural que os três clínicos que residem na cidade não deixem escapar para a casa dos óbitos de causa ignorada nenhum caso de tuberculose, por tudo isto, a baixa tubercu-

(1) Vide na imprensa local — «Guarda» e «Distrito da Guarda» — notas concretas, bem ilucidativas, emanadas da Direcção do Sanatório em 1926 e, mais recentemente, em 1934.

losidade de Pinhel terá de filiar-se na sua excelente situação geográfica — na encosta de um dos contrafortes da Marofa —, e, sobretudo, na fama que desde os mais remotos tempos gosa de ser uma das terras mais ricas do país.

Na fama, e pelo visto, se os números não falham, no proveito também.

Isto, porém, não é motivo para que Pinhel continue a desinteressar-se, como o tem feito até agora, pela sua situação sanitaria.

ERRATA

No artigo ultimamente publicado, em separata da *Medicina Contemporânea*, sobre o distrito de Viseu, onde se lê, a pág. 12, linha 13, «se todas as mulheres podem ter filhos», deve ler-se «de todas as mulheres que podem ter filhos».

TABELA LXXII

Distrito da Guarda — Nupcialidade, natalidade, mortalidade geral e tuberculoidade no quinquénio 1931-1935. Médias quinquenais, comparação com o continente e Portugal

CONCELHOS	1931							1932							1933							1934							1935										
	População calculada (a)	Óbitos pela tuberculose (cifras oficiais)	Óbitos pela tuberculose (cifras corrigidas) (b)	Tuberculoidade ‰ hab.	Nupcialidade ‰ hab.	Natalidade ‰ hab.	Mortalidade geral ‰ hab.	População calculada (a)	Óbitos pela tuberculose (cifras oficiais)	Óbitos pela tuberculose (cifras corrigidas) (b)	Tuberculoidade ‰ hab.	Nupcialidade ‰ hab.	Natalidade ‰ hab.	Mortalidade geral ‰ hab.	População calculada (a)	Óbitos pela tuberculose (cifras oficiais)	Óbitos pela tuberculose (cifras corrigidas) (b)	Tuberculoidade ‰ hab.	Nupcialidade ‰ hab.	Natalidade ‰ hab.	Mortalidade geral ‰ hab.	População calculada (a)	Óbitos pela tuberculose (cifras oficiais)	Óbitos pela tuberculose (cifras corrigidas) (b)	Tuberculoidade ‰ hab.	Nupcialidade ‰ hab.	Natalidade ‰ hab.	Mortalidade geral ‰ hab.	População calculada (a)	Óbitos pela tuberculose (cifras oficiais)	Óbitos pela tuberculose (cifras corrigidas) (b)	Tuberculoidade ‰ hab.	Nupcialidade ‰ hab.	Natalidade ‰ hab.	Mortalidade geral ‰ hab.	Tuberculoidade — Média	Nupcialidade — Média	Natalidade — Média	Mortalidade geral — Média
Aguiar da Beira	8.935	10	11,834	1,324	6,7	33,5	14,4	8.963	7	8,300	0,926	8,0	32,7	18,5	8.991	6	7,617	0,847	5,4	35,4	19,9	9.019	5	5,638	0,625	5,6	31,4	17,6	9.047	4	4,613	0,509	8,5	33,2	20,8	0,850	6,8	33,2	18,2
Almeida	15.304	16	18,285	1,194	4,8	29,3	19,3	15.322	6	6,857	0,447	7,9	32,9	21,4	15.340	16	16,915	1,102	5,1	33,2	22,7	15.358	11	13,423	0,874	7,7	32,9	23,4	15.376	10	12,117	0,788	8,3	35,1	20,1	0,830	6,8	32,3	21,5
Celorico da Beira	15.470	16	16,000	1,034	7,4	29,9	16,2	15.514	8	8,071	0,520	8,5	29,4	14,6	15.558	10	10,103	0,649	8,2	33,3	18,8	15.602	13	13,115	0,840	7,7	32,0	21,2	15.646	16	16,216	1,036	7,5	29,8	19,2	0,820	7,9	30,9	18,0
Figueira de Castelo Rodrigo	13.730	17	17,094	1,245	9,6	31,2	21,0	13.735	13	13,794	1,004	10,8	32,2	21,5	13.740	15	17,427	1,268	9,2	32,2	20,4	13.745	14	14,890	1,083	10,9	32,7	26,8	13.750	14	18,454	1,342	8,6	32,9	23,2	1,190	9,8	32,2	22,6
Fornos de Algôdres	10.026	18	19,080	1,903	6,2	28,5	15,8	10.063	8	9,470	0,941	9,4	28,0	15,9	10.100	7	7,885	0,780	6,2	32,7	19,4	10.137	12	13,153	1,297	9,2	31,1	16,9	10.177	8	8,626	0,847	6,9	29,9	17,6	1,150	7,6	30,0	17,1
Gouveia	24.972	39	50,730	2,031	6,7	29,8	13,3	25.146	37	46,755	1,859	7,2	28,5	16,7	25.322	36	47,839	1,889	7,5	29,1	19,6	25.499	23	29,644	1,162	8,0	28,0	15,9	25.677	28	39,534	1,539	6,7	27,2	16,5	1,700	7,2	28,5	16,4
Guarda	43.850	20	98,235	2,240	5,9	30,2	19,0	44.047	19	88,832	2,016	7,4	32,0	20,3	44.245	21	88,952	2,010	6,5	32,4	20,3	44.444	31	98,027	2,205	6,9	31,9	21,1	44.643	31	88,186	1,975	6,6	31,8	20,5	2,090 (d)	6,7	31,7	20,2
Manteigas	4.160	12	12,130	2,915	7,7	37,2	22,3	4.195	12	12,493	2,978	8,1	31,5	18,1	4.231	6	6,000	1,418	8,5	34,5	22,4	4.267	6	6,000	1,406	9,1	38,7	17,8	4.303	6	6,072	1,411	7,7	35,3	19,5	2,030	8,2	35,4	20,0
Mêda	12.234	7	7,888	0,644	6,9	33,6	18,1	12.331	9	12,240	0,992	6,7	35,8	22,0	12.429	5	7,271	0,592	7,8	36,7	20,7	12.528	7	10,879	0,868	8,5	36,1	20,7	12.628	5	7,727	0,611	7,5	33,7	20,7	0,740	7,5	35,2	20,4
Pinhel	18.900	22	25,546	1,351	6,3	30,1	18,7	18.975	16	17,714	0,993	7,8	31,1	21,2	19.050	11	14,051	0,727	8,7	33,6	20,8	19.126	14	17,183	0,898	8,1	35,6	23,4	19.202	15	21,018	1,094	7,1	30,5	23,3	1,000	7,6	32,2	21,5
Sabugal	35.693	17	17,566	0,492	8,8	38,7	21,7	35.885	11	11,070	0,308	9,2	38,7	26,1	36.078	24	24,030	0,666	8,0	41,7	22,2	36.272	29	29,037	0,800	8,6	39,6	21,2	36.467	34	34,084	0,934	8,2	38,2	22,0	0,640	8,6	39,4	22,6
Seia	33.252	35	56,742	1,706	5,6	28,1	16,1	33.371	30	41,480	1,242	5,0	27,9	18,2	33.491	34	47,628	1,422	5,4	27,6	15,8	33.611	38	55,272	1,644	6,3	27,6	16,2	33.731	23	32,994	0,978	6,6	29,4	16,2	1,400	5,8	28,1	16,5
Trancoso	17.644	21	23,668	1,341	8,7	33,1	15,6	17.651	22	24,256	1,374	8,2	36,8	24,4	17.658	14	16,525	0,935	8,8	35,3	21,1	17.665	19	22,078	1,249	7,7	37,6	23,5	17.672	18	24,016	1,358	7,9	36,4	26,6	1,250	8,3	35,8	22,2
Vila Nova de Fozcoá	14.596	15	15,348	1,051	8,7	34,7	21,1	14.725	12	13,577	0,922	6,9	34,9	19,3	14.856	17	17,500	1,177	6,5	35,5	21,2	14.988	9	10,740	0,716	4,6	37,6	23,6	15.121	5	5,931	0,392	5,2	34,4	22,7	0,850	6,4	35,4	21,6
Distrito	268.766	265	390,146	1,451	7,0	31,8	18,0	269.923	210	314,909	1,166	7,7	32,4	20,4	271.089	222	329,843	1,216	7,2	33,6	20,1	272.271	231	339,079	1,245	7,6	33,3	20,6	273.440	217	319,588	1,168	7,3	32,5	20,5	1,250 (c)	7,4	32,7	19,9
Continente	6.439.023	11.664	12648,71	1,964	6,44	29,35	16,66	6.521.455	11.163	12042,53	1,847	6,50	29,50	16,99	6.605.010	11.854	12709,99	1,724	6,43	28,47	16,99	6.690.015	11.285	12112,16	1,810	6,60	27,95	16,52	6.766.607	11.141	11980,40	1,768	6,67	27,81	16,93	1,880	6,53	28,61	16,82
Portugal	6.910.554	12.172	13214,05	1,912	6,50	29,54	16,67	6.999.085	11.684	12591,63	1,799	6,48	29,73	16,98	7.088.844	12.370	13262,48	1,871	6,46	28,82	17,07	7.180.159	11.812	12651,46	1,762	6,61	28,29	16,51	7.273.177	11.658	12515,45	1,720	6,72	28,04	16,92	1,828	6,55	28,88	16,83

(a) Pela taxa geométrica de crescimento da população, de 1920 a 1930.

(b) Partiu-se da hipótese de que nos óbitos de causa ignorada ou mal defenida se verificou a mesma percentagem de óbitos pela tuberculoidade que nos óbitos de causa conhecida.

(c) O índice corrigido do distrito da Guarda, excluidos os óbitos de individuos estranhos à sua população é 1,007.

(d) Abatidos os óbitos de individuos estranhos ao concelho, o índice de tuberculoidade baixará para 0,857.

TABELA LXXIII

Nupcialidade, natalidade, ilegitimidade, mortalidade geral, mortalidade infantil e tuberculidade nos distritos até agora abrangidos pela estatística. Médias do quinquénio 1931-1935

DISTRITOS	Nupcialidade ‰ hab.	Natalidade ‰ hab.	Ilegítimos por mil nascidos	Mortalidade geral, ‰ hab.	Incremento natural	Tuberculosi- dade, ‰ hab.	Mortalidade infantil	
							0-4 anos por mil nascidos	0-5 anos por mil nascidos e so- brevitantes
1 — Beja	5,6	28,8	190,6	14,1	14,7	4,574	126,8	39,4
2 — Braga	6,1	34,6	92,7	18,1	16,5	4,656	144,3	52,9
3 — Castelo Branco	7,6	30,8	37,4	15,8	15,0	0,992	135,2	49,8
4 — Coimbra	7,1	23,8	83,7	15,1	8,7	4,521	110,9	35,2
5 — Évora	5,5	29,2	232,4	14,4	14,8	4,405	136,0	41,7
6 — Faro	6,4	25,2	190,3	14,8	10,4	4,711	132,0	41,8
7 — Guarda	7,4	32,7	51,8	19,9	12,8	(a) 4,250	167,9	62,2
8 — Lisboa	6,1	20,9	348,0	17,6	3,3	3,304	179,9	60,6
9 — Pôrto	7,1	31,4	152,9	19,0	12,4	2,480	181,5	64,3
10 — Santarém	6,6	26,1	99,6	13,5	12,6	4,311	111,4	34,8
11 — Setúbal	4,9	28,9	377,9	16,3	12,6	2,384	164,7	56,3
12 — Vila Real	5,8	32,5	173,9	19,1	13,4	4,206	138,9	57,4
13 — Viseu	6,6	30,4	128,0	17,4	13,0	4,380	122,4	47,2
Portugal	6,5	28,9	448,5	46,8	12,1	48,28	445,6	50,0

(a) Excluídos os óbitos por tuberculose registados na Guarda em indivíduos estranhos ao distrito, a tuberculidade distrital passará a ser representada pelo índice de 1,046.

TABELA LXXIV

Mortalidade, por grupos de idade, no distrito da Guarda, no Continente e em Portugal.
Médias respeitantes ao quinquénio 1931-1935

IDADES	DISTRITO DA GUARDA			CONTINENTE			PORTUGAL					
	População		Óbitos	População		Óbitos	População		Óbitos			
	Calculada (a)	Em 100 hab.		Calculada (a)	Em 100 hab.		Calculada (a)	Em 100 hab.				
0-9	64.200	23,68	2331,2	37,09	1.474.926	22,34	42478,6	28,80	1.589.956	22,44	45.966,0	28,91
10-19	53.006	19,55	132,8	2,50	1.280.560	19,39	3599,2	2,81	1.379.476	19,47	3863,2	2,80
20-39	72.596	26,77	410,2	5,65	1.950.045	29,54	11984,4	6,14	2.088.862	29,48	12.683,0	6,07
40-59	51.671	19,06	564,6	10,93	1.253.158	18,98	14112,6	11,26	1.334.696	18,84	14.924,6	11,18
Mais de 60	29.133	10,74	1911,4	65,61	630.000	9,54	38785,2	61,56	678.583	9,58	41.753,6	61,53
I. ignorada	483	0,20	2,0	—	12.210	0,21	145,8	—	13.160	0,19	150,8	—
Totais	271.089	100,00	5402,2	19,93	6.600.899	100,00	111.105,8	16,83	7.084.733	100,00	119.341,2	16,84

(a) Proporcionalmente, segundo o Censo da População de Portugal — 1930 — Vol. II.

TABELA LXXV

Distrito da Guarda — População calculada dos concelhos e da capital do distrito, pela taxa geométrica de crescimento, de 1920 a 1930

CONCELHOS	População recenseada em 1930	Taxa geométrica de crescimento (a)	POPULAÇÃO CALCULADA					OBSERVAÇÕES
			1931	1932	1933	1934	1935	
Aguiar da Beira	8907	3,2	8935	8963	8991	9019	9047	(a) Anual, por mil hab.
Almeida	15286	1,2	15304	15322	15340	15358	15376	
Celorico da Beira	15426	2,9	15470	15514	15558	15602	15646	
Figueira de Castelo Rodrigo.	13725	0,4	13730	13735	13740	13745	13750	
Fornos de Algodres	9990	3,7	10026	10063	10100	10137	10177	
Gouveia	24799	7,0	24972	25146	25322	25499	25677	
Guarda	43654	4,5	43850	44047	44245	44444	44643	
Manteigas	4125	8,6	4160	4195	4231	4267	4303	
Mêda	12137	8,0	12234	12331	12429	12528	12628	
Pinhel	18825	4,0	18900	18975	19050	19126	19202	
Sabugal	35502	5,4	35693	35885	36078	36272	36467	
Seia	33133	3,6	33252	33371	33491	33611	33731	
Trancoso	17637	0,4	17644	17651	17658	17665	17672	
Viva Nova de Fozcôa	14468	8,9	14596	14725	14856	14988	15121	
Total — Distrito	267614	—	268766	269923	271089	272261	273440	
Guarda, cidade	8158	13,6	8268	8380	8493	8608	8725	

TABELA LXXVI

Distrito da Guarda. Obituário infantil, de 0 a 5 anos — 1931-1935

Anos	Nascidos	ÓBITOS					
		0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	0-5 Total
1931	8538	1247	265	200	139	101	1952
1932	8760	1640	325	282	185	139	2571
1933	9115	1591	297	248	139	104	2379
1934	9078	1531	311	194	131	101	2268
1935	8896	1445	366	239	151	101	2302
Totais	44387	7454	1564	1163	745	546	11472
Médias	8877,4	1490,8	312,8	232,6	149,0	109,2	2294,4

TABELA LXXVII

Distrito da Guarda. Mortalidade infantil.
(Método de Hermann)
Médias do quinquénio 1931-1935

Idades — Anos	Nados e sobrevi- ventes	Mortos	Dizimas obituárias	Dizimas obituárias Portugal
0	8877,4	1490,8	167,9	145,6
1	7386,6	312,8	42,5	33,8
2	7073,8	232,6	32,9	18,9
3	6841,2	149,0	21,8	16,5
4	6692,2	109,2	16,3	13,6
5	6583,0			
Total	36871,2	2294,4	62,2	50,0

TABELA LXXVIII

Guarda — Mortalidade pela tuberculose de 1931 a 1936

Anos	População calculada (a)	Óbitos por tuberculose (todas as formas) registados na Guarda			Tuberculoidade (b)	OBSERVAÇÕES
		Em indivíduos residentes na Guarda	Em indivíduos estrangeiros à Guarda	Total		
1931	8268	2	12	14	0,242	Elementos colhidos na Conservatória do registo Civil da Guarda
1932	8380	4	15	19	0,477	
1933	8493	6	11	17	0,706	
1934	8608	9	14	23	1,045	
1935	8725	12	11	23	1,375	
1936	8843	6	21	27	0,678	
Total	51317	39	84	123	4,523	
Média	8552,8	6,5	14	20,5	0,754	

(a) Pelo método geométrico.

(b) Referida aos óbitos de indivíduos residentes na Guarda.

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO - TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Adaptando-se por consequência, a todos os casos.

TOXICIDADE Consideravelmente inferior à de todos os produtos similares.

INALTERABILIDADE em presença do ar.

(Injecções em série)

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

Preparado pelo Laboratório de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

Depositários
exclusivos

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

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

Livraria Moura Marques & Filho

19 - Largo Miguel Bombarda - 25

COIMBRA

ULTIMAS NOVIDADES :

- Coulaud** — Le Pneumothorax Bilatéral Simultané. 1 vol. 74 pages avec figures dans le texte. (D) — Frs. 15,00.
- Degrais et Bellot** — Traité pratique de curiethérapie. 2^o vol. : Curie-thérapie des cancers. 1 vol. 204 pages avec 83 figures dans le texte. (B) — Frs. 50,00.
- Duchatel** — Biologie et métapsychique. 1 vol. de 32 pages. (B) — Frs. 5,00.
- Goulesque** — L'Extraction totale de la Cataracte par prise capsulaire 1 vol. 136 pages. avec figures. (D) — Frs. 60,00.
- Grégoire** — Les indications opératoires dans les splénomégalias. 1 vol. de 24 pages. (B) — Frs. 8,00.
- Herzen** — Guide formulaire de thérapeutique. 15^e Édition entièrement refondue. 1938 1 vol. de 4.906 pages. (B) — Broché Frs. 90,00. Relié Frs. 125,00.
- Lœper** — De la Semiologie à la Thérapeutique. 1 vol. 308 pages. (D) — Frs. 65,00.
- Lœper et Michel** — Formulaire de Thérapeutique et de Pharmacologie. (Ancien Formulaire Dujardin Beaumetz). 34^e Édition. 1938. (D) — Frs. 50,00.
- Savy** — Précis de Pratique Médicale. 4^e Édition. 1 vol. 4548 pages. Avec figures dans le texte et 4 planches en couleurs hors texte. (D) — Frs. 170,00.
- Théodoresco** — Hygiène du Cardiaque. 1 vol. 102 pages. (D) — Frs. 15,00.



ALGUNS PRODUTOS SANDOZ



SANDOZ De prescrição exclusivamente médica SANDOZ

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

Fabrique de Produits Chimiques — ci-devant SANDOZ, Bâle (Suisse)
Amostras e literatura à disposição dos Srs. Médicos

TABELA LXXIX

Guarda. Natalidade, ilegitimidade e mortalidade geral no quadriênio 1932-1935

Anos	População calculada (a)	Nascimentos			Óbitos (b)		Taxas por mil habitantes			OBSERVAÇÕES
		Leg.	Ileg.	Total	De ind. residentes na cidade	De ind. estrangeiros à cidade	Total	Natalidade	Ileg. por mil nascimentos	
1932	8380	210	14	224	153	32	185	26,7	62,5	18,3
1933	8493	171	14	185	105	28	133	21,8	75,6	12,4
1934	8608	189	21	210	131	31	162	24,4	100,0	15,2
1935	8725	203	14	217	130	28	158	24,8	64,5	14,9
Total	34206	773	63	836	519	119	638	97,7	302,6	60,8
Média	8551,5	193,25	15,75	209,0	129,75	29,75	159,5	24,4	75,65	15,2

(a) Pela taxa geométrica de crescimento, de 1920 a 1930.

(b) Segundo uma nota do obituário do Hospital, fornecida pela Provedoria da Misericórdia, verificaram-se 29 óbitos em 1936, dos quais 17 em indivíduos estrangeiros à população da cidade. Na impossibilidade de obtermos igual esclarecimento a respeito dos restantes anos do quadriênio, tomámos aquele número - 17 - como sendo a média dos óbitos de pessoas residindo fora da Guarda e que ocorreram no Hospital da Misericórdia durante a quadra considerada.

(c) Taxas referidas aos óbitos de indivíduos residentes na cidade.

TABELA LXXX

Pinhel, cidade — Natalidade, mortalidade geral e tuberculidade no quadriênio 1932-1935

Anos	População calculada	Nascimentos			Óbitos por tuberculose	Natalidade	Ilegítimos por mil nas- cimentos	Mortalidade geral	Tuberculo- sidade	OBSERVAÇÕES
		Leg.	Ileg.	Total						
1932	2904	75	6	81	3	27,89	74,07	19,62	1,033	Elementos fornecidos pelo I. N. E.
1933	2925	84	7	91	2	31,11	76,92	19,82	0,683	
1934	2947	80	6	86	3	29,18	69,76	23,41	1,018	
1935	2969	78	3	81	2	27,28	37,03	19,53	0,674	
Total	11745	317	22	339	10	115,46	257,78	82,38	3,408	
Média	2936,25	79,25	5,50	84,75	2,5	28,86	64,44	20,59	0,852	

TABELA LXXXI

Meteorologia. Alguns dados referentes à Guarda, Serra da Estrela e Lisboa, nos anos 1910-1912 e 1935-1936

Localidades	Pressão atmosférica	TEMPERATURA DO AR °C				HUMIDADE		VENTO		NÚMERO DE DIAS COM:					OBS.			
		Média	Máxima		Mínima		Tensão do vapor	H. relativa	Velocidade horária	Direcção	Chuva	Nevoeiro	Neve	Vento forte		Vento muito forte	Céu limpo	Céu coberto
			Absoluta	Média	Absoluta	Média												
Guarda — 1039m	675,58	9,59	12,68	30,2	6,83	- 3,9	6,73	73,1	18,12	NNW	105	76	20	23	13	65	83	Elementos colhidos nos Anais do Observatório Central Meteorológico «Infante D. Luis».
1910-1912 — Médias	677,63	10,02	13,55	31,8	6,73	- 5,9	7,23	74,3	14,5	—	113	77	16	40	25	39	54	
1935-1936 — »																		
Serra da Estrela — 1388m	647,19	7,78	10,68	27,0	5,18	- 5,9	5,66	71,8	28,45	NNW	102	155	37	39	105	52	69	
1910-1912 — Médias	649,24	8,19	11,04	28,6	5,09	- 7,5	6,13	74,1	26,35	—	143	161	32	44	142	53	67	
1935-1936 — »																		
Lisboa — 95m	755,86	15,67	19,31	36,2	12,62	2,8	9,32	67,7	17,59	N	111	22	0	43	12	72	35	
1910-1912 — Médias	755,35	15,31	19,41	35,65	11,92	1,6	9,32	68,9	14,09	NNW	115	14	0	4	0	28	22	
1935-1936 — »													(a)	(b)	(b)			

(a) Em 1935 registou-se um dia com neve.

(b) Damos estes números sob reserva, atendendo à grande diferença que se nota entre os registos de 1910 a 1912 e os dos dois anos de 1935 e 1936.

TABELA LXXXII

Mortalidade pela tuberculose na Guarda,
nos últimos 30 anos, por quinquênios

Quinquênios	População média	Óbitos (média)	Tuberculo- sidade (média)	OBSERVAÇÕES
1907 — 1911	6543	6,6	1,009	Elementos colhidos nas anti- gas sub-delegação e delegação de saúde, e, para o último quin- quénio, na Conservatória do Registo Civil da Guarda.
1912 — 1916	6800	6,0	0,874	
1917 — 1921	7075	6,2	0,876	
1922 — 1926	7541	5,6	0,743	
1927 — 1931	8056	4,0	0,497	
1932 — 1936	8608	7,4	0,859	

TABELA LXXXIII

Natalidade, ilegitimidade, mortalidade geral e tuberculidade em 29 cidades do Continente

Cidades	População calculada	Natalidade ‰ hab.	Mortalidade geral, ‰ hab.	Incremento natural	Ilegítimos por mil nascimentos	Tuberculosi- dade, ‰ hab.	OBSERVAÇÕES
Abrantes (1936)	10061	18,3	10,2	8,1	76,1	1,033	População e ta- xas estão referi- das aos anos men- cionados ao lado de cada uma das cidades. — A nota dos nas- cimentos, óbitos e óbitos por tuber- culose foi obse- quiosamente for- necida pelo I. N. de Estatística.
Aveiro (1934-36)	14024	20,3	12,3	8,0	179,8	2,008	
Beja (1936)	14725	20,1	13,2	6,9	220,3	1,766	
Braga (1932-35)	28671	24,3	15,7	8,6	177,1	2,097	
Bragança (1934-36)	5741	21,5	18,4	6,1	179,7	1,623	
Caldas da Rainha. (1934-36)	10274	17,7	15,4	2,3	417,6	1,927	
Castelo Branco... (1936)	10130	25,1	11,9	13,2	51,2	1,481	
Coimbra (1932-35)	29850	16,5	17,5	- 1,0	131,9	3,475	
Covilhã (1936)	16680	21,2	18,2	3,0	70,8	1,499	
Elvas... .. (1934-36)	12754	23,1	18,4	4,7	180,1	2,637	
Évora (1932-35)	24621	23,1	17,0	6,1	290,3	1,880	
Faro (1932-35)	20256	21,4	15,0	6,4	242,7	2,130	
Guarda (1932-35)	8551	24,4	15,2	9,2	75,6	0,754	
Lagos. (1932-35)	10050	20,8	17,0	3,8	249,8	2,688	
Lamego (1932-35)	9865	26,6	20,3	6,3	152,2	1,934	
Leiria (1932-35)	6810	23,3	25,8	- 2,5	231,2	3,426	
Lisboa (1931-35)	637.441	18,7	18,6	0,1	396,4	3,978	
Miranda do Douro. (1934-36)	1127	38,6	24,9	13,9	167,9	1,335	
Pinhel..... (1932-35)	2936	28,9	20,6	8,3	64,4	0,852	
Portalegre (1934-36)	11628	21,4	18,0	3,4	141,9	1,835	
Portimão (1932-35)	16472	24,5	15,2	9,3	318,8	2,195	
Pórtio (1931-35)	242.819	25,8	21,9	3,9	350,5	3,609	
Santarém (1936)	13553	18,7	11,4	7,3	260,9	1,623	
Silves (1932-35)	10103	27,2	15,1	12,1	165,7	2,051	
Tavira (1932-35)	13395	21,1	15,7	5,4	199,9	1,512	
Tomar (1936)	10943	17,2	10,3	6,9	186,2	1,297	
Viana do Castelo. (1934-36)	12379	24,9	17,6	7,3	183,8	2,791	
Vila Real (1932-35)	6726	30,4	26,7	3,7	212,8	2,824	
Viseu (1932-35)	9936	22,0	16,1	5,9	224,9	2,164	

TABLE A. FIFTEEN

Estimated population of the United States and its possessions
in 1900 by sex and color

State or Territory	Total		Male		Female	
	Population	Color	Population	Color	Population	Color
Alabama	1,167,420	372,870	588,460	175,870	576,960	197,000
Alaska	13,000	0	13,000	0	13,000	0
Arizona	180,000	0	180,000	0	180,000	0
Arkansas	1,100,000	280,000	550,000	170,000	550,000	170,000
California	2,500,000	100,000	1,250,000	50,000	1,250,000	50,000
Colorado	1,000,000	0	1,000,000	0	1,000,000	0
Connecticut	1,200,000	0	600,000	0	600,000	0
Delaware	200,000	0	100,000	0	100,000	0
District of Columbia	100,000	0	50,000	0	50,000	0
Florida	1,000,000	300,000	500,000	150,000	500,000	150,000
Georgia	1,800,000	500,000	900,000	250,000	900,000	250,000
Idaho	100,000	0	100,000	0	100,000	0
Illinois	3,000,000	0	1,500,000	0	1,500,000	0
Indiana	2,000,000	0	1,000,000	0	1,000,000	0
Iowa	1,500,000	0	750,000	0	750,000	0
Kansas	1,000,000	0	1,000,000	0	1,000,000	0
Kentucky	1,500,000	200,000	750,000	100,000	750,000	100,000
Louisiana	1,000,000	300,000	500,000	150,000	500,000	150,000
Maine	1,000,000	0	500,000	0	500,000	0
Maryland	1,000,000	0	500,000	0	500,000	0
Massachusetts	1,500,000	0	750,000	0	750,000	0
Michigan	2,000,000	0	1,000,000	0	1,000,000	0
Minnesota	1,500,000	0	750,000	0	750,000	0
Mississippi	1,000,000	400,000	500,000	200,000	500,000	200,000
Missouri	2,000,000	0	1,000,000	0	1,000,000	0
Montana	100,000	0	100,000	0	100,000	0
Nebraska	1,000,000	0	1,000,000	0	1,000,000	0
Nevada	100,000	0	100,000	0	100,000	0
New Hampshire	1,000,000	0	500,000	0	500,000	0
New Jersey	2,000,000	0	1,000,000	0	1,000,000	0
New Mexico	100,000	0	100,000	0	100,000	0
New York	4,000,000	0	2,000,000	0	2,000,000	0
North Carolina	1,800,000	300,000	900,000	250,000	900,000	250,000
North Dakota	100,000	0	100,000	0	100,000	0
Ohio	3,000,000	0	1,500,000	0	1,500,000	0
Oklahoma	100,000	0	100,000	0	100,000	0
Oregon	100,000	0	100,000	0	100,000	0
Pennsylvania	4,000,000	0	2,000,000	0	2,000,000	0
Rhode Island	1,000,000	0	500,000	0	500,000	0
South Carolina	1,000,000	200,000	500,000	100,000	500,000	100,000
South Dakota	100,000	0	100,000	0	100,000	0
Tennessee	1,800,000	200,000	900,000	100,000	900,000	100,000
Texas	2,000,000	400,000	1,000,000	200,000	1,000,000	200,000
Vermont	1,000,000	0	500,000	0	500,000	0
Virginia	1,800,000	0	900,000	0	900,000	0
Washington	100,000	0	100,000	0	100,000	0
West Virginia	1,000,000	0	500,000	0	500,000	0
Wisconsin	1,500,000	0	750,000	0	750,000	0
Wyoming	100,000	0	100,000	0	100,000	0
Total	100,000,000	10,000,000	50,000,000	10,000,000	50,000,000	10,000,000

TRABAJOS DE CIRUGIA DE GUERRA

PUESTOS QUIRÚRGICOS AVANZADOS

POR

DOCTOR MANUEL G. DURAN

CAPITAN MÉDICO JEFE EQUIPO QUIRÚRGICO N.º 1

La organización quirúrgica de vanguardia, es sin duda en los Ejércitos modernos un asunto de máxima transcendencia. Desaparecidas prácticamente las grandes epidemias que diezaban los Ejércitos de hace algunos años, gracias a las vacunaciones preventivas sistemáticas, la conservación de los efectivos, y sobre todo la recuperación de heridos, dependen esencialmente de una organización completa quirúrgica, rápida y eficiente.

Para ello se precisa un conocimiento profundo real e inteligente, de las características de cada Campaña. Los reglamentos constituyen normas y preceptos demasiados rígidos y absolutos, basados en concepciones y enseñanzas recogidas en Campaña pretéritas, que tienen una dudosa aplicación a una Guerra determinada. Bien está que se acepten principios generales, pero la aplicación práctica ha de ser algo personal, y consecuencia resultante de una serie de factores por cierto muy heterogéneos. Por ejemplo, ciñéndonos a nuestras propias Guerras, nadie podrá comparar las características de nuestra campaña en Marruecos, con la actual Guerra Civil y mucho menos con nuestras Guerras de Ultramar.

A nuestro entender, son circunstancias, que imprimen características determinantes a una Campaña, desde el punto de vista quirúrgico, las siguientes:

- 1.º — Que la Guerra sea de posición o de movimiento,

2.º — Predominio de armas automáticas o por el contrario material de grueso calibre (artillería, aviación, mortero, etc.).

3.º — Condiciones de hospitalización de la zona de operaciones (existencia ó no de edificios aprovechables para hospitales).

4.º — Vías de comunicación que aseguren evacuaciones fáciles y rápidas hacia retaguardia.

5.º — Material de ambulancias confortables y rápidas, de transporte urgente y cómodamente a los heridos, del frente a los hospitales de Sangre.

6.º — Equipos Quirúrgicos con plantillas bien organizadas, y entrenado para dar el máximo rendimiento. Como se ve, se trata de una serie de circunstancias muy variadas y complejas, que pueden variar hasta el infinito, y de cuya conjunción dependen la resultante que ha de orientar la organización quirúrgica de vanguardia.

Haciendo caso omiso de las normas reglamentarias, para atenernos exclusivamente a lo que hemos visto, diremos que para nosotros existen tres formaciones quirúrgicas fundamentales, alrededor de las que gira todo el sistema de evacuación y asistencia quirúrgica de urgencia, y por tanto, de ello dependen los resultados finales, que condicionan las estadísticas y fundamentan las conclusiones. En conjunto, la Formación quirúrgica de un Cuerpo de Ejército la concebimos integrada por: Puesto Quirúrgico, Hospital de S, con Equipo Q., Agrupación quirúrgica con tres Equipos, y hospital de S. de evacuación.

* * *

El Puesto Quirúrgico avanzado, ha sido una cuestión ampliamente debatida sobre todo en lo referente a su emplazamiento.

En términos generales, se ha llegado a la conclusión de que no debe avanzarse demasiado, no solo por las posibles sorpresas de orden táctico (retiradas precipitadas, intensos bombardeos de artillería y aviación) si no también, y sobre todo porque los resultados operatorios, están condicionados no sólo por la táctica y técnica operatorias corrientes, si que además, por las circunstancias de hospitalización de los heridos, y todo ello para que los post-

-operatorios trascurren sin incidentes, y sobre todo sin complicaciones pulmonares. Además y de un modo general, puede afirmarse que las evacuaciones precoces, después de una intervención cavitaria son más peligrosas: Es decir, que la inmovilidad, después de no importa que operación sobre cavidades, es más de rigor que antes de operar.

Ahora bien, un P. Q. no puede tener nunca una gran capacidad, por las exigencias tácticas y hospitalarias, si tenemos en cuenta que en una Guerra, ya sea de movimiento y con más razón si es de posición, hay siempre «un chorreo» constante de heridos, que rápidamente «embotellan» y por tanto inutilizan el P. Q.

Pero existen condiciones excepcionales, que justifican el emplazamiento del P. Q. muy avanzado, por decirlo así en la propia línea de fuego. Tal ocurre en efecto, en condiciones especialísimas de estrategia de un Ejército de Operaciones, que ocupa un núcleo de posiciones que constituye en conjunto una avanzada de las líneas de atrincheramiento normal, de no importa que Sector del frente: Algo así, como una Península unida al resto del Continente precisamente por un istmo, que incluso puede atravesar un río. Ahora bien, pudiera ocurrir que esta comunicación de las fuerzas desplazadas con las líneas que están al otro lado, se cortara, y entonces tendríamos convertida la Península en Isla: Este intento se sabe que puede llegar a realizarse en parte, siquiera sea momentáneamente, y ello constituye sin duda, un buen objetivo táctico. Aislado ese núcleo de fuerzas de sus bases de aprovisionamiento y evacuación, es evidente que quedarían sin asistencia quirúrgica los heridos, que precisamente se habían de producir por el obligado ataque a esa guarnición sitiada. Esto a parte, de que la evacuación, aun sin llegar a ese extremo de imposibilidad, puede ser en algunas ocasiones verdaderamente difícil y aleatoria.

Resulta por tanto, que en determinadas ocasiones: gran núcleo de fuerzas desplazadas de las líneas normales, con evacuación difícil, hasta el punto de que puede llegar a cortarse por las inclemencias del tiempo, ó las incidencias de la Campaña, en estos casos decimos, un Puesto Quirúrgico simplificado al máximo, puede rendir positivos beneficios al herido.

Claro es, que no está exento de inconvenientes un emplaza-

miento tan avanzado de un tal Puesto Quirúrgico avanzado: Peligro de una retirada insospechada, falta casi absoluta de todo confort para el herido, y por tanto post-operatorio rico en complicaciones pulmonares, hacinamiento, cuidados poco meticulosos por escasez de personal sobre todo femenino, y por fin, evacuaciones defectuosas excesivamente precoces por la poca capacidad de camas.

Así pues, nosotros llegamos a la conclusión, de que si la evacuación puede hacerse fácilmente, por caminos seguros y ambulancias rápidas y confortables, estimamos que un hospital de Sangre avanzado, a una distancia media de 8-10 kilómetros del frente, reúne las condiciones óptimas para la asistencia quirúrgica de los heridos graves.

A parte de estas consideraciones doctrinales, nosotros llegamos a esta conclusión, comparando los resultados obtenidos entre estas dos organizaciones quirúrgicas avanzadas: Puesto Quirúrgico y Hospital de Sangre con Equipo Quirúrgico. Existen efectivamente algunos hemorrágicos viscerales, que hubieran fallecido a no ser intervenidos rápidamente; pero estos heridos, subcumben fácilmente en el post-operatorio, de complicaciones pulmonares o infectivas, por el poco confort de estos puestos quirúrgicos. Existe luego, un grupo de heridos absolutamente inoperables ó por mejor decir, que llegan a estos puestos avanzados que estan a unos metros de la línea de fuego, en condiciones de gravedad tal, que no es posible intentar nada quirúrgicamente útil. Son heridos cavitarios multiviscerales, hemorrágicos profusos, o con amplios destrozos de extremidades. Se nos podrá, objetar, que estos heridos no hubieran llegado a un hospital mas alejado, pero en definitiva, el resultado es el mismo, ya que subcumben algunas horas después de ingresados en el puesto quirúrgico.

Por lo demás, no basta simplemente admitir la necesidad de esa organización quirúrgica, es preciso además que existe un lugar que reúna condiciones tácticas de seguridad y técnicas de hospitalización convenientes.

Efectivamente, un Puesto Quirúrgico avanzado, ha de reunir condiciones especialísimas, para ser posible. Un sótano resguardado contra fuego de aviación, artillería, y mortero será en principio muy aceptable. Naturalmente se podría recibir a los abrigos

subterráneos, como los descritos por Tisserand, y en donde Bouvier, Candelier y luego Lucas Championiere, ha obtenido los resultados que han publicado.

En realidad, no es imposible encontrar cerca del frente, un sótano que fácilmente pudiera ser transformado en hospital de Sangre.

Las circunstancias obligan a ello, en ciertas ocasiones realmente especiales, y en cierto modo angustiosas. La evacuación puede llegar a hacerse penosísima o casi imposible, sobre todo en los primeros tempos de la ocupación. Desde el puesto de socorro de Batallón, hasta la línea normal de trincheras, sólo puede ser atravesada sin riesgo en carros blindados. Pero por otro lado, la instalación de un Puesto Quirúrgico avanzado, no es solo un departamento operatorio, con ser ello muy importante: Hay que pensar en una sala para recepción y clasificación de heridos; otra para la instalación de camas de tropa, con una separación para oficiales. Además un depósito de víveres, cocina, etc. Todavía se precisa un local para depósito de cadáveres. Finalmente un departamento para el personal técnico y subalterdo del Equipo. Como se vé, se trata de toda una serie de departamentos independientes e indispensables, que obligan a meditar sobre las posibilidades de acondicionamiento, que ha de reunir un tal puesto quirúrgico.

Sin embargo, con un poco de ingenio y buena voluntad, se puede sacar bastante partido de no importa que local, siempre que ofrezca alguna amplitud y sobre todo condiciones de seguridad. Evidentemente es difícil el formar-se idea de lo que supone para un herido cavitario ordinariamente lucido, sufrir inmovilizado en el lecho, el trauma psíquico que supone un ataque al puesto mismo donde está hospitalizado. Sólo la seguridad, de que es pouco menos que inexpugnable puede llevar a él, la tranquilidad necesaria para un post-operatório favorable.

Pués bien, el Puesto Quirúrgico se situa naturalmente en el centro del núcleo de posiciones que se destacan de la línea general de trincheras, y unidas entre sí por caminos protegidos. De este modo, los heridos pueden ser trasladados en camillas por dichos caminos, con relativa facilidad. Es así, como puede decirse, que el Puesto Quirúrgico está em la propia línea de fuego, y se cumple sin duda el deshideratum de la Cirugia de

Guerra: Intervenir con la máxima urgencia, en las mejores condiciones técnicas y de hospitalización, y con las garantías de seguridad indispensables para la tranquilidad del herido.

Evidentemente estas condiciones son bastante difíciles, por no decir completamente excepcional poder reunir las en las múltiples circunstancias que ofrece una Guerra de movimiento. De ordinario se trata de pequeños pueblos, con edificaciones mediocres, que no ofrecen ni las mínimas condiciones de seguridad, ni tampoco las técnicamente precisas para instalación de un Puesto Quirúrgico. Los sótanos, si bien reúnen las condiciones tácticas convenientes desde el punto de vista de la seguridad, no siempre es fácil que tengan las exigencias mínimas hospitalarias, y es aquí donde el ingenio del Cirujano ha de estrujarse, para acomodar las posibilidades del sótano, a las exigencias quirúrgicas. Así por ejemplo, es difícil armonizar una iluminación suficiente, sin disminuir las condiciones de seguridad: para ello, los ventanales si bien protegidos, puesto que la normal del suelo está por encima, han de permitir una iluminación aunque tenue, suficiente para los cuidados de los heridos. Al propio tiempo, ha de poder ventilarse el local, dado que la aglomeración de heridos, añadida de la guarnición alojada en sus inmediaciones, exige una aireación amplia y constante.

Intimamente relacionado con esto, está la calefacción. Las complicaciones pulmonares, son muy frecuentes en estos sótanos, aunque si se trata de edificios modernos, con su sistema de construcción de doble pared, con espacios huecos, constituyen evidentemente un progreso, son no obstante, muy fríos y aquí lo mismo que en los otros hospitales de Sangre improvisados, el frío constituye un terrible enemigo, y la lucha contra él, es una preocupación constante. Los heridos que pudieran salvarse por ser operados precozmente, sucumben mas tarde víctimas de complicaciones a frígore.

Naturalmente en el Puesto Quirúrgico instalado en estas condiciones precarias, como puede suponerse en un sótano, en él que no ingresan mas que los heridos de extrema urgencia, los demás esperan la noche para ser evacuados por caminos cubiertos a un Puesto de estacionamiento situado a retaguardia de la línea normal de trincheras, y desde allí al hospital de Sangre propiamente dicho.

Ahora bien, circunstancias imprevistas pueden llegar a imponer el abandono del sótano, y entonces podemos recurrir a un local en la planta baja, que no esté enfilado por fuego de fusilería, ni cañón, ni mortero. En efecto, su orientación debe ser naturalmente hacia las líneas normales de trincheras. No obstante, las ventanas deben protegerse por lo menos hasta los montantes. En este local se habilitan las dependencias indispensables, para un Puesto Quirúrgico de esta naturaleza: Quirofano, departamento de oficiales, tropa y departamento de cura y clasificación. En conjunto, esta instalación es más acogedora, menos fría, de más fácil acceso y mejor servicio.

Naturalmente esto no quiere decir, que se abandone totalmente el sótano antes al contrario, puede organizarse un Puesto Quirúrgico en la siguiente forma: Equipo Quirúrgico con 30 camas, instalado en la planta baja donde pueden ingresar exclusivamente heridos cavitarios, hemorrágicos y schokados, esto es, lo estrictamente urgente y que necesitan intervención importante. Sala de evacuación y cura de heridos menos graves y leves, situada en el sótano absolutamente resguardados. En este departamento los heridos se pueden ir acumulando, no sólo los que ingresan directamente en el, si no también los operados en el Equipo, que puedan ser evacuados por la noche.

De esta manera, se puede tener el material y aun el personal distribuido en dos locales, en previsión de que una mina o un disparo de cañón pudiera inutilizarlo todo.

* * *

Es lógico preguntarse en vista de las condiciones verdaderamente especiales en que hay necesidad de instalar, un tal Puesto Quirúrgico ¿que rendimiento puede dar, visto en un lapso de tiempo determinado? Del número total de bajas, resulta que próximamente la mitad, son las que exigen verdadera intervención; la otra mitad, con una cura simple esperan en el puesto de clasificación ser evacuados por la noche.

En estos puestos tan avanzados, destaca una característica muy neta, y es la gran preponderancia de las heridas de cabeza, y heridas además la gran mayoría muy graves, pertenecientes al V grupo de

nuestra clasificación: Coma soplante con factura de base por balazo de trayecto infra-ecuatorial, inoperable absoluto y pronóstico fatal. Facilmente se explica esta preponderancia de heridas craneales: Guerra de trincheras, algunas a menos de 20 metros del enemigo, por tanto única parte accesible es la cabeza, y disparo a poca distancia de fusil, granada de mano, o mortero, con enorme fuerza viva determinará heridas forzosamente graves. Pocas heridas de vientre, pero muy graves, balazos transfixiantes a poca distancia, y sobre todo de metralla con grandes lesiones hemorrágicas de mesos, de colon. Evidentemente, algunos de estos casos no hubieran llegado a un hospital mas alejado del frente. Heridas de pecho, realizando el tórax abierto, o bien profundamente hemorrágicos por balazos hiliares. Asimismo, se ven tambien shock gravísimos determinados sobre todo, por mortero de trinchera de grueso calibre: algunos heridos con enorme conmoción visceral, determinada por onda explosiva. A este propósito, hemos de hacer notar, que existe evidentemente el síndrome conmocional, genuinamente explosivo, que se traduce por quebrantamiento general, hemorragias mucosas y hemoptisis de repetición, contrastando con un pulso, tensión, y respiración, así como calorificación normales, a la inversa de lo que ocurre en el auténtico shock.

Así pues, esta cirugía de extrema urgencia de heridas producidas inmediatamente, antes, tiene todos los caracteres de máxima gravedad. Se trata como hemos dicho, de un Puesto en la propia línea de fuego, y por tanto a él llega un contingente de heridos subpergraves, que de ningún modo llegaría a un hospital mas alejado del frente. Ahora bien, muchos de ellos son verdaderos moribundos, donde no hay nada quirúrgico posible: Grandes estalidos de cráneo, con enorme proyección cerebral; tremendas heridas de tórax, con destrozos enormes de pulmón y gran traumatopnea; herida de mediastino, con hemorragias violentas y enfisema mediastínico progresivo; metrallazos de vientre, con lesiones multiviscerales absolutamente irreparables; amputaciones traumáticas, con intenso shock que no regresa; y gravísimas anemias agudas post-hemorrágicas que no se pueden modificar con nada. Podríamos citar muchos casos verdaderamente típicos de lesiones graves, que realizan la muerte en pocos instantes, a veces por el shock fulminante, que produce una sideración inte-

gral y conduce a la muerte en pocos instantes. Un herido, recibe un balazo a muy pocos metros que le produce amputación traumática total de ambos testículos, y fractura conminuta de fémur y herida de femoral: Asistido a los pocos minutos de herido fallece de shock.

Este núcleo desgraciado, de heridos constituye un lastre absolutamente negativo, desde el punto de vista de la casuística de Guerra. Son heridos condenados a muerte cierta mas o menos rápida, desde el momento mismo que han caído.

Viene luego un segundo grupo de heridos urgentes, y en los que una intervención precoz puede ser salvadora. En este lote, es donde el Puesto Quirúrgico instalado en condiciones favorables de táctica y hospitalización puede ser realmente beneficiosa. Tiene todas las ventajas de las intervenciones realizadas antes de ese periodo crítico de las 6 horas, verdadero número clausus de la cirugía de urgencia, aunque esto es muy discutible. Hay que notar, que infecciones gravísimas, pueden estallar mucho antes de ese periodo, así como intervenciones realizadas mas tardíamente, incluso heridas abiertas articulares por metralla, llegadas tardíamente han curado por cierre primitivo, naturalmente sometidas siempre a una vigilancia estricta. Esto no invalida de ningún modo, el postulado fundamental de la intervención precoz posible en estos Puestos Quirúrgicos, aunque hay que notar sin embargo, que esta ventaja se neutraliza en parte por las condiciones desfavorables referentes a la hospitalización: sobre todo, hay un factor muy decisivo, y es como hemos dicho, la zozobra que supone para un herido recientemente operado, el ataque violento al Puesto Quirúrgico. Así pues, en conjunto los resultados no están en absoluto en acción directa con lo que la precocidad de la intervención haría presumir.

Por un lado, lesiones muy graves por la poca distancia a que están hechos los disparos, y por otro, condiciones de hospitalización muy deficientes son dos circunstancias que restan cierto valor a un tal Puesto Quirúrgico. Llegamos por tanto, a la conclusión que anteriormente hemos formulado: que la única razón que a nuestro entender puede justificar la instalación de un P. Q. a vanguardia, es que puede absorber un determinado número de heridos graves, muchos de los cuales no llegarían de ningún modo a otros hospitales, y luego sobre todo, la posibilidad

evidente de que pudiera ser sitiado un fuerte núcleo de guarnición que se vería privada de asistencia quirúrgica.

* * *

Viene ahora a punto, una cuestión de cierta importancia que entra de lleno en la estrategia quirúrgica de vanguardia. ¿En los primeros tiempos de ocupación, que determina una verdadera cuña de avance e invasión, está justificada la instalación de un Puesto Quirúrgico? Es una cuestión que evidentemente se presta a discursión. Los no técnicos, ante la dificultad y angustia de la evacuaciones, piensan que un Puesto Quirúrgico simplificado al máximo, tipo auto-chir, podría solucionar en parte el problema; los dirigentes sanitarios opinan, que la violencia y continuidad de los ataques enemigos, la falta casi absoluta de todo rudimento de higiene y de condiciones de hospitalización, quitan toda eficacia a un tal Puesto Quirúrgico. Examinemos serenamente esta cuestión tan apasionada.

Desde el punto de vista sanitario o mas concretamente quirúrgico, una situación táctica representada por un contingente de fuerzas desplazadas de las líneas normales, y con una evacuación difícil y aleatoria, pasa realmente por dos fases distintas: Una primera de conquista y organización de la defensa que abarca uno, dos meses; una segunda, de consolidación y resistencia que puede durar tiempo indefinido. En la primera etapa, un sector de este tipo es realmente una auténtica primera línea, con todos los rigores, todos los riesgos, y todas las sorpresas, que acechan a una posición táctica que está toda ella rodeada de un enemigo presto a aprovechar todas las contingencias, para presionar y atacar con mas o menos ventaja. Todo esto quiere decir, que a parte de toda consideración de orden táctico, una tal Posición está en sus primeros tiempos en situación ofensiva y defensiva, y supeditado todo al ataque y la defensa, por tanto sujeta a todas las contingencias propias de un núcleo de fuerzas, todavía inestable y que pudiera en un momento dado estar obligado, incluso a una retirada estratégica, lo que hubiera puesto naturalmente al P. Q. en situación comprometida.

Pero hay además otras razones de orden estrictamente técnico,

muy poderosas en contra de la instalación de un tal P. Q. en la primera etapa o fase de ocupación. Y hay dos órdenes de circunstancias, unas se refieren a las condiciones verdaderamente inaceptables de hospitalización, y otras a la evacuación de los heridos después de operados. Respecto a las primeras hay que pensar: Primero, que puede coincidir con la época mas dura del año, el frío intensísimo en uns sótanos, sin otra calefacción posible que los braseros, las estufas, cuando la leña puede hasta escasear; segundo, el hacinamiento extremo de tropas muy castigadas por la dureza de unos ataques constantes, sin otros refugios que los mismos sótanos, que precisamente serían los únicos aceptables para hospital; tercero, las tropas de toda índole, medio organizan su vida en aquellos sótanos en pequeños grupos, rodeando braseros que saturan el ambiente de un humo irrespirable; cuarto la luz y el agua, elementos tan precisos para poner en marcha un hospital, pueden ser casi imposibles.

Por lo que se refiere al otro grupo de consideraciones, de orden estrictamente quirúrgico, y dejando a un lado la enorme intranquilidad que supone para el herido un tal P. Q. diremos que el número de camas utilizables, es decir que pudieran instalarse, no serían quizás mas allá del cuarto de centena, número evidentemente exíguo para atender a las bajas de un núcleo de fuerzas de algunos millares. Como consecuencia y aun no aprovechándolas exclusivamente mas que para heridos graves, intrasportables cavitarios, schockados, grandes fracturados, y hemorrágicos, se llegaría rapidamente al «embotellamiento» del Hospital, lo que obligaría a evacuaciones precoces forzadas. Ahora bien, la experiencia demuestra y confirma todos los días, un hecho indubitable: que para estos heridos graves, las evacuaciones precoces después de intervenidos, son mucho mas perjudiciales que antes de la intervención. Dicho de otro modo, es mucho mas beneficioso para un herido de cráneo, o uno de vientre, trasladarlo antes de operarle, que en los días inmediatamente siguientes a la intervención. No obstante, esta évacuación sería absolutamente obligada si querian penerse camas disponibles.

Que estos dos grupos de consideraciones, hablan de modo elocuente en contra de la instalación del Puesto Quirúrgico avanzado, en la primera fase de ocupación de un sector a vanguardia; lo demuestran dos hechos: 1.º Aun después de los

primeros meses de ocupación, las condiciones de hospitalización son realmente muy precarias, hasta tal punto que alguien opina, no tendría justificación un tal hospital fundado exclusivamente en las condiciones en que por necesidad han de estar alojados los heridos, aunque nosotros no participamos de ninguna manera de esa opinión; 2.º Que aun pasados los primeros tiempos, y cuando la intensidad y frecuencia de los ataques van disminuyendo considerablemente, no obstante hay necesidad de hacer evacuaciones precoces, y por tanto en condiciones desfavorables para el herido.

Resulta por tanto muy discutible, la instalación de un Puesto Quirúrgico en los primeros tiempos de ocupación de un sector, desplazado en cuña de las líneas normales y conectado con ellas por comunicaciones batidas por el enemigo. En cambio, más tarde cuando aquel sector se convierte en un centro defensivo y de resistencia, con la posibilidad de ser sitiado, y cuando mejoran las condiciones de hospitalización el P. Q. allí instalado, puede rendir sin duda positivos beneficios. Seguramente se dirá, que en los primeros tiempos la evacuación, se hace muy difícil y en todo caso tardía y expuesta, pero ello se explica por las condiciones excepcionales tácticas en que se sitúa este núcleo de fuerzas, que forzosamente hacen difíciles y penosos todos los servicios. Por lo demás, las crónicas de la gran Guerra nos ofrece muchos ejemplos de evacuaciones penosas, tardías, y angustiosas, a pesar de los grandes medios de que disponían los servicios de Sanidad.

* * *

Un segundo escalón quirúrgico intimamente relacionado con el Puesto avanzado, y que para nosotros constituye por sus características y rendimiento un auténtico Hospital de Sangre de vanguardia, es aquel núcleo o cortina de hospitales, situados a una distancia media de 8-10 kilómetros de la línea de fuego. Hospitales que reúnen condiciones técnicas y de hospitalización bastantes aceptables, no obstante tratarse de edificios dedicados a usos muy distintos.

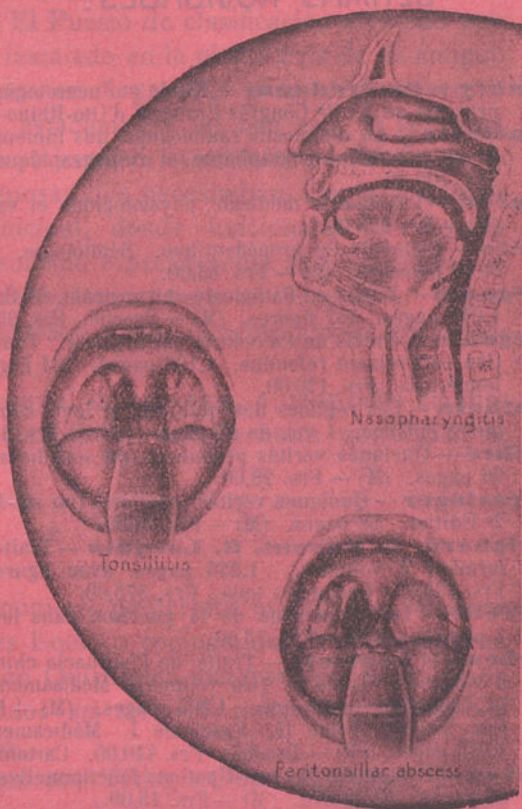
En ellos, pueden funcionar uno o varios Equipos Quirúrgicos según las necesidades. Nosotros vamos a referirnos únicamente

Antiphlogistine

Nas moléstias do nariz e da garganta

As aplicações de **Anti-phlogistine**, quente e espessa sobre o pescoço, e se fôr necessário, cobrindo o pescoço inteiramente, de uma à outra orelha — é sem disputa um bom auxílio para reduzir a inflamação e a congestão no faringe e na laringe.

Fornecendo o calor húmido num período de 12 a 24 horas, a **Antiphlogistine** provoca uma hiperemia local arterial, apressando assim a destruição do organismo causador da infecção, e acelerando o processo reparador. **Antiphlogistine** possui também propriedades analgésicas e relaxantes, e, absolutamente, não é tóxica nem irritante.



Nas moléstias do nariz e da garganta, como as que se ilustram aqui, e em numerosos outros estados, a **Antiphlogistine** tem sido por muitos anos empregada com resultados satisfatórios.

Amostra desse medicamento, assim como a literatura descritiva, envia-se mediante pedido.

THE DENVER CHEMICAL MFG. Co., NOVA YORK.

ROBINSON, BARDSLEY & Co.,

S, Cais do Sodré — LISBOA

ULTIMAS NOVIDADES:

- Aubry te Ombredanne** — Étude oto-neurologique et chirurgicale du vertige. Rapport présenté au XLII^e Congrès Français d'Oto-Rhino-Laryngologie. (M) — Frs. 35,00.
- Baclesse** — Le diagnostic radiologique des tumeurs malignes du pharynx et du larynx. Étude anatomo-topographique et radiographique. 270 pages. 236 figures. — (M). Frs. 100,00.
- Baruk** — Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale. 828 pages. 125 figures (M) — Frs 220,00.
- Béco** — Éléments de propédeutique. Sémiologie. 1 vol. gr. de 162 pages avec figures et 18 planches. (B) — Frs. 65,00.
- Bégouin** — Précis de Pathologie chirurgicale. 6^e Édition refondue. Tome IV : Abdomen. 1.014 pages. 367 figures. (M) — Broché. Frs. 95,00. Cartonné toile. Frs. 120,00.
- Bégouin** — Précis de Pathologie chirurgicale. Tome II. Tête et rachis, Bassin. 6^e Edition entièrement refondue. 4.106 pages. 431 Figures. (M) — Broché Frs. 95,00. Cartonné toile Frs. 120,00.
- Cathala** — Les régimes déséquilibrés et leurs conséquences pathologiques dans la première enfance. 1 vol. de 46 pages. (B) — Frs. 12,00.
- Debré** — Quelques vérités premières (ou soit-dissant telles) sur les maladies infantiles. 96 pages. (M) — Frs. 28,00
- Fiessinger** — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies du foie. 2^e Édition. 68 pages. (M) — Frs. 28,00.
- Grignard, G. Dupont, R. Locquin** — Traité de Chimie organique. Tome VIII formant 2 volumes. 1.256 pages. avec figures. (M) — Les 2 volumes Brochés. Frs. 335,00. Cartonnés toile. Frs. 375,00.
- Hérelle** — Le phénomène de la guérison dans les maladies infectieuses. 416 pages, 4 planches. (M) — Frs. 75,00.
- Lebeau et Courtois** — Traité de Pharmacie chimique. 2^e Édition. 2 Tomes formant 3 volumes. Tome I. (Un volume). Médicaments fournis par la Chimie minérale et la Chimie organique. 1.206 pages. (M) — Broché Frs. 250,00. Cartonné toile Frs. 280,00. Tome II. Fascicule I. Médicaments fournis par la Chimie organique. 1.043 pages. (M) — Brochés Frs. 410,00. Cartonnés toiles, 460,00.
- Leven** — Traitement des constipations fonctionnelles. (Collection Médecine et Chirurgie.) 88 pages. 22 figures. (M) — Frs. 15,00.
- Løper** — Intoxications et carences alimentaires par le Professeur Løper et ses collaborateurs. 260 pages. 4 figures. (M) — Frs. 60,00.
- Marfan** — Les Éléments du pronostic dans les maladies aiguës. Notes de pratique. 80 pages. (M) — Frs. 20,00.
- Marion** — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en Urologie. 2^e Édition. 68 pages. (M) — Frs. 28,00.
- Ravina** — L'Année Thérapeutique. 12^e Année 1937. 202 pages. (M) — Frs. 25,00.
- Roger et Poursines** — Les Méningo-neurobrucelloses. 248 pages. (M) — Frs. 45,00.
- Roussy et Bertrand** — Travaux pratiques d'anatomie pathologique. 3^e Edition. 350 pages. 159 figures. (M) — Frs. 46,00.
- Sergent** — Questions cliniques d'actualité. 6^e Série. Leçons professées à la Charité. 320 pages. 27 figures. (M) — Frs. 65,00.
- Sayé** — La tuberculose pulmonaire chez les sujets apparemment sains et la vaccination antituberculeuse. 256 pages. 88 figures. (M) — Frs. 60,00.
- Urbain** — La Réaction de fixation dans les tuberculoses humaines et animales. 2^e Édition. complètement révisée et augmentée. 146 pages. (M) — Frs. 28,00.
- Zadar** — Les Réactions d'équilibre chez l'homme. Étude physiologique et clinique des réactions d'équilibre sur la table basculante. 256 pages. 241 figures. (M) — Frs. 80,00.

a uno de ellos, como tipo de varios que hemos organizado y dirigido: Hospital con una 100 camas, exclusivamente para heridos graves, cavitarios, hemorrágicos y schockados y grandes fracturados. Un sólo Equipo con su personal atendió a un volumen de heridos bastante considerable, siempre que lleguen en varios días escalonados. El Puesto de clasificación atendido por un médico y practicante, instalado en la planta baja de un antiguo palacio, dividía los heridos en 3 grandes grupos: Los leves y menos graves, quedaban estacionados en una sala de la planta baja hasta la noche, que se hacía la evacuación; otros fracturados o con heridas anfractuosas que necesitaban limpieza quirúrgica, subían al piso principal, donde funcionaba un Equipo secundario o auxiliar, dedicado especialmente a la limpieza quirúrgica e inmovilización de fracturas, para ser evacuado. Y por fin, un tercer grupo de heridos auténticamente graves que pasaban al Equipo principal.

Pensamos que un hospital de este tipo, a unos ocho kilómetros del frente, puede cumplir el *deshideratum* quirúrgico de Guerra.

* * *

Naturalmente, si el número de heridos es excesivo conviene funcionen dos y hasta tres Equipos conjugados. A este respecto, nos parece una Agrupación Quirúrgica integrada por un mínimum de tres Equipos, con todos los servicios anexos, puede dar sin duda un gran rendimiento.

Conviene para ello, que esta Trilogía Quirúrgica pueda desenvolverse por sí sola, con medios propios queremos decir, con material de hospitalización, personal administrativo, y subalterno y hasta medios de transporte absolutamente propios.

Partiendo de la unidad fundamental Equipo, cuya constitución entendemos debe estar reducida a un mínimum de personal necesario, pero eficiente: Un Cirujano Jefe; un ayudante entrenado y que actúa al propio tiempo como Radiólogo, con un aparato portátil tipo Philips; un segundo ayudante, que actúa con un practicante como Equipo auxiliar, para clasificación y practicar transfusiones; un anestésista, practicante con gran experiencia en anestesia, porque juzgamos que el secreto, es algo que depende

de «cogerle el tiento»; a parte que el practicante, que no sabe ni la interesa la técnica quirúrgica, no se entretiene en la marcha de la operación, como ocurre, con frecuencia en los médicos. Dos enfermeras o hermanas, con hábitos quirúrgicos bien controlados. Sanitarios; uno dedicado a esterilización exclusivamente; dos, a sueros e inyectables de todas clases, para la preparación de heridos; otro escribiente; otro barbero; otros cinco de servicios en las clínicas. Total: tres médicos, dos practicantes, dos enfermeras, diez sanitarios.

A parte de estas misiones estrictamente técnicas, y donde cada uno desempeña siempre la misma misión, que es la base de perfeccionamiento, nos hemos preocupado de que cada elemento desempeñara además una misión propia en la labor de improvisación de un hospital, incluso en ciertos cometidos de electricista, mecánico, etc. con lo que rápidamente puede entrar-se en funciones. Y es, que la experiencia de 17 meses de Guerra, nos ha enseñado que todo lo que no sea con un desenvolvimiento propio y exclusivo, es restar eficacia a la estrategia quirúrgica de urgencia. Naturalmente, es preciso contar también con todo el material preciso de iluminación, aparato de esterilización, y otros mil detalles incluidos los medios de transporte, que permiten una gran libertad de movimientos.

Pues bien, la reunión de 2-3 Equipos del tipo que hemos citado, permite con un mínimo de personal, servicios comunes. En este sentido, nosotros consideramos que al lado, o juntamente con esos tres Equipos, deben existir cuatro Equipos secundarios, naturalmente muy reducidos que serían: Un Equipo de clasificación; otro rayos X; otro transfusión; otro para servicio de clínicas.

Resulta por tanto, que una agrupación quirúrgica, la concebimos por lo que nos han enseñado las necesidades de la campaña, en la siguiente forma: Tres Equipos, trabajando en forma intensiva, quizás conjugados dedicándose dos a heridos cavitarios, y el otro a miembros, schockados y hemorrágicos. O bien trabajar alternativamente dos, y uno descanso. Asimismo el Equipo auxiliar de clínica atendería a los operados, cuando la acumulación de heridos, en las grandes ofensivas impidiera a los Equipos principales dejar el quirófano. Estos tres Equipos principales, y los cuatro auxiliares, deben llevar el personal estrictamente

reducido al mínimo eficaz: ocurre aquí, algo parecido a lo que pasa en terapéutica con las drogas muy activas: administrar la dosis mínima que permita obtener el efecto máximo.

Naturalmente, que una Agrupación Quirúrgica, permite un rendimiento mayor y mas eficiente en las grandes acomulaciones de heridos. Un sólo Equipo trabajando en forma intensiva se agota, y sobre todo, cuando predominan los cavitários tienen que esperar turno, y ello hace pasar el momento oportuno de la intervención eficaz. Es entonces, cuando el funcionamiento simultáneo de otros u otros Equipos es verdaderamente eficaz.

Asimismo son precisos los servicios administrativos y subalternos, anexos a toda formación hospitalaria.

Naturalmente, si todos son ventajas desde el punto estricto de la oportunidad operatoria, en cambio tiene sus dificultades en la práctica. Una masa de tres Equipos, precisa un mínimun de ciento cincuenta, doscientas camas. Ahora bien, esto es algo muy difícil de lograr en regiones pobres, con pueblos míseros, con edificaciones absolutamente inapropiadas, de tal manera que no es posible encontrar, no hay un edificio capaz para aquellas camas, ni siquiera reuniendo varios, que pueden permitir la instalación de aquel mínimun necesario.

Es por eso, que decíamos al principio, que no es posible ajustarse a los reglamentos para desenvolver la Sanidade de un Ejército. Son las circunstancias prácticas, las que imprimen el módulo. Por un lado, hay que armonizar el deshideratum quirúrgico de acercar el Cirujano al combatiente, para realizar la intervención precoz, y por otro condiciones de hospitalización en cantidad y calidad aceptables. Que importa operar a un herido precozmente, si tenemos que hacerlo en localos inapropiados, pequeños, fríos, sin luz, etc. Salvó la operación pero sucumbe a las complicaciones del ambiente.

Es muy fácil actuar en regiones ricas, con grandes edificios dotados de todos los adelantos de la arquitectura actual, con todos los elementos de confort propios de una construcción moderna, y capaces para instalar un número de camas que no bajan quizás de las doscientas. En estas regiones, no existe propiamente hablando problema quirúrgico de vanguardia. Todo está hecho, no hay más que acoplar dependencias, distribuir servicios: este es el caso de los grandes Balnearios, los Colegios,

los Orfanatos. Trabajar en estas condiciones, es actuar en un hospital de base, siempre que el Equipo lleve todos los elementos, que a estas alturas no pueden faltar en ninguno en los que estamos actuando.

* * *

Complemento de esto, sería que los Cirujanos de vanguardia tuvieran noticias directas de los heridos evacuados a hospitales de base, y dadas precisamente por los Cirujanos de retaguardia que reciben aquellos heridos. Este servicio de Información Quirúrgica, serviría de verdadero control de nuestros métodos y procedimientos. Por ejemplo, y para concretar nos referiremos al valor de la Limpieza Quirúrgica.

Sabemos que los Cirujanos de retaguardia, nos consideran demasiado radicales, al practicar una L. Q.: Que hacemos demasiado; que somos quizás exageradamente quirúrgicos. Nosotros disculpamos este juicio, porque no han visto fabricar las tremendas heridas de la metralla; no ven las heridas que llegan a los hospitales del frente. Nosotros formaríamos quizás el mismo juicio, si no viéramos los formidables destrozos de que son capaces esos fragmentos de obús, o mortero, irregulares, de formas inverosímiles, erizados de puntas y aristas muy vivas, con una fuerza viva brutal, actuando en todas las incidencias imaginables, y llevando en su superficie anfractuosa, tierra, verdaderos proyectiles secundarios, que se incrustan en las profundidades de la herida, auténticas siembras de anaerobios, en tejidos estuporizados, condiciones favorables, si las hay, para la explosión de la temible gangrena gaseosa. Nosotros estamos convencidos, que la mejor profilaxis de esta tremenda complicación de las heridas, es la exéris precoz, amplia y económica, seguida eventualmente de toques con termo y constantemente de helioterapia. De este modo, el Cirujano del frente salva vidas, y al propio tiempo piensa en la recuperación precoz, y lo más completa posible del herido. Véase nuestro Trabajo sobre Limpieza Quirúrgica. Aquí nos interesa solamente dejar sentado, que la colaboración estrecha entre los dos núcleos de Cirujanos que atienden a heridos de Guerra, sería muy beneficiosa. Para ello nosotros empleamos una hoja de cabecera que acompañaría

el herido hasta su hospital de evacuación. De modo gráfico tratamos de representar las condiciones anatómicas de la herida, que podrían dar idea al Cirujano de retaguardia de como era al llegar al hospital del frente.

* * *

Por fin, el tercer escalón quirúrgico de vanguardia, lo constituye otro hospital que podríamos llamarlo hospital de Sangre de evacuación, o quizás Formación o centro quirúrgico de vanguardia. Se trata de hospitales instalados en amplios Colegios, ordinariamente capaces para unas 500 camas, con calefacción, varios quirófanos con sus cámaras de calentamiento; rayos X, y Especialidades. Este Hospital sobre línea férrea, constituye el punto de confluencia de los hospitales de Sangre propiamente avanzados, y asimismo sería el gran centro de evacuación hacia retaguardia.

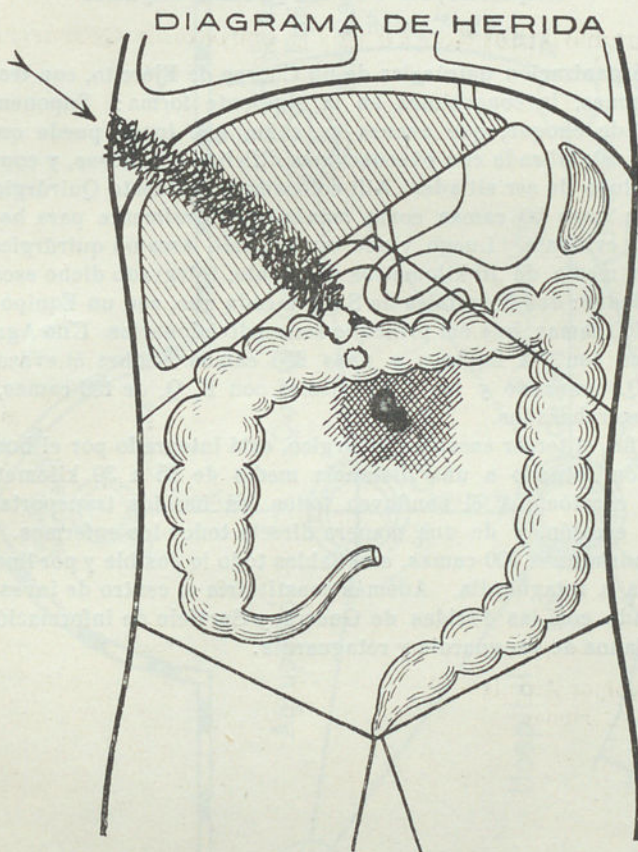
Pero además este Hospital, dotado de todos los servicios complementarios que no pueden faltar en una organización hospitalaria moderna tendría, una finalidad netamente científica o de investigación, enfocada hacia las condiciones biológicas y anatomopatológicas de las heridas de Guerra: Bacteriología, proceso de reparación, evolución de los cuerpos estraños, procederes de localización; evolución inmediata de los grandes cavitarios y sus cicatrices operatorios; valor de los agentes físicos, en la recuperación inmediata de los heridos a corto plazo; control de los procederes de curación de las heridas (curas precoces o retardadas, antisepsia por agentes físicos, sutura secundaria); estudio de la evolución del callo en las fracturas abiertas, y métodos de tratamiento mas simples, económicos, y rápidos. Asimismo, serviría a sede para el servicio de Información Quirúrgica, y por tanto, de enlace entre los hospitales del Frente y Retaguardia.

Finalmente, anexo a este Hospital de evacuación, conviene exista un H. de recuperables a corto plazo, con unas 150 camas que vuelvan directamente al Frente y no se pierdan en los H. de retaguardia.

Cuadro sinóptico de una Agrupación Quirúrgica

	Equipos Quirúrgicos principales. . .	Tres.
	Cada Equipo comprende	Un Cirujano Jefe. Un ayudante de manos y Radiólogo. Un segundo ayudante para clasificación y transfusión. Dos practicantes. Dos enfermeras. Diez Sanitarios.
Equipos Auxiliares Comunes.	Equipo de clasificación	Un médico. Un practicante. Un sanitario escribiente.
	Equipo de Rayos X	Un médico.
	Equipo de Transfusión	Un médico. Un practicante.
	Equipo de clínicas	Un médico. Un practicante. Dos sanitarios.

Equipo Quirúrgico del DR. DURAN



Diagnóstico: H. C. M. con orif. e. VIII.^o esp. intercostal d. línea axilar media sin salida penetrante tóraco-abdominal.

Pronóstico: Muy grave.

Tratamiento: Operado a las cinco horas de herido Eter-cloretilo—toraco frenolap. h. transfixiante hígado—vesícula y colon transv. metrala retrop. Rep. por sutura. Cierre total.

Post-operatório: Bronconemionia. Fistula biliar.

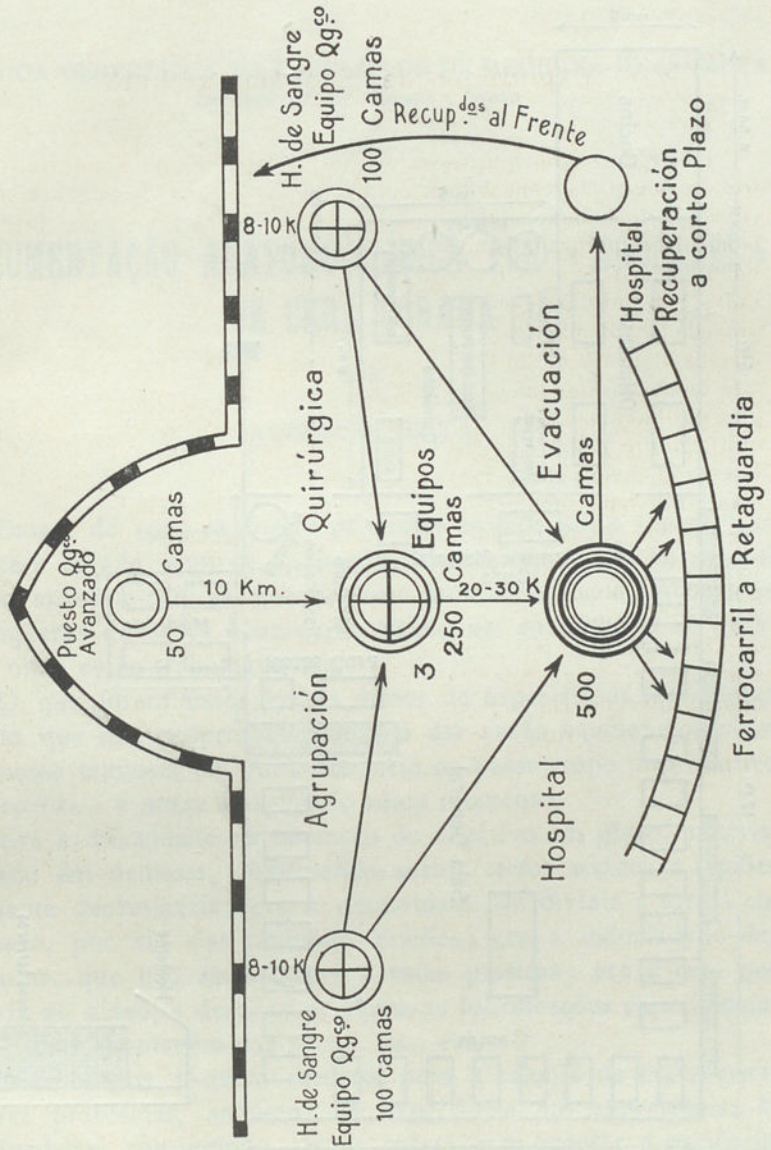
SUEROS: A. tetánico — A. gangrenoso — Hemorragia

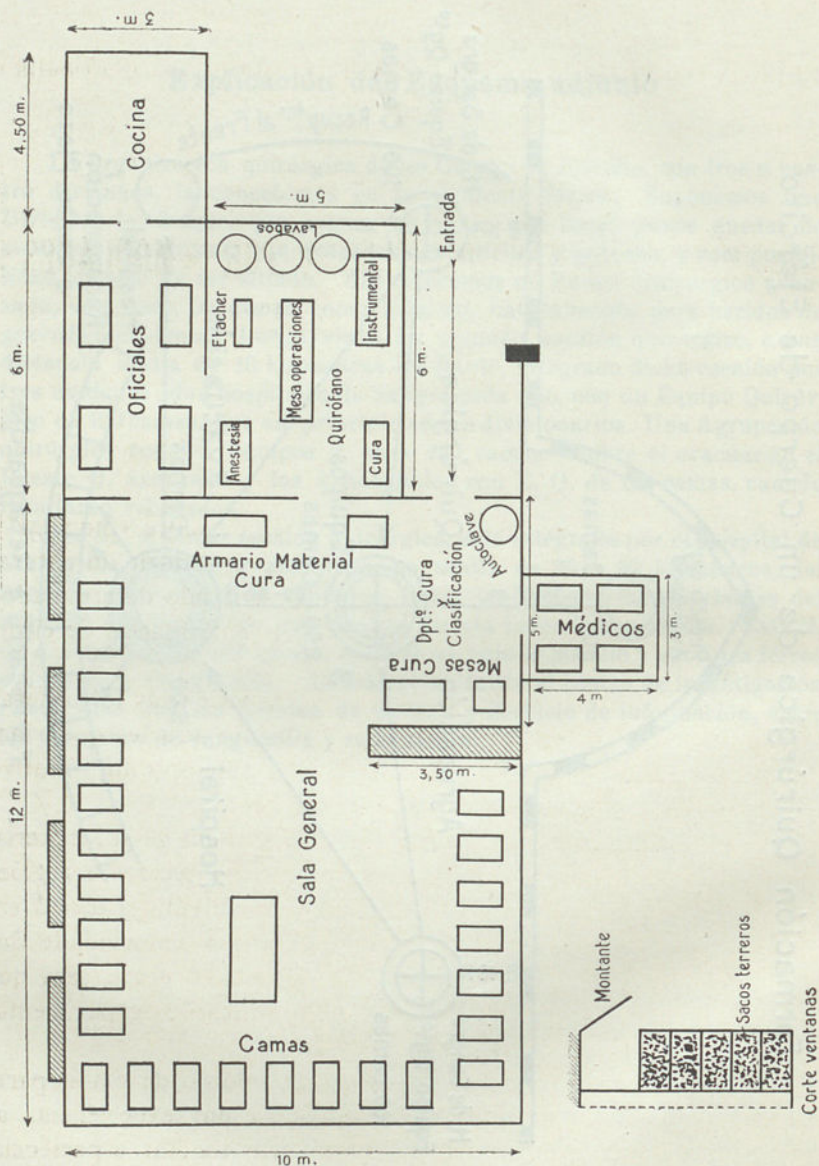
Explicación del Esquema adjunto

La organización quirúrgica de un Cuerpo de Ejército, con tres o cuatro divisiones, la concebimos en la siguiente forma: Suponemos una División de choque, que avanza en cuña, que luego puede quedar de momento estabilizada con evacuaciones difíciles y penosas, y con posibilidad incluso de ser sitiada. Allí colocamos un Puesto Quirúrgico avanzado, con unas 50 camas como máximo, naturalmente para heridos de gravedad evidente. Luego viene un segundo escalón quirúrgico, a una distancia media de 10 kilómetros del frente, integrado dicho escalón por tres unidades: dos hospitales de Sangre cada uno, con un Equipo Quirúrgico de 100 camas, que em principio serian divisionarios. Una Agrupación quirúrgica con 2-3 Equipos y unas 250 camas. Sobre él evacuarían el Puesto Q. avanzado y los 2 hospitales con E. Q. de 100 camas, cuando resultaran rebasados.

Por fin, el tercer escalón quirúrgico, está integrado por el hospital de evacuación situado a una distancia media de 25 a 30 kilómetros, del segundo escalón. A él confluyen todos los heridos transportables del segundo escalón, y de una manera directa todos los enfermos. Este H. de E. tendría unas 500 camas, ampliables todo lo posible y por línea férrea evacuaría a retaguardia. Además constituiría el centro de investigación relacionada con las heridas de Guerra, y Servicio de información, entre los Cirujanos de vanguardia y retaguardia.

Formación Quirúrgica de un Cuerpo de Ejército





Croquis de un Puesto Quirúrgico Avanzado
organizado por nosotros

DOCUMENTAÇÃO ANÁTOMO-CLÍNICA POR « MOULAGES » DE CERA CORADA

POR

ALBERTO COSTA

Datam de 1929 os nossos primeiros ensaios sôbre «moulages» de cera corada, com os quais pretendemos reproduzir do natural peças anátomo-clínicas, que ficassem documentando determinados exemplares da nossa observação diária nas enfermarias de cirurgia, onde então trabalhávamos.

O que foram êsses longos mêses de experiências infrutíferas — em que nós próprio chegámos a dar razão àqueles que viam na nossa teimosia um fútil devaneio ou passatempo improdutivo — recorda-o a nossa imaginação neste momento.

Era a dificuldade na obtenção do negativo em gêsso, material pesado em demasia, deformando assim certos tecidos e regiões bastante depressíveis; era a necessidade de dividir a fôrma em *tancelos*, por via das múltiplas prisões; era a indocilidade das crianças, que não se prestam a estas práticas; era a cera que adería ao gêsso, a despeito de tôdas as lubrificações experimentadas; era a montagem das peças, etc., etc.

Sem termos a quem recorrer para a solução da maior parte destes problemas, andámos de experiência em experiência, às apalpadelas, consumindo alguns mêses sem esgotar a paciência. De resto, sabíamos bem que as dificuldades que de comêço encontrávamos estavam longe de ser intransponíveis, e que a bôa vontade e persistência seriam as melhores armas de combate.

Saiu por fim regularmente perfeita a primeira peça, reproduzindo um motivo simples e, daí por diante, o treino e a experiên-

cia permitiram-nos a execução de variados exemplares com que enchemos um armário que ainda hoje existe num gabinete anexo ao Serviço de Patologia Cirúrgica (homens), nos Hospitais da Universidade de Coimbra.



Fig. 1

Publicámos então uma primeira memória sôbre os nossos trabalhos (1), e ficámos até esperançado de que, num futuro mais ou menos afastado, os nossos Hospitais pudessem reunir numa sala-museu, várias colecções curiosas de figuras de cera, documentando alguns dos mais instrutivos exemplares que tivessem passado pelos serviços clínicos das diversas especialidades.

Além do interêsse da documentação, afigurava-se-nos que, sob o ponto de vista didático e pedagógico, a nossa ideia não era para desprezar, tanto mais que a verba a dispendêr seria bastante diminuta.

* * *

Creemos ter sido quem, primeiro, entre nós, executou destas peças em cera, embora não tenhamos conseguido uma perfeição impecável, visto serem reduzidíssimos os recursos artisticos de que dispomos, os quais nunca fôram cultivados, tendo nascido a bem dizer por geração espontânea. Contudo, se algum mérito pode existir no nosso processo, é o da sua facilidade de execução, demandando apenas dum pouco de treino e habilidade manual, para quem, sendo médico, tenha o sentido das côres e das proporções, visto que o da anatomia normal e patológica faz parte da sua bagagem científica.

Ignoramos completamente se o *mordus facienti*, que usamos



Fig. 2

nos diversos tempos da execução de cada uma destas peças, é o mesmo que seguem, no estrangeiro, os poucos que se dedicam a êste género de modelação, pois nunca vimos nem pudemos lêr qualquer coisa que com o assunto se prendesse. Bem ou mal, aquilo que fazemos representa o produto do nosso modesto esforço e por isso lhe chamámos, embora sem qualquer pretensão, o *nosso processo*.

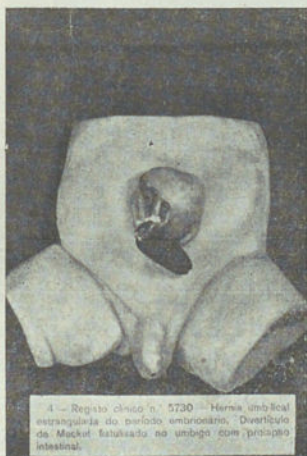
Grande número dessas peças executámo-las em 3 sessões apenas:

- 1.^a sessão — obtenção do negativo em gesso
- 2.^a sessão — obtenção do positivo em cera e retoque

- 3.^a sessão — coloração da peça, em face do modelo original e montagem — que às vezes convém ser efectuada numa
- 4.^a sessão.

A importância por que cada exemplar ficou, oscila entre Esc. 20\$00 e Esc. 40\$00, o que mostra sobejamente que pretendemos aliar à rapidez a economia.

Há dois anos, segundo indicações nossas, um colega artista, o Dr. João Gomes, conseguiu executar algumas figuras de cera, entre as quais a máscara duma mulher que foi operada de rinoplastia pelo Ex.^{mo} Prof. An-



4 — Registo clínico n. 5720 — Hernia umbilical estrangulada do tipo fetal embrionário. Divertículo de Meckel satelizado no umbigo com prolapso intestinal.

Fig. 4

gelo da Fonseca, a qual serviu numa das Quinzenas Médicas dos Hospitais da Universidade, para ilustrar o sucesso operatório daquêle ilustre cirurgião.

Quando da organização do 1.^o Salão Médico, dezembro de 1933)



Fig. 3

— janeiro de 1934), foi-nos solicitado que enviássemos a Lisboa algumas das nossas «moulages», o que fizemos com o fim de dispensar por esta forma a nossa insignificante contribuição àquêlê simpático certame.

Mêses mais tarde, em setembro de 1934, o nosso colega e distinto artista Dr. Alberto de Sousa, fez uma comunicação à 2.^a Reunião da Sociedade Anatómica Portuguesa, sôbre *A importância das modelações anatómicas e da pintura a cera corada na Anatomia e na Antropologia*.



Fig. 5

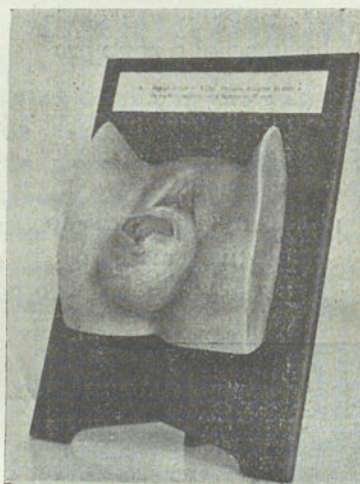


Fig. 6

Com outros recursos artísticos que estamos longe de possuir, o Dr. Alberto de Sousa teve ainda a fortuna de visitar vários países da Europa, como bolseiro da Junta de Educação Nacional, encarregado da tarefa de estudar o assunto, o que mostra a importância que lhe foi atribuída. Êste facto alegra-nos, pois veio assegurar-nos de que, tendo nós antevisto essa importância, e traduzido em letra de fôrma o desejo de vêr o nosso Hospital dotado com um museu de figuras de cera (1), nem isto representou uma utopia nossa — como demonstrámos, nem uma inutilidade dispensável — como nos propomos demonstrar.

Alberto de Sousa (2) diz que nos centros por onde passou encontrou pouco quem se dedicasse e cultivasse êste género de

trabalhos: dois indivíduos em Paris, um em Londres e outro em Munich, que exportam cópias para Portugal e muitos países.

Recordando a sua viagem, fala com encantado deslumbramento nos documentários nêste género que viu em museus de Amsterdam, Bruxelas, Paris, Lion, Nancy, mas fôram principalmente os museus do Royal College of Surgeons, em Londres, que mais o deslumbraram. São um vasto documentário de peças de cera corada, sôbre cirurgia de guerra, nomeadamente de cirurgia estética, que fazem o orgulho do Prof. Keith, que afirma serem *as primeiras do mundo*. Em Portugal, onde não há nada dêste género, pensa o Prof. Gentil, há bastantes anos, organizar um documentário de figuras de cera no Instituto de Oncologia.

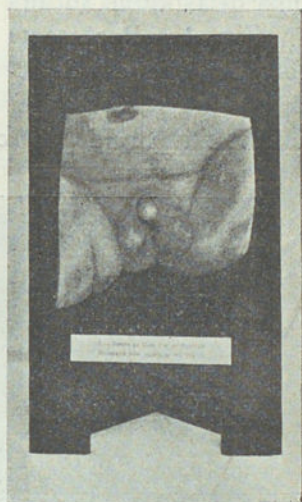


Fig. 7

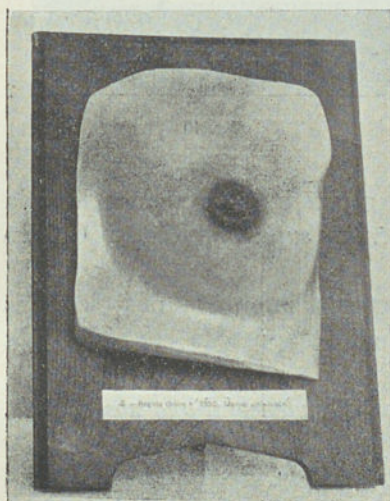


Fig. 8

O processo que o Dr. Alberto de Sousa foi estudar ao estrangeiro é de todos o mais perfeito, mas, pelo que depreendi duma troca de impressões que ambos tivemos, é também o mais complicado; êle demanda dum profissional que deve ser médico e, ainda por cima, necessita duma aturada especialização.

No processo de coloração que empregamos, sendo parte das tintas incorporadas na substância plástica, e as outras empregadas em camada delgada e bastante diluídas, não roubam por demais aquela diafaneidade da cera, tanto

de apreciar nestas *moulages*, tornando-as por vezes duma realidade impressionante.

As figuras que ilustram esta pequena memória, representam

algumas das peças que produzimos desde que trabalhamos no serviço do Ex.^{mo} Prof. Novais e Sousa. Vamos etiquetar cada uma delas muito sucinta e resumidamente:

Fig. 1 — Representa a cabeça dum feto de termo, em flexão forçada, que um demorado e laborioso trabalho de parto tentou, como que passar à feira através do *estreito superior* angustiado. O feto foi extraído por cesariana, morrendo no decurso da inter-

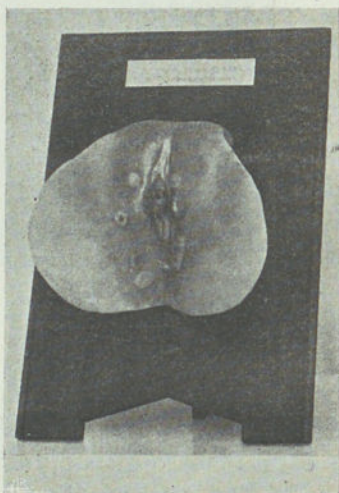


Fig. 9

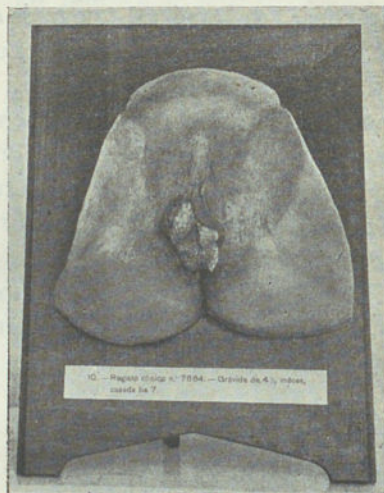


Fig. 10

venção. Vê-se ainda, nitidamente marcada, sobretudo acima da região frontal, a impressão do *estreito superior* (Registo Clínico n.º 5121).

Fig. 2 — Mão direita duma grávida internada nos Serviços (Reg. Clínico n.º 5198), apresentando amputação congénita dos dedos.

Fig. 3 — Cabeça dum monstro *Pseudencefaliano nosencéfalo*. (Da coleção do Prof. Geraldino Brites).

Fig. 4 — Hérnia umbilical estrangulada do período embrionário, com fistula de Meckel e prolapso da mucosa intestinal (Reg. Clínico n.º 5730). Diz respeito ao caso documentado na «Coimbra Médica» Ano I, 1934, pags. 391 e seguintes.

Fig. 5 — Face posterior da côxa direita. Lepra tuberosa (lepromas elementares) numa recém-puerpera de 18 anos, tendo retro-

cedido as lesões com o tratamento feito pelo óleo ginocárdico. (Reg. Clínico n.º 5722).

Fig. 6 — Prolapso genital completo, irreductível, numa rapariga de 17 anos. (Reg. Clínico n.º 6039).

Fig. 7 — Hipospádia perineal com bipartição das bolsas, num recém-nascido da Consulta Externa de Pediatria.

Fig. 8 — Mamilo umbilicado, obrigando à suspensão do aleitamento ao seio, tendo sido ensaiados, improdutivamente, todos os modelos de tetinas (Reg. Clínico n.º 6550). É um caso para resolver, possivelmente, pela cirurgia.

Fig. 9 — Sífilis secundária da vulva (Reg. Clínico n.º 5384).

Fig. 10 — Vulvo-vaginite blenorragica, com volumosos condilomas pediculados, numa rapariga casada há 7 meses, grávida de 4 meses e meio. (Reg. Clínico n.º 7864).

BIBLIOGRAFIA

- 1 — ALBERTO COSTA — Razão de ser dum museu de Patologia Cirúrgica (Tentativa de organização). *Arquivo das Clínicas Cirurgicas*, tomo II Coimbra, 1930.
- 2 — ALBERTO DE SOUSA — A importância das modelações anatómicas e da pintura a cera corada na Anatomia e na Antropologia. *Arquivo de Anatomia e Antropologia*. vol. XVII, Lisboa, 1936.

LIVROS & REVISTAS

Secreção nasal e glândulas endocrinas, por Louis Chavanne. *Ann. D'Oto-Laryngologie*, Maio de 1937.

As perturbações vaso-motrices são usualmente atribuídas a uma disfunção das glândulas endocrinas. A mucosa nasal parece não fazer excepção a esta opinião. No entanto, o papel exacto desempenhado por estas glândulas no funcionamento vaso-motor da mucosa nasal não está ainda completamente estabelecido.

Pretendendo contribuir para esclarecer esta questão, o A. relata os resultados das suas experiências e resume os nossos conhecimentos actuais sobre a fisiologia das diversas glândulas de secreção interna. Os resultados das suas experiências e as observações clínicas estão de acôrdo umas com as outras. A castração é seguida de atresia das glândulas da mucosa nasal; já Ferreri descreveu uma rinita atrófica num indivíduo com insuficiência genital, e Hass chamou a atenção para a excessiva secreção e crises de espirros que sobreveem na puberdade quando há um hiperfuncionamento das glândulas genitais.

A tiroide exerce uma influência contrariante da secreção nasal e a tiroidectomia é seguida ora por uma hipersecreção, ora por um aumento da sensibilidade da mucosa. Hautant prescreve doses infinitamente pequenas de extracto tiroideu em certos casos de hidrorreia nasal e Léopold-Lévy aconselhava esta forma de tratamento em todos os casos em que se suspeita um estado de hipertiroidia. Finalmente, um certo número de autores relataram casos de cura de rinites espasmódicas após administração de extracto tiroideu.

BRITO SUBTIL.

O papel etiológico do tecido amigdalino na tuberculose da infância, por M. M. de Gaudin de Lagrange. *Ann. D'Oto-Laryngologie*, Julho de 1937.

É bem conhecida a predilecção do bacilo de Koch para o tecido linfoide conforme o demonstra a frequência das adenites tuberculosas. É provável que a função deste tecido seja defender o organismo contra a invasão de micróbios e, em particular, dos bacilos de Koch, o que se traduziria por uma hiperplasia dos seus elementos. Dêste facto podemos deduzir que a

região aero-digestiva — tão rica em tecido linfoide — pode ser um ponto de eleição para a penetração no organismo do agente da tuberculose.

Depois de nos dar uma resenha histórica do assunto desde os trabalhos de Lermoyez até aos dos autores modernos entre os quais destaca os de Philip Mitchell, o A. discute o aspecto clínico do problema. O aspecto das amígdalas não basta para se notar a existência da sua infecção tuberculosa primitiva; o diagnóstico tem de recorrer às características das adenites cervicais e aos caracteres físicos do doente. O A. refere os resultados das suas investigações em 76 casos de crianças cujas amígdalas e adenoides fôram tiradas e em que a biópsia e a inoculação à cobaia não conseguiram provar a infecção tuberculosa do tecido amigdalino e adenoideu.

Finalmente, o A. discute os pros e os contras da amigdalectomia e adenoidectomia feitas nos casos em que se suspeita da existência duma infecção bacilosa do tecido linfoide desta região. O resultado desta discussão não permite, porém, estabelecer qualquer conclusão como sistema.

BRITO SUBTIL.

Observações sôbre a paralisia post-diftérica do véu do paladar,
por W. Muller dos Reis (Rio de Janeiro). *Ann. D'Oto-Laryngologie*,
Agosto de 1937.

A complicação mais frequente da difteria é indubitavelmente a paralisia do véu do paladar, que aparece em regra entre a 2.^a e a 4.^a semana após a doença. Dura aproximadamente desde quatro a sessenta dias, embora os casos mais severos possam ir até seis meses. É opinião geral que a presença de paresia do véu do paladar é uma indicação segura de que houve anteriormente uma infecção diftérica, mesmo que esta tenha sido bastante discreta para poder ter passado sem ser diagnosticada.

Confrontando o que tem sido escrito por numerosos autores sôbre o assunto, vê-se que existe uma grande diferença de opiniões quanto ao valor da soroterápia uma vez estabelecida a paresia. Na realidade parece que é pequena a quota parte que cabe ao soro anti-diftérico nos casos de paralisia post-diftérica do véu do paladar. O A. cita cinco casos da sua clínica sôbre os quais faz comentários, atribuindo os seus bons resultados obtidos à proteinoterapia que aconselha sob a forma de Protinfectol.

BRITO SUBTIL.

Observações sôbre um caso de neuro-epitelioma das fossas nasais,
por André Massier e Jacques Duguet. *Ann. D'Oto-Laryngologie*,
Setembro de 1937.

Os neoplasmas de origem neural raramente se encontram nas fossas nasais. Os que se encontram publicados dizem quasi todos respeito a crianças e estão em relação com um defeito de desenvolvimento no momento da oclusão da abóbada craneana.

O A. descreve neste artigo, com cópia de detalhes, um caso encontrado num soldado de 22 anos de idade. Uma biópsia revelou a natureza do tumor, e a forma como êle cedeu ao tratamento pela radioterapia profunda foi verdadeiramente notável, mostrando a grande sensibilidade destes tumores para os raios X.

Uma outra característica deste caso foi a ausência completa de sintomas. O doente fez-se observar apenas porque os seus amigos lhe notaram o aparecimento dum certo grau de exoftalmia unilateral. Embora a parte superior da fossa nasal do lado doente estivesse ocupada pelo tumor, o doente não se queixava de obstrução nasal nem se queixava de dôr. A massa tumoral provinha da parte anterior da fenda olfactiva, tendo invadido secundariamente a cavidade orbitária.

BRITO SUBTIL.

As células pneumáticas da porção petrosa do osso temporal, por J. Gordon Wilson, J. P. Gaardsmoe e Barry J. Anson (Chicago). *The Journ. of Laryng. & Otol.* vol LII, n.º 11, 1937.

Trata-se de um estudo anatómico do rochedo de que resultam vários factos que teem uma certa importância para o cirurgião. Assim:

As células pneumáticas da pirâmide teem duas origens: umas proveem do espaço hipotimpânico — células tubares; outras são um prolongamento das células mastoideias — células epitimpânicas. As primeiras, cuja origem se faz junto do orificio timpânico da trompa de Eustáquio, existem principalmente no arco mais baixo da pirâmide. Encontram-se em relação de proximidade com o canal carotídeo e o seu importante conteúdo. Esta relação com o canal carotídeo foi notada por Bezold e Siebmann e frequentemente citada por vários autores. Vê-se claramente nos trabalhos de reconstrução realizados pelos AA. mostrando ao mesmo tempo como é difícil alcançar cirurgicamente estas células em comparação com a facilidade de acesso que há para as células epitimpânicas pela via mastoideia. Por outro lado, compreende-se facilmente como a doença pode persistir numa área restrita enquanto a caixa e a mastoide se libertam relativamente dela.

Na criança, o domínio das células medulares sobre as células pneumáticas na pirâmide pode, por intermédio do poder fagocítico das células medulares, actuar como um obstáculo ao avanço duma petrosite.

Nos cortes estudados pelos AA. as células pneumáticas de origem mastoideia eram maiores que as células tubares. Eram epitimpânicas e aproximavam-se da parede lateral do canal auditivo interno. Estão em estreita relação com a dura-máter e muitas vezes apenas separadas dela por uma delgada lamela óssea. Estas células são, no entanto, de acesso relativamente fácil após abertura da mastoide. A dificuldade de atingir as células tubares é, porém, evidente, atendendo à sua distribuição e à sua proximidade do canal carotídeo.

Este trabalho mostra como é essencial para o cirurgião o conheci-

mento da localização da infecção a qualquer destes dois grupos de células. Mas a localização da lesão não é fácil. A radiografia não dá grandes resultados. Fornece talvez mais elementos a história progressiva e a sede da dôr. A dôr característica da petrosite é homolateral; é orbitária e temporal, i. e. interessa a área enervada pelo ramo oftálmico do trigêmeo. A explicação mais razoável desta localização é que a dôr é um reflexo do ramo recorrente do oftálmico (r. meníngeo), que se distribui pela dura-máter adjacente que recobre a pirâmide petrosa.

BRITO SUBTIL.

Subglottic cancer of the larynx, por St-Clair Thomson. *The Jour. of Laryng. and Otology*, vol. LII n.º 12, Dezembro 1937.

O A. relata vários casos escolhidos com o fim de mostrar que os primeiros sinais de cancro subglótico da laringe podem conservar-se muito tempo despercebidos, que êste se encontra já muito avançado antes que o seu desenvolvimento até ao bordo livre da corda cause a alteração da voz, e que é esta alteração que muitas vezes leva pela primeira vez o doente ao especialista. A sua sede e a determinação da sua exacta extensão, tanto pela laringoscopia directa como pela indirecta nem sempre podem ser completas.

Entre os primeiros sintomas precoces a aparecer podem contar-se uma alteração intermitente da voz ou uma parésia parcial duma das cordas.

O cancro subglótico tende a crescer para cima e a invadir a corda e algumas vezes a propagar-se por baixo da comissura embora sem interessar esta, à região subglótica do lado oposto. Pode ser suspeitado e descoberto quando existe uma flacidez duma das cordas, e ainda quando isto acontece sem que exista uma lesão visível da sua superfície capaz de explicar essa parésia.

Quando limitados a um dos lados, quando a mobilidade da corda não está alterada ou o está muito pouco, e quando a comissura anterior e a aritenóide não estão invadidas, a cura pode vir a obter-se por meio duma laringectomia parcial aproveitando a via duma laríngeofissura.

Quando o cancro subglótico se estende ao lado oposto ou cresce para a aritenóide, e sempre antes que a comissura anterior esteja invadida, está indicada uma laringectomia total.

A escolha parece dever-se fazer entre estas duas alternativas. A extensão total, ou melhor, exacta, do crescimento dum cancro subglótico, não pode ser correctamente apreciada enquanto a taringe não é aberta e o seu interior observado *de face*. A extensão é geralmente maior do que se esperava antes. Êste tempo pode ser seguido por uma excisão intra-laringea desde que se possa ter a certeza duma margem satisfatória em tôdas as direcções. Noutros casos pode ser preciso proceder a uma laringectomia.

Para os doentes cuja idade, saúde ou preconceitos não permitam fazer

uma laringectomia completa, e para aquêles em que ela não pareça seguramente seguida de sucesso, deve pensar-se no emprêgo do tratamento pela irradiação. Em tais casos, devemos ter presente que a extensão exacta do crescimento tumoral é muitas vezes erradamente apreciada e que é muitas vezes difícil e incerto expôr à irradiação uma massa que pode ir até ao interior da cartilagem cricoide ou mais baixo. Uma extensão insuspeitada ao outro lado pode escapar também aos efeitos da irradiação.

O estudo dêstes casos ajuda também a compreender os insucessos que muitas vezes se dão com cancros intrinsecos não cuidadosamente seleccionados em vista do tratamento por intermédio da laringofissura. Quando esta via é limitada aos casos de cancro intrinseco duma corda móvel e com ambas as extremidades livres de lesões, a cura final pode ser obtida em todos casos. Nos casos em que o crescimento subglótico passou para o lado oposto, ou invadiu a commissura, ou alcançou a arite-noide, ou invadiu e fixou tôda a corda, impõe-se uma laringectomia total.

BRITO SUBTIL.



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Calendário dos congressos e de outras manifestações médicas — 1938

16-19 de Abril — Bruxelas, XVII Jornadas Médicas. Secretário Geral, dr. René Beckers. «Bruxelles Médical» 141 Rua Belliard, Bruxelas.

19-23 de Abril — Nice. VII Congresso Francês de Ginecologia. Presidente, Prof. E. Chauvin (Marselha). Secretário Geral, dr. M. Fabre, 1, Rua Jules Lefebvre, Paris (6.º).

Páscoa — Nice. I Congresso Internacional de Cosmobiologia. Secretário Geral, dr. Maurice Faure, 24 Rua Verdi, Nice.

4-8 de Maio — Amsterdam. Congresso Internacional de Obstétrica e de Ginecologia. Secretário Geral, M. F. C. Wan Tongeren, Wilhelminagasthuir, Amsterdam W.

16-19 de Maio — Paris. XXI Congresso da Sociedade Francesa de Oftalmologia, Secretário Geral, dr. René Onfray, 6, Av. de la Motte-Picquet, Paris (7.º).

27-30 de Junho — Viena. I Congresso da Sociedade Austriaca de Urologia, Secretário Geral, Wien IX, Frankgasse 8 (Bilbrot Haus).

Fim de Agosto — Berlim. II Congresso Internacional dos Sanatórios e Casas de Saúde privadas, Secretário Geral, dr. Bussard, 8, Av. du 11-Novembre, Bellexue (S.-et-O.).

19-22 de Setembro — Viena. Sociedade Internacional de Cirurgia. Presidente, Prof. Rathery; vice-presidente, Prof. Chevassu; Secretários Gerais, drs. F. P. Merklen e Derot; adjunto, dr. V. Ballet. Secretariado, 138 Av. des Champs-Elysées, Paris (8.º).

26-28 de Setembro — Marselha. XXV Congresso Francês de Medicina, Secretário Geral, Prof. H. Roger, 66 Boul. N. D., Marselha.

Fim de Setembro — Lisboa. Congresso da Federação da Imprensa Médica Latina. Presidente, Prof. Reinaldo dos Santos; secretário geral, dr. Pierra, 52, Av. de Breteuil, Paris (7.º).

Setembro — Ottawa. XV Congresso da Associação dos Médicos de Língua Francesa da América do Norte. Presidente, M. J. H. Lapointe.

3 de Outubro — Paris. XLVII Congresso Francês de Cirurgia. Presidente, Prof. L. Imbert (Marselha); vice-presidente, M. Albert Mouchet (Paris). Secretário Geral, M. Mondor (Paris). Secretariado, 12, Rue de Seiné, Paris (6.º).

Outono — Viena ou Belgrado. VII Conferência da Associação de Pediatria Preventiva.

3 de Outubro — Paris. Congresso Francês de Urologia. Presidente, dr. Lavenant; Secretário, M. Louis Michon, 34, Boul. des Invalides, Paris.

7 de Outubro — Paris. XV Congresso Francês de Ortopedia. Presidente, Prof. Rocher (Bordeaux); secretários gerais, M. M. Richard (Berek) e Leveuf (Paris).

4-11 de Outubro — Roma. Congresso Internacional da África, organizado pela Academia da Itália (destinado aos médicos e higienistas).

Outubro — Paris. XXIV Congresso de Higiene. Secretário Geral, M. Dujaric de la Rivière, Institut Pasteur, 23, Rue du Docteur-Roux, Paris.

13 de Dezembro — Paris. Academia de Medicina. Sessão anual,

Sem data ainda designada :

Milão — III Congresso Internacional de Cirurgia Construtiva.

Washington — VIII Sessão do «Office International de Documentation de Médecine et Pharmacie militaires». Secretário Geral, Col. Voncken, Liège.

Suissa — Jornadas ortopédicas.

1939

América — XI Congresso Internacional de Dermatologia e de Sifilografia.

Berlim — Congresso Internacional de Clínica Ortopédica e de Traumatologia.

Berlim — II Congresso Mundial para a luta contra a tuberculose.

Lausanne — XI Congresso da Associação dos Ginecologistas e Obstétricos de Língua Francesa.

Lille — IX Congresso Nacional da Tuberculose.

New-York — III Congresso Internacional da Luta Científica e Social contra o Cancro.

New-York — V Congresso Internacional de Pediatria.

Strasbourg — XVI Congresso Internacional de Hidrologia.

Toronto (Canadá) — V Congresso Internacional dos Hospitais.

Washington — X Congresso Internacional de Medicina e Farmácia Militares.

1940

Julho — Bruxelles. Associação Estomatológica Internacional. Presidente, Prof. Van Mosuenck (de Louvain).

Londres — III Congresso Internacional de Gastro-enterologia. Presidente, Sir A. Hurst (Londres); Secretário Geral, dr. Brohée (Bruxelles).

Fins de Julho — Paris. II Congresso de Pirétoterapia. Presidente, Prof. Abrami; secretários gerais, Ch. Richet e André Halphen, 222 bis, Rue Marcadet, Paris (18.º).

1941

Leipzig — II Congresso Internacional de Psiquiatria Infantil. Secretário Geral, dr. Léon Michaux, Paris.

Próximos aniversários

1938 — Centenário da morte de Broussais. Centenário de Itard, otologista francês.

1939 — Centenário do nascimento de Dieulafoy. Do nascimento de Cohnheim (de Leipzig).

1940 — Centenário do nascimento de Kernig (de Saint-Petersbourg), de Erb (de Heidelberg).

1941 — Centenário do nascimento de Farabeuf, de Hayem, de Le Dentu, de Kocher (de Bâle), de Astley-Cooper (Inglaterra), de Hansen (Noruega).

1942 — Centenário da morte de Dominique Larrey.

O I Congresso Médico de Lourenço Marques

Segundo telegrama recebido de Lourenço Marques, o sr. dr. Leis Leipeldt, da Associação dos Médicos da União Sul Africana, dirigiu uma mensagem aos médicos de Lourenço Marques enaltecendo o significado e importância do I Congresso Médico que se vai realizar em Lourenço Marques, em Setembro e para o qual há já grande número de adesões de médicos da referida União.

Foi eleito presidente do mencionado Congresso o sr. dr. Vasco Palmeirim, director dos Serviços de Saúde da colónia de Moçambique e do Hospital Central de Lourenço Marques.

Sociedades Científicas

Academia das Ciências — Numa reunião a que presidiu o sr. dr. Egas Monis, o sr. dr. Silva Carvalho leu a biografia do médico Daniel da Fonseca, nascido em Portugal no último quartel do século XVII e em Constantinopla, foi clinico afamado e gosou de prestígio e autoridade que o permitiram influir poderosamente na política daquele país, prestando grandes serviços de que aproveitaram a Suécia, a Hungria e outros países, como a França, e durante cerca de 30 anos serviu com zelo e provada dedicação.

Este trabalho representa o produto de muitas pesquisas que foram necessárias para reunir documentos inéditos nos arquivos franceses e tureos, que o conferente copiou ou mandou copiar e traduzir.

Assim conseguiu fixar muitas datas memoráveis da vida do dr. Daniel da Fonseca, conhecer a sua estada fora de Constantinopla, assim como os serviços prestados a vários investigadores, a sua retirada para a França e pessoas de distinção com quem travou relações de amizade, parentes que deixou, entre os quais, dois médicos e um opulento banqueiro, e outros dados até agora desconhecidos para estabelecer a sua biografia.

O estudo do sr. dr. Silva Carvalho, foi muito apreciado e o sr. presidente agradeceu e pediu alguns esclarecimentos, felicitando o eminente académico.

Particularmente falaram sobre o assunto os srs. drs. Henrique de Vilhena e Manuel Moreira Júnior, com palavras de grande elogio para a erudita prelecção.

No final, o sr. dr. Silva Carvalho respondeu e agradeceu, encerrando-se a sessão.

Sociedade de Ciências Médicas

Reuniu, em sessão plenária, a Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, presidida pelo sr. dr. Francisco Gentil, secretariado pelos srs. drs. Carlos Salazar de Sousa e Ermelindo Alves.

O sr. dr. Augusto Silva Carvalho ocupou-se da sua comunicação «Pina Manique» e sobre a estatística de um trabalho em publicação da autoria daquele professor; e o professor sr. dr. Carlos Salazar de Sousa aludiu ao tema científico sobre «Tratamento cirúrgico da estenose pilórica dos lactaes».

Estudos Portugueses

Nos Estudos Portugueses, o sr. dr. Joaquim Alberto Pires de Lima fez uma brilhante lição sobre «A linguagem anatómica de Gil Vicente».

O ilustre professor catedrático da Faculdade de Medicina do Pôrto desenvolveu no seu notável trabalho os seguintes capítulos:

«A renovação quinhentista da Anatomia e da Astronomia: Vesálio e Copérnico.

Gil Vicente não nasceu a tempo de conhecer a obra de Vesálio e também não devia conhecer os trabalhos dos seus precursores.

O grande escritor sabia pouca anatomia e guiou-se por Galeno, cuja obra conhecia, ou directamente, ou através do povo.

A cultura humanista de Gil Vicente comparada com a de Camões (Aubrey Bell, Rocha Brito e D. Carolina Michaelis). A ciência na Antiguidade e na Renascença. O que é o corpo humano para Gil Vicente. Terminologia anatómica da obra vicentina, em confronto com a de Galeno e do povo português de hoje. A mão humana, simbolo de perfeição morfológica. Os braços e as pernas. O ventre, o peito e o pescoço. O crânio, a face e os órgãos dos sentidos.

Modas femininas no século XVI: cabelos cortados e faces tingidas. As doutrinas de Gall e de Lombroso esboçadas, na obra vicentina.

Aleijados e estrabicos vistos por Gil Vicente.

A nomenclatura do sistema uro-genital em Gil Vicente e no seu genial contemporâneo Ambrósio Paró.

Gil Vicente e a obstetria.

E ao terminar, diz:

— Glória ao maior poeta cómico que o Mundo viu, desde Plauto a Molière!

Reuniões médicas

Nos Hospitais da Universidade — As reuniões médicas da Faculdade de Medicina de Coimbra, foram apresentados os seguintes trabalhos:

Prof. João Pôrto, de colaboração com os srs. drs. Antunes de Azevedo, Santos Andrade e Luis Previdência — «A silicose pulmonar nos mineiros da Urgeiriça».

Dr. José Bessa — «Considerações terapêuticas sobre a encefalite nas crianças».

Dr. Manuel Pinto — «A propósito de sinusites maxilares».

Dr. Alberto Costa — «Síndrome de Hlippel Feil» (Tipo III).

Na Faculdade de Medicina do Pôrto — Nas reuniões efectuadas no mês de Fevereiro foram feitas as comunicações seguintes :

Dr. Acácio Tavares, falou sobre «As variações clorémicas durante a anestesia pelo éter». Referiu as investigações relativas ao cloro hemático e aos critérios de apreciação dos dados analíticos, para destacar a noção de que não se pode atribuir rigidez dogmática ao binário analítico característico de uma acidose não volátil.

Passando ao estudo do seu tema, aponta as conclusões a que chegaram diversos investigadores, e os resultados das experiências que realizou em 7 cães submetidos a anestesia geral pelo éter, e nas quais verificou que na fase inicial da anestesia nem sempre se encontra diminuída a relação clorada, assim como nem sempre se encontra aumentada durante o sono anestésico; mas sempre é mais baixa do que a inicial, após a anestesia, o que é devido ao abaixamento do cloro globular. Compara estes resultados com o de outros experimentadores, concluindo que não são sempre constantes, e que, portanto, as variações do cloro sanguíneo são insusceptíveis de regras fixas.

Em seguida, o assistente sr. dr. Espregueira Mendes, tratou de «Transplantações ósseas».

Depois de estabelecer a distinção entre enxertos e transplantações, descreveu a evolução biológica geral do transplante (morte, soldadura e reabilitação, rarefacção; neo-formação óssea), e os fenómenos de transplantações de osso morto. Indicou as principais utilizações dos transplantes em cirurgia ortopédica e em especial na coxalgia, no mal de Pott e nos pés botos.

Como documentação das suas afirmações, apresentou as histórias clínicas de alguns casos pessoais de operação de Albee no mal de Pott, de artrodese extra-articular da anca na coxalgia por transplantes tibiais, e de artrodese e artrovises em pés botos paralíticos; tudo acompanhado dos documentos radiológicos demonstrativos dos resultados cirúrgicos obtidos.

Finalmente, o prof. auxiliar sr. dr. Sousa Pereira, falou «A propósito duma fractura condiliana do humero sem deslocamento, tratada pelas infiltrações novocainicas e mobilização activa imediata».

Depois de expor a concepção clássica da terapêutica das fracturas articulares, analisa os modernos trabalhos do Prof. Leriche que conduziram à instituição de uma nova modalidade terapêutica, das fracturas articulares sem deslocamento pelas infiltrações novodeslocamento pelas infiltrações novocainicas repetidas.

Tendo tomado parte nos primeiros ensaios efectuados em Estrasburgo sobre o valor deste novo método terapêutico, salienta os ensinamentos deduzidos das primeiras observações da clínica de Estrasburgo, efectuadas pelo Prof. Leriche por Froehlich, e pelo autor.

Como demonstração do valor do método apresenta um caso de fractura condiliana do humero tratado por elle, quinze dias após o acidente, com seis infiltrações novocainicas, os movimentos activos e passivos da articulação do cotovelo apresentavam amplitude normal e eram completamente indolores, tendo desaparecido inteiramente o edema peri-articular. Um mês depois, a articulação apresentava-se normal quer sob o ponto de vista morfológico quer funcional.

— Na sessão seguinte o sr. dr. Joaquim Bastos discorreu sobre o «Valor da fosfatose do plasma em algumas afecções pancreatico-biliares».

Depois de definir a natureza da fosfatose plasmática, citou o seu valor em algumas doenças ósseas generalizadas, como a doença de Becklinghausen, Paget, osteomalacia, etc. Das suas numerosas experiências, concluiu que nas derivações biliares provocadas observa-se um aumento muito pronunciado da fosfatose do plasma, em relação mais com a falta de bilis no intestino que, propriamente, com o desperdício do fluido. Baseado nos resultados experimentais, documentados com vários diapositivos estudou as variações daquela diástase em algumas doenças pancreático-biliares, do que apenas Roberts e Pautrat estudaram as variações nas ictericias por retenção. Mostrou gráficos e radiografias, demonstrativos de que sempre que a circulação da bilis no colédoco estivesse comprometida, ainda que parcialmente, se encontra um aumento acentuado da fosfatose.

O doseamento daquela enzima poderá servir, assim, até certo ponto, para suspeitar da participação do colédoco na evolução de uma doença pancreático-biliar.

«Acção vaso-motriz dos nervos do coração sobre os capilares cardíacos» pelo assistente dr. Melo Adrião.

Começou por expor o facto de as disseccções dos nervos cardíacos demonstrarem a ausência de plexo cardíaco, no animal de experiência, e a independência de inervação dos ventriculos direito e esquerdo. Mencionadas as disposições nervosas, descreveu as vias de acesso aos nervos do coração do cão e as intervenções realizadas; estas consistiram na secção dos nervos ou ablação do gânglio estrelado. A observação microscópica do músculo cardíaco, após a morte do animal mostrou dilatação notável dos capilares do ventriculo do mesmo lado da ablação nervosa. Acentuou a importância que pode desempenhar a dilatação capilar, consecutiva a intervenções simpáticas, nos syndromos cardiacos resultantes da deficiente irrigação, e terminou por mostrar como as modificações de calibre dos capilares dificultam, ainda, a interpretação dos fenómenos vaso-motres cardíacos, avaliados pelo estudo do débito coronário.

«A propósito da reacção de Sachs-Witebsky (Citocol) para o diagnóstico da sífilis», pelo assistente dr. Ernesto de Moraes e dr. António Fanzeres, chefe do Laboratório Nobre.

O uso duma reacção de floculação directa concomitantemente com a de Wassermann, para o diagnóstico serológico da sífilis, de há muito entrou na prática corrente, e nesse sentido executavam com o método de fixação aléxica a reacção de Dujarric, a qual em 3.200 soros se mostrou tão sensível e específica como a de Wassermann. Tendo melhorado consideravelmente a sensibilidade da reacção de Wassermann (mais 28,3 % de resultados positivos nos sífilíticos averiguados) pela adaptação, à técnica de Rubinstein, da modificação proposta por Ch. Auguste (precipitação de parte das albuminas do soro sanguíneo pelo ácido clorídrico diluído), estudaram diferentes reacções de floculação (Kahn, Meinicke, Sachs-Witebsky) em comparação com a nova modalidade da reacção de Wassermann. Os métodos de Kahn e de opacificação e de clarificação de Meinicke, além de pouco sensíveis, eram de leitura delicada, o que levou os autores a optarem pela reacção de Sachs-Witebsky (Citoccl). A prática de mais de 3.500 reacções de Sachs-Witebsky em comparação com a de Wassermann-Auguste permitiu-lhes deduzir que este método de floculação directa, de execução fácil e de leitura simples, fornece deminuto número (0,4 %) de resultados não especí-

ficos e é mais sensível que o de fixação do complemento mesmo quando executado no soro sanguíneo tratado pelo ácido clorídrico.

— Na VI reunião foram apresentados os seguintes trabalhos :

«Os métodos constitucionalísticos na clínica», pelo assistente sr. dr. Melo Adrião. Explica que o interesse principal destes métodos está em poderem servir como meio de avaliar as possíveis reacções do indivíduo na doença e por isso os estudos deste género devem compreender, principalmente, a observação do indivíduo normal, isento de afeições graves.

Apresenta a notável importância da pesquisa das reacções e actividades endocrinológicas e neuro-vegetativas, para o que a observação morfológica do indivíduo é de grande auxilio. Assim, a atenção do observador é dirigida para dado território neuro-endocrínico. A sinergia das glândulas de secreção interna e os seus antagonismos complicam porém a interpretação dos dados morfológicos que podem assim induzir em erro.

Particularmente interessante é a acção das disfunções ováricas na determinação da morfologia feminina, tendo sido demonstrada a sua influência, sobretudo nas variações dos diâmetros transversais do torax e da bacia, e do comprimento relativo do primeiro e segundo segmento do membro inferior. Foi seguido o critério de Pende para a avaliação da feminidade constitucional, embora se accentue que é completamente indispensável, além dos dados morfológicos, o resultado que se possa obter pelo exame minucioso do sistema neuro-endocrínico.

«Trombose da veia porta», pelo assistente sr. dr. A. Salvador Júnior — Informa trazer a público este assunto, por poder apresentar uma peça oferecida ao Museu de Anatomia Patológica, relativa a um caso que é pouco frequente e de diagnóstico clínico difícil. Trata-se duma pileflebite trombosante secundária a uma flebite crónica elastigénea, numa doente que apresentou um síndrome esplenomegálico.

A propósito, borda algumas considerações acerca dos factores determinantes da trombose e do seu valor relativo nos diferentes casos. Apresenta o resumo da respectiva observação clínica e do exame necrósico, fazendo a seguir a descrição detalhada da peça e dos cortes histológicos. Sem poder tirar conclusões seguras a respeito da sua etiologia, no caso que estudou, inclina-se a atribuir às possíveis alterações do baço a razão do estado da veia porta e a sua trombose consecutiva.

«Um aspecto particular da cólica hepática», pelo professor agregado, dr. Fernando Magano — Diz que a cólica hepática é vulgarmente tida como um síndrome clínico de origem vesicular, mas que a análise dos factos de observação quotidiana permite concluir, de acordo com as experiências laboratoriais, que, ao contrário, toda a árvore biliar externa participa no surto doloroso. Na maioria dos casos é a vesícula biliar a principal responsável pela dor cólica. Mas haverá ocasiões em que a via biliar canalicular seja a directamente incriminada.

Com uma série de observações clínicas documenta esta hipótese e mostra como o estudo da terapêutica efectuada, em particular a acção da morfina, deixa a suspeita de que, mais vezes do que é costume dizer-se, o esfíncter de Oddi é o responsável pela cólica. Daqui deduz a importância prática do assunto no que respeita à interpretação da fisio-patologia canalicular e no que concerne à terapêutica das cólicas.

Faculdades de Medicina

De Coimbra — Dr. Alexandre da Silva, renovado por mais um ano o termo de contracto para ajudante de clinica da cadeira de patologia cirúrgica — «Diário do Governo», de 19 de Fevereiro.

— Numa das suas últimas sessões, o conselho desta Faculdade lamentou que o sr. dr. João Serras e Silva, embora por uma determinação da lei, tivesse deixado de exercer funções públicas. Nessa sessão foi prestada homenagem ao eminente professor que tanto honrou aquela Faculdade, sendo feitos votos para que o sr. dr. Serras e Silva, pela palavra e pela pena, continuasse a sua missão educadora da juventude portuguesa.

-- Nos dias 16 e 17 de Fevereiro prestou provas para o seu doutoramento na Faculdade de Medicina, o sr. dr. Fernando da Silva Correia, as quais foram brilhantes, tendo o candidato sido admitido.

A primeira prova constou da defesa da dissertação, intitulada «Portugal Sanitário — Subsídios para o seu estudo», sendo arguente o sr. Prof. Alvaro de Matos.

A segunda e última prova versou sobre duas teses.

Na primeira «A insulino-terapia é o método preferível no tratamento da esquizofrenia» foi arguente o sr. Prof. Elísio de Moura, e na segunda, «O síndrome acetónico não acompanhado de glicosúria é, com frequência, o primeiro alarme de insuficiência hepática», argumentou o sr. Prof. Rocha Brito.

Do Pôrto — Dr. Luis Bastos de Freitas Viegas, nomeado para o presente ano escolar, para o cargo de assistente do 11.º grupo, dermatologia e sifillografia. — «Diário do Governo», de 3 de Fevereiro.

— Foi contratado para exercer o cargo de assistente, além do quadro, da IV secção, o sr. dr. Fernando Prata Rebelo de Lima. — «Diário do Governo», de 16 de Fevereiro.

Direcção Geral de Saúde

Foram prorrogados os contratos dos srs. dr. António Alberto Bressane Leite Perry de Sousa Gomes, para exercer as funções de secretariar e trabalhar em delegações da Organização Nacional «Defesa da Família», e dr. Henrique da Costa Alemão Teixeira, para exercer as funções junto da mesma Organização, de médico para o serviço de assistência e socorro especial por ocasião da festa — «Diário do Governo», de 11 de Fevereiro.

— Foram prorrogados os contratos dos srs. dr. Francisco Barbosa Godinho e dr. Henrique Jorge Niny, para exercerem as funções de médicos em serviços da Direcção Geral de Saúde; dr. Carlos Horácio Gomes de Oliveira, para exercer as funções de epidemiólogo, e dr. Isaac Jaime Anahory, para exercer as funções de médico na mesma Direcção Geral de colaboração com a fundação «Rockefeller», tendo o encargo do inquérito á lepra; dr. João Rafael Casqueiro Belo de Moraes, para exercer as funções de estudo e inquérito demógrafo sanitário; dr. Pedro José da Cunha Mendonça e Menezes, para exercer as funções de professor de higiene pre-natal e da clinica de grávidas do Dispensário de Higiene Social. — «Diário do Governo», de 15 de Fevereiro.

— Por portaria de 21 de Janeiro, publicada em 8 de Fevereiro, foram nomeados para a regência dos cursos de medicina sanitária e direcção dos respectivos grupos, os srs. dr. António de Pina e Oliveira Júnior, dr. António Anastácio Gonçalves, dr. Anibal do Couto Nogueira, dr. Fernando Waddington, dr. Jose do Souto Teixeira, dr. Bernardino Alvaro Vicente Pinho, dr. Heitor Vasco Mendes da Fonseca, dr. Carlos Horácio Gomes de Oliveira e dr. José Chaves Ferreira — «Diário do Governo», de 8 de Fevereiro.

Várias notas

Foi conferida a medalha de ouro de comportamento exemplar, ao sr. dr. Adriano Porfírio Gameiro Burguete, director de serviço clínico (serviço geral de clínica médica) dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

— Precedendo de concurso, foi nomeado interno do internato complementar dos serviços gerais de clínica médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa, o sr. dr. Miguel Augusto Mendes Alves. — «Diário do Governo», de 3 de Fevereiro.

— Para interno do internato geral, os srs. dr. Joaquim de Brito Mana. — «Diário do Governo», de 4 de Fevereiro; dr. António Caetano da Fonseca Monteiro. — «Diário do Governo», de 8 de Fevereiro.

— O tenente coronel médico da Guarda Fiscal, sr. dr. Luís Macias Teixeira, fez uma conferência no Hospital Militar do Pôrto, subordinada ao tema «A anestesia de base e a endovenosa».

— O Secretariado de Propaganda Nacional conferiu o prémio Antóvão Enes (Doutrina ou Polémica) dois mil escudos, ao livro «Em verdade vos digo» (reunião de artigos insertos em «O Comércio do Pôrto»), do professor da Faculdade de Medicina do Pôrto, sr. dr. Luís de Pina.

— Pelo Ministério das Colónias foram louvados os srs. dr. Vasco Palmeirim, director dos serviços de saúde da colónia de Moçambique e dr. Alberto Soeiro, médico do quadro de saúde da mesma colónia, pela forma como colaboraram no Congresso da Associação Médica da África do Sul, realizado em Bloemfontein, em Setembro do ano findo, contribuindo assim para o bom nome e prestígio de Portugal. — «Diário do Governo», de 11 de Fevereiro.

— Pelo Ministério do Interior foi louvado o médico municipal, sr. dr. Manuel Gonçalves de Pinho Rocha, pelos serviços clínicos gratuitos que vem prestando ao pessoal do pôrto da G. N. R. em Oliveira de Azemeis e respectivas famílias. — «Diário do Governo», de 12 de Fevereiro.

— Foi condecorado com o Grau de Comendador da Ordem de Benemerência, o sr. dr. António Martins Delgado, director do Dispensário Anti-tuberculoso de Viana do Castelo.

— Foi concedido o título de presidente do Instituto de Hidrologia de Lisboa, ao professor sr. dr. Armando da Cunha Nareiso. — «Diário do Governo», de 19 de Fevereiro.

— Foi nomeado médico de 2.^a classe do quadro comum dos serviços de saúde do Império Colonial, o sr. dr. Lorindo Adélio dos Santos Gouveia. — «Diário do Governo», de 24 de Fevereiro.

— *Promoções*: — Dr. Francisco Augusto Monteiro do Amaral, tenente-coronel médico do quadro comum dos serviços de saúde do Império Colonial Português, colocado em Angola, promovido a coronel; dr. Armando Amadeu Enes Ramos Fontainhas, tenente-coronel médico, colocado em Angola, promovido a coronel e dr. Domingos Alves Pimpão, tenente-coronel médico em serviço na colónia de Moçambique, colocado na situação de reformado. — «Diário do Governo», de 4 de Fevereiro.

— Pelo Ministério do Interior foi louvado por assinalados serviços prestados aos Hospitais Cíveis de Lisboa, o sr. dr. António Carlos Craveiro Lopes, director de serviço clínico (serviço geral de clinica cirúrgica), que deixou de exercer aquelas funções por atingir o limite de idade. Prestou serviço desde Julho de 1890, isto é, há mais de 47 anos, com a maior assiduidade e inexcédível dedicação e carinho pelos doentes.

Nos Hospitais Cíveis de Lisboa foi prestada homenagem ao ilustre clinico, tendo o enfermeiro-mór conferido ao sr. dr. Craveiro Lopes a medalha de ouro, galardão merecido pela sua brilhante carreira ao serviço da humanidade.

Falecimentos

— Faleceu em Coimbra a sr.^a D. Delfina Pais da Silva Vaz Serra, esposa do sr. dr. José Antunes Vaz Serra e veneranda mãe dos srs. dr. Augusto Pais da Silva Vaz Serra, redactor da «Coimbra Médica», dr. Adriano Vaz Serra, sub-secretário de Estado das Finanças e dr. António Vaz Serra, médico em Elvas.

Á familia enlutada apresenta a «Coimbra Médica» sentidas condolências.

— Também se finaram, em Coimbra, a sr.^a D. Maria Ermelinda Figueira Henriques, mãe do sr. dr. Fernando Figueira Henriques, médico em Tondela; a sr.^a D. Beatriz da Piedade, mãe do sr. dr. Mário da Silva Mendes, médico da Cadeia Penitenciária; a avó do sr. dr. Mário Brito, médico em Lisboa; a sr.^a D. Ana da Cunha Magalhães Freire, viúva do saudoso professor da Faculdade de Medicina de Coimbra, dr. Basílio da Costa Freire e sogra do sr. dr. Caeiro da Mata, reitor da Universidade de Lisboa; e o sr. dr. Bernardo Pedro, médico municipal.

— Também faleceram, no Pôrto, o sr. dr. Manuel Jorge Flores Costa, médico-cirurgião, e a sr.^a D. Maria Antónia Jorge dos Santos Fernandes, esposa do sr. dr. Fernando Fernandes, assistente da Faculdade de Medicina daquela cidade; em Oliveira de Frades, o sr. António da Silva Bastos, pai do clinico do hospital daquela localidade, sr. dr. Diamantino Bastos; em Barcelos, a sr.^a D. Laurinda Cardoso de Albuquerque, irmã do médico daquela cidade, sr. dr. João Cardoso de Albuquerque; em Amarante, o sr. dr. Pedro Maria de Macedo da Cunha Coutinho; em Carvalhos, Gaia, a sr.^a D. Idília Baptista de Sousa Campos, esposa do clinico sr. dr. Manuel da Conceição Campos; e em Arouca, o sr. António Gomes de Almeida Figueiredo, sogro do sr. dr. António Casimiro Leão Pimentel, médico naquela vila.

Sentidas condolências ás famílias erlutadas.



Livraria Moura Marques & Filho

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

ULTIMAS NOVIDADES :

- Bacq** — L'Acétylcholine 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.
- Blauc et Bordes** — Les maladies exotiques dans la pratique médicale des pays tempérés. 1 vol. 242 pages. (D) — Frs. 30,00.
- Cambrelin** — L'Amygdale linguale. 142 pages. 35 Figures. (M) — Frs. 35,00.
- Chapelon** — Les Musculatures à fonctionnement volontaire. Leur rôle respectif. La vision simultanément nette à toute distance etc. 1 vol. avec 228 pages. (V) — Frs. 25,00.
- Contet** — Précis élémentaire des soins aux malades, aux blessés et aux nourrissons. 2^e édition. 1 vol. 176 pages. 73 Figures. (M) — Frs. 10,00.
- Daniélopou** — Les thyroïdies endémiques et sporadiques. 142 pages. 56 Figures. (M) — Frs. 30,00.
- Deleau, Fabre et Coniver** — Index Medico-pharmaceutique. 1 vol. 736 pages. (M) — Broché, Frs. 120,00. Cartonné, Frs. 150,00.
- Destot** — Traumatismes du pied et rayons X. Malléoles, Astragale, Calcaneum, Avant-pied. 2^e Édition. 1 vol. 292 pages. 156 Figures. (M) — Frs. 45,00.
- Enriquez etc** — Nouveau Traité de Pathologie Interne vol. III partie I. Maladies du nez, du larynx, des bronches, des poumons et des plèvres. Partie II. Tuberculose pulmonaire. Maladies des plèvres. 2 vol. illustrés avec 210 fig. 1170 pages reliés. (D) — Frs. 390,00.
- Étienne-Martin** — Précis de Médecine Légale. 2^e édition. 1 volume relié. 760 pages illustré 112 fig. — (D) — Frs. 135,00.
- Ferdière** — L'Érotomanie. Illusion délirante d'être aimé. 1 vol. 170 pages. (D) — Frs. 28,00.
- Fiessinger** — 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 Couvrelaire** — 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.
- Lemaitre** — Étude anatomo-clinique des tumeurs dites cylindromes. 1 vol. illustré. 190 pag. (V) — Frs. 45.
- Maisonnnet** — Petite Chirurgie. 3^e édition. 1 vol. illustré. 1038 pages. 752 fig. (D) — Frs. 125,00.
- Mars et Kerlan** — La procréation volontaire. 1 vol. illustré avec 68 pages. (V) — Frs. 12,00.
- Neipp** — De l'influence de divers cations sur le croît microbien. 432 pages avec tableaux. (M) — Frs. 90,00.
- Ricoux** — Notions actuelles sur la cellulite et son traitement. 1 vol. 75 pag. (V) — Frs. 8,00.
- Savignac** — Lettres à un jeune praticien sur les maladies de l'anus et du rectum. 1 vol. 130 pages. (M) — Frs. 26,00.
- Sézary** — Le Traitement de la Syphilis. 3^e Édition. (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 Exameus 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.
- Dancs** — Les Cholécystites Chroniques. 1 vol. avec 11 radiographies hors texte. 146 pages. (D) — Frs. 38,00.
- Delhoume** — L'École de Dupuytren. Jean Cruveilhier. 1 vol. 315 pages illustré. (B) — Frs. 60,00.
- Denoyés** — Appendice et Radiologie. 1 vol. 230 pages. 56 figures. Hors-texte. (V) — Frs. 50,00.
- Dérobot et Hausser** — La Pratique Médico-Légale. 1 vol. 264 pages, 175 figs. (D) — Frs 50,00.
- Desplat, Moulouquet et Malgras** — L'Exploration radiologique post-opératoire de la voie biliaire principale 120 pages. 40 figures. (M) — Frs. 40,00.
- Fau et Cuyet** — Anatomie Artistique du Corps Humain. 5^e édition. 1 vol. 208 pag. 41 figures. XVII planches. (B) — Frs. 32,00.
- Grenet** — Conférences de Médecine Infantile. Première Série. 1 vol. 304 pages. 30 figures. (V) — Frs. 50,00.
- Héger-Gilbert** — Déontologie Médicale. 1 vol. 325 pages. (B) — Frs. 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.
- Niehans** — La Sénescence et le Rajouissement. 1 vol. 71 pages. (V) — Frs. 12,00.
- Nogier** — Electrothérapie Clinique. 3^e édition. 1 vol. 281 pages. 55 figures. (B) — Frs. 60,00.
- Ramond** — Conférences de Clinique Médicale Pratique. (Treizième Série). 1 vol. 368 pages. 11 figures. (V) — Frs. 50,00.
- Rathéry** — La Pratique de la Cure Insulmique 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.
- Trepast** — 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. 1 010
- Vignes et Robey** — Périodes de fécondité et de stérilité chez la femme. 2.^e édition. 88 pages. 13 figures. (M) — Frs. 16,00.