

# COIMBRA MÉDICA

ANO XIII

DEZEMBRO de 1946

N.º 10

## SUMÁRIO

	Pág.
PROFESSOR DOUTOR JOÃO DUARTE DE OLIVEIRA — dr. Maximino Correia . . . . .	491
INTRODUÇÃO AO ESTUDO DOS TRAUMATISMOS ARTICULARES — LIÇÃO DE ABERTURA DO CURSO DE 1946-1947 — dr. Luís Raposo . . . . .	495
PROBLEMAS MÉDICO-SOCIAIS DA ALIMENTAÇÃO — dr. Celestino Maia. . . . .	518
O LACRIMEJO DEVE-SE PROCURAR ELIMINAR — dr. Cunha Vaz . . . . .	529
PROF. DR. ARTHUR STOLL. . . . .	535
PROF. DR. ALBERT BESSEMANS. . . . .	536
LIVROS & REVISTAS . . . . .	537
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES. . . . .	LV

---

*MOURA MARQUES & FILHO*  
*COIMBRA*

## DIRECÇÃO CIENTÍFICA

Prof. Lúcio Rocha—Prof. Serras e Silva—Prof. Elísio de Moura  
—Prof. Alvaro de Matos—Prof. Almeida Ribeiro—Prof. J.  
Duarte de Oliveira—Prof. Rocha Brito—Prof. Feliciano Guil-  
marães—Prof. Novais e Sousa—Prof. Egidio Aires—Prof. Maxi-  
mino Correia—Prof. João Pôrto—Prof. Lúcio de Almeida  
—Prof. Augusto Vaz Serra—Prof. António Meliço Silvestre  
—Prof. J. Correia de Oliveira—Prof. Luís Raposo

## REDACÇÃO

João Pôrto

Redactor principal

António Cunha Vaz  
António de Matos Beja  
António Nunes da Costa  
Armando Tavares de Sousa  
Francisco Gonçalves Ferreira

João de Oliveira e Silva  
José Bacalhau  
Luís Duarte Santos  
Manuel Bruno da Costa  
Mário Trincão

## CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Continente, Ilhas e Colónias — ano . . .	60\$00
Estrangeiro . . . . .	80\$00
Número avulso — cada . . . . .	10\$00

## PAGAMENTO ADIANTADO

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

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

---

Editor e Proprietário—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

Em resumo, las experiencias feitas para avaliar o poder inhibitorio e o poder antiseptico conclue-se que o Aseptal tem um alto poder antiseptico e inhibitorio sobre as bacterias pathogeneas, o que torna valioso o seu uso na luta contra os microbios

Cointra 14 de dezembro de 1910

Charles Fiquelle



NA HIGIENE  
ÍNTIMA  
DA MULHER

**"Aseptal.,**  
ANTI SEPTICO-PERFUME  
PODEROSÍSSIMO E INOFENSIVO

LABORATORIOS DA FARMACIA NORVAL

## Alcalinésia BISMÚTICA

*Hiper-acidez, gastrites, digestões difíceis, etc.*

## "Aseptal,"

*Ginecologia, Partos, Usos antisépticos em geral.*

## BioLactina

*Auto-intoxicação por fermentações intestinais, enterites, enterocolite, etc.*

## Bromovaleriana

*Doenças de origem nervosa, insónias, epilepsia, histeria, etc.*

## 'Diaspirina,

*Gripe, reumatismo, enxaqueca, dor de cabeça, dor de dentes, nevralgias, cólicas menstruais.*

## DYNAMOL

*Anemias, emagrecimento, tuberculose incipiente, neurastenia, fraqueza geral, depressões nervosas, convalescenças, etc.*

## "Glucálcio,"

*Descalcificação, tuberculoses, linfatismo, raquitismo, fraqueza geral, pleuritis, pneumonias, escrofulose, asma, etc.*

## Hepatodynamol

*Normalização da eritro-e da leucopoése, regularização da percentagem de hemoglobina e do valor globular.*

## "NARCOTYL"

*As indicações da morfina. Previne a habitação e morfomania dentro de certos limites.*

## Proteion

*Medicamento não específico actuando efectivamente sobre os estados infecciosos.*

## PULMÃO-SORO

*Doenças das vias respiratórias, inflamações da laringe, da traqueia e dos brônquios, pneumonia, etc.*

## SUAVINA

*Laxativo suave e seguro. Comprimidos ovóides de sabor agradável.*

## Terpioquina

*Medicação anti-infecciosa.*

## Transpneumol

*Quinoterápia parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.*




PROFESSOR DOUTOR JOÃO DUARTE DE OLIVEIRA



Inesperadamente...  
casa de Coimbra...  
Quando...  
povoar o mundo...  
panoramam na...  
indicações per...  
fortalecer a...  
O Doutor...  
em que a sua...  
serena, espun...  
silenciosa e si...  
tesouro real...  
As vozes...  
se a voz sa...  
na indignaçã...  
abriu o sem...  
sua alma, sem...

...no, na sua...  
EIRA...  
...mpraz em nos...  
...que nos acor...  
...empresser das...  
...para nos com...  
...es raros homens...  
...pece a bendite...  
...a atitudes, m...  
...em ondas, como...  
...atural perior a...  
...ava arovejante...  
...rinculo, se lhe...  
...a chorçada de...

PROF. DOUTOR JOÃO DUARTE DE OLIVEIRA

...laureado...  
...Rapidamente ascenden à Cadeira, num concurso em que  
prestou provas de invulgar tribo...  
...E, quer na Anatomia Topográfica com renóscia lhe foi  
confiada, quer na Histologia ou na Fisiologia, part onde depois  
gratidão, sempre se tornou um Professor de uma cátedra  
de exposição lúida,  atualizada.





## PROFESSOR DOUTOR JOÃO DUARTE DE OLIVEIRA

Inesperadamente faleceu no dia 16 de Dezembro, na sua casa de Coimbra, o Prof. JOÃO DUARTE DE OLIVEIRA.

Quando o inexorável dobrar dos anos se compraz em nos povoar o mundo de sombras, pelo passamento dos que nos acompanharam na efémera jornada da vida e pelo esmaecer das ilusões, perdidas uma a uma, só resta a saudade para nos confortar com a evocação dos que foram bons.

O Doutor DUARTE DE OLIVEIRA, era um desses raros homens em que o fundamento na acção da vida foi sempre a bondade, serena, espontânea, estructural, sem impulsos nem atitudes, antes silenciosa e simples, mas que lá refulgia de onde em onde, como tesouro mal oculto.

Às vezes as aparências desmentiam este natural pendor e, se a voz saída do robusto arcaboço se tornava trovejante, na indignação momentânea, logo, desfeita a tormenta, se lhe abria o semblante num sorriso tão límpido como a claridade da sua alma, sem refulhos nem reservas.

Há 34 anos que a Faculdade de Medicina, em que fora aluno laureado, o chamou para o seu corpo docente, quando já fazia clínica no Alentejo.

Rapidamente ascendeu à Cátedra, num concurso em que prestou provas de invulgar brilho.

E, quer na Anatomia Topográfica cuja regência lhe foi confiada, quer na Histologia ou na Fisiologia, para onde depois transitou, sempre se afirmou um Professor de rara erudição, de exposição lúcida, de profunda e vasta informação, sempre actualizada.

Todos os problemas da biologia e das ciências que cultivava, lhe eram familiares e, com quem ele privasse, poderia surpreender-se com a finura das interpretações, a argúcia dos argumentos e a penetração dos assuntos que sempre lhe permitia encontrar um aspecto, ou uma faceta nova e insuposta.

No desempenho de missões árduas e espinhosas, na Direcção da Faculdade de Medicina, na Direcção dos Hospitais, na Reitoria da Universidade, sempre se houve com a dignidade, o senso, a inteligência e a bondade que lhe grangearam o respeito e a admiração de todos.

E nesses postos, prestou à sua Faculdade e à Universidade, serviços relevantes, removendo com superior critério e inteligência, as inevitáveis dificuldades que sempre surgem quando se dirigem homens.

Atingiu o limite de idade a 7 de Fevereiro de 1944 e a homenagem que lhe foi prestada nesse dia, em que viu à sua volta todos os Professores e alunos da sua Faculdade foi bem a demonstração de quanto era respeitado e admirado o Professor e o Homem.

*Maximino Correia.*



FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA  
CADEIRA DE PATOLOGIA CIRÚRGICA

## INTRODUÇÃO AO ESTUDO DOS TRAUMATISMOS ARTICULARES

(LIÇÃO DE ABERTURA DO CURSO DE 1946-1947)

POR

LUÍS RAPOSO

Na lição de abertura do Curso do ano lectivo passado versei *Introdução ao estudo das fracturas*. Por imperativo didáctico impunham-se, no ano agora iniciado, algumas considerações sobre traumatologia articular.

A especificação em obediência a esta ou aquela modalidade clínica não me interessa no caso sujeito, nem em extensão, nem em profundidade, melhor dizendo, nem no tocante à pluralidade das localizações nem aos pormenores sintomatológicos de cada uma das lesões em si. Ocupar-me-ei, apenas, das noções comuns que importa ter presentes em toda e qualquer situação mórbida directa ou indirectamente relacionada com os traumatismos articulares, especialmente na ordem fisiopatológica.

Escuso de dizer que quando falo de articulações tenho em mente as *diartroses*, visto as *anfiartroses* possuírem para o efeito valor diminuto.

\* \* \*

Encareço a importância do assunto pondo em relevo a caprichosa evolução de certos padecimentos articulares ou peri-articulares dependentes dos traumas—traumas da proximidade e traumas propriamente das articulações. Dao valor dos primeiros apercebemo-nos olhando para as lesões morfológicas e respectivas perturbações funcionais que surgem em consequência da imobilização das articulações imposta pelo tratamento das

fracturas e de determinadas lesões traumáticas dos tecidos moles, mas sobretudo daquelas. Dores, rigezas articulares, ossificações heterotópicas nas imediações, atrofias musculares e ósseas, quando não francas e bem marcadas manifestações de artroses degenerativas, constituem, tantas vezes, a resultante necessária. Na lição de abertura do ano findo toquei por alto este ponto, não me tendo esquecido de pôr em realce o seu valor quando desejamos orientar devidamente o tratamento das fracturas. Transcrevo aqui a curta referência de então:

«Em *traumatologia óssea* são basilares os seguintes princípios: I — *toda a fractura exige imobilização até à consolidação perfeita*; II — *toda a articulação inactiva conduz ao estabelecimento de aderências e rigezas articulares*; III — *todo o repouso prolongado leva à atrofia muscular*.

WATSON-JONES, referindo-se a este assunto, diz: «se não se obedece à primeira lei do tratamento retarda-se a restauração e, em alguns casos, não se estabelece a consolidação. A não obediência à segunda é igualmente origem segura de reparação retardada e pode ser causa de complicações ainda mais sérias, visto poderem perdurar apesar de todos os tratamentos». O mesmo direi eu pelo que respeita à não observância da terceira.

A questão oferece uma acuidade especial nas fracturas do antebraço e do carpo, por não se ignorar que a rigidez dos dedos uma vez estabelecida tem muitas vezes carácter permanente.

Trata-se, sem dúvida, de perturbações directamente relacionadas com o tratamento e não com a patologia das fracturas, pròpriamente ditas, mas nem por isso o problema se mostra menos delicado.

Como se compreende nem sempre é fácil — algumas vezes é, até, impossível — conciliar exigências tão opostas, quer pelo que respeita à integridade funcional das articulações, quer dos músculos.

As múltiplas técnicas de tratamento das fracturas, com as variantes introduzidas por LUGAS CHAMPIONNIÈRE, BÖEHLER, KIRSCHNER, KÜNTSCHER e outros, ora de imobilização rigorosa, ora de mobilização precoce, ora, até, o emprego de gessos, de tracção contínua, de tracção esquelética, de encavilhamento, ou outros métodos de ósteo-síntese, mais não têm visado do que à

conciliação destas teses. E a última palavra não foi ainda proferida, nem sê-lo-á jamais, porventura, dada a delicadeza do problema. As exigências clínicas e sociais não são de molde a perdoar ao médico deslises neste sentido; lógico é, pois, que lhe dediquemos na devida altura a necessária importância. Pelo momento basta dizer que muitas vezes a harmonia entre os princípios enunciados é possível, senão estritamente sob o ponto de vista da dinâmica articular, pelo menos através da mobilização dos músculos da região. Impedir-se-á a atrofia muscular e indirectamente oporemos um obstáculo de reconhecido valor fisiológico ao estacionamento de infiltrados sero-fibrinosos na proximidade das articulações, causa primordial, tantas vezes, das rigezas e aderências a que acima me refiro».

No respeitante à etiopatogenia das rigezas articulares nas lesões de proximidade é útil frisar que a escola moderna se inclina, segundo o esboço atrás delineado, a atribuir maior importância à inactividade funcional dos músculos, tendões e formações peri-articulares, do que propriamente à imobilização. Na realidade a estase hemática e linfática directamente resultante de extravasados ou de simples perturbações vaso-motoras de ordem reflexa, com a competente infiltração de líquido sero-fibrinoso nos tecidos articulares e da vizinhança, constitui causa bastante para a criação de uma trama fibrosa susceptível de limitar e dificultar a amplitude dos movimentos. Pelo contrário, a imobilização das superfícies articulares, por si só, isto é, independentemente da inactividade funcional, pode não bastar para o estabelecimento das rigezas em questão. Assim se explica que numa fractura da perna ou pé, de cujo tratamento resultou a necessidade de imobilizar o joelho ou a articulação tibio-társica, as rigezas articulares se formem de preferência nos casos em que se observa inactividade funcional dos músculos, por sua vez capaz de favorecer a acumulação de infiltrados na proximidade da articulação. De maneira igual a imobilização prolongada do punho com um aparelho gessado, por fractura do terço inferior do antebraço, pode não bastar para limitar apreciavelmente a amplitude dos movimentos da articulação; bastará para o efeito dispor as coisas no sentido de permitir, entretanto, através de exercícios digitais, a actividade das formações circunvizinhas (Figs. 1 e 2).



Fig. 1



Fig. 2

Amplitude dos movimentos do punho depois de imobilização por gesso durante seis meses, quando respeitado o funcionamento dos músculos e tendões da proximidade (WATSON-JONES)

Quer dizer, devemos ligar primacial valor à actividade dos músculos, tendões e tecidos peri-articulares, sempre que nos vejamos forçados a imobilizar determinadas articulações. A mobilização passiva simples pode ser de piores consequências do que a imobilização com respeito da integridade funcional dos elementos da proximidade, de um modo particular se a mobilização passiva se exerce intempestivamente, obrigando à destruição de aderências já formadas e não contrariando, por outro lado, a repetição das condições que permitiram o seu estabelecimento inicial.

Conhecidas estas noções não concluamos, erradamente, que é indiferente mobilizar ou não as articulações sob o ponto de vista do seu futuro funcional. Seria um contrassenso. Mobilização sim, quando possível, mas activa e não apenas passiva, tendo em vista que só a primeira impede verdadeiramente a acumulação de transudatos nos tecidos peri-articulares, e é capaz, por outro lado, de desencadear os estímulos nervosos que por via reflexa vão permitir a continuação do tono normal de vida a nível das formações intra e extra-articulares.

Exemplo frisante do que acabo de dizer é-nos dado pelo *edema traumático reaccional* que se observa na mão em muitas das fracturas do terço inferior do antebraço. O doente e o próprio médico, receosos da mobilização precoce dos dedos, prolongam a imobilização, quando o caminho a seguir deve consistir em mobilizar activa e precocemente os dedos para evitar a acumulação de infiltrados que comprometam rapidamente o futuro das articulações. Bastam dois dias de imobilização com o braço elevado afim de impedir a estase. Nas fracturas do terço inferior da perna observa-se um fenómeno semelhante. Combate-se o edema postural, depois de levantar o gesso, com a aplicação de uma faixa elástica que comprima o pé e a parte inferior da perna. Entretanto, far-se-ão movimentos activos com os dedos e quando seja possível com a própria articulação tibio-társica.

Fixemos, pois, que nas lesões de proximidade, de que resulta precisão de imobilizar uma ou mais articulações, as perturbações funcionais e mais tarde morfológicas, supervenientes, são filhas, sobretudo, da viciação do tono vegetativo dos elementos que concorrem para a actividade da articulação (músculos, tendões, bainhas, bolsas serosas, ligamentos, vasos e nervos). As carti-

lagens articulares e a própria sinovial, têm nesta emergência uma acção meramente passiva, pelo que se admite que só secundariamente são tocadas.

Tiremos, portanto, do facto as ilações necessárias para não incorrer em faltas injustificadas e em riscos tantas vezes evitáveis.

Isto no tocante às perturbações funcionais e às lesões morfológicas das articulações indirectamente afectadas por um determinado trauma actuando na contiguidade ou a certa distância.

— Mas, nesta lição não se trata de focar em especial este aspecto do problema. As referências atrás serviram, apenas, para encarecer a importância dos padecimentos articulares nas lesões traumáticas que não afectam propriamente as articulações.

Hoje interessam-me em particular os traumatismos directos. Sem falar nos grandes traumas, abertos ou fechados, de que resultam graves e extensas lesões dos ossos e das cartilagens articulares, cuja marcha clínica e fisiopatológica não oferece surpresas de maior, nos demais, isto é, na grande maioria, podemos observar toda a gama de lesões a impor-nos prudência e a maior reserva no respeitante à sua evolução, morfológica ou funcionalmente considerada. Refiro-me às contusões simples, com ou sem hemartrose ou hidartrose, às sinovites traumáticas, às rupturas ou distensões da cápsula e dos ligamentos, às pequenas lesões das cartilagens e do osso justa-articular, às atrofias pós-traumáticas, etc. Qualquer destas manifestações pode observar-se isolada ou associadamente.

A fisiopatologia de cada um destes estados está na dependência directa não tanto da intensidade e tipo do trauma, mas, sobretudo, da fragilidade funcional ou orgânica das formações articulares mais especialmente atingidas. Sendo diferente a susceptibilidade dos indivíduos de prever é que a reacção aos traumatismos varie de caso para caso. Vai muito da lesão directamente provocada mas não vai menos da vibratilidade dos tecidos de indivíduo para indivíduo. Nos adultos, por exemplo, as articulações enrijessem mais rapidamente que nos jovens. Neste particular nós não temos maneira, ainda, de aferir da intensidade reaccional nem dos pormenores fisiopatológicos de certas lesões e de algumas perturbações funcionais, próximas ou remotas, resultantes dos traumatismos, especialmente das provenientes da viciação dos reflexos. Não sabemos, com efeito, explicar por

que motivo determinadas contusões articulares se fazem seguir de amiotrofias muito pronunciadas da vizinhança, enquanto noutras, de intensidade aproximadamente igual, se não observa perturbação alguma. E quem diz amiotrofias, diz atrofias de SUDECK, rigezas articulares, artralgias rebeldes, etc.

Luz completa sobre o assunto não se fará enquanto se não conheça o verdadeiro mecanismo que desencadeia, orienta e projecta, os reflexos provocados pelo traumatismo ou pelas lesões do mesmo derivadas.

Entretanto, importará conhecer o comportamento fisiopatológico das formações articulares nas suas relações com os traumas. Em boa verdade o sinete lesional e a resposta reaccional dos elementos articulares em face dos traumas não permite individualizações exageradas sob o ponto de vista clínico; isto, porém, não me impedirá de fazer algumas especificações ao seu aspecto fisiopatológico.

*Formações intra-articulares:* — As formações intra-articulares são constituídas, como se sabe, pela cartilagem articular, pelo osso justa-articular, pela sinovial e, em certas articulações, por elementos fibro-cartilagíneos (bordeletes e meniscos).

— A *cartilagem articular* é ao mesmo tempo consistente e elástica. Funciona como uma espécie de almofada entre as superfícies ósseas. Não é vascularizada, o mesmo acontecendo à parte central dos meniscos. Devido a esta circunstância verifica-se a possibilidade de continuar a viver, em plena cavidade articular, quando separada da sua inserção normal. Não acontece outro tanto ao osso.

A cartilagem articular não se regenera. Aquilo que se toma como tal não passa de condrificação de produções conjuntivas formadas nos pontos correspondentes à efracção ou desgaste do tecido cartilagíneo. O mesmo pode dizer-se pelo que toca à regeneração dos meniscos, que não vai além da condrificação de neo-produções conjuntivas.

De ponto de partida das cartilagens articulares ou meniscaes podemos assistir, mercê de um processo irritativo traumático, ou de outra natureza, ao aparecimento de proliferações cartilagíneas — econdroses — susceptíveis de se soltarem em plena cavidade articular.

A grande elasticidade do tecido cartilagíneo tem extraordinária importância nos traumas articulares. Efectivamente, oferece resistência apreciável, não succumbindo senão às pressões exageradas. Se rompe, pode fazê-lo em fenda, continuando a manter conexão com o osso justa-articular e com a cartilagem vizinha, ou pode dar lugar a pequenos corpos estranhos intra-articulares, desprovidos de qualquer ligação com os tecidos contíguos. Quando assim é raro que com a cartilagem se não separe, também, uma certa porção do osso justa-articular.

A ruptura da cartilagem articular não provoca, em princípio, perdas de sangue, dada a sua não vascularização; na prática, porém, temos de admitir que todo o traumatismo de que resulta effracção da cartilagem se acompanha de derrame sanguíneo, por não concebermos lesões traumáticas apreciáveis a esse nível sem injúria do osso próximo, ou pelo menos da sinovial, esta última bastante vascularizada na sua camada profunda.

Maior importância que a possibilidade de hemartrose tem-na a própria lesão da cartilagem, dada a sua não regeneração e a facilidade de produções conjuntivas, senão mesmo de osteófitos, através das fendas nela existentes.

O mesmo princípio se applica à ruptura dos meniscos ou dos debruns cartilagíneos, cuja regeneração se não dá, igualmente, ocasionando-se proliferações conjuntivas, tantas vezes incapazes de substituir integralmente a função meniscal.

À parte as consequências immediatas dos traumatismos de que resultam lesões das cartilagens torna-se necessário saber, em matéria de patologia articular, que determinadas artroses estão na dependência íntima das lesões primitivamente sofridas. Muitas econdroses e osteofitoses e certas lesões por desgaste das cartilagens, consecutivas a traumas, não têm outra explicação. Chamo em especial a atenção para os traumatismos repetidos e para os próprios micro-traumatismos, filhos de atitudes estáticas e posturais, quando não de sucessivos abalos articulares por exigências profissionais. Uns e outros conduzem a processos degenerativos resultantes de ulceração lenta da cartilagem e desnudação, portanto, da superficie óssea justa-articular. Que as artroses, nestas condições, provenham directamente de um processo de desgaste das cartilagens, como entendem M. MATHIEU e PIERRE WEIL, ou da pulverização mecânica do osso justa-articular, como pensa



M. MOULONGUET, ou, ainda, de perturbações vaso-motoras, como querem LERICHE e POLICARD, capazes de criar um processo de sinovite subaguda asséptica com produção considerável de sinóvia, ou uma rarefacção activa do osso vizinho, susceptível, inclusive, de descolar a cartilagem — que as artroses resultem, dizia eu, de um processo ou de outro, pouco importa, visto ao fim e ao cabo não deixarem de representar lesões da cartilagem articular, único ponto que neste momento me interessa.

Para fugir a divagações não falo da possível filiação traumática de certos reumatismos articulares nem da influência dos traumas no aparecimento da artrite tuberculosa ou das artrites sépticas banais. Também me não refiro em especial às lesões dos meniscos e dos bordeletes fibro-cartilagineos de algumas articulações. No aspecto fisiopatológico não divergem apreciavelmente das observadas nas cartilagens; no aspecto clínico toda e qualquer consideração viria fora de propósito nesta altura. Basta lembrar que o pormenor fisiopatológico da não regeneração das cartilagens e da sua insuficiente cicatrização impõe a exigência terapêutica da extirpação dos meniscos quando gravemente lesados.

Mas, continuemos.

— Em ligação íntima com a cartilagem encontra-se o *osso justa-articular*, de importância e relevo estrutural e fisiológico dignos de registo, de um modo particular no tocante aos traumas.

O osso justa-articular é constituído morfológicamente: *a)* por uma camada compacta, avascular, ou quase, intimamente aderente à cartilagem, de que constitui, por assim dizer, a base calcificada, *b)* por tecido esponjoso, cujas malhas se encontram cheias de medula, de vasos, nervos e tecido conjuntivo.

São insignificantes, senão nulas, as ligações vasculares da camada esponjosa com a camada compacta. A feição distinta do osso justa-articular nas zonas referidas permite, sob o ponto de vista fisiológico e fisiopatológico, que se considere a lâmina compacta como a continuação da cartilagem, à maneira de uma verdadeira calcificação da sua parte profunda (LERICHE e POLICARD). Se não há continuidade entre as fibrilhas ósseas e cartilagineas nem por isso deixa de haver união sólida de umas às outras. Na realidade, quer nas lesões traumáticas, quer nas

lesões inflamatórias, ou seja nas efracções bruscas e nos desgastes lentos, a cartilagem arrasta sempre consigo a lâmina óssea subjacente.

As lesões que se observam no osso justa-articular, quando dos traumas, podem limitar-se a simples contusões e fendilhações da camada compacta, em unísono com as contusões e fendilhações da cartilagem, como podem atingir o tecido esponjoso (fenda, esmagamento, etc.). Nos estados mais pronunciados a marcha clínica e fisiopatológica obedece às características dos traumas articulares complicados de fractura, de cujos pormenores me não posso ocupar nesta lição. Basta dizer que os fragmentos de cartilagem e osso apenso, se completamente separados, são em regra mal tolerados pela articulação. A cartilagem pode continuar a viver, como já referi, mas outro tanto não acontece ao osso. Em qualquer das hipóteses o todo ósteo-cartilágneo funciona como um autêntico corpo estranho extremamente desvantajoso para o futuro funcional da articulação. Por isso é conveniente extrair esses fragmentos, a não ser que se obtenha uma redução perfeita.

As soluções de continuidade do osso justa-articular, mesmo que se trate de micro-lesões, dão lugar, na maior parte dos casos, a um estado congestivo local, causa por sua vez de descalcificação. Em consequência a cartilagem da proximidade sofre, também, um processo de desgaste, capaz, muitas vezes, de permitir a sua ulceração e através desta a penetração de transudatos na cavidade articular, ou, pelo menos, de neoformações conjuntivas oriundas dos espaços areolares do tecido esponjoso. Do processo de osteólise e competente libertação de sais fósforo-calcários resultará a possibilidade de aposição dos referidos sais sobre o tecido conjuntivo em torno do osso ou nas proliferações intra-articulares e, inclusive, sobre os próprios ligamentos ou cápsula; quer dizer, formar-se-ão verdadeiras ossificações metatraumáticas peri ou intra-articulares, grandemente prejudiciais para a mecânica da articulação.

Outras vezes observam-se autênticas necroses ósseas, particularmente se existem à mistura fracturas epifisárias ou lacerações extensas da cápsula. As doenças de LEGG-PERTHES, de KIENBOCK e de KÖHLER, não têm, como regra, outro significado. Na origem está a falta de irrigação sanguínea por quebra directa da

# 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 Blenorrágia, Metrite, Salpingite, etc.

**Preparado pelo Laboratório de BIOQUÍMICA MÉDICA**

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI°)

Depositarlos  
exclusivos

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

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

Material cirúrgico, de desinfecção  
e esterilização

Equipamentos sanitários e hospita-  
lares completos

Mesas de operação de Quervain

# M. SCHAEERER S. A.

BERNA (SUIÇA)

REPRESENTANTES:

**J. ROMA, LIMITADA**

Rua dos Fanqueiros, 334-1.<sup>o</sup>

LISBOA



Nas  
pneumonias, meningites,  
colibaciloses e infecções  
estrepto e estafilocólicas.

# IRGAFENE

N<sub>1</sub>-3,4-dimetilbenzóil-sulfonamida

**A sulfamida que apresenta  
aspectos terapêuticos novos:**

- 1) Dose 30-50% inferior à das outras sulfamidas.
- 2) Administração com intervalos de 6 a 8 horas.

**Vantagens portanto para o Médico e para o Doente:**

- I) Simplificação do tratamento.
- II) O doente não necessita ser acordado durante a noite.

*Comprimidos*

*Empolas*

**J. R. GEIGY S. A. — Basileia (Suíça)**

REPRESENTANTE PARA PORTUGAL E COLÓNIAS

CARLOS CARDOSO

Rua do Bonjardim, 551—PORTO

continuidade dos vasos ou por trombose inflamatória; daqui estas necroses se classificarem, também, de avasculares (Fig. 3).

Em resultado destes processos de osteoporose, quando não directamente de ruptura das trabéculas ósseas, há-de verificar-se proliferação do tecido conjuntivo e dos vasos neoformados; em suma, criar-se-ão verdadeiras fungosidades prontas a corroer a cartilagem e a penetrar em plena cavidade articular. Nas fases mais avançadas a corrosão estende-se à cartilagem em face,



Fig. 3

Necrose avascular da cabeça do fémur, com artrite.

(WATSON-JONES)

dando lugar à formação de anquiloses (fibrosas ou ósseas), conhecida como é a circunstância da não regeneração do tecido cartilágneo.

Se o osso justa-articular se congestiona e inflama — e a primeira hipótese, pelo menos, é consequência inevitável dos traumatismos que o atingem — a congestão tornar-se-á extensiva aos tecidos vizinhos, donde o edema da sinovial e a acumulação de infiltrados na cavidade articular.

Como acabamos de ver as lesões traumáticas do osso justo-articular têm uma influência notável na fisiopatologia das articulações, em vários dos seus aspectos. Em contrapartida é bom não esquecer que os traumas das restantes formações articulares se refletem, também, sobre o tecido ósseo contíguo. Certas osteoporoses pós-traumáticas assim no-lo atestam. A simples imobilização prolongada de uma articulação, acompanhada de inactividade funcional, basta para as provocar. Na hipótese de haver infecção na cavidade articular, a sua passagem ao osso torna-se fácil desde que a integridade deste esteja comprometida. Por outro lado, as más condições de defesa do tecido esponjoso arrastarão o processo séptico de maneira a comprometer gravemente o prognóstico.

Algumas lesões ósseas consecutivas aos traumas tardam em se manifestar; não devemos esquecer o facto se queremos interpretar devidamente a patogenia e a fisiopatologia das referidas lesões. Certos joelhos valgos adquiridos, por exemplo, têm a sua origem no desgaste ósseo e cartilágneo da metade interna das extremidades articulares.

— Façamos agora algumas referências às relações da *sinovial* com os traumatismos.

Interessa saber que a *sinovial* não é uma serosa nem tem qualquer revestimento endotelial. Na parte interna trata-se de uma adaptação do tecido conjuntivo, constituída por células chatas, arredondadas ou poligonais, dispostas em uma, duas ou três camadas. A natureza destas células é análoga à dos fibroblastos. Algumas têm capacidade fagocitária, possuindo um certo poder defensivo contra as infecções. A camada interna é pouco vascularizada, ao contrário da externa. Esta é rica em tecido conjuntivo laxo e contém bastantes células adiposas. A superfície interna não é inteiramente lisa, visto ser marchetada de vilosidades. A parte central destas vilosidades é dotada de tecido conjuntivo e de bastantes vasos, tal como a camada profunda da *sinovial*. Em todo o processo de *sinovite* o número de vilosidades aumenta extraordinariamente.

A parede interna protege a cavidade articular dos processos inflamatórios, cuja sede de eleição é, como se sabe, na parte profunda da *sinovial*. Esta membrana oferece, pois, sob o ponto de vista de protecção à infecção dois papéis de importância

oposta: apreciável na sua face de revestimento, nula na sua parte profunda. Nas feridas articulares, mesmo as suspeitas de contaminação, pode notar-se que a sinovial se opõe à colonização dos gérmes, pelo menos durante 12 a 16 horas. O limite de 48-60 horas estabelecido por alguns cirurgiões franceses, entre eles DUVAL, é manifestamente exagerado.

A protecção da camada interna, a que me refiro, não é de molde a impedir a passagem de transudatos e, inclusive, de leucócitos, nos processos congestivos da camada externa e dos tecidos peri-articulares. Assim se constituem os derrames serosos no primeiro tempo das sinovites traumáticas e sépticas. Na fase mais avançada da afecção o transudato cede lugar ao exudato, circunstância que implica, como regra, alteração da integridade das células de revestimento. No início dos estados inflamatórios o líquido de derrame não é um bom meio de cultura. Mais tarde adquire propriedades diferentes, devido, em parte, à passagem dos leucócitos, cuja acção desintegrante sobre as grossas moléculas albuminóides que entram na composição do derrame contribui para inutilizar a primitiva acção bacteriostática (LERICHE).

A sinovial reage aos traumatismos por um processo inflamatório (sinovite traumática simples, ou séptica nas formas infectadas). Esta noção explica os bons resultados clínicos da sinovectomia no tratamento das feridas articulares suspeitas de infecção e explica, da mesma maneira, a exudação, a hipertrofia vilosa e o engrossamento da sinovial, tantas vezes observados nas sequências dos traumas e cujos efeitos são bastantes perniciosos para a mecânica articular. As formas exudativas e produtivas das artrites traumáticas não têm outro significado, simplesmente continuamos a ignorar o mecanismo biológico orientador num sentido ou noutro.

No tocante à sinóvia sabe-se que possui uma certa acção bactericida, insuficiente, todavia, para se opor eficazmente à marcha de qualquer infecção que adregue de atingir a intimidade da cavidade articular.

O poder de absorção da parte interna da membrana sinovial é relativamente pequeno, a não ser que haja alteração na continuidade da sua estrutura, porque nesta hipótese torna-se bastante pronunciado. A parte profunda da sinovial e o tecido conjuntivo

peri-articular são, pelo contrário, dotados de notáveis propriedades de absorção. Este facto explica o pequeno grau de absorção dos derrames correspondentes a sinovites serosas e hemorrágicas que se não acompanham de lesões apreciáveis do revestimento da sinovial e, pelo contrário, o grande poder de absorção em certas artrites purulentas e pútridas, com alteração averiguada da integridade da sinovial, de que resulta comunicação ampla e extensa da rede linfática com a cavidade articular. Influi na determinante biológica acabada de referir a circunstância do sistema linfóide sub-sinovial — extraordinariamente desenvolvido, como se sabe — não comunicar directamente com a cavidade da articulação, mas apenas com os linfáticos dos tecidos peri-articulares: cápsula, ligamentos e tecido conjuntivo.

Nas lesões traumáticas que affectam a sinovial há, portanto, duas hipóteses a considerar, segundo as alterações 1.º) não modificam a continuidade da camada interna, quer dizer, não ultrapassam o tecido conjuntivo laxo sub-sinovial, 2.º) tocam directamente a superfície de revestimento, determinando efracções mais ou menos extensas que estabelecem continuidade dos tecidos profundos com a própria cavidade articular.

A fisiopatologia das lesões será diferente num caso e noutro, como facilmente se compreende. Na primeira hipótese a integridade da parte interna da sinovial defende a cavidade articular e, por isso, apenas observaremos infiltrados hemorrágicos nos tecidos superficiais e transudação para dentro da referida cavidade, mas jámais derrame hemorrágico franco. A hidartrose é a resultante anátomo-clínica desta lesão. A sua evolução arrasada, a facilidade de reprodução e a dificuldade de reabsorção, constituem a consequência necessária do processo, de harmonia com as noções acabadas de fornecer.

Obtida a cura clínica da hidartrose não devem restar lesões da superfície de revestimento da sinovial susceptíveis de comprometer o futuro da articulação. Assim acontecerá de facto nas formas de evolução rápida; nas outras, porém, assiste-se, quase sempre, a uma certa cronicização, caracterizada por proliferação do tecido conjuntivo da profundidade e projecção de eixos de igual tecido em direcção à cavidade articular. As franjas tornar-se-ão mais aparentes na face interna da sinovial; esta espessar-se-á, dando lugar, porventura, a proliferações e engros-



samentos dora-avante tidos como equivalentes a verdadeiros processos de sinovite crônica.

Quando existe solução de continuidade da camada interna da sinovial teremos, como factor fisiopatológico dominante, derrame sanguíneo para dentro da cavidade articular, visto mal se compreender a lesão da superfície interna sem ao mesmo tempo haver rupturas vasculares da zona profunda, ricamente irrigada. O quadro é marcado, sob o ponto de vista clínico, pela hemartrose. Isto não quer dizer que toda a hemartrose equivalha, necessariamente, a uma lesão da sinovial, visto poder resultar, também, de efracção do osso justa-articular ou dos ligamentos internos.

Fisiopatologicamente as coisas dependerão da presença do sangue e da natureza da lesão que deu lugar ao derrame hemorrágico.

Qual o comportamento do sangue acumulado na cavidade articular? As opiniões têm divergido. Para RIEDEL, NELATON e PONCET a coagulação seria precoce; para LEGRAND e TRELAT, seria tardia. Hoje aceita-se, particularmente depois dos estudos de DEBREZ, que uma boa parte do sangue sofre precocemente micro-coagulação. Não obstante, observam-se à mistura alguns coágulos bem formados, sobretudo nos pontos de maior declive.

Todo o derrame hemático se faz seguir de transudação abundante a nível da sinovial, espécie de sangria branca a suceder às perdas vermelhas. Isto equivale a um fenómeno reaccional ocasionado pela irritação do sangue sobre o tecido conjuntivo e linfóide.

Em matéria de possibilidade de reabsorção do sangue derramado, embora se admita e em alguns casos se aceite, como fácil, no geral ela não se verifica sem deixar «reliquats» desagradáveis para a mecânica articular. A fibrina só a custo se reabsorve; entretanto funcionará como um autêntico corpo estranho, ponto de partida de reacções vaso-motoras capazes de entreter a exudação, dando lugar a hidrartroses repetidas, ou, então, a um processo de fibrose altamente prejudicial para o futuro da articulação.

Segundo LERICHE e POLICARD «não é a quantidade de sangue extravasado que regula a gravidade das sequências, mas o *factor individual* das reacções vaso-motoras, na hemartrose *simples*,

e a importância das lesões *anatômicas*, na hemartrose sintomática» (1).

Assim se explica que algumas hemartroses curem com extrema facilidade depois de uma simples punção e outras se mantenham indiferentes, encaminhando-se para a cronicidade. Daqui o não termos meio de fazer um prognóstico seguro sobre a evolução das hemartroses.

Independentemente das lesões de origem toda a hemartrose constitui uma grave apreensão no futuro articular. A punção ajuda mas não resolve o problema, dada a circunstância do derrame sanguíneo se reproduzir com grande frequência, se a punção se faz muito cedo, ou de poder formar-se um derrame seroso, se executada muito tarde, devido, no primeiro caso, a baixa de tensão, e, no segundo, a reacções inflamatórias derivadas da presença prolongada do sangue.

A reabsorção nas hemartroses está, além disso, e como não podia deixar de ser, condicionada à integridade, ou não integridade, da sinovial. Na primeira hipótese a reabsorção é difícil, na segunda torna-se mais fácil. Provém deste facto a indicação de se ressecar um pequeno troço da sinovial nos derrames recidivantes ou prolongados.

Mas, dizia eu há instantes, a fisiopatologia das hemartroses não depende, apenas, do futuro do sangue derramado, mas, também, das lesões originárias. Pondo de parte as demais causas das hemartroses, as respeitantes às lacerações da sinovial, única hipótese a considerar no momento, podem evolucionar num sentido favorável ou desfavorável consoante o grau das lesões, a extensão em superfície e em profundidade das rupturas e a capacidade de recuperação por parte do indivíduo que sofreu o traumatismo.

Nas lesões de pequeno vulto, ou quando se procedeu a sutura primitiva e imediata da sinovial, é de prever a reparação completa; não haverá aderências, a cavidade articular ver-se-á reconstituída a breve trecho e o resultado funcional será, como regra, excelente. Se a união espontânea ou provocada da sinovial não é possível a reparação tem fatalmente de ser irregular; em vez de

---

(1) *Traité de Chirurgie Orthopédique*, 1937, tomo I, pág. 584.

reconstituição teremos proliferação conjuntiva de tipo cicatricial e em consequência um obstáculo sério à boa dinâmica articular.

Quando se observa perda apreciável de substância na camada sub-sinovial, quer por efeito directo das lesões, quer devido à acção de qualquer processo infeccioso, a reparação vê-se sempre extremamente prejudicada, tornando-se inevitável a formação de tecido fibroso denso nas estruturas peri-articulares e sobre a própria sinovial. Pode a cavidade articular parecer absolutamente livre, nem por isso o jogo da articulação deixará de ser profundamente afectado.

Se a lesão se observa à altura da junção condro-sinovial a tendência à fibrose e às proliferações conjuntivas será ainda mais pronunciada, devido à circunstância do tecido cartilágneo se não regenerar.

As lesões traumáticas da sinovial raras vezes se vêem isoladas. Em regra a cápsula, os ligamentos e o tecido conjuntivo peri-articular estão também tocados.

*Formações peri articulares:*— Resta-me fazer algumas considerações sobre a fisiopatologia dos tecidos peri-articulares nas lesões traumáticas.

Sabe-se como a *cápsula* e os *ligamentos* oferecem protecção firme e resistente às superfícies articulares. A sua flexibilidade e a sua não extensibilidade constituem a nota dominante na mecânica das articulações. Trata-se de tecidos muito irrigados e extremamente inervados («porta nervos», lhe chamou LERICHE). Opõem obstáculo apreciável aos traumatismos. Se lesados, porém, podem observar-se contusões ligeiras, distensões, lacerações ou arrancamentos à altura da sua inserção óssea. Em qualquer dos casos é raro não se verificarem extravasados sanguíneos, dando lugar a simples equimoses, a hematomas peri-articulares ou a derrames intra-articulares. Tudo depende da intensidade do trauma e, sobretudo, da extensão das lesões à membrana sinovial ou ao osso contíguo.

Os derrames intra-articulares, se persistentes, conduzem a distensão da cápsula e dos ligamentos, apesar da sua contextura pouco elástica, donde a possibilidade de se tornarem insuficientes para *guarnecer*, como convém, as extremidades articulares.

O estiramento e a ruptura da cápsula e dos ligamentos acarretam como consequência fisiopatológica a eventualidade de luxações ou entorses e por vezes a formação de retracções cicatríciais e de aderências peri-articulares capazes de reduzir em elevado grau a amplitude dos movimentos da articulação.

A lesão das estruturas peri-articulares facilita a fixação do cálcio nos tecidos da proximidade. A doença de PELLEGRINI-

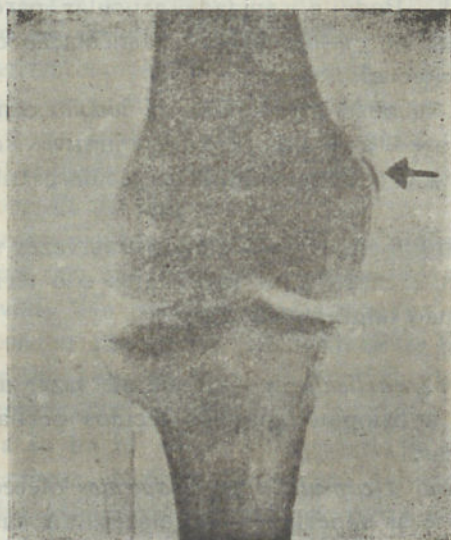


Fig. 4

Doença de Pellegrini-Stieda — (OTTO STEINBROCKER)

-STIEDA (calcificação do ligamento lateral interno do joelho) não significa outra coisa. (Figs. 4 e 5).

Frisei já, no começo desta lição, o alto valor das perturbações reflexas, tróficas e vasculares, originadas pela acção dos traumas; pois bem, intensa e extensa como é a inervação da cápsula e dos ligamentos, obrigatório se torna não descurar a elevada importância a este respeito assumida pelos traumatismos que afectam a integridade morfológica e fisiológica do complexo nervoso peri-articular. Simples contusões, sem derrames articulares nem laceração dos elementos internos, podem bastar para

7.500

UNIDADES  
INTERNACIONAIS

de VITAMINA «A», associadas à  
Quinina básica (0,03), Cânfora e  
essências antissépticas, por c. c.

asseguram o valor  
terapêutico da

# Bronquitina "JABA"

ampolas  
xarope

TOSSES  
ASMA  
BRONQUITES  
GRIPES

*nas  
afecções bronco-  
pulmonares*

Preparação dos

**LABORATÓRIOS JABA**

R. ACTOR TABORDA, 5 — LISBOA

Delegação no Porto:

R. Mártires da Liberdade, 120

Depósito em Coimbra:

Avenida Navarro, 53



*Na convalescença da gripe...*

*O peso aumenta tomando*

## NUTRICINA

Suco de carne crua + Oxihemo-  
globina + Glicerofosfatos



# DI·SULFA·LAB

Duas sulfamidas  
em um comprimido

SULFADIAZINA  
SULFATIAZOL

*Menor toxidade renal*

UM NOVO PRODUTO DOS  
LABORATÓRIOS **LAB**

condicionar amiotrofias e osteoporoses, tão inquietantes como ignoradas na sua patogenia.

E já que falo em amiotrofias e osteoporoses pós-traumáticas, não quero deixar de referir-me a duas modalidades extremamente curiosas, sobre cuja patogenia apenas sabemos que provêm de perturbações de ordem reflexa, criadas, presumivelmente, por viciações do tono simpático da região. O grande interêsse da sua filiação fisiopatológica absolver-me-á da curta referência à sua

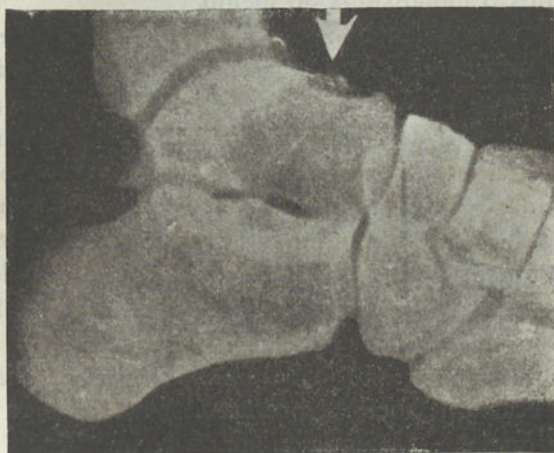


Fig. 5

Calcificação justa-astragaliana, consecutiva a entorse.

(OTTO STEINBROCKER)

feição clínica. Trata-se da *amiotrofia do quadricípite femural*, consecutiva a traumatismos do joelho e em especial da rótula, e da *atrofia óssea aguda de Sudeck*.

Pelo que respeita à *amiotrofia do quadricípite femural* devo dizer que ela se observa com extraordinária frequência nas lesões traumáticas do joelho. A marcha será prejudicada e a articulação ficará desprotegida contra repuxamentos impostos pela dinâmica articular. A membrana sinovial resultará plicada e os ligamentos distendidos. Estas perturbações e a atonia do músculo favorecem, por sua vez, a acumulação de infiltrados que edemaciam o joelho. Em consequência é frequente prolongar-se a imobiliza-

ção, o que longe de beneficiar agrava o estado. Cria-se, assim, um círculo vicioso a que urge pôr termo sob risco de comprometer definitivamente o futuro do músculo e da articulação. Só a actividade precoce da massa muscular pode opor uma barreira conveniente à instalação e marcha do processo. Esta actividade não é incompatível com a imobilização do joelho, inclusive por aparelho gessado. Efectivamente a elevação da perna em extensão sobre a coxa satisfaz ao duplo desiderato. Não percamos este pormenor de vista, por possuir grande importância no tratamento dos traumatismos do joelho.

As massagens, a mobilização passiva e os tratamentos eléctricos, são insuficientes, como regra, para o fim desejado. WATSON-JONES insiste neste ponto. Diz ele: «Trate-se de uma lesão dos ossos da perna, da articulação do joelho, do fémur, da articulação coxo-femural, exercícios regulares devem prevenir a atrofia muscular. Não se deve colocar uma tala ou um gesso no joelho sem dar ao mesmo tempo as instruções necessárias para o exercício do quadrícipite. Se o músculo está atrofiado, joelheiras, faixas e talas, devem ser postas de parte. A melhor férula do mundo não vale os músculos normais da coxa» (1).

Quanto à *atrofia óssea aguda pós-traumática*, chamada de SUDECK, afecção que toca de preferência os dedos da mão e do pé, sabe-se que é caracterizada por dor, impotência funcional completa, descalcificação muito acentuada dos ossos, atrofia do tecido celular subcutâneo e alterações tróficas da pele (Figs. 6 e 7). Qualquer lesão articular, pequena ou grande, como qualquer traumatismo ósseo, lhe pode dar origem. Resulta, igualmente, de uma perturbação reflexa. O tratamento curativo é extremamente aleatório, razão a mais para se fazer a profilaxia recomendando movimentos activos da mão o mais precocemente possível e tomando disposições de maneira a impedir o edema traumático reaccional — primeiro tempo, em regra, da osteoporose — com a aplicação cuidada dos aparelhos de contenção e a adopção de medidas que impeçam a estase.

LERICHE liga a maior importância às perturbações da inervação peri-articular na génese da maior parte dos sinais clínicos e das manifestações fisiopatológicas dos traumatismos articulares

(1) *Fracturas y Traumatismos Articulares*, Salvat, 1945, pág. 67.





Fig. 6

Atrofia óssea metatraumática de Sudeck — (EISELSBERG)



Fig. 7

Atrofia óssea de Sudeck

sem fractura. Segundo ele: hiperemia, dor, contractura, infiltrados, edemas superficiais, rigezas articulares, osteoporose, amiotrofia, etc., devem pôr-se à sua conta. A excitação traumática das terminações (alguns chamam-lhe origens) nervosas sensitivas ocasionaria dor e vaso-dilatação, responsáveis, em grande parte, pelas manifestações atrás referidas. Estas, por sua vez, contribuiriam para desencadear novo reflexo igual ao primeiro e assim sucessivamente. Segundo LERICHE tratar-se-ia de um reflexo curto, cujo centro não vai além do gânglio espinhal. A infiltração anestésica pela novocaína teria o mérito de quebrar a continuidade deste círculo vicioso, podendo assim observar-se a cura em grande número de casos. Assenta neste facto o valor do método de LERICHE no tratamento da entorse.

O conceito fisiopatológico de LERICHE, extremamente simplista ... na sua complexidade, não é perfilhado, integralmente, por todos, mas é inegável que em alguns aspectos e em especial no terapêutico, se ajusta perfeitamente à clínica.

Concedamos que grande número das manifestações clínicas e das perturbações fisiopatológicas dos traumas articulares resulta de reflexos capazes de criarem modificações vaso-motoras ou simplesmente tróficas, altamente prejudiciais do tono vegetativo local e regional. Mas não aceitemos sem uma certa relutância o mecanismo hiperémico de LERICHE enquanto ele, ou outros, não expliquem satisfatoriamente como se cura esta hiperemia com infiltrações de novocaína ou com simpaticectomias, de per si eminentemente vaso-dilatadoras. É pelo menos bizarro. Lembremos, por outro lado, que o próprio LERICHE aceita, no caso geral, que a excitação simpática provoca vaso-constricção em vez de vaso-dilatação.

— Nos traumas articulares pode observar-se, também, ultrage dos tendões e bainhas respectivas, das bolsas serosas e do tecido conjuntivo intersticial. Trata-se de lesões associadas cuja fisionomia se confunde com a das contusões articulares. A ruptura do tendão do supra-espinhoso, uma das causas do conhecido síndrome do *ombro doloroso*, vale bem como lesão peri-articular. Não valem menos certas *tenossinovites crepitantes* e em especial a doença de DE QUERVAIN (tendovaginite estenosante do longo abductor e do curto extensor do polegar) (Fig. 8). O mesmo acontece a algumas bursites e a determinados quistos das bainhas tendinosas ou da cápsula, consecutivos a traumatismos

Não vá sem dizer-se, também, que grande número das rigezas peri-articulares provém justamente da evolução fibrosa das lesões a nível das estruturas a que acabo de me referir.



Fig. 8

Doença de DE QUERVAIN

\* \* \*

No final das minhas considerações quero salientar, mais uma vez, que a apreciação isolada das lesões traumáticas das diferentes formações intra e peri-articulares só é possível quando temos por objectivo o estudo da sua fisiopatologia. Na prática corrente, quer dizer, na clínica, os traumatismos das articulações têm de se considerar em bloco, uma vez que em regra não encontramos lesões distintas deste ou daquele elemento mas antes lesões associadas. A fisiopatologia geral terá, no entanto, de ser deduzida da fisiopatologia dos componentes, na certeza de que o conhecimento perfeito daquela fica sempre condicionado ao conhecimento exacto desta.

Por isso eu considero as noções acabadas de expor como uma introdução necessária ao estudo dos traumatismos articulares.

Em lições subsequentes aprofundarei o estudo da patologia articular nas suas relações com a clínica, visto, como várias vezes tenho afirmado, os conhecimentos de *patologia* só terem valor na medida em que podem ser úteis à *clínica*.

## PROBLEMAS MÉDICO-SOCIAIS DA ALIMENTAÇÃO <sup>(1)</sup>

O ácido fítico das farinhas de consumo na Ilha da Madeira e seus efeitos descalcificantes

(1.ª Comunicação)

POR

CELESTINO MAIA

O problema alimentar constitui a preocupação máxima dos homens públicos da actualidade em que o «caso do trigo» simboliza, por assim dizer, todo o problema da nutrição.

Vivemos na «era do trigo», iniciada há milhares de anos quando no Vale do Nilo começou a produzir-se este cereal em abundância e a primeira das civilizações surgiu e se firmou.

A partir de então, o «caso» do trigo tem constituído um problema permanente e real na política dos povos. Originou, por exemplo, a maior tempestade política do século XIX. As «Leis do Trigo», célebres nos anais das ciências económicas, constituíram o mais importante acontecimento político da «era victoriana». Quem diz «trigo», quer dizer «cereais», principalmente panificáveis, isto é, «PAO». E este constitui o alimento base do homem civilizado.

Os modernos estudos da nutrição confirmam inteiramente o que a intuição e a razão humanas há muito tinham estabelecido. Na verdade o homem encontra nos cereais dois elementos fundamentais à sua nutrição: proteínas e hidrocarbonados, além de outros em menor concentração mas também indispensáveis à vida. Basta comparar o seu poder energético com o de certos

---

(1) Relatada à Sociedade Médica da Madeira em 16-IV-946.

alimentos de real e reconhecido valor, de cada um dos quais 100 gramas fornecem o seguinte número de calorias:

Farinha de trigo . . . . .	365 calorias
» » centeio . . . . .	352 »
» » milho . . . . .	331 »
Carne de vaca . . . . .	176 »
Batata . . . . .	97 »
Ovos . . . . .	76 »
Leite . . . . .	65 »

Com o último conflito o problema do «trigo» assumiu importância e gravidade especiais. Para prover às dificuldades surgidas com a guerra os governos adoptaram medidas de emergência relativas ao «pão», algumas das quais nos interessa citar aqui.

As autoridades britânicas, por exemplo, determinaram desde o início que o pão de consumo público passasse a ser fabricado com farinha de 80 % de extracção e não mais de 72 %, como em tempo de paz. A situação, porém, agravou-se, e para um ainda melhor aproveitamento quantitativo do cereal acabou por elevar a 80 e depois para 85 % a taxa de extracção, visto que um aumento extractivo de 5 % representa, em relação à mesma quantidade de trigo, um aumento anual de 300 mil toneladas de farinha extraída na Inglaterra!

Alardeando uma tal verdade, tão cara às admiráveis virtudes cívicas do povo inglês, foi este preparado para consumir um pão de mais grosseiro aspecto e menos agradável ao paladar, mas ao qual corresponde um maior poder nutritivo tendo em conta que tais farinhas trigueiras de mais elevada taxa de extracção são mais ricas em proteínas, em sais de cálcio, de ferro e magnésio, em compostos fosforados e em vitaminas E e do grupo B.

As autoridades sanitárias, porém, não descansaram sobre esta vitória quantitativa de peso e nutrição, porque a medalha tem, principalmente nos tempos actuais de carências dietéticas, um reverso menos sedutor: *tais farinham possuem em muito maior quantidade uma substância que insolubiliza e torna inassimiláveis os seus sais de cálcio, de ferro e magnésio, factores de capital importância para o organismo e de difícil substituição no regime alimentar habitual dos pobres e até dos ricos em tempo de guerra.*

Essa substância é o ÁCIDO FÍTICO.

Os seguintes números de Widdowson, do Departamento de Medicina da Universidade de Cambridge, elucidam-nos cabal e eloquentemente sobre este facto.

Em cada 100 gramas de farinha das seguintes taxas de extracção existem respectivamente de *ácido fítico*:

Farinha branca . . .	70 %	—	181 miligramas
» «Nacional» . . .	85 »	—	451 »
» integral . . .	92 »	—	760 »

Eis porque os ministérios da alimentação e da saúde animaram as pesquisas que desde 1939 os cientistas vinham realizando em serviço da Nação e sugeriram aos Departamentos científicos oficiais o estudo das medidas necessárias a remediar tais inconvenientes. Particularmente interessantes e valiosas são as várias notas do «Scientific Adviser's Division».

A situação afigurou-se-lhes de tal gravidade que, apesar das dificuldades crescentes, resolveram reduzir para 82,5 e novamente para 80 % a percentagem de extracção. Mas a situação não melhorou com o fim da guerra e, por isso, preveniram o povo britânico da necessidade de voltar a comer pão escuro de 85 % para que não tivesse de vir a suportar em tempo de paz um racionamento mais severo do que aquele que suportou em tempo de guerra (1).

Mellamby, do «Medical Research Council» dá-nos sumária notícia do que sob os pontos de vista social e biológico nos importa hoje aqui dar a conhecer:

«Isto não é uma simples questão académica mas constitui o que no passado foi e, em minha opinião, é ainda o mais importante problema da má nutrição que afecta os povos da Grã-Bretanha. Os cereais constituem uma tão grande parte da dieta nacional, cerca de 50 %, que, se eles tiverem um defeito nutritivo, é certo este ser de grande consequência para a saúde e desenvolvimento do organismo. O que devemos pretender é tirar

---

(1) Em 2 de Maio, já depois de relatada esta comunicação, e em virtude do agravamento das dificuldades quantitativas, a taxa de extracção foi elevada para 90 %, obtendo-se desta forma um novo aumento de 300.000 toneladas de farinha.

# Strophoside

Glucosido nativo cristalizado  
do «Strophantus Kombé»

*Todas as indicações da medicação  
estrofântica injectável*



Empolas de 1 c.c.  $\frac{1}{4}$  mgr. (0,25)

Empolas de 1 c.c.  $\frac{1}{2}$  mgr. (0,50)

Caixas de 3 e 6 empolas

---

---

Representante e concessionário da

**SAN DOZ S. A.** — Bâle-Suiça

**ERNANI MOREIRA**

Rua João Penha, 14-B — LISBOA

# QUIMIOTERAPIA ANTI-BACTERIANA

**PNEUMOCOCOS**  
**MENINGOCOCOS**  
**GONOCOCOS**  
**ESTREPTOCOCOS**  
**ESTAFILOCOCOS**

## D A G É N A N

$\alpha$  (p. amino-benzèno-sulfamido) piridina  
comprimidos a 0 gr. 50

## S O L U D A G É N A N

Derivado sodado do Dagénan  
Injectável por via intramuscular profunda  
Solução a 33,3% — Empolas de 3 c.c.  
1 empola = 1 grama de DAGÉNAN

Dose média para o adulto, durante os primeiros dias:  
**3 GRAMAS E MAIS NOS CASOS GRAVES**

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE «SPÉCIA»  
21, Rue Jean Goujon, — PARIS 8.<sup>e</sup>  
Representante: SOC. COM. CARLOS FARINHA, L.da  
R. dos Sapateiros, 30-3.<sup>o</sup> — LISBOA



todas as vantagens deste alimento valioso e ao mesmo tempo eliminar ou prevenir qualquer acção nefasta que ele possa ter. Os cereais têm como defeito não só o serem pobres em cálcio, mas também poderem, em certas condições, perturbar a assimilação do cálcio de outros alimentos. Isto é de especial importância nas crianças e nos adolescentes, cujas necessidades de cálcio para o crescimento dos ossos e desenvolvimento dos dentes e outros órgãos, são grandes. No organismo adulto, também os cereais, em determinadas condições, podem privar os ossos dos seus sais de cálcio. Em 1939 descobriu-se que a substância que nos cereais desempenha o papel preponderante nesta acção prejudicial é o **ÁCIDO FÍTICO**» (1).

Esta descoberta veio esclarecer a razão de um grande número de factos experimentais e clínicos bem conhecidos de todos os médicos, particularmente a acção descalcificante e raquitígena dos cereais em certas circunstâncias e os efeitos nitidamente carenciais do uso e abuso de uma alimentação mal conduzida de farináceos, sobretudo nas crianças, mesmo quando outros factores que neles poderiam intervir não estão em déficite.

Razões que mais adiante enumerarei levaram-me à convicção de que o problema do ácido fítico nas farinhas de consumo deveria assumir na Madeira especial importância.

Por isso me propuz realizar, com o valioso auxílio e grande competência do Dr. Kurt Coper, determinações de ácido fítico nas nossas farinhas de consumo, com os seguintes resultados :

#### QUADRO I

Determinações de ácido fítico nas farinhas de trigo para panificação e milho moído de consumo

Experiência N.º	Tipo da farinha	Proveniência	Fosforo do Ácido fítico Milligrs /100	Ácido fítico Milligrs/100	Observações
2	América	Importação	77	273	
5	Fino	M. C.	120	426	
22	»	A. L.	111	394	
26	»	M. A.	116	411	
30	»	C. M.	120	426	
3	Único	M. C.	233	827	

20	Único	A. L.	260	923	
24	»	M. A.	238	845	
28	»	C. M.	234	831	
1	Milho	P.	255	905	Inteiro
7	»	S. M. <sup>a</sup> M. <sup>or</sup>	237	841	Peneirado
11	»	» » »	241	855	Inteiro
12	»	St. Ant. <sup>o</sup>	231	820	»
13	»	» » »	231	820	Peneirado
15	»	L. G. G.	235	834	B. <sup>o</sup> selec. <sup>o</sup>
16	»	» » »	236	838	Mistura
17	»	M. P. F.	236	838	B. <sup>o</sup> & Mista
18	»	F. I. C. <sup>a</sup>	231	820	» » »
19	»	» » »	241	855	B. <sup>o</sup> selec. <sup>o</sup>

Consoante as nossas determinações verifica-se que a farinha de lote destinada à confecção do pão de tipo fino contém só quantidades de ácido fítico ligeiramente inferiores à farinha inglesa (National Wheatmeal) de 85 % de extracção (experiências n.<sup>os</sup> 5, 22, 26 e 30). Quanto às farinhas destinadas ao fabrico do nosso pão escuro tipo único, o conteúdo em fítico é ligeiramente superior (experiências n.<sup>os</sup> 3, 20, 24 e 28) ao das farinhas inglesas de 92 % de extracção (Wheatmeal), conclusões que se aproximam das dos Drs. GOUVEIA, PINTO COELHO e PEDROSO DE LIMA relativas a farinhas para panificação, no continente (2).

De entre as medidas adoptadas pelas autoridades inglesas com o fim de remediar os inconvenientes da alta concentração de ácido fítico, convém-nos desde já citar, por comodidade descritiva, a adição de carbonato de cálcio (creta praeparata) às farinhas, em quantidades variáveis mas bem definidas, segundo a sua percentagem de extracção. Para farinhas de 85 %, a quantidade de carbonato de cálcio a juntar a cada tonelada de farinha foi fixada pelo ministério da alimentação, segundo indicação dos investigadores, em 1560 grs. Assim se remedeiam os inconvenientes do ácido fítico permitindo às populações uma assimilação normal de cálcio.

Medida prática, económica e eficiente que não pode deixar de ser adoptada em regiões ou países onde as circunstâncias o justifiquem e a saúde pública interesse de algum modo as autoridades.

Mas isto não é tudo.

Sabe-se também que os cereais contém uma FITASE, enzima que em determinadas condições pode destruir o ácido fítico da própria farinha. Um tal efeito pode observar-se nas preparações caseiras dos alimentos farináceos, em certas condições, sendo tanto menor essa destruição quanto maior a riqueza em ácido fítico. O mesmo se observa na panificação, efeito que pode ser reforçado pelos lêvedos, podendo normalmente obter-se uma destruição de 50 a 60 % do fítico adoptando condições de fabrico relativas à quantidade de fermento usado e ao tempo de levedação. É a panificação controlada segundo normas estabelecidas por WIDDSWON, (3) PRINGLE e MORAN (4).

Isto nos levou a investigar, numa série de amostras cedidas por alguns industriais da Madeira, quais os efeitos do sistema local de panificação. Os resultados estão expressos no seguinte quadro:

#### QUADRO II

Resultados obtidos na panificação das farinhas locais

Experiências n.ºs	Tipo do pão	Ácido fítico na farinha Mgrs/100	Ácido fítico no pão Mgrs/100	Ácido fítico destruído %	Proveniência
5 e 6	Fino	426	238	45	M. C.
22 e 23	"	394	239	39	M. L.
26 e 27	"	411	239	41	M. A.
30 e 31	"	426	291	31	C. M.
3 e 4	Unico	827	496	40	M. C.
20 e 21	"	923	646	30	M. L.
24 e 25	"	845	614	27	M. A.
28 e 29	"	831	650	32	C. M.

Resulta desta nossa segunda série de ensaios: 1.º — Que de harmonia com os resultados experimentais de MISS WIDDOWSON, da Universidade de Cambridge, também na panificação industrial, em uniformidade de condições de levedação dos pães da mesma proveniência, a percentagem de destruição de ácido fítico varia na razão inversa da concentração deste último, isto é, é maior nas farinhas de tipo fino, aquelas que o contém em

menor quantidade. 2.º — Que na Madeira as percentagens de ácido fítico destruído pela panificação variam entre 22 e 40 % no pão de tipo único e entre 31 e 45 % no pão do tipo fino.

Tais resultados são inferiores não só àqueles que podem obter-se mediante uma panificação bem orientada para êste fim especial, — normalmente de 50 a 60 % com farinhas de equivalente extracção, embora WIDDOWSON tenha obtido destruições de 85 % nas suas experiências (5) — mas também, de uma maneira geral, aos observados no continente pelos já citados investigadores. 3.º — Que são apreciáveis, sob o nosso ponto de vista, as diferenças entre os resultados da panificação nas diferentes indústrias locais pelo que o consumidor não colhe benefícios uniformes da mesma técnica geral de manipulação.

Não podemos dizer que tais factos sejam o resultado de uma panificação menos cuidada, pouco satisfatória, aliás, sob o ponto de vista, higiénico da destruição do ácido fítico. Resultarão certamente apenas do desconhecimento de um novo critério à cerca do qual devem, em nossa opinião, ser instruídas pelas autoridades competentes na adopção de uma segunda série de medidas necessárias à resolução local do problema. Este não é, porém, o seu aspecto mais importante visto que os cereais panificados constituem factor alimentar apreciável apenas de uma minoria da população, precisamente aquela que pode com maior facilidade suprir um tal *déficit* com um regimen alimentar mais rico em cálcio.

É relativamente ao *milho* que ele assume aspectos de considerar. No que lhe diz respeito, o problema do ácido fítico na Madeira não é um problema de guerra, mas um problema de sempre. Antes e depois do conflito, o milho constituiu e constituirá a base nutritiva de cerca de 90 % da população, e segundo informações autorizadas, 80 ou mais por cento da sua ração dietética! Em que medida poderá a parte restante, em mesas de escassos ou nulos recursos, ser constituída por alimentos ricos em cálcio ou ferro de substituição, para compensar o *déficit* de absorção de tais elementos?

Como é sabido, o leite e o queijo constituem importantes fontes de cálcio alimentar. Os ovos e os vegetais verdes também o contém em menor quantidade. A carne, o peixe e os cereais são pobres em cálcio. Uma grande parte deste elemento da

dieta deve ser fornecido pelas águas quando estas o possuem em apreciável quantidade. A percentagem de cálcio em tais alimentos é da ordem dos miligramas, e um adulto necessita de ingerir diáriamente, pelo menos, cinquenta centigramas de cálcio; as crianças e adolescentes em crescimento cerca de um grama e as grávidas e mães que amamentam um grama e meio.

Agora vejamos, com estes conhecimentos, em que medida os restantes 20 ou 30% da ração alimentar daquelas populações pode prover a tais necessidades. Para corrigir a pobreza do cálcio nos cereais e o seu elevado teor do ácido fítico torna-se necessário aumentar o cálcio da parte restante da dieta. «Os escoceses — diz MELLANBY — instintivamente encontraram a resposta a este problema no caso da farinha de aveia misturando leite no seu «porridge». Mas o leite não constitui ainda parte apreciável da dieta madeirense, particularmente nas populações insulares que mais uso fazem do milho. Por outro lado é do conhecimento geral, por tradição e determinações exactas, a pobreza em cálcio das águas e terrenos da Ilha. Também o que o mar dá, o *peixe* — factor ainda valioso da dieta dos madeirenses — o contém em escassa percentagem.

— De tal sorte, deve esperar-se que os 20 ou 30% da ração alimentar de tais populações pobres, assim constituídos, possam fornecer em cálcio o que 50% da dieta britânica não deu ao povo inglês?

Por isso julgamos interessante considerar, conjuntamente com os anteriores, os resultados de uma nova série de experiências realizadas com o «milho» e resumidos no Quadro III.

Em primeiro lugar a elevada concentração deste cereal em ácido fítico só comparável à das farinhas de trigo de alta extracção (Q. I).

Em segundo lugar o facto de que o peneiramento a que o mesmo é submetido na preparação doméstica local não reduz apreciavelmente tal concentração, certamente em virtude de o pericarpo (farelo) e a semente (farinha) conterem o fítico em proporções sensivelmente iguais. O peneiramento com os utensílios de uso local dá lugar a uma extracção média de 6% de farelo acusando este em uma das nossas experiências 805 mgrs. % de fítico (Idem).

E, principalmente, ainda que — em contraste com o que acontece ao trigo e milho entre as populações continentais, onde também este último cereal é panificado mediante uma fermentação que destrói 30 a 50 % do seu fitico — da forma tradicional do seu consumo na Ilha (papa de milho cozido) não resulta uma apreciável destruição deste ácido que, de tal torma, é quase integralmente ingerido, com os inconvenientes apontados, conforme nos mostra o seguinte:

### QUADRO III

Percentagem de destruição do ácido fitico  
por peneiramento e cozedura

Esperiências n.º	Mlgrs. de ácido fitico/100 grs.			% de eliminação	
	Inteiro	Peneirado	Cozido	Peneira- mento	Cozedura
8, 10 e 11	855	841	803	1,6	6,1
12, 13 e 14	820	820	806	0	1,7

Isto pode ser atribuído não só à menor quantidade de fitase contida no milho mas também à destruição rápida da mesma pelo cozimento antes de poder actuar sobre o fitico.

Acerca do papel deste cereal no metabolismo, diz-nos MEL-LANBY: «Contrariamente a toda a expectativa, cereais como a aveia e o milho, que contêm mais quantidade de cálcio, são precisamente os que interferem mais com a assimilação do cálcio durante o crescimento» (6).

Não nos forneceram ainda os clínicos e autoridades sanitárias locais elementos estatísticos baseados em observações clínicas que permitam avaliar das perturbações de fixação do cálcio e semelhantes às que os médicos ingleses realizaram, principalmente nas crianças. Há também a considerar que em tais perturbações de fixação do cálcio, intervêm outros factores que podem não existir localmente (climáticos, dietéticos, etc.). A nossa

observação diz-nos, no entanto, como são acentuadamente frequentes os casos de alterações de conformação e crescimento dos ossos.

Mas o cálcio de «fixação» não constitui todo o problema do seu papel fisiológico. Há que ter em conta as perturbações resultantes da alteração de fenómenos relativos à permeabilidade celular reguladora de actividades nervosas electrotónicas, da excitabilidade, à coagulação do sangue, etc., que se manifestam por sintomatologia variada em estados nosológicos que com excepcional frequência os clínicos locais combatem com sucesso pela administração de cálcio medicamentoso. As alterações da coagulabilidade do sangue, por exemplo, não só constituem uma das situações que frequentemente o clínico tem que tratar, mas também o índice biológico mais objectivo de certas perturbações do metabolismo do cálcio. Elas constituem o objecto de uma comunicação ulterior.

Em nossa opinião, dada a impossibilidade de alterar as tradições regionais relativas à forma de preparar o milho para consumo, a melhor forma de prevenir os inconvenientes citados seria a junção de carbonato de cálcio às farinhas de consumo público. Este processo económico e eficaz poderia ser realizado no acto da moenda em condições estabelecidas pela técnica e ordenadas como medida sanitária pelas autoridades competentes.

LABORATÓRIO DISTRITAL da Junta Geral do Distrito Autónomo do Funchal.

SOROS

Anti-escarlatinoso

Anti-tetânico 5.000 e 10.000 U. I.

Antitífico

RAUL VIEIRA, LDA, LISBOA

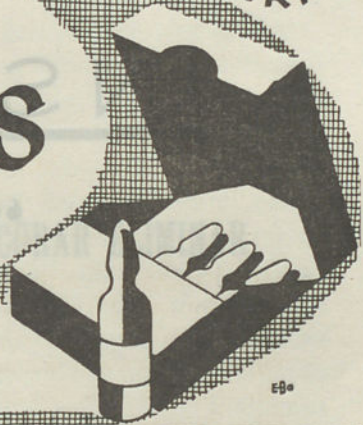
## NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) — MELLANBY — *Nature*, vol. CLIV, pág. 394, (1944).
- (2) — GOUVEIA, PINTO COELHO e PEDROSO DE LIMA — *Rev. da Fac. de Ciências* (Coimbra), vol. XIV, pág. 35, (1945).
- (3) — MC CANCE and WIDDOWSON — *Nature*, vol. CLIII, pág. 650, (1944).
- (4) — PRINGLE and MORAN — *J. Soc. Chem. Ind.*, vol. LXI, pág. 108, (1942).
- (5) — WIDDOWSON — *Nature*, vol. XLVIII, pág. 219, (1941).
- (6) — MELLANBY — *Loc. cit.*



Produtos  
SB  
BERNA

# Vacina PERTUSSIS BERNA



Vacina pura de BORDET-GENGOU e  
Vacina mixta para a profilaxia e terapia

*Instituto Seroterápico e Vacinal Suíço Berne*

Representante exclusivo

**RAÚL VIEIRA LDA, LISBOA**

Rua da Prata 51, Tel. 271 50

Produtos  
SB  
BERNA

## SOROS

Anti-escarlatinoso

Anti-tetânico 3.000 e 10.00 U. I.

Antitífico

*Instituto Seroterápico e Vacinal Suíço Berne*

Representante exclusivo

**RAÚL VIEIRA LDA, LISBOA**

Rua da Prata 51, Tel. 271 50

Produtos  
BERNA

# INSULINA

## “A B”

de renome mundial

### — SIMPLES

cujos fundamentos  
e características são:

- *inalterabilidade*
- *pureza*
- *acção absoluta.*

### — PROTAMÍNICA

com zinco em suspensão  
Modalidade com vantagens:

- *prolonga a acção da Insulina*
- *absorção mais lenta e gradual*
- *exige menor número de injecções*
- *domina melhor a diabetes.*

**FOLHETOS AOS Ex.<sup>mos</sup> CLINICOS**

Preparações de { ALLEN & HANBURYS, LTD. e  
THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.

Representantes exclusivos destes produtos:  
COLL TAYLOR, L.<sup>DA</sup> — R. dos Douradores, 29-1.º — Lisboa

Depositários no Porto: Farmácia Serabando, L. Loios, 36

## O LACRIMEJO DEVE-SE PROCURAR ELIMINAR

POR

CUNHA VAZ

Mais uma vez venho a terreiro para frisar, que a falta de excreção das lágrimas constitui uma perturbação frequente e mal tolerada, que se não deve deixar persistir, porque existem formas de conduta, capazes, quase sempre, de a eliminar. A função do aparelho excretor das lágrimas apresenta-se muitas vezes em déficit, porque as variações de calibre, que o aparelho excretor oferece, durante o seu trajecto, criam com frequência a estagnação e facilitam a exaltação microbiana, tornando-se assim frequentes as infecções, sobretudo quando a mucosa pituitária está em causa, o que sucede bastantes vezes.

As lágrimas, segregadas pela glândula lacrimal com as suas duas porções, orbitária e palpebral, e ainda pelas glândulas acessórias, depois de cobrirem o globo de uma toalha líquida delgada e contínua, lançam-se no aparelho excretor das lágrimas e passam ao nariz contribuindo em grande parte para isso o pestanejar, a forma como o orbicular se contrae, e ainda as disposições anatómicas do aparelho, a que nos estamos referindo. Se porém, a excreção não tem lugar de uma forma perfeita, se existe estagnação, não é só o incómodo de as lágrimas, a cada momento terem de ser limpas da face, a razão única a atender, ainda a astagnação traz o espessamento da toalha líquida, em que o olho banha, e, desta forma, perturbações da sua função, pois os raios visuaes sofrem desvios e deformam-se, fazendo com que as imagens percam a sua nitidez. Entre nós, os oftalmologistas abusam da extirpação do saco lacrimal, e é contra esta forma sistemática de proceder que eu me insurjo.

Bem sei, que em meios de recursos reduzidos, como o nosso, o lado económico não pode deixar de entrar em linha de conta, e também é de aceitar, que em clínicas de grande movimento operatório, a extirpação do saco lacrimal, dada a sua fácil e rápida execução, leve os oftalmologistas, que actuam nesses meios, a dar-lhe preferência, além de que nessas clínicas, onde os futuros oftalmologistas fazem a sua aprendizagem, esta intervenção, pelas razões já apontadas, está indicada para os familiarizar com a cirurgia ocular, creando-lhes confiança para intervenções cirúrgicas de maior vulto, mas... é preciso não nos esquecermos do frequente queixume dos indivíduos que foram sujeitos à extirpação do saco, e que consiste em afirmarem, a cada momento, que tal intervenção não lhes trouxe resultado, que os satisfizesse. Ouve-se dizer, com frequência, aos indivíduos nestas condições, que, antes da extirpação do saco lacrimal, andavam sempre a limpar a lágrima, e, depois de operados, continuam a proceder da mesma forma. Se antes da extirpação do saco lacrimal, houve um ou mais acessos de inflamação aguda, ao nível do aparelho, que nos estamos referindo, às vezes mesmo verdadeiros fleimões, que obrigaram o cirurgião a incisar e drenar, então a extirpação do saco lacrimal torna-se conduta de fácil aceitação, porque, apesar de ficar com carácter permanente, um incómodo lacrimejo, sempre é um mal menor, do que as reacções agudas e dolorosas, por que tiveram de passar e que jamais esquecem; porém, se a extirpação foi feita em indivíduos, que só sofreram de dacriocistite crónica, com períodos de leucorrea e períodos de simples lacrimejo ou epifora, então tal intervenção chega a ser tida, em muitos casos, como um logro, e digo em muitos casos, porque nalguns, e na minha opinião, é num número reduzido, dá-se com o tempo uma atrofia reflexa das glândulas secretoras das lágrimas, e a epifora quase desaparece, não se torna incomoda, só sobrevém, quando sujeitos a actuações que despertem uma activa, secreção lacrimal, mas isto é a excepção.

Muitos oftalmologistas, em presença de doentes com lesões oculares, que necessitem intervenção sobre o globo, e sejam, também, portadores de dacriocistite crónica, extirpam sistematicamente o saco lacrimal, com o fito de eliminarem esse foco infeccioso. Parece à primeira vista conduta acertada, mas, se sabemos que quase sempre é possível restabelecer a excreção das

lágrimas para o nariz, fácil é de admitir que a pululação dos micróbios, ao nível da conjuntiva, se deve dar mais difficilmente, quando as lágrimas se renovam continuamente de que quando estagnam. Propõem alguns, quando o lacrimejo se torne mais incómodo, em individuos a quem o sacco lacrimal foi extirpado, eliminar a porção palpebral da glândula lacrimal, sabido que, eliminada esta porção, dá-se consecutivamente a atrofia da porção orbitária; alguns mesmo propõem, em vez da extirpação, destruí-la por diatermocoagulação ou com injecções de álcool; mas tal conduta é tudo quanto há de mais antifisiológico. É juntar a uma mutilação, outra mutilação além de que tal proceder é de resultado variável, às vezes até passageiro.

A eliminação das glândulas lacrimaes pode dar lugar a uma complicação, não frequente é certo, mas que pode sobrevir; trata-se da kerato-conjuntivite filiforme ou seca, de evolução arrastada e renitente ao tratamento, em que aparecem fios de mucus, alojando-se sobretudo nas bitesgas, e acompanhando-se ainda de descamação epitelial da cornea. Se sobrevém o tracoma, num olho a quem foi eliminada a glândula lacrimal principal, as consequências são de prever, sabido que as glândulas acessórias, que era com que se contava para lubrificar o olho, são, também, lesadas na sua função.

Ora, para que estejamos a coberto do que venho a expor, a actuação deve ser sempre orientada no sentido de restabelecer a excreção, quando se nos apresenta comprometida, e só executar a sua eliminação, quando uma actuação conservadora, não possa ter logar. Inicialmente, devem-se tentar sondagens, mas não muitas, seguidas de injecção no sacco, de uma pomada com azul de metilena e adrenalina, pois com este proceder pode resolver-se o problema em causa, e com um traumatismo reduzido; porém se esta conduta falha, procura-se criar uma comunicação artificial para o nariz; faz-se a dacriocistorrinostomia por via externa, após preparação prévia do doente, visto tratar-se de uma intervenção a executar numa região rica em vascularização. Esta intervenção fracassa numa percentagem extraordinariamente diminuta. Executo-a desde meados de 1934; o elevado número de doentes, que tenho operado, permite-me fazer dela um juizo seguro, e afirmar, que é a única intervenção a executar para resolver a maioria dos problemas, que nos pode apresentar o aparelho excretor das

lágrimas, quando insuficiente. Existem mesmo modificações na técnica, para aplicar nos casos em que existe ausência parcial ou total do aparelho excretor das lágrimas, tendo sempre em vista restabelecer a função.

O orifício ósseo, destinado a estabelecer a nova comunicação do saco para o nariz, pode ser executado por várias formas; ou nos aproveitamos da frequente friabilidade do unguis, fracturando-o com uma pequena cureta, e aproveitando o orifício conseguido para introduzir os ramos cortantes da pinça de CITELLI ou de KERRISSON, ou broca tipo GUTZEITER, com o fim de dar à brecha o tamanho desejado, ou, logo de início, servimo-nos de brocas para o mesmo fim, uns tiram duas rodela de osso com brocas apropriadas, outros, adelgaçam o ramo montante, com broca ou «fraise» esférica, até atingirem a pituitária, e, depois, dão o tamanho desejado ao orifício ósseo; e, ainda, outros talham quase «in toto» o retalho ósseo a eliminar, utilizando brocas esféricas finas. O escopro e o martelo, que inicialmente tanto foram utilizados, estão hoje quase postos de parte. Estabelecido o orifício ósseo nas dimensões desejadas, à custa do ramo montante do maxilar superior e do unguis, há que ligar o saco, depois de fendido de alto a baixo, e, portanto, transformado em dois retalhos, um anterior e outro posterior, a dois retalhos idênticos, conseguidos à custa da pituitária, os quais, depois de afastados, devem deixar aberto um orifício amplo para a fossa nasal correspondente; e, se aparece o corneto médio a obstruir, deve-se eliminar a porção que obstrui.

Há oftalmologistas, que propõem, antes, retalhos superiores e inferiores, mas a irrigação da pituitária, contra-indica essa forma de seccionar, por expor a hemorragia com mais frequência; outros, preconizam um só retalho anterior, posterior ou inferior. A conduta de um só retalho, entendo que não deve ser a regra, mas sim forma de proceder de que se deve lançar mão, quando não se torna viável conseguir os dois retalhos. A sutura dos retalhos, que muito tempo fiz com o cat-gut n.º 000, seguindo a técnica que me ensinou o Dr. DUPPUI DUTTEMPS, hoje faço-a sempre com seda preta. Os retalhos posteriores suturo-os com dois ou três pontos separados, que depois se eliminam para a cavidade nasal; e os anteriores suturo-os formando dois UU, com fio contínuo, como propõe DEAN GUELBENZU, ou em choleio, como pro-

põe MARIN ENCISO, com as pontas deixadas exteriormente, ou ainda com pontos separados em U, atados sobre a pele e mantidos sobre pequenos botões, sempre com a preocupação de, passados dez a doze dias, eliminar estes pontos. Também há quem proponha a sutura dos retalhos anteriores com pontos separados e profundos, quer dizer, deixando-os ficar enquistados; também tenho utilizado esta técnica, mas sempre receoso de tal proceder, não vão os tecidos tolelarem-nos mal, como me sucedeu frequentemente, quando utilizava o cat-gut. Quando mal tolerados, criam-se à sua volta pequenos focos de supuração, que só desaparecem com a sua eliminação pela ferida cutânea, atrasando assim a sua cicatrização, e acabando por deixar uma cicatriz bastante aparente, o que, escusado será dizer, é sempre desagradável.

Já atrás fiz referência, que a técnica a seguir está sujeita a variações, dependendo da forma como os casos se nos apresentam. Assim mesmo, nos indivíduos a quem foi feita a extirpação do saco, pode-se restabelecer a função excretora; porém, a percentagem de curas não é tão elevada como quando existe um saco distendido, com canalículos lacrimaes em boas condições, sobretudo o canalículo lacrimal inferior, com o ponto lacrimal respectivo a banhar convenientemente no lago lacrimal. A menor percentagem de restabelecimento da excreção lacrimal, quando se actua em indivíduos sem saco lacrimal, é consequência de, ao dar-se a cicatrização, se instalarem tracções, que criam dificuldades à eliminação das lágrimas. Algumas vezes, poucas é certo, tenho executado esta intervenção e, se é verdade que a epífora se mostra de tal forma reduzida, que os doentes se regosijam com o resultado, eu, porém, analisando os factos, tal qual eles se nos apresentam, não tenho dúvidas em afirmar, que a nossa pretensão não se consegue tão perfeitamente como quando existe o saco lacrimal. Sempre com a preocupação de restabelecer a passagem das lágrimas para o nariz, mesmo em indivíduos com os canalículos completamente obstruídos e sem saco lacrimal, alguns oftalmologistas propõem a execução de operações plásticas à custa da pituitária e da conjuntiva bulbar.

Para terminar, eu quero deixar vincado, que, se alguns indivíduos, pelas condições de actividade, que exercem, podem limpar as lagrimas que lhes caem para a face com frequência,

utilizando um lenço em boas condições, e sem as mãos conspurcadas, a maior parte exerce profissões, que não deixam manter o asseio necessário; e a necessidade de terem de enxugar repetidas vezes os olhos, sobretudo se exercem profissões, que os obrigam a trazer a cabeça baixa, torna-os sujeitos a infecções repetidas, ao nível do globo ocular, de cujas consequências se torna supérfluo falar.

Só me lastimo de que o que acabo de expor seja pobre de imagens convincentes, para entusiasmar os meus colegas, que ainda se encontram arreigados à sistemática extirpação do saco lacrimal, a trocarem este proceder comodo, mas de utilidade reduzida, pelo restabelecimento da função do aparelho excretor das lágrimas.



## PROF. DR. ARTHUR STOLL

No passado dia 8 de Novembro pronunciou na Sala de Conferências da Faculdade de Ciências uma notável conferência o Prof. Dr. ARTHUR STOLL, sobre *Os alcaloides da cravagem do centeio e suas applicações terapêuticas*, e a que presidiu o Prof. Dr. BARROS E CUNHA. A assistência, constituída por professores e alunos das Faculdade de Medicina e de Ciências ouviram a proficiente lição do Mestre com a maior atenção e interesse e aplaudiram-no, no final, com o maior enthusiasmo.

O Prof. A. STOLL é um sábio consagrado, que à bioquímica dedica o maior do seu labor e do qual resultou poder dotar já, a terapêutica clínica, com produtos de inestimável valor.

Entre eles avultam a esgotamina, cilarena, lobelina pura, glucosidos, A, B e C da digitalis lanata, ergobasina, estrofantina K, senosidos, até então desnaturados pelos processos habituais de extracção.

Além disso, A. STOLL e seus colaboradores, esforçaram-se, durante anos por explicar a química da cravagem de centeio e da cila.

Mas, de todas as comarcas de terapêutica médica, é sem dúvida a cardiologia que mais deve ao ilustre investigador.

O Prof. A. STOLL, em Coimbra foi alvo das mais justas demonstrações de apreço. A Faculdade de Medicina homenageou-o a si e a sua Ex.<sup>ma</sup> Esposa com um almoço no Hotel Astória, e aí se trocaram palavras de amizade e se formularam votos de estreitamento das relações culturais entre os dois países Portugal e Suíça.

No final do banquete, os alunos dos últimos anos da Faculdade de Medicina e ainda, muitos da Faculdade de Ciências, entraram na sala, um dos quais, em nome dos seus colegas, saudava o professor suíço ao mesmo tempo que uma das alunas da Faculdade de Medicina oferecia a Madame Stoll um lindo ramo de flores.

## PROF. DR. ALBERT BESSEMANS

Em 18 de Novembro passado e a convite do Instituto para a Alta Cultura esteve em Coimbra o Prof. ALBERT BESSEMANS da Faculdade de Medicina da Universidade de Gand (Bélgica) que no Salão Nobre dos Hospitais da Universidade pronunciou uma conferência que subordinou ao título «*Aquisições recentes de sifilografia experimental*».

O Prof. BESSEMANS relatou alguns dos seus resultados obtidos a respeito de sífilis, nos seus laboratórios, por meio da *souche Gand* que isolou em 1923.

Expôs a sua base da unidade morfológica e pluralidade funcional do vírus específico e demonstrou a virulência unitária.

Conferência cheia de interesse por seus novos pontos de vista, mereceu do público médico selecto e vasto que o ouvira, no final, as mais lisongeiras demonstrações de apreço.

A Faculdade de Medicina homenageou o Prof. BESSEMANS e sua Ex.<sup>ma</sup> Esposa com um banquete no Hotel Astória durante o qual se exaltaram as glórias dos dois países, se pôs em relevo os pontos de afinidade cultural entre Belgica e Portugal e se formularam votos por um estreitamento cada vez mais forte das relações entre os homens que em ambos os países cultivam a ciência.

## LIVROS & REVISTAS

O quisto hidático do pulmão — Dr. Armando Narciso. *In Actualidad Medica* — Granada, Janeiro de 1946.

O A. considera sucessivamente a frequência, sintomatologia, diagnóstico, prognóstico e terapêutica desta afecção, apresentando histórias clínicas e radiografias de cerca de duas dezenas de casos.

Doença relativamente frequente entre nós, o quisto hidático pulmonar origina muitas vezes confusão com outras afecções, sobretudo com a tuberculose pulmonar, pela fisionomia clínica dos seus quadros iniciais: tosse, expectoração, hemoptises, e por vezes, febre, emagrecimento.

E, se é um grande quisto da base em que a exploração clínica mostra sinais de condensação pulmonar ou de derrame, mais se arreiga no espirito do médico esta confusão.

Outrora, era sobretudo a vômica com grande quantidade de líquido e de membranas que, quando surgia, vinha trazer o diagnóstico de quisto hidático do pulmão, posto de lado um ou outro raro caso de quisto do fígado, aberto para a árvore traqueo-bronquica, através do diafragma.

Hoje, porém, com o concurso dos raios X, da fórmula leucocitária e das reacções biológicas de Weinberg e de Casoni, conseguimos, na grande maioria dos casos, estabelecer um diagnóstico seguro, o com certa precocidade. Precisamos combinar bem estes elementos para excluir certas imagens radiológicas suspeitas, como aneurismas da aorta, sarcomas pulmonares, grandes adenopatias, etc.

Um diagnóstico topográfico seguro e o conhecimento da evolução, interessam para uma boa prognose e conveniente terapêutica. Assim, o quisto hidático pulmonar pode curar, por involução espontânea e asséptica, embora a cura espontânea nos seja mais frequentemente dada pela vômica. Nos pequenos e médios quistos centrais (justamente os de mais difícil acesso cirúrgico) a vômica conduz à cura em cerca de 90 % dos casos.

Nos quistos periféricos, ao contrário, a cura espontânea pela vômica é mais difícil e rara, dada a menor facilidade no esvaziamento da bolsa quística. Porém, o melhor acesso cirúrgico, vem em socorro desta circunstância e é assim que se, por sistema, devemos aguardar a cura espontânea nos quistos centrais também, por sistema, devemos intervir nos de localização periférica.

O Cântico da Vida na poesia Tagoreana — Froilano de Melo. Porto, 1946.

Quem ler este pequeno trabalho de 140 páginas, desenvolvimento de uma conferência feita, há um ano, na sede da Liga Portuguesa de Profilaxia Social, não pode deixar de se interessar profundamente.

Tagore, poeta de outras paragens, herdeiro da milenária ancestralidade bramânica, filosófico e hiperemotivo, passa ante nós em cânticos de uma beleza rara.

Froilano de Melo foi procurar no poeta qualquer coisa que «flutua na atmosfera da Índia», que existe na consciência geral, nas lendas e nas canções do povo, nas tradições védicas e nos conceitos das Upanixadas.

É de resto Tagore quem o confessa: — «Foram as minhas canções que me ensinaram as lições que aprendi...»

Após uma introdução bellissima, os diversos capítulos sucedem-se numa cadência natural:

A lírica da primeira infância; o delicioso arrulhar da segunda infância; a lição do adolescente; as lições do Guru; os arroubos amorosos de um adolescente; a delicada timidez do amor feminino; o velado idílio a dous; a ética da maturidade; a canção da morte; epílogo.

A tradição, os costumes, o lirismo e a filosofia indústânicas, estão esparsos nos cânticos do poeta, escolhidos pela apurada sensibilidade de Froilano de Melo, ligados pelo seu vigoroso poder expressional.

Que riqueza a de poesia Tagoreana... e que bela a interpretação do Dr. Troilano de Melo!...

La Tuberculosis traqueobronquial — (Estudo anátomo-clínico) —

Dr. Manuel Tápia — Ed. da Liv. Luso-Espanhola, Lisboa — Barcelona, 1947.

O A., cujos méritos de tisiologista lhe conferem um lugar de indiscutível relêvo, entre os autores que se tem dedicado a este ramo da medicina, acaba de publicar mais um trabalho de grande oportunidade e mérito.

Relegada durante muito tempo, para o plano das verificações da necrópsia, a tuberculose bronquica, (cuja frequência se cifra por 10 a 15 % dos casos da clinica tisiológica) tem originado nos últimos 20 anos alguns interessantes trabalhos patomorfológicos e anátomo-clínicos, estes suscitados em grande parte pelos problemas da fisiopatologia cavitária e pelos conceitos relativos à atelectásia. O estudo clínico, rádio-tomográfico e broncoscópico de milhares de bacilosos, eriou à tuberculose bronquica uma individualidade clinica indiscutível, que veio derramar uma luz nova sobre a patogenia, evolução, prognóstico e tratamento da tuberculose do aparelho respiratório.

Numa edição esmerada, de 230 páginas, em papel *couché*, o A. trata em capítulos sucessivos da «Anatomia Patológica e Patogenia», da «Sintomatologia», das «Formas anátomo-clínicas da primo-infecção», das «Formas anátomo-clínicas da tuberculose de reinfeção», da «Traqueita tuberculosa estenosante», do «Prognóstico e Tratamento da tuberculose traqueo-bronquica».

Ilustra a sua exposição com vinte seis casos clínicos que historia detidamente, acompanhando-os de 148 gravuras, entre peças anatómicas radiografias e tomografias.

Foca depois, com especial desenvolvimento, o problema da «tuberculose traqueo-bronquica e colapsoterápia», terminando com um capítulo sobre «Pneumectomia e lobectomia na tuberculose pulmonar, com especial referência à tuberculose bronquica», em que resume em forma de quadro, um grupo de 60 casos de ressecções parenquimatosas, de diferentes autores, comparando as indicações, tipo de intervenção e resultados.

Pelo desenvolvimento, clareza e originalidade deste trabalho e ainda pela superior competência do seu autor, ele está destinado a larga difusão e à produção dos mais benéficos resultados.

RAMOS LOPES.





## NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

### Faculdades de Medicina

Foi renovado o contrato do sr. dr. Albertino da Costa Barros para 2.º assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra. («Diário do Governo» de 2-12-1946.

— A seu pedido, foram rescindidos os contratos de 2.º assistentes da Faculdade de Medicina de Lisboa, os srs. drs. Raimundo Sérgio Maia de Noronha Waddigton de Quintanilha e Mendonça, José Augusto Rosales Teixeira e Vasco Valente Perfeito Bruto da Costa.

— Realizaram o seu concurso para professores extraordinários do 1.º grupo — Anatomia, e do 7.º grupo — Cirurgia da Faculdade de Medicina do Porto, respectivamente, os srs. drs. Joaquim José Monteiro Bastos e Manuel da Silva Pinto. Do juri fez parte o sr. dr. Luis Raposo, professor da Faculdade de Medicina de Coimbra.

— Em Lisboa fez o seu doutoramento na Faculdade de Medicina, o sr. dr. José Cutileiro, médico do Centro de Saúde daquela cidade. A tese intitulava-se «Infecção respiratória experimental por *Laemophilus pertussis*».

— O sr. dr. Francisco Manuel da Fonseca e Castro, professor agregado da Faculdade de Medicina do Porto, foi nomeado professor extraordinário do referido estabelecimento de ensino ficando sujeito a recondução no fim de 3 anos de exercício.

### Reuniões científicas

Por iniciativa do sr. Prof. Eduardo Coelho e sob a sua orientação, realizou-se no Hospital Escolar de Santa Marta, a 3.ª reunião para apresentação de casos clínicos, e revisão de conjunto.

Nas duas primeiras reuniões falaram os srs. drs. Artur de Oliveira e Tomé Vilar, respectivamente, sobre: «Diagnóstico diferencial nas doenças febris» e «Diagnóstico diferencial dos tumores brônquicos».

Na 3.ª sessão usou da palavra o sr. Prof. Eduardo Coelho, que dissertou sobre «A acção da estreptomycina na meningite purulenta pelo bacilo hemofilo e insluenzae. Apresentação de um caso clínico».

A estas palestras seguir-se-á um curso de Cardiologia.

## Conferências

No Hospital Militar Principal (da Estrela) encerrou-se o ciclo de conferências destinadas a oficiais médicos do Governo Militar de Lisboa. Foi orador o capitão-médico sr. dr. José Maria Fernandes Lopes, que se ocupou de «Organização e funcionamento do serviço de saúde numa expedição militar às colónias». O orador referiu os grandes desastres sofridos pelos exércitos, desde as cruzadas até à actualidade, por falta de necessário apoio sanitário às tropas, apontando as cautelas que devem ser postas em prática durante as fases de concentração e ataques. Pôs em evidência a necessidade das vacinações nas forças armadas e desenvolveu outras judiciosas opiniões acerca das condições de garantia da salubridade dos exércitos, tanto nas suas bases como durante as suas viagens, em termos de grande meticulosidade, reveladores de um profundo conhecimento do problema.

— A convite do Conselho Regional do Porto da Ordem dos Médicos realizaram ali conferências o sr. Prof. dr. Manuel Cerqueira Gomes, que dissertou sobre «Variações do contorno diafragmático. Génese e serviços que simulam», e o sr. dr. Almerindo Lessa, director do Serviço de Transfusão de Sangue dos Hospitais Civis de Lisboa, que falou acerca da «Terapêutica dos estados de choque — Agonia e morte clínica».

— Promovida pela Sociedade Médica dos Hospitais Civis de Lisboa, o médico espanhol sr. dr. J. Rematú Manzanete, proferiu, no Hospital dos Capuchos, uma conferência sobre «Um novo método para o diagnóstico biológico da febre tifoide».

— Em Coimbra, o sr. dr. Rui Climaco fez uma conferência na sociedade recreativa de Celas, sobre «Profilaxia da Tuberculose».

## Várias notas

Foi eleito académico de mérito da Academia das Ciências de Lisboa, o sr. Prof. dr. Egas Moniz.

— Regressou do Brasil onde foi em missão oficial do Subsecretário de Estado da Assistência, e sob o patrocínio do Instituto para a Alta Cultura, o sr. dr. Manuel dos Santos Silva, 1.º assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra.

— O Montepio Bejense promoveu uma sessão de homenagem ao seu médico honorário, sr. dr. Covas Lima.

— No Instituto Superior de Higiene realizou-se uma sessão de homenagem à memória do sr. Prof. dr. Ricardo Jorge, promovida por um grupo de amigos, que o tem como patrono.

Presidiu o sr. Subsecretário da Assistência, que estava ladeado pelos srs. dr. Augusto Travassos director geral da saúde; dr. António Flores, bastonário da Ordem dos Médicos; dr. Ricardo Jorge, filho, pela família do extinto, e dr. Fernando Correia director do Instituto de Higiene, que fez a apresentação do conferencista, o sr. dr. Carlos Arruda Furtado, que falou largamente sobre Ricardo Jorge e a legislação sanitária.



— O sr. dr. António Jorge Ferreira foi nomeado, interinamente, e em comissão de serviço, subdelegado de saúde privativo do quadro do pessoal técnico das delegações de saúde, ficando colocado na subdelegação de saúde de Pombal.

— Pelo Ministério do Interior foram louvados os médicos civis, srs. drs. Alcino Simões Lopes, delegado de saúde na Lousã, e Manuel Liberato Faria Gersão pelos serviços prestados a aquartelamentos da G. N. R. e pessoas de família dos membros dos mesmos.

— O sr. dr. Amílcar Aristides Lopes Pereira Caseiro, subdelegado de saúde do concelho de Freixo de Espada à Cinta, foi exonerado por ter sido exonerado das funções de facultativo municipal do mesmo concelho.

— Foram agraciados com a Ordem Militar de Avis: com o grau de grande-official, o coronel médico, sr. dr. Gilberto Carrilho Xavier; com o grau de comendador, os majores médicos, srs. drs. Mário de Barros e Cunha e Joaquim Julio Carrusca; com o grau de oficial, os capitães médicos, srs. drs. José Pires da Silva, Carlos Pereira da Silva Costa, João de Figueiredo Barbudo e Joaquim Mendes Vieira Lopes; com o grau de cavaleiro, os tenentes médicos, srs. drs. Luís Filipe Colaço e José da Costa Madeira.

— Com o grau da Cruz Vermelha de mérito foi agraciado o sr. dr. Aires Gomes de Olivar Teles.

— O sr. dr. José Baptista de Sousa foi nomeado para exercer, em comissão, o cargo de lente efectivo do 7.º grupo do curso médico-cirúrgico da Escola Médica-Cirúrgica de Nova Goa, lugar criado e ainda não provido.

### **Centro de Cardiologia Médico-Social de Coimbra**

A Comissão executiva do Centro de Cardiologia Médico-Social de Coimbra resolve encetar um ciclo de conferências sobre temas de Cardiologia.

A primeira será pronunciada pelo Director daquele Centro o Prof. Dr. João Porto, no próximo dia 4 de Março, no Salão Nobre dos Hospitais da Universidade, pelas 21 horas e o assunto será :

#### *Silicose pulmonar e suas repercussões funcionais cardio-circulatórias.*

Seguir-se-ão outras conferências cuja data se designará oportunamente. Desde já se anunciam mais as seguintes :

Dr. Antunes de Azevedo,

#### *Cardiopatias e gravidez.*

Dr. Luís Providência,

#### *Derivações especiais em electrocardiografia.*

Dr. Ramos Lopes,

#### *Cardiopatias e glândula tiroide.*

## União Internacional contra a Tuberculose

Recomeçaram os trabalhos deste Organismo, tendo-se reunido em Paris no passado dia 7 de Novembro a sua Comissão Executiva com a presença das personalidades seguintes: — Prof. Lopo de Carvalho, presidente; Prof. Fernand Bezançon, secretário-geral; Dr. Albano Castelo Branco, secretário-geral adjunto; Mr. Achard, tesoureiro; Drs. G. Derscheid, Kendall-Emerson e Hopkins; Mr. Moltke-Hansen, primeiro secretário da embaixada da Noruega, em representação do Prof. Frölich; Dr. A. Morland, em representação da Duquesa de Portland; Dr. Har-Ley Williams; Dr. Telatyehi, representante do Dr. Piestrzynski, acompanhado por Dr. Skokowska-Rudolf e o Prof. Parisot, delegado da Organização Mundial da Saúde.

A Comissão Executiva, por proposta do Dr. Kendall-Emerson, resolveu aceitar as sugestões do Prof. Parisot e comunicar à Comissão interina da Organização Mundial de Saúde o seu voto de estabelecer uma estreita colaboração entre esse Organismo e a União Internacional contra a Tuberculose.

Salientando que, nem a União Internacional contra a Tuberculose foi dissolvida, nem a Sociedade criada em Berlim em 1941, com o fim de lhe suceder, passou de uma existência efémera, esta Comissão decidiu convocar o Conselho da Direcção para os dias 24 e 25 de Julho, em Paris, tendo inscrito para assunto da ordem do dia o estado actual das investigações sobre a streptomycina.

## Falecimentos

No Instituto Portuguez de Oncologia, onde há meses estava efectuando trabalhos científicos, faleceu o sr. dr. Abel Salazar, que foi professor notável da Faculdade de Medicina do Porto, onde dirigiu o Instituto de Histologia.

Também faleceram, no Porto, o sr. dr. Rogério Pais da Cunha Prelado, e a sr.<sup>a</sup> D. Deolinda Borges da Silva Machado, sogra do sr. dr. Manuel da Assunção, médico em Famalicão; em Lisboa, o sr. dr. José Antunes dos Santos, médico do Hospital de S. José; em Coimbra, o rev.<sup>o</sup>-cónego Liberato Tomé, cunhado do sr. dr. Vergílio de Aguiar, e em Espinho, Mortágua, o pai do clínico sr. dr. José Assis Santos.

As famílias enlutadas apresenta *Coimbra Médica* sentidos pezames.



# Últimas Novidades Médicas, à venda na

## LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

### Últimas Novidades:

ALMANSA DE CARA — <i>Infiltraciones Pulmonares en la Infancia.</i> 2.ª edición, 1 vol., 88 pág., 42 fig., 1946 (S.) . . . . .	60\$00
ARIAS-CARVAJAL — <i>Plantas que curam y plantas que matam</i> , 1 vol., 367 pág., 111 fig., (EMa) . . . . .	30\$00
BLANCO y PASEYRO — <i>El citograma obtenido por punción.</i> Sus aplica- ciones al diagnostico clinico. 1 vol., 151 pág., 64 fig. (S.) . . . . .	100\$00
BOYER — <i>L'enseillement dans l'éducation physique et le sport</i> , 1946. 1 vol., 62 pág. (B.) . . . . .	30\$60
BRASSEUR — <i>Las rayons X et leurs applications</i> (suivis d'exercices) 406 pág., 293 fig. (M.) . . . . .	208\$50
CANETTI — <i>L'Allergie Tuberculeuse chez L'Homme</i> . . . . .	78\$00
——— <i>Bacille de Koch dans la lésion tuberculeuse du poumon</i> . . . . .	61\$50
CHABROL — <i>Nouvelles études cliniques et biologiques sur la pathologie du foie</i> , 184 pág. 24 fig. (M.) . . . . .	87\$50
CHAILLEY-BERT — <i>Sport, Éducation physique, leurs réactions sur l'appareil respiratoire</i> , 1946, 1 vol., 151 pág., 31 fig. (B.) . . . . .	70\$00
CORNUDELLA — <i>Terapéutica de la Tuberculosis Pulmonar</i> , 1 vol. 220 pág. 72 fig. (S.) . . . . .	150\$00
DELMAS-MARSALET — <i>Électro-choc et thérapeutiques nouvelles en neuro-psychiatrie</i> , 1 vol., 377 pág., 46 fig. (B.) . . . . .	194\$00
DIVOIRE — <i>Précis de Radio-électricité</i> , 222 pág., 171 fig., (M.) . . . . .	84\$00
DR. JOÃO PORTO — <i>Os doentes do coração</i> , sob o aspecto médico-social. (Esboço de um programa de Assistência Nacional aos Cardíacos), 1 vol., 213 pág. . . . .	30\$00
DUVE — <i>Glucose, Insuline et Diabète.</i> (Biochimie. Physiologie. Patholo- gie. Applications thérapeutiques), 412 pág. 50 fig., 30 tableaux. (M.)	157\$50
FERRÉ y VENDRELL — <i>Las Neuralgias.</i> 2.ª edición, 1 vol., 169 pág., 35 fig., 1946. (S.) . . . . .	114\$00
GAJMÉS — <i>Química Inorgánica.</i> 1 vol., 920 pág., 259 fig., 75 tablas, 1946, Encad. (S.) . . . . .	750\$00
HERNÁNDEZ LÓPEZ — <i>Abscesos y Flemones</i> , 2.ª edición, 1 vol. 246 pág., 101 fig., 1946. (S.) . . . . .	135\$00
HAUDUROY — <i>Microbes.</i> (De la naissance et de la vie de quelques — découvertes illustres en microbiologie), 138 pág., 16 planches. (M.).	28\$00
JOUBE, SENEZ et PIERRON — <i>Diagnostic electro-cardiographique</i> , 364 pág., 217 fig. (M.) . . . . .	300\$00

# Últimas Novidades Médicas, à venda na

## LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

### Últimas Novidades:

KORNPROBST — <i>La responsabilité médicale</i> . Origines, fondement et limites. 1 vol., 376 pág. (B.). . . . .	126\$00
KRUIF — <i>Hormona Masculina</i> , 1 vol., 301 pág. (E. H.). . . . .	40\$00
LECLERC — <i>Eaux potables et Eaux résiduaires</i> . (Les techniques de correction et d'épuration), 384 pág., 143 fig. (M.). . . . .	140\$00
LIRIA y AGUIRRE — <i>Equinococosis Génito-Urinaría</i> , 1 vol., 188 pág., 35 fig., 1946. (J. M.). . . . .	90\$00
LOEPER — <i>Hépatites rares</i> , 224 pág., 17 fig. (M.). . . . .	101\$50
MARTÍNEZ — <i>Tratado de Anestesia</i> , 1 vol., 726 pág., 281 fig., 1946, Encad. (S.). . . . .	550\$00
OLYMPIO DA FONSECA — <i>Parasitologia General</i> , 1 vol., 143 pág., 70 fig., 1946 (E. M.). . . . .	75\$00
PÉREZ MATA — <i>Dismenorrea</i> , 1 vol., 124 pág., 27 fig., 2. <sup>a</sup> ed. 1946. (S.). . . . .	90\$00
RENARD — <i>Les aspects pathologiques du fond de l'œil dans les affections de la rétine</i> (Atlas ophtalmoscopique I). [Publications de la Société d'Ophthalmologie], 170 pág., 10 fig., 32 planches en coul. (M.). . . . .	350\$00
REY — <i>Traité d'hygiène</i> (t. xvi). <i>Hygiène de l'habitation</i> , 1 vol. gros, 632 pág., 248 fig. (B.). . . . .	157\$50
SCHACHTER — <i>La Glándula Mamaria</i> . Estudio endocrinológico, 1 vol., 131 pág., 13 fig., 1946. (E. M.). . . . .	75\$00
SERRALLACH JULIÁ — <i>Diuresis y los Diuréticos</i> , 1 vol., 143 pág., 21 fig., 1946. (S.). . . . .	90\$00
SHERMAN — <i>La Ciencia de la Nutricion</i> . 1 vol. 309 pág. (F. C. E.). . . . .	48\$00
SYLLA — <i>Patología y Clinica de las Enfermedades del Aparato Respiratorio</i> . (Tuberculosas y non Tuberculosas), 1 vol., 714 pág., 125 fig., 1946. Encad. (M. M.). . . . .	420\$00
TORRELLAS — <i>Nomenclátor de Quimica, Drogueria y Farmacia</i> , 1 vol., 292 pág., 1946. Encad. (S. B.). . . . .	78\$00
— <i>Recetario Pratico del Hogar</i> , 1 vol., 386 pág. Cart. (S. B.). . . . .	54\$00
TORRES UMAÑA — <i>Las Enteritis Microbianas y de Protozoarios en los Niños</i> , 1 vol., 115 pág., 1946 (S.). . . . .	60\$00
WEIL — <i>L'Hématologie</i> (Clinique et Laboratoire), 2 <sup>e</sup> édition revue et augmentée, 268 pág., 48 fig., 12 planches en couleurs. (M.). . . . .	150\$00