

# COIMBRA MÉDICA

ANO XII

JULHO DE 1945

N.º 7

## SUMÁRIO

	Pág.
ACÇÃO CONJUNTA DOS CENTROS DE CARDIO- LOGIA E DA ORGANIZAÇÃO CORPORATIVA PORTUGUESA — dr. João Pôrto . . . . .	335
O MECANISMO ALÉRGICO COMO FACTOR DE FISIO-PATOGÉNESE DA DOENÇA INFECCIOSA — dr. Bruno da Costa. . . . .	357
NOTAS CLÍNICAS — UM CASO DE DOENÇA DE DUHRING- -Brocq — dr. Artur Leitão . . . . .	734
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES . . . . .	xxxv

---

*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 Gui-  
marães — Prof. Novais e Sousa — Prof. Egidio Aires — Prof. Maxi-  
mino Correia — Prof. João Pôrto — Prof. Afonso Pinto —  
Prof. Lúcio de Almeida — Prof. Augusto Vaz Serra —  
Prof. António Meliço Silvestre — Prof. J. Correia de Oliveira —  
Prof. Luis Raposo

## REDACÇÃO

João Pôrto

Redactor principal

António Cunha Vaz	João de Oliveira e Silva
António de Matos Beja	José Bacalhau
António Nunes da Costa	Luis Duarte Santos
Armando Tavares de Sousa	Manuel Bruno da Costa
Francisco Gonçalves Ferreira	Mário Trincão
Tristão Ilídio Ribeiro	

## CONDIÇÕES DE ASSINATURA

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

## PAGAMENTO ADIANTADO

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

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

---

Editor e Proprietário — 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 experiências feitas para avaliar o poder inibitório e o poder antiseptico conclue-se que o Aseptal tem um alto poder antiseptico e inibitório sobre as bactérias pathogêneas, o que torna valioso o seu uso na luta contra os microbios

Coimbra 14 de dezembro de 1910

Charles Figueira



NA HIGIENE  
ÍNTIMA  
DA MULHER

**“Aseptal.”**  
ANTI SEPTICO-PERFUME  
PODEROSÍSSIMO E INOFENSIVO

LABORATÓRIOS DA FARMÁCIA NOROCCIDENTAL

## 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, neuralgias, cólicas menstruais.*

## DYNAMOL

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

## "Glucálcio,"

*Descalcificação, tubercloses, tinfatismo, raquitismo, fraqueza geral, pleurisias, 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 electivamente 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.*



# ACÇÃO CONJUNTA DOS CENTROS DE CARDIOLOGIA

E DA

## ORGANIZAÇÃO CORPORATIVA PORTUGUESA

(Suas possibilidades de auxilio aos doentes do coração)

POR

JOÃO PÔRTO

*Corda sana subveniant aegrotis*

**I — Nas relações entre o trabalhador cardíaco e o trabalho importa: 1.º) que a cardiopatia esteja compensada e seja involutiva; 2.º) que a capacidade funcional do coração sobrepuje, e sempre, o esforço exigido pela profissão.**

As doenças organo-degenerativas, entre as quais se conta a maioria das afecções angio-cardíacas, já por seu menos avultado número, em outros tempos, (ainda salvaguardada a falta de rigor que nos devam oferecer as estatísticas antigas devido à insuficiência relativa dos meios de diagnóstico, então, em comparação com os actuais), já por sua intransmissibilidade, já pelo conceito geral de que uma vez a doença criada nada haveria a deter-lhe marcha rápida, impiedosa e inexorável — por estas e ainda por outras circunstâncias, só em países mais prósperos e de mais elevada civilização sanitária, e desde recente data, recebem dos poderes

públicos e organismos particulares a atenção que de facto merecem, como só desde recente data êstes passam a aceitar os doentes do coração no plano da medicina social.

Os indivíduos que atingem a velhice, mesmo que nenhum mister exerçam, por progressiva senilidade dos tecidos, morrem pelo coração, em mais de 50 % dos casos. Tem probabilidades de viver menos tempo, porém, se para viver tiverem precisão de trabalhar e em trabalho de rude esforço físico.

Por efeito de um esforço físico duradouro e vigoroso crescem para a respiração dos musculos as necessidades de oxigénio; e êste, só o sangue lho pode fornecer. Destrava-se, por isso, um conjunto de reflexos de que resulta, além do aumento da frequência respiratória, com ou sem batipneia, *a)* — aumento da frequência cardíaca; *b)* — aumento do volume sistólico unidade; *c)* — aumento do volume sistólico por minuto; *d)* — aumento do sangue circulante; *e)* — aumento da velocidade de corrente; *f)* — aumento da tensão arterial.

O coração pode entrar em sobrecarga. Os corações são, porém, qualquer que seja a energia e duração do esforço, não contraem, por isso, lesão, pois antes de atingido o trabalho que seria necessário para lha provocar, já os musculos da vida de relação se cançaram e foram obrigados ao repouso pelo exgotamento.

Depois de um esforço vigoroso pode haver perturbações — que são rapidamente debeladas — mas não há doença de coração no sentido estricto da palavra.

No caso de lesão cardíaca preexistente, porém, o exgotamento do coração, por efeito de um esforço físico, é sempre mais depressa atingido que o dos musculos do sistema geral e o sobre-esforço só lhe agrava e duradoiramente a sua lesão antiga.

Se é duvidoso, pois, que um coração são e vigoroso possa ser realmente lesado, por efeito do trabalho a que o exercício físico o sujeite, qualquer que êle seja, não é menos certo que o coração pouco resistente e, no caso, o coração lesado, sofre sempre e por vezes de maneira irremediável se por ventura o esforço sobrepuja a sua capacidade funcional.

Importa sempre, por isso, como norma intangível e inviolável, que a capacidade funcional do coração seja superior ao esforço físico demandado pela profissão.

Não confundir *capacidade física ou funcional do coração* com a vocação. Em cardiologia social empregam-se correntemente as expressões *orientação profissional* e *reeducação profissional*. Orientação, para doentes jovens, que adquiriram a moléstia antes da idade própria de se aprender um ofício; reeducação, se na data em que contraíram a cardiopatia, já possuíam um mister, que por esforçado, só a pode agravar, e por isso necessário se torna substituí-lo por outro mais suave.

Mas, a escolha, ainda assim, entre tantos modos de vida leves, é ainda *orientação profissional*.

Embora em cardiologia, orientação e reeducação profissionais sejam idéias ligadas à redução da capacidade funcional cardíaca, cumpre no entanto acentuar, e definitivamente, que a capacidade física ou funcional do coração, como tódia a fôrça ou energia física, não constituem causa criadora, em si mesma, de profissão, mas constituem, sim, uma *condição* para se seguir uma ou algumas entre algumas ou muitas para que o indivíduo mostre aptidão manual ou técnica, ou tendência de outra ordem.

Que a energia física não constitui *em si* a essência de qualquer modo de vida é que um ferreiro, por exemplo, ainda depois de fisicamente incapacitado para a profissão pode orientar os serviços e afazeres da sua oficina e emprestar ensinamentos aos seus aprendizes.

Se a capacidade funcional do coração se eleva acima do esforço exigido pela profissão que o indivíduo escolheu, a breve trecho as fôrças sossobram, com diminuição de rendimento do seu trabalho, portanto como prejuízo das entidades patronais e, por outro lado, progressão rápida dos seus sofrimentos.

Supondo aquelas grandezas expressas por duas linhas, uma mantém-se constante em altura, é representativa da actividade própria da profissão e não varia; outra, exprime a actividade do operário, a qual progressivamente desce até se confundir com a primeira, se o indivíduo insiste em trabalhar; se realmente insiste, a partir de então, o declínio faz-se em curva rápida, a traduzir rápida deflexão das suas fôrças. E, dentro de pouco tempo, o indivíduo perdeu a total capacidade para tódia e qualquer actividade por modestos que sejam os esforços exigidos. A partir daquêle momento passa a ser profissão a servir para o indivíduo morrer mas não para viver.

## II — O que se faz e o que se devia fazer.

Que importaria fazer para evitar isso?

Logo que o indivíduo começasse a sentir-se diminuído em suas forças e o exame médico reconhecesse nisso participação cardíaca, deveria poder abandonar imediatamente a profissão e pensar em se transferir para outra que lhe fôsse leve. E se esta fôsse desde sempre leve, e bastante leve, nunca ela poderia ser incriminada como responsável por agravamento da cardiopatia e nunca dela se poderia dizer que alguma vez deixasse de ser profissão que para outra coisa servisse ao operário que não para viver.

Numa organização de assistência social perfeita aos cardíacos, êstes são procurados e diagnosticados quando os sintomas ainda não atingiram a acuidade que os obrigasse a repouso forçado. Tal como actualmente a assistência figura entre nós, porém, é o doente que deliberadamente procura o hospital ou o clínico, porque já não tem forças para esperar mais. Foi até às últimas e rendeu-se pelo exgotamento. Uma vez aí, no entanto, pode o médico aconselhar repouso e readaptação a seguir; contudo, os conselhos não serão, em regra, aceitos, já porque perde o salário que lhe falta para sustentação sua e dos seus, já pelas despesas que a hospitalização acarreta, já por dificuldades de outra ordem.

Ora, quando pela força das circunstâncias, o doente é contrangido ao repouso, êste tem já de ser mais longo; conseqüentemente maior já a perda de salário; mais difícil, também, a readaptação. Desde que se sinta melhor, para compensar essa perda vota-se de novo ao trabalho e despreza a readaptação conveniente; sem esta e sem a tentativa de reeducação profissional, em breve, nova crise se instala. E os sofrimentos, a ruína física e as torturas morais — porque o corpo doente está substancialmente unido a uma alma que sofre também pela doença do corpo — seguem em ritmo acelerado pelo círculo inexoravelmente vicioso que se estabelece entre o trabalho e a doença, enquanto a morte não põe termo a êste calvário.

### III — Da acção conjunta dos Centros de Cardiologia e da Organização Corporativa portuguesa poderá advir eficiente auxílio para os cardiopatas.

*Ora eu creio que é da Organização Corporativa que, entre nós, sobretudo, lhe poderia vir auxílio. Se toda a assistência para ser bem orientada exige uma doutrina, uma orgânica e uma política, eu creio que a orgânica corporativa que — longe de ser sistema rígido e cristalizado, pelo contrário vive na ancia de permanente renovação e aperfeiçoamento — seria susceptível de reajustamento às necessidades dos cardíacos dispersos pelo país, mediante o auxílio do Corpo Médico.*

Mas os Organismos Corporativos variadíssimos que já hoje constituem a aparelhagem corporativa portuguesa podem, de alguma forma, colaborar eficientemente, não digo na luta contra as cardiopatias, mas no auxílio aos cardiopatas?

Consideremos o assunto sob o duplo ponto de vista :

- a) Médico e
- b) Social.

### IV — Não sob o ponto de vista médico.

a) — Sob o aspecto médico :

Não conhecemos exactamente as causas, os agentes etiológicos, as condições em que podem surgir as afecções cardíacas. Se abstrairmos das malformações cardíacas congénitas, do coração mixedematoso, do basedowiano, do coração pulmonar, da endocardite maligna, etc., aliás não muito frequentes, podemos afirmar que são fundamentalmente quatro os pilares em que assentam as moléstias cardíacas :

- a) — Reumatismo.
- b) — Sífilis.
- c) — Hipertensão arterial.
- d) — Arteriosclerose, de que a insuficiência coronária é uma manifestação.

Sendo a sífilis doença evitável, a protecção ao cardiopata nesse domínio, participará do êxito ou insucesso da campanha anti-venérea.

A doença reumatismal, doença possivelmente infecciosa, passaria para o quadro das que particularmente exigem medidas de ordem higiénica geral, daquelas que se aplicam às doenças infecciosas em geral, se fôsse conhecido o seu agente. Mas não é, por enquanto, e daí as dificuldades em lhe dar combate e ainda o negro das estatísticas em países onde a higiene e a profilaxia não são apenas duas palavras vãs.

Como o reumatismo fêre em especial as pessoas novas, a juventude e a adolescência, as cardiopatias que manifestam os primeiros sintomas só depois dos 30 anos devem-se, em regra, à hipertensão, à esclerose das coronárias, ou a ambos os factores em conjunto.

Qual a causa e como evitá-las se ambas constituem produtos da civilização e aparecem na medida em que traduzem própria-mente uma vitória da hygiene, embora isso pareça paradoxal?

Por isso eu creio que, medicamente, os Organismos Corporativos podem apenas, sob a orientação dos Centros de Cardiologia, tratar a doença através dos seus Serviços médicos, quasi sempre gratuitos, nos mesmos têrmos em que o pode fazer qualquer outra associação de carácter particular ou não corporativa. De facto, quasi todos os Sindicatos, Casas do Povo e dos Pescadores, ou têm médicos privativos ou se associam a outros organismos congêneres na montagem de serviços clínicos em comum, nestes casos mais completos e proveitosos.

Em qualquer das hipóteses a acção médica dependerá dos meios financeiros postos à disposição do organismo, da competência dos clínicos, do grau de prestígio do próprio organismo, mas sem que a Organização Corporativa dê qualquer elemento específico à campanha. O que pode dar é apenas mais facilidades do que as que existiam se não se tivessem constituído aquêles organismos.

#### V — Mas sim sob o ponto de vista social.

b) — Sob o ponto de vista social:

Portanto eu não peço porque não posso pedir aos Organismos Corporativos a medicina preventiva, profilática ou curativa

80 ANOS DE ESFORÇOS E EXPERIÊNCIA

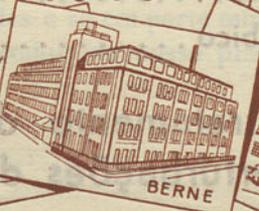


O modesto laboratório fundado no ano de 1865 em Berne, pelo Dr. G. Wander, deu origem, no decorrer dos anos, a 17 fábricas modernas na Europa, América e Austrália. Estas fábricas continuam a fornecer produtos á base de malte, tais como a OVOMALTINE, excelente alimento reconstituente de renome mundial. Produzem ainda centenas de preparados farmacêuticos (vitaminas, sulfamidos, etc.) dietéticos e químicos.

E' que nêstes 80 anos a mesma tradição de investigação científica, de fabricação cuidada, de fiscalização meticulosa de tôda a produção, se manteve nos nossos laboratórios e fábricas, empregando sómente matérias primas duma pureza absoluta.

Eis portanto o segredo da alta qualidade e eficácia dos produtos WANDER, reconhecidas pelos médicos do mundo inteiro.

1945



80 ANOS  
DE TRADIÇÃO E PROGRESSO!



**DR. A. WANDER S.A., BERNE - SUÍÇA**

Fabricantes de produtos dietéticos, químicos e farmacêuticos  
Instrumentos medicinais e cirúrgicos

Distribuidores para Portugal:

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PRODUTOS WANDER, L.<sup>DA</sup>

SEDE PROVISÓRIA:

Rua dos Correios, 41-2.º

LISBOA

Sub-Agente em Coimbra: F. PINTO DOS SANTOS Rua Martins de Carvalho, 2-2.º

**UM NOVO PRODUTO**

**WANDER**

# **CAL - DE - CE**

## **Cuja composição**

Fosfato bibásico de cálcio . . . . .	0,4 g.
Lactato de cálcio . . . . .	0,2 g.
Vitamina D <sub>2</sub> . . . . .	1000 U. I.
Amido e talco . . . . .	0,1 g.
Ácido ascórbico . . . . .	0,05 = 1000 U. I.

o indica no tratamento de hipovitaminoses C e D e nas perturbações do metabolismo fosfo-cálcico.

**Tubo de 24 comprimidos**

**DR. A. WANDER S. A., BERNE-SUIÇA**

Fabricantes de produtos dietéticos, químicos e farmacêuticos  
Instrumentos medicinais e cirúrgicos

Distribuidores para Portugal:

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PRODUTOS WANDER, L.<sup>DA</sup>

SEDE PROVISÓRIA:

Rua dos Correiros, 41-2.º

LISBOA

Sub Agente em Coimbra: **F. PINTO DOS SANTOS** Rua Martins de Carvalho, 2-2.º

porque, qualquer que seja o organismo ou entidade a que se recorra para êsse efeito, minguaos serão sempre os frutos colhidos. Por muito bem tratado que seja o cardíaco no domínio da terapêutica medicamentosa pouco haverá a esperar se se não considerar a medicina construtiva, a terapêutica social, e essa é que peço a Organização Corporativa porque ela se me afigura, entre nós, possuidora das possibilidades, se não actuais ao menos futuras, de a fornecer, dentre os que sofrem do coração, àquêles que não possuem recursos próprios.

Os Organismos Corporativos podem dar subsídios e colaboração verdadeiramente insubstituíveis. O ponto é que se lhes dê orgânica e aparelhagem administrativa suficientes.

Uma afirmação prévia se torna indispensável: a acção social dos Organismos Corporativos *só se exercerá em conexão com o trabalho, isto é, sobre os que são ou desejam ser trabalhadores.*

O restante da massa populacional, constituída pelos que vivem de rendimentos ou de expedientes vários, essa escapa evidentemente à esfera de acção dos Organismos Corporativos.

Pela mesma razão só me ocuparei dos organismos que se dirigem a trabalhadores por conta de outrem pois que as agremiações patronais têm carácter quasi exclusivamente de disciplina económica das actividades e só em parte mínima se dedicam à acção social; isto léva a excluir do nosso plano os Grémios, suas Uniões e Federações.

## VI — Como se poderia obter o cadastro dos cardíacos trabalhadores.

No dia em que todos os trabalhadores forem obrigatoriamente examinados por um médico, como condição necessária para servir uma profissão, e o continuem a ser depois periódicamente, nesse dia teremos a nota exacta do número de cardíacos e do local em que se encontram.

Por isso mesmo assentemos que seria conveniente conseguir:

- a) exame prévio;
- b) exame periódico.

Os exames prévio e periódico seriam medida de defesa social apenas na aparência restrictiva da liberdade individual, garantida na Constituição política, art. 8.º, n.º 7, de escolha da profissão, e, ainda da do direito de livre recrutamento do pessoal, contida no poder de direcção da empresa, assegurada pelo art. 15.º do Estatuto do Trabalho Nacional.

Quanto ao direito de escolha da profissão, é o próprio art. 8.º, n.º 7, da Constituição que o limita, admitindo as restricções legais requeridas pelo bem comum. E o seu § 18.º consigna ainda que os direitos do cidadão deverão ser usados sem lesão dos interesses da sociedade.

Quanto à liberdade de recrutamento, além do limite da disposição acima citada em último lugar, e que aqui é plenamente applicável, temos o art. 25.º, do Estatuto do Trabalho Nacional que preceitua:

«As condições do trabalho devem ser dispostas por forma que fiquem atendidas as necessidades da hygiene física e moral e a segurança do trabalhador».

Ora, se a hygiene física do trabalhador tem de ser acautelada no decurso do trabalho, a escolha do género de trabalho a que vai dedicar-se é indispensável para a garantia da mesma hygiene física, parece obvio.

Com base nestas disposições, talvez, muitos contratos colectivos de trabalho impõem que o candidato às profissões por estes reguladas tenha de sujeitar-se a prévio exame médico, no qual se averiguará se tem ou não capacidade física para o trabalho a que pretende dedicar-se. Todavia, celebraram-se em Coimbra, em Agosto de 1944, oito contratos colectivos de trabalho para o comércio de retalho e em cujo projecto havia sido incluída uma cláusula que exigia o exame prévio, como condição de entrada na profissão. Pois, na revisão governamental, essa cláusula foi suprimida, com o fundamento de que era restrictiva das liberdades de escolha da profissão e do recrutamento do pessoal.

Ora, é preciso acentuar, e bem, que o diagnóstico da cardiopatia ou a sua classificação quanto à aptidão para o trabalho, não visa a obter-se o repúdio do doente no trabalho, por parte das entidades patronais, mas sim a sua admissão em mister que se lhe ajuste.

Nem tão pouco serve para os cardíacos verem cerceados os ganhos proporcionalmente à percentagem que conta a sua dimi-

nuída capacidade funcional, pois se a capacidade funcional cardíaca diminuiu, não diminuíram as necessidades de sustentação material para si e para os seus.

Há profissões que para a sua execução mais se exige do cérebro que dos músculos, inclusivé o músculo cardíaco, e é para essas que de preferênciã se deseja transitem os que sofrem; e, aí, tanto podem fazer os que sofrem como os que não sofrem do coração. Trato desde longos anos doentes do coração que são óptimos funcionários na execução de trabalhos leves ou de escritório, bons como os melhores, de rendimento não inferior aos dos que nada sofrem.

Positivamente não seria justo que lhes fossem cerceados os vencimentos.

É certo que a maior dificuldade para a reeducação e colocação dos cardiopatas provém do receio da parte da entidade patronal, 1.º) de que o rendimento do trabalho resulte menor e 2.º) da possibilidade de a cardiopatia se agravar ou o doente se inutilizar no trabalho.

Quanto ao primeiro motivo, repito, a idéia é muitas vezes falsa, e demonstra, ainda, estarem tantos afastados do conceito de Estado perfeito de que nos fala SIR THOMAS LEWIS quando nos diz que nenhum trabalho industrial susceptível de ser desempenhado por indivíduos fisicamente reduzidos por doença cardio-vascular, deveria ser exercido por pessoa absolutamente sã.

Quanto ao segundo motivo, o patrão poderá alguma vez ter razão, pois no trabalho o doente pode acabar por insuficiência cardíaca ou por morte súbita, os tribunais considerarem isso como acidente de trabalho e a entidade patronal, que para cumprimento de um dever social o recebera ao seu serviço, se ver obrigada a indemnizá-lo ou indemnizar a família, por culpa de afecção que êle aí não contraíu.

Tudo dependeria, porém, de se acentuar em legislação a promulgar, a irresponsabilidade da entidade patronal por acidente cardíaco contraído no trabalho e desde que se provasse que a natureza dêste não excedia a capacidade funcional cardíaca consoante o número de classificação da cardiopatia oportunamente fornecido pelo competente Centro ou Dispensário de Cardiologia. Provado isto não faria sentido que a doença do coração devesse ser considerada, para efeitos de indemnização, como acidente de trabalho.

E legislado desta maneira acabariam assim, àcerca do segundo motivo, os receios da entidade patronal. Mas que esta se convença de que o doente do coração, como todo o individuo suposto são, tem direito ao trabalho.

O trabalho é dever indeclinável e reveste-se, no seu exercício, de augusta dignidade. Se desempenha na produção a função principal e possui, por isso, valor imperativo na ecónomia e na sociedade, não nos devemos esquecer de que, por motivos de ordém mais elevada, é o homem que deve ocupar na ordém do trabalho, da ecónomia e da produção, a posição central a que a organização, técnica, maquinária, etc., se subordinem; e de tal modo que jamais seja ofendido o direito que cada qual possui quanto à integridade da sua constituição específica.

No decurso da doença, mesmo no declínio das suas fôrças, que o homem não perca o direito ao trabalho, que êste se ajuste às suas possibilidades e seja, além disso, executado com aprazimento.

Ora, para os doentes do coração há sempre, qualquer que seja o grau de capacidade funcional, — desde que compensada e involutiva a cardiopatia — uma gama extensa de occupações que podem ser desempenhadas com perfeição e rendimento equivalente, portanto sem prejuízo para quem assalariou e sem prejuízo para a saúde do assalariado.

\* \* \*

Resta fixar que através dos contratos colectivos de trabalho é possível e tem-se conseguido a obrigatoriedade do exame prévio. Bastaria agora que os serviços encarregados dêsse exame fossem obrigados a enviar ao Centro de Cardiologia o nome do doente suposto cardíaco. Teríamos assim o início do inventário que se iria completando à medida que a rede dos contratos colectivos de trabalho atingisse tôdas as profissões, o que na verdade não está longe.

Todos os Sindicatos, Casas do Povo e dos Pescadores possuem hoje serviços médicos com maior ou menor desenvolvimento e perfeição, variando, já se vê, com a potência económica do organismo. A êsses serviços recorrem todos os associados em transe de moléstia aguda ou crónica.

Aqui surge o segundo momento, em que os serviços dos organismos do trabalho captariam maior número de casos, enriquecendo assim o inventário por sua informação ao respectivo Centro.

Mas, sabendo nós que existem graus de lesão que permitem, por largos anos, uma vida quasi normal de trabalho e, certos de que a quasi totalidade dos trabalhadores só em fase avançada da doença se fazem observar por médico, teríamos de conseguir que todos os associados fossem examinados periodicamente e enviados ao Centro logo que sobre eles incidisse a certeza ou mesmo a dúvida de sofrerem do coração.

Esta obrigatoriedade só seria efectiva por meio de disposição legal ou regulamentar e, assim mesmo encontraria opposição teimosa, creio bem.

Todavia, quero referir o exemplo dado pela Delegação da F. N. A. T. em Coimbra que, sendo obrigada a mandar examinar apenas os seus desportistas, estendeu essa obrigação a todos os associados que se propuzessem entrar para qualquer das suas muitas actividades: Orfeão, Tuna, Escola Primária, etc. E estabeleceu além disso, para todos, o exame médico periódico.

Em resumo: através os exames prévio e periódico efectuados obrigatoriamente e comunicados ao Centro de Cardiologia os doentes que o devessem ser, poder-se-ia organizar o inventário completo e sempre actualizado dos trabalhadores cardíacos.

### VII — Se há cardíacos sem profissão como poderiam aprender uma?

Há cardíacos sem profissão e querem aprender uma.

Onde o poderão fazer?

A este segundo problema a solução aparece claramente nas escolas gerais de profissões ou nas especiais que devem funcionar, e funcionam já, junto de alguns Sindicatos ou de Organismos Corporativos do trabalho.

As escolas profissionais de iniciação ou de aperfeiçoamento, serão estabelecidas num futuro que se deseja breve e funcionarão como dependências do respectivo Organismo Corporativo.

As escolas de pesca que funcionam junto de algumas casas de pescadores e os cursos de escrituração e de ciências comerciais que alguns Sindicatos tem entre mãos devem estender-se a formar uma rêde ampla até que nela possam caber todos os que desejam aprender um ofício, inclusivé os cardíacos.

Será uma organização cara e difícil por causa de numerário e orientadores à altura? Mas sem dúvida que esta deverá ser a orientação a seguir.

### VIII — Se têm já uma profissão como lhes seria facilitado o fazerem uso dela?

Que fazer dos cardíacos que, tendo já uma profissão, necessitam de emprêgo?

Nos têrmos do decreto n.º 23.712 de 28 de Março de 1934 foram criados, entre nós, agências de colocação que funcionam junto dos Sindicatos respectivos.

Poucas existem ainda e podemos dizer que felizmente, pois só naquelas profissões onde o desemprego abunda é que houve necessidade de as fazer funcionar. Nas outras, sempre que surge um ou outro caso de desemprego é o próprio Sindicato que se encarrega de o resolver pelos meios de que dispõe.

Mas, o que se quer dizer é que, ou através das Agências de colocação ou dos próprios Sindicatos, para a solução do problema do emprêgo dos cardíacos muito contribuiria um simples mas eficiente sistema de ficheiro sempre actualizado, e mediante boa coordenação de esforços com os Grémios, que são os Organismos representativos das entidades patronais.

Não se pode esquecer o papel importante que ainda aqui pode desempenhar o Commissariado do Desemprego que tem hoje os seus ficheiros de desempregados em magnífico funcionamento e dispõe de largas possibilidades de colocar trabalhadores nas mais variadas profissões.

Claro está que tudo isto depende de se determinar primeiramente qual a profissão que serve ao trabalhador por estar dentro das possibilidades do seu coração. Êsse trabalho é que me parece caber exclusivamente ao Centro de Cardiologia.

Averiguar até onde vai a resistência do doente, determinar o ponto óptimo de rendimento e conservação da energia, indicar

a profissão adequada, etc., só um organismo especializado o poderá fazer.

E teríamos assim o Centro como elemento base de todo êste mecanismo:

Receberia a nota de existência dos cardíacos, elaboraria e manteria actualizado o inventário, vigiaria o doente, classificá-lo-ia e determinar-lhe-ia a profissão adequada. Seria o cérebro, de todo êste sistema. Aos restantes organismos competiria executar sôb a sua orientação, o que superiormente lhe fôr determinado nesta matéria.

Daí a correlativa necessidade da criação de Centros de Cardiologia pelo país, com base no Dispensário e segundo programas que uma vez já traçei (1).

O Dispensário de Cardiologia encarregar-se-ia da classificação da cardiopatia e grau de diminuição da sua capacidade funcional, não para efeitos de indemnizações e de acções de carácter judicial, mas sim para se saber o género de trabalho ou profissão para onde o cardíaco se devesse transferir.

#### **IX — O Centro ou Dispensário de Cardiologia, entre outras missões, teria a da classificação dos doentes e a das profissões.**

Duas missões importantes incumbiriam, como se vê, ao Centro de Cardiologia:

- a) a classificação dos doentes e
- b) a classificação das profissões.

Como classificar os doentes?

Em alguns países, como por exemplo a Alemanha, para efeitos de indemnização a que a lei obrigava, o Corpo Médico foi convidado a avaliar a capacidade de trabalho do coração em percentagem.

É claro que dada a complexidade e número de factores que tornam o facto difícil, pelo menos de o determinar com precisão, é de aconselhar que seja pequeno o número de escalões a adoptar.

---

(1) JOÃO PÔRTO — *Assistência médico-social aos cardíacos em Portugal. Linhas gerais de um programa* — Coimbra Ed. 1940.

E assim SIEBECK, por exemplo, considerava apenas quatro: Diminuição de trabalho em torno de 30, 50, 70, por cento e, ainda, 100%, que é a incapacidade absoluta.

Segundo o seu critério gosariam de capacidade integral:

- 1) — Os indivíduos com coração são, mesmos os com aritmia respiratória, extrasístoles isoladas, alterações insignificantes na propagação do estímulo, sôpros acidentais, quando outras afecções não determinam diminuição da capacidade de ganhar a vida.
- 2) — Pessoas com lesões valvulares compensadas ou hipertensão moderada; vasomotores jovens e fumadores com perturbações anginoides, com volume do coração aproximadamente normal, sem aritmia absoluta e sem perturbações da transmissão do estímulo, com boa capacidade funcional, sem insuficiência grave na anamnese.

Seria admissível uma diminuição de 30% da capacidade de trabalho :

Nas lesões valvulares, hipertónias e miocardites, nas aritmias absolutas e nas perturbações da propagação do estímulo, compensadas e compatíveis com boa capacidade funcional, nos aumentos de volume de grau moderado, com manifestações de insuficiência leves e transitórias (por ex. dispnéa aos esforços não habituais) na anamnese.

Seria admissível uma diminuição da capacidade de trabalho ao redor de 50% :

- 1) — Nas afecções com leves manifestações crónicas de estase, perturbações respiratórias aos esforços moderados, ligeira bronquite crónica, figado de estase de grau leve, nos corações consideravelmente aumentados, na aritmia absoluta e nas perturbações da propagação do estímulo com boa e razoável capacidade funcional.
- 2) — Nos cardiopatas que já tenham tido insuficiência grave só raramente se pode admitir elevada capacidade de trabalho por causa da ameaça de recaídas em conse-

I  
O  
D  
A  
L  
O  
S  
E

G  
A  
L  
B  
R  
U  
N



STOCKS ASSEGURADOS

# IODALOSE

## GALBRUN

iodo fisiológico  
solúvel assimilável

substitui o  
iodo e o iodeto  
em tôdas as suas applicações

### SEM IODISMO

Vinte gôtas de **IODALOSE** actuam como um grama de iodeto alcalino

**DOSES MÉDIAS:** Cinco a vinte gôtas para as crianças e dez a cincoenta gôtas para os adultos.

A **IODALOSE** é a única solução titulada do Peptoniøde.

Primeira combinação directa e inteiramente estável do iodo com a Peptona.

Descoberta em 1896 por E. GALBRUN,  
Doutor em Farmácia.

---

**Importante:** Não confundir a **IODALOSE**, produto original, com as numerosas imitações apresentadas ao Corpo Médico com nome idêntico.

---

Representantes para Portugal e todo o Império:  
**F. A. CANOBBIO & C.<sup>A</sup>, L.<sup>DA</sup>**  
Rua Damasceno Monteiro, 142 • LISBOA

qüência de sobrecarga; exceptuam-se apenas os doentes em que a insuficiência se segue a infecções agudas graves, ou a esforços muito exagerados, e que em seguida se restabelecem completamente.

- 3) — Nos casos raros com crises de angor pectoris não tão graves, porém seguros, na anamnese, com insignificantes alterações cardíacas nos intervalos.

Diminuição da capacidade de trabalho ao redor de 70%:

- 1) — Nos cardiopatas com manifestações acentuadas de estase, com dano nítido de miocárdio, que ainda respondem ao tratamento mas precisam constante ou repetidamente de digitalis enquanto ainda podem de certo modo enfrentar cargas moderadas.
- 2) — No angor pectoris, com crises freqüentes após sobrecarga e livres de crises em repouso.

Haveria incapacidade de trabalho:

- 1) — Em todos os cardiopatas com graves manifestações de estase, que respondem pouco ao tratamento, cuja insuficiência se repete sempre e que necessitam de tratamento constante.
- 2) — Nos casos de crises graves e freqüentes de angor pectoris em repouso, sobretudo quando são verificáveis sinais de enfarte do miocárdio.

Mas isto não passa de linhas directrizes gerais. Aquêles números oscilam, como não pode deixar de acontecer para cálculo de trabalho de um órgão, de um e outro lado da verdade porque, como em tudo que exprima vida, não é possível a sua tradução integral em têrmos tangíveis e exactos. Com justificada razão diz, por isso, o mesmo Cardiologista:

«Nós somos obrigados, de acôrdo com a legislação actual, a exprimir *em percentagem a diminuição da capacidade de trabalhar e ganhar a vida*. Isto corresponde muito mais à situação jurídica do que à médica. Que significa — mórmente

em um cardiopata — uma diminuição de capacidade de trabalho de 20, 40, ou 60 %? Que ela não depende somente «do coração» foi várias vezes dito. Ela não depende, porém, apenas do organismo, mas também essencialmente, da personalidade e suas condições profissionais, económicas e sociais. Não decide somente o humor e a vontade, mas também a atitude em conjunto, a adaptação e as possibilidades oferecidas — na bolsa de trabalho por exemplo — o que em realidade pode ganhar e de que pode ser capaz um doente» (1).

\* \* \*

Afigura-se-me mais prática e simples a classificação adoptada pelo *Comité de Crítica da New York Heart Association* a propósito dos doentes com cardiopatias orgânicas:

- I) — Doentes com perturbações cardíacas sem limitação das suas actividades físicas. Geralmente o exercício físico não lhes causa sofrimento.
- II) — Doentes com alterações cardíacas de ligeira ou moderada limitação de suas actividades físicas.
- III) — Doentes cujas perturbações cardíacas reproduzem acentuada limitação das suas actividades. Qualquer actividade física, abaixo do normal, lhes provoca sofrimento.
- IV) — Doentes impossibilitados para a menor actividade física pois esta lhe produz imediato sofrimento» (2).

Talvez mais prática, ainda, seja a classificação proposta por T. LEWIS.

O primeiro sinal de insuficiência cardíaca, reside na diminuição da tolerância ao exercício, como se sabe.

Nos doentes do coração, entre os meios de exploração da reserva cardíaca não é às variações de frequência do pulso ou da

(1) SIEBECK — *Afeções do coração* — 1935, págs. 219 e 220.

(2) W. STROUD — *El enfermo del corazón ante el trabajo — Diagnostico y tratamiento de las enfermedades cardio vasculares*, 1943, tomo II, pág. 45.

pressão sangüínea, ou de ambas conjugadas, que êste autor dá a maior importância mas sim ao sintoma dispnea.

São de duas ordens as provas a que sucessivamente submete o doente, prova fraca e prova forte, quando êste pode passar da primeira para a segunda :

Prova funcional simples que consiste em o doente andar apressado em terreno plano, subir uma escada de 40 degraus, dar vinte saltos de 15 cent. com o pé direito e outros vinte com o pé esquerdo, ou subir e descer 20 vezes de uma cadeira de 45 cent. de altura—e apreciá-lo, a seguir, quanto à freqüência do pulso e à dificuldade de respiração. Nos indivíduos de suficiente fôrça de reserva a freqüência sobe para 10 ou 20 pulsações mas, passado um minuto, volta ao normal.

Por outro lado, responde às perguntas sem anseio respiratório.

Só se o doente responde com suficiência à prova simples é que, a seguir, o submete à prova forte a qual consiste em levantar, até por cima da cabeça, um pêso de 5 ou 10 kilos.

E, sob tal ponto de vista, divide os cardiopatas em 4 grupos :

- I) — *Boa tolerância para exercício muscular* quando toleram até a prova forte, pois podem levantar o pêso um número de vezes cerca do que o podem fazer os indivíduos normais, isto é, até próximo de 30.
- II) — *Moderada tolerância para o exercício muscular*. Quando podem realizar qualquer das modalidades da prova simples sem se fatigar, quando o fazem com velocidade moderada, a passo. Cansam-se, todavia, se fôrem depressa. Por outro lado não resistem à prova forte, isto é, basta número muito limitado de ascensões do pêso para que a respiração sofra, por isso, e não possam prosseguir.
- III) — *Má tolerância para o exercício muscular*. Se até mesmo na execução das provas simples se queixam de dispnea, e
- IV) — *Nula tolerância para o exercício muscular*. Se lhes sobrevem dispnea, no repouso, ou sob o mais pequeno esfôrço (1).

---

(1) T. LEWIS — *Enfermedades del corazon, Epasa-Calpe* — S. A. Madrid, 1940, págs. 27 e 28.

\* \* \*

Havemos de concordar que tôdas estas classificações se equivalem.

Tôdas compreendem 4 grupos para o cardiopata orgânico e de fácil identificação.

\* \* \*

E quanto às profissões?

Classificados os doentes viria a necessidade da classificação das profissões consoante o esforço físico que cada uma delas exige do trabalhador.

E, por ordem decrescente do esforço que exigem, teríamos de as dividir, ainda, em 4 grupos. O primeiro, compreendendo as mais rudes, cairia fóra das possibilidades de todo e qualquer cardiopata orgânico; para os outros 3 deverem ser atribuídos aos doentes dos outros grupos de qualquer das classificações acima descritas. Mas isso seria tarefa de que uma comissão de cardiologistas oportunamente se encarregaria.

Pescador ou ferreiro, marceneiro ou chauffeur, encadernador ou alfaiate, porteiro ou empregado de escritório, seriam exemplos de misteres a integrar em cada um dos grupos.

#### **X — Se a profissão exige sobreesfôrço como conseguir-se outra menos árdua?**

Suponhamos que a profissão anterior do cardíaco exige esforço superior às possibilidades do seu coração. Que fazer?

Nítida e imediatamente se dirá que deve dar-se-lhe uma profissão menos exigente, já que o trabalho dentro das possibilidades de cada um, é um dever social.

Se o trabalhador está dentro de uma empresa grande pode esta — e deve — colocá-lo em serviços mais leves, sem prejuízo, claro está, do vencimento que lhe competia pelo anterior lugar, pois bem lhe basta o ter de renunciar ao direito de promoção que ali usufruía.

Nada na lei torna esta transferência obrigatória.

Só a lei n.º 1454 de 27 de Julho de 1922, que regulava a situação de certos empregados fabrís do Estado determinava no art. 7.º que os sinistrados de trabalho receberiam pensão de reforma por inteiro, mas ficando sujeitos à obrigação de prestar serviços moderados, compatíveis com as suas fôrças e estado físico.

— Nada mais conheço de semelhante.

Mas se o problema não se resolve dentro da emprêsa onde o trabalhador laborava, porque esta não quer ou não pode efectuar a transferência, só uma coisa se impõe: ensinar nova profissão compatível com o seu esforço.

Para êste efeito, o cardíaco poderá recorrer às escolas públicas — não aconselhadas por exigirem longos anos de estudo — às escolas sindicais a que já me referi ou aos Serviços de readaptação previstos na lei para funcionarem junto de todos os Tribunais do Trabalho e que se destinam a auxiliar a cura dos sinistrados, ou para a reaquisição da capacidade funcional dos mesmos (lei n.º 1942, art. 41.º e seguintes).

Êstes Serviços, tal como estão previstos, não incluem na sua finalidade a aprendizagem de profissões novas, mas o certo é que não será difícil, quando se venha a fazer a sua regulamentação — já que até hoje não foi posta a funcionar um único dêstes Serviços — alargá-los de modo a que, através dêles, se consiga, pelo menos, criar nos trabalhadores cardíacos novas condições de eficiência profissional.

Um cardíaco que aprende uma profissão nova deve, em meu entender, ser acompanhado mèdicamente e ajudado com tratamento adequadamente orientado, no sentido e de harmonia com o esforço exigido pelo novo ofício.

O Sindicato onde até ali esteve associado promoveria a sua inscrição na escola daquêle ao qual se destina. Nada deveria pagar pela aprendizagem, pois entre êsses organismos deveria existir o sistema de ensino gratuito recíproco como elemento de solidariedade.

Uma vez aprendido o ofício novo, será a ocasião das Agências de colocação ou de os serviços dos Sindicatos conseguirem o emprêgo próprio e, nesse momento, o trabalhador, inscrever-se-ia

no Sindicato que corporativamente representasse essa profissão. Seria indispensável assegurar-lhe, no novo Sindicato, a plenitude dos direitos associativos que tinha naquele em que anteriormente estivesse inscrito, por forma que a sua capacidade jurídico-sindical não sofresse, com a transferência, qualquer diminuição.

### **XI — Se precisa de aprender nova profissão como se sustentaria o trabalhador cardíaco e sua família?**

Durante a aprendizagem, como se sustentaria o trabalhador cardíaco e de que viveria a sua família?

Todos os Sindicatos preveem nos seus Estatutos a criação de Caixas Sindicais de Previdência, destinadas a subsidiar os trabalhadores na doença e na velhice, por meio de pensões.

Se a Caixa está fundada e em funcionamento, o problema fica imediatamente resolvido por seu intermédio. Pagará ao trabalhador, nos termos estatutários, as pensões a que tem direito e que lhe permitirão viver até que se ache colocado.

Se a Caixa não está criada ou não funciona ainda, deverá entrar em acção o Fundo de Assistência que todos os Sindicatos devem possuir.

Quero dizer, no entanto, que preferível será a solução das Caixas Sindicais de Previdência. Por elas o trabalhador terá direito à sua pensão, direito que vem dos prémios pagos enquanto trabalhou. Pelo Fundo de Assistência receberá um subsídio com carácter de esmola que pode muito bem ferir os seus mais íntimos sentimentos de independência e até de justiça.

Sempre que seja possível, a Assistência deve ser substituída pela Previdência: dá maiores garantias individuais e consegue maior e melhor equilíbrio social.

### **XII — Conclusões.**

Eis alguns aspectos do auxílio social que os doentes do coração tem o direito de aguardar da Organização Corporativa portuguesa.

O direito corporativo português e o sistema que representa, estão na fase de pleno desenvolvimento, com fôrça viva e expansiva que lhe permita remodelar até, se necessário, os seus elementos de constituição.

É sistema dinâmico e não estático.  
Se vivemos em ambiente de renovação e em campo aberto as tôdas as sugestões, prontos a receber e a considerar todos os planos de previdência e de assistência que depois de judicioso estudo mereçam ser postos em prática, creio não terem sido descabidas as palavras que aí ficam.

Será um dia, da acção conjugada dos Centros de Cardiologia e da Organização Corporativa portuguesa que os nossos doentes do coração virão a obter o mais perfeito auxílio.

Por isso dizíamos uma vez:

«Quando um dia, estiverem eficazmente constituídos todos os Sindicatos para tôdas as indústrias e profissões e os trabalhadores respectivos aí inscritos; quando um dia estiverem não apenas criados na lei, mas em plena actividade real e efectiva todos os órgãos que a lei prevê:

— Caixa Sindical, aprendizagem profissional, agenciamento de colocações, etc.; quando todos ou, pelo menos, a maioria dos operários de Portugal se resolverem a escolher a profissão consoante vocação reconhecida e não apenas por condição fortuita a conferir, tantas vezes, ao interessado o sentimento vivo de um número perdido na perspectiva da massa dos seus colegas; quando a vida dos Sindicatos aí fôr verdadeiramente vivida e cada associado sinta na comunidade da grei fortalecida a vontade e o amor da profissão, condição necessária para a evolução e progresso desta, de felicidade para quem trabalhe e de prosperidade da vida colectiva e nacional, o Centro de Cardiologia verá extraordinariamente facilitada a execução do seu programa; mas os Sindicatos, por seulado, hão-de reconhecer a utilidade e até a necessidade de o Centro de Cardiologia, através de a peça mais elementar, o Dispensário, e seus serviços médicos ou médico-sociais, pois que só o Dispensário de Cardiologia pela utensilagem exigida na sua instalação e pela especialização do seu pessoal clínico e social poderá fornecer o diagnóstico, quantitativo e qualitativo preciso e exacto quanto possível, da capacidade de esforço do trabalhador e fornecer sugestões sôbre as profissões e modos de vida idóneos» (1).

(1) JOÃO PÔRTO—*Os doentes do coração perante o Trabalho e a Previdência Social*, 1942, págs. 50-51.

Urge, por isso, a criação de Centros de Cardiologia nos centros de distrito, e Dispensários de Cardiologia aqui e em outras localidades; que êles sejam credores das atenções do Sub-Secretariado de Estado das Corporações e Previdência, pois sôbre serem instrumentos de Assistência se-lo-iam e, sobretudo, de Previdência Social. Que o sejam, finalmente, de todos os portugueses, indistintamente, pela fundamental razão de que todos deveriam pensar na possibilidade de virem a sofrer do coração. Por isso, que nenhum coração são se exima ao dever de prestar auxílio, quando o possa, a todo o coração que sofre e precisa: *Corda sana subveniant aegrotis.*

---

(<sup>1</sup>) A coordenação entre a Assistência e a Previdência estabelece-a já a lei n.º 1998 (Estatuto da Assistência) no n.º 2 da Base VI:

«As actividades de assistência serão exercidas em coordenação com as de presidência, por forma a favorecer o desenvolvimento desta, e a dos organismos de feição corporativa em coordenação com a das instituições de assistência existentes na mesma área ou circunscrição».

# NAS CONVALESCENÇAS...

O PESO AUMENTA!  
tomando



## COMPOSIÇÃO:

Suco de carne crua conc . . . .	250	grs.
Oxihemoglobina . . . . .	50	>
Glicerofosfato de cálcio . . . .	3	>
Glicerofosfato de sódio . . . .	3	>
Glicerofosfato de magnésio. . .	1	>
Glicerofosfato de potássio . . .	1	>
Glicerofosfato de quinina . . .	0,5	>
Glicerofosfato de estriena. . .	0,015	>
Veículo glicerinado q. b. p. . .	1000	c.c.

Frasco 20\$00

Para diabéticos — Prescrever NUTRICINA sem açúcar

PREPARAÇÃO DOS

**LABORATORIOS JABA**

Rua Actor Taborda, 5 - Lisboa N.

DELEGAÇÃO NO PORTO  
Rua Mártires da Liberdade, 120

DEPÓSITO EM COIMBRA  
Avenida Navarro, 53

Acaba de aparecer:

# “Diabetes Sacarina”

Do Dr. Bruno da Costa

Àcerca desta importante obra, basta destacar o que sôbre a mesma publicou o «Diário de Noticias»... «Estudo sério, digno de um cientista, através das suas 500 páginas de texto se encara o problema sob os múltiplos aspectos da patologia, da clínica e da terapêutica da diabetes, com finalidade prática. Com boa ordenação e exemplar clareza se encontram nêle expostas tôdas as novas doutrinas fisiopatológicas e terapêuticas, delas extraindo conceitos e regras de valor prático.

Para dar idéia concreta da maneira conscienciosa por que o dr. Bruno da Costa aborda o assunto assinalaremos a divisão do livro em treze capítulos assim discriminados: esboço histórico, diagnóstico, patogenia e etiologia, patologia humoral, coma diabético, patologia orgânica e complicações, dietética, tratamento insulínico, tratamento dietético-insulínico e outra terapêutica adequada a diabéticos em situações mórbidas especiais, além da insulínica, e prognóstico».

1 Grosso volume de 538 páginas, Esc. . . . 140\$00

---

Dirigir pedidos aos editores

Livraria Moura Marques & Filho

19, Largo Miguel Bombarda, 25

COIMBRA

# O MECANISMO ALÉRGICO COMO FACTOR DE FISIO- -PATOGÉNESE DA DOENÇA INFECCIOSA

(POSSÍVEIS DEDUÇÕES TERAPÊUTICAS)

POR

M. BRUNO DA COSTA

Habitado na clínica hospitalar dos 4 últimos anos, a viver entre indivíduos com doenças infecciosas, verifiquei a insuficiência das doutrinas existentes para a clara compreensão da patogénese da infecção humana.

Desta insuficiência provieram naturalmente dúvidas científicas e certa inquietação de espírito.

São estas dúvidas científicas e esta inquietação do meu espírito perante o problema da patogénese da doença infecciosa — que eu vos trago, com os recursos de que disponho.

Com efeito, há dúvidas fundamentadas de que a evolução particular de algumas doenças infecciosas, anomalias evolutivas de certos casos clínicos, algumas especiais síndromes infecciosas e alguns sintomas também especiais sejam sempre seqüência, como se supõe classicamente, da acção directa da toxina (exo ou endotoxina) ou do germe (bactéria ou vírus) ou mesmo da mutação de virulência do germe. A existência de bactérias, de vírus ou de toxina no local ou órgão de reacção em quantidade conveniente e suficiente para explicar essa reacção não é muitas vezes comprovada; nenhuma prova científica se tem também da citada mutação de virulência, no decurso da infecção.

Por outro lado, é indiscutível, em fisio-patologia, a importância crescente que toma a noção e a influência do *terreno*, cujas características e possibilidades reaccionais com base no genotipo

e no fenotipo, contém em si grande parte da razão de ser da evolução das doenças, quando não da própria criação de algumas não infecciosas. Não se exclui, evidentemente, o contributo que o factor virulência do gérme pode conferir à evolução e sintomas da doença infecciosa, à genese de accidentes e aspectos clínicos especiais.

A alergia é modalidade reaccional particular do terreno, em regra, com base no fenotipo, mas claramente dependente do genotipo.

Da relação possível entre um estado alérgico prévio e mais especialmente do criado pelo germe infectante e a doença infecciosa, tento fazer a síntese, a análise e a crítica, e deduzir — se possível fôr — alguma noção prática.

Em conceitos apresentados, em aproximações, ou deduções feitas por semelhança, é natural ver-se excesso de imaginação. Sou o próprio a fazer o pré-aviso, conscio, porém, de que não incorro em delicto anti-científico. A imaginação é absolutamente necessária, desde que se exerça e ordene adentro de conhecimentos biológicos e de observações bem feitas da fenomenologia biológica. O labor imaginativo precede, em regra, a investigação.

Imagino possível, senão provável, que o mecanismo alérgico intervenha na patogénese da doença infecciosa e seja responsável de alguns sintomas. Há quem repila tal hipótese, por a imaginar infrutífera e a supor sem base; há quem (HANS SCHMIDT) defenda e considere o mecanismo alérgico, sólida e fecunda base conceitual, capaz de esclarecer e contribuir para o aumento dos conhecimentos da patologia infecciosa.

Êste estado do problema merece que dêle se fale no curso de férias do ano corrente, e por isso lhe dedico esta modesta nota — que é a minha lição.

Não escondo o embaraço e a dificuldade que sinto, perante a real complexidade do assunto.

### Princípios basilares e gerais que presidem à criação e evolução da doença infecciosa

A doença infecciosa do homem é a reacção dos tecidos do organismo à acção agressiva microbiana. Pode-se chamar, com propriedade, *infeccção*, apenas à acção agressiva e toxica do germe,

mais ou menos intensa, consoante a virulência do germe e o poder tóxico da toxina segregada; *doença* será, sempre e só, tóda feita pelo homem, com as várias e multiformes reacções àquela agressão.

Com esta dissociação, comprehendem-se as *infeções inaparentes e latentes*, isto é, sem qualquer symptomatologia clinica, sem doença afinal; as primeiras são de importância por serem fonte de virus das doenças epidémicas, fóra das épocas das epidemias; as segundas explicam os períodos calmos, isto é, sem sofrimento das doenças infecciosas crónicas.

A doença infecciosa começa sempre — e apenas — quando as reacções defensivas ultrapassam a etapa das alterações biológicas possíveis adentro do limiar de resistência do organismo.

Se o germe agride o organismo com suas *exotoxinas* (acção toxica primacial), como fazem os bacilos tetânico, botulínico, diftérico e disentérico, gera-se a *intoxicação infecciosa*. A diferenciação symptomatológica depende da localização electiva do germe, isto é, das células de eleição para a acção dessas exotoxinas que são para as duas primeiras, o sistema nervoso, e para as outras, respectivamente as capsulas suprarenais e o intestino.

A maioria dos germes actua por *endotoxinas*, ou melhor por productos que só se libertam *artificialmente*, em certas circumstâncias, dos próprios germes, tais como se verifica com o b. tífico, b. paratífico, pneumococo, etc. Dêstes, há ainda alguns que também têm acção toxica directa; mas na maioria, só depois da desintegração do *soma bacteriano*, que se divide em múltiplos factores de acção aggressiva, surge a acção infecciosa.

A êsses elementos do soma bacteriano, de função aggressiva, e capazes de gerar anticorpos, chamamos antigénios (bacterianos), os quais são capazes de ter *função alérgica*, havendo por êsse motivo quem lhe chame *venenos sensibilizantes* (1).

Há germes que têm acção mixta, actuando pela acção toxica directa das suas exotoxinas e por toxicos sensibilizantes, provindos da desintegração do soma bacteriano, como certos estreptococos que produzem e libertam uma toxina hemolítica e

---

(1) Expõem-se, de início, algumas noções sobejamente conhecidas; entendemos, porém, necessária a sua exposição, aqui, para melhor comprehender a intervenção do factor alérgico.

o estafilococo uma leucocidina, gerando situações morbidas que merecem o nome de *infecções-intoxicações*.

O corpo bacteriano, por si só, isto é, no todo, como corpo único, não actua como antigénio. Não tem acção agressiva, senão na medida em que prolifera. Quando muito, exerce acção como corpo estranho, o qual o organismo tende a isolar do meio interior, mercê da formação de granulomas, com o aparecimento de células gigantes, como é peculiar à reacção em volta de qualquer corpo estranho. É o que sucede com as infecções de evolução crónica, como na tuberculose, sífilis e lepra, formando-se o tuberculoma, o sífiloma e o leproma.

As *exotoxinas* podem ter função de antigénios, como os contidos no soma bacteriano, mas apresentam a particularidade de se libertarem normalmente do germe; as *endotoxinas e os tóxicos sensibilizantes* requerem para sua libertação, a destruição do soma bacteriano, porquanto os últimos são representados por parcelas deste soma; as exotoxinas geram anticorpos neutralizantes (anti-toxinas), os tóxicos ou antigénios do soma bacteriano geram anticorpos de imunidade e anticorpos de alergia, uns e outros responsáveis das reacções anómalas dos tecidos.

A doença infecciosa tem, em regra, evolução em prazo determinado e conhecido, o qual exprime o tempo necessário para que a situação humoro-tecidual modificada não permita que continui a proliferação do germe. Os germes são eliminados pelos naturais ementórios do organismo ou fagocitados ou lisados.

A defeza anti-bacteriana exprime-se pela criação de anti-corpos, isto é, substâncias ou qualidades humorais que favorecem a lise ou a fagocitose das bactérias.

A doença infecciosa, se não mata o doente, pode conferir ao indivíduo *maior sensibilidade* para esse mesmo germe infectante, como, por exemplo, sucede em certas infecções por estreptococos, estafilococos, pneumococos, ou *imunidade*, mais ou menos intensa, como se verifica, por exemplo, com a febre tifoide, o sarampo, etc.

Uma e outra modalidade reaccional são seqüência da formação de anticorpos em reacção aos gérmes infectantes.

A infecção gera e deixa, pois, como regra, ou a *hipersensibilidade*, de tipo provavelmente alérgico, ou a *imunidade*.

O mecanismo da imunidade anti-infecciosa tem íntimas relações com a criação dos estados alérgicos e por êsse motivo citamos, a propósito, as noções da imunidade necessárias para a visão ampla do problema da alergia na doença infecciosa.

### Imunidade

O estado imunitário é representado por uma modalidade reaccional que implica a existência nos humores e tecidos de capacidade especial e intensa para destruir, com rapidez, os germes infectantes, a que o organismo está imune.

A imunidade natural é o verdadeiro estado refractário à infecção e traduz-se por o individuo não ser acessível, nem nunca o haver sido à infecção, por se produzir rápida destruição do germe ou sua fagocitose, sem qualquer outra manifestação reaccional inflamatória. O organismo refractário a determinado germe pode assemelhar-se a caldo de cultura impróprio para o desenvolvimento dêsse germe. Nada há de absoluto: o estado refractário da galinha ao carbunculo desaparece, se a ave estiver algumas horas com as patas e o ventre em água fria.

A imunidade no homem é, como regra, adquirida: por êle haver sofrido a doença, por se haver vacinado, por haver sido injectado com sôro específico, por se haver transformado em portador de germes mercê de uma infecção inaparente conhecida ou desconhecida, ou mesmo de uma infecção aparente passada; é adquirida ainda a imunidade dos primeiros 6 meses de vida, por a criança receber anticorpos através da placenta e do leite materno.

Atribui-se aos anticorpos primacial função na génese da imunidade.

O anticorpo é a resposta concretizada e substanciada do organismo à acção aggressiva do antigénio.

No decorrer da doença infecciosa — seja qual fôr o tipo de toxina ou de antigénio actuante — desenvolvem-se e aparecem nos humores do infectado, anticorpos, que se expressam, por qualidades específicas dêsses humores, as quais se opõem ao desenvolvimento e reprodução do germe, e facilitam a sua destruição ou fagocitose.

### Antigénio.

Antigénio é tãda a substância capaz de promover no organismo a criação de um elemento especificamente antagónico — o anticorpo. São exemplos de antigénios, as toxinas, o soma bacteriano desintegrado, a clara do ovo, os polenes, as proteínas, etc.

O soma bacteriano contem múltiplos e diferentes antigénios. CHARLES NICOLLE previu êste facto, chamando a cada bactéria um *mosaico de antigénios*; esta comparação ainda é imperfeita, porque, sendo a bactéria um corpo, portanto com as três dimensões, e estando os antigénios dispersos nessas três dimensões, com mais propriedade, se deve aplicar o têrmo *caleidoscópico de antigénios*.

O germe bacteriano não é portanto uma massa homogênea. Com efeito, para o bacilo tífico já são conhecidos e foram isolados 3 antigénios: o H, contido nos flagelos, e os O e Vi contidos, o primeiro no interior, o segundo na superfície do soma bacteriano. Estudos com a finalidade de conhecer a estrutura antigénica dos germes se fazem presentemente nos bons Institutos de Investigação.

A função antigénica define-se pela capacidade de gerar anticorpos; ela está dependente, segundo a maioria dos patologistas, da *molecula proteica de grande volume e especialmente do estado de dispersão micelar*; diz-se que as moleculas de gordura e de hidrocarbonados não têm capacidade antigénica, se bem que se fale em antigénios glucido-lipídicos. Deve haver, segundo se crê, uma partícula proteínica nesse antigénio glucido-lipídico, que se não haja reconhecido pelos meios químicos, ou aquêlê complexo glucido-lipídico adquiriu o estado de dispersão micelar ou, melhor ainda, só tem função haptênica.

Segundo LANDSTEINER (autor que melhor estudou a função antigénica e as atribuições dos antigénios), os antigénios dividem-se em: *antigénios completos e perfeitos, haptenos complexos e haptenos parciais*.

O *antigénio completo e perfeito* é o que gera anticorpos, cuja existência e especificidade se patenteiam pelas habituais reacções antigénio-anticorpo, «in vitro».

O *hapteno complexo* é substância que «per se» não gera anticorpos, mas anticorpos se podem gerar em função dessa substância mais um auxiliar químico proteico, formando um *complexo químico*.

Êstes anticorpos podem ser objectivados em precipitados visíveis, mercê da reacção «in vitro» com a substância hapténica simples. Quere dizer, o hapteno não é capaz de, só por si, gerar o anticorpo, mas é capaz de o evidenciar na reacção «in vitro».

O *hapteno parcial* não gera «per se» anticorpo e não é capaz de evidenciar anticorpos nas reacções «in vitro», se bem que se combine, mas sem formar precipitados visíveis, com o anticorpo formado, mercê da acção de uma substância em que entre êsse hapteno.

São exemplos de *antigénios completos*, o bacilo tífico, a clara do ovo e os globulos vermelhos; *de hapteno*, o polissacarido que faz parte do antigénio do pneumococo.

A experiência que prova ter o polissacarido contido na cápsula do pneumococo função hapténica é de TOMOCSKI e KUROTCHKINE. Êstes autores sensibilizaram coelhos com injeções de pneumococos; o sôro dêste coelho foi injectado em cobaias; o anticorpo específico existente nesta cobaia torna-se agora patente, porque injectando-lhe o polissacarido do pneumococo se gera choque anafilático; o útero da cobaia, que recebeu tal sôro de coelho, contrai-se ao contacto dêsse mesmo polissacarido. (Vemos adiante que a anafilaxia intracelular é biologicamente a seqüência da reacção específica antigénio-anticorpo). O hapteno do pneumococo III é o ácido aldobionico, cujo núcleo é representado pela glicose e pelo ácido glicurónico.

A diversidade de anticorpos gerados pelos pneumococos e que os diferencia, provêm da diversidade dos haptenos dêsses germes.

São ainda os estudos de LANDSTEINER que nos dizem que a capacidade antigénica de uma substância depende *do alto pêso molecular, da grande superficie da molécula, do estado micelar e dos numerosos grupos específicos ou radicais activos contidos na molécula, havendo, parece, relação mais estreita com os radicais aromáticos.*

Da cópula de proteínas com os radicais  $\text{NO}_2$  e I, obtem-se proteínas nitrosas e iodadas; com estas proteínas geram-se anticorpos a estas proteínas modificadas e a outras proteínas, embora não iguais, mas que hajam copulado com aquêles radicais. Isto quere dizer que foram os radicais Iodo e o  $\text{NO}_2$  que conferiram ao antigénio proteinico o elemento gerador do anticorpo específico.

Também a *estereificação*, a *metilação* e a *acetilação das proteínas* conferem capacidade antigénica especial a estas proteínas, de molde aos anticorpos gerados serem também antagonísticos a proteínas diferentes das que usamos, mas que estejam unidas a êstes radicais (1).

O carácter específico da acção antigénica depende também da posição que os radicais ocupam no grupo azo-proteína



A pluralidade antigénica de cada germe e a possível existência em germes diferentes de antigénios semelhantes, senão iguais, explicam a falta aparente de especificidade de certas reacções de precipitação e aglutinação.

Com efeito, antigénios semelhantes se encontram em diferentes germes e até antigénios semelhantes aos bacterianos se encontram em proteínas animais ou vegetais. Alguns antigénios do bacilo tífico e do bacilo paratífico são iguais (ou pelo menos muito semelhantes), resultando daí, na R. de Widal, a coaglutinação dos bacilos paratíficos em casos de febre tifoide, e de coaglutinação do bacilo tífico em casos de febre paratifoide; igual fenómeno se pode registar com o colibacilo e o bacilo tífico, devido à semelhança de alguns antigénios coexistentes em ambos os bacilos. Também pela identidade de antigénios no bacilo *Proteus X<sub>19</sub>* (e *X<sub>2</sub>*) e na *recketisia prowasecki*, resultou a R. do Weil que procura a aglutinação do bacilo *Proteus* e que tem valor prático para o diagnóstico do tifo exantemático. (É certo ser freqüente a existência de bacilos *Proteus* no intestino de doentes de tifo exantemático, o que pode permitir a absorção dos antigénios do bacilo *Proteus*, originando também a formação das aglutininas respectivas).

Sabe-se ainda que o antigénio dos pneumococos I e II, que tem no polissacarido extraído desses pneumococos o seu hapteno, pode equivaler-se ao antigénio (tipo grupal) dos glóbulos verme-

(1) Êste fenómeno é muito interessante por nos permitir compreender o carácter alérgico das intolerâncias medicamentosas, por vezes aparentemente desconexas.

Prevenção e  
tratamento das  
infecções  
estreptocócicas

por via bucal

# SEPTAZINE

(Benzil-amino-benzêno-sulfamida)

PRODUTO INCOLOR, INSIPÍDO  
MEDICAÇÃO NÃO TÓXICA  
BEM TOLERADA PELO TUBO DIGESTIVO

Comprimidos a 0 gr. 50 (Tubos de 20)  
POSOLOGIA : 4 a 10 comprimidos por dia.

por via parentérica

# SOLUSEPTAZINE

p. (γ tenilpropilamino-α-γ tenil sulfamida disulfonato de sódio)

SOLUÇÃO AQUOSA, INCOLOR, NEUTRA  
PERFEITAMENTE TOLERADA PELO ORGANISMO  
Solução a 6% de Sal

**INJEÇÕES INTRAMUSCULARES  
INTRAVENOSAS E SUBCUTÂNEAS**

Empôlas de 5 e 10 cc. (Caixas de 5)  
POSOLOGIA : 10 a 20 cc. por dia

**TRATAMENTOS ASSOCIADOS**  
por via bucal e parentérica

DEPTE  
ZEAU

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

# NOVIDADE MÉDICA

*Formas anatomoclinicas, diagnostico y tratamiento  
de la tuberculosis pulmonar*

(TOMO I)

*Segunda edição corrigida e consideravelmente aumentada  
por Dr. MANUEL TAPIA*

Um grosso volume de 500 páginas  
e 492 radiografias . . . . . 260\$00

Pedidos à

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO  
19, Largo Miguel Bombarda, 25 — COIMBRA

# SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

**ANTISIFILÍTICO - TRIPANOCIDA**

**Extraordinariamente poderoso**

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

Adaptando-se por consequência, a todos os casos.

**TOXICIDADE** Consideravelmente inferior à de todos os produtos similares.

**INALTERABILIDADE** em presença do ar.

(Injecções em série)

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

**Preparado pelo Laboratório de BIOQUÍMICA MÉDICA**

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI<sup>o</sup>)

Depositarlos  
exclusivos

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

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

lho dos carneiro, o que é confirmado por BAILEY e SCHORB que imunizam coelhos contra o pneumococo por intermédio de globulos de carneiro.

O hapteno polissacarido do pneumococo II é semelhante ao de certas celulas de levedura e ao da goma arabica.

Êstes factos novos de química biológica aplicada à bacteriologia explicam fenómenos aparentemente desconexos e insolitos verificados nas reacções de infecção e da imunidade, — às quais nos vamos referir a-propósito do estudo do anticorpo.

#### *Anticorpo.*

Os anticorpos patenteiam-se *in vitro*, pela neutralização (o anticorpo antitoxina neutraliza a toxina — supõe-se que por adsorpção) pela precipitação (a precipitina faz precipitar o antigénio correspondente existente no virus ou no interior do somabacteriano), pela aglutinação (a aglutinina reune-se ao germe, aglutinando-o, mercê da sua acção sobre os antigénios correspondentes existentes nos flagelos e superficie bacterianos), pela bacteriolise (a sensibilizadora actua sobre o antigénio respectivo da bactéria, permitindo que esta seja facilmente lisada pelo complemento (factor normal existente em todos os sôros frescos não submetidos a temperatura superior a 56°), pela opsonização, que significa a adsorpção do anticorpo à bactéria, tornando esta mais propícia à fagocitose pelos leucócitos.

Êstes fenómenos têm o carácter de estricta especificidade, isto é, cada antigénio só se combina ao anticorpo de que êsse antigénio fôra causa geradora. Há quem admita haver apenas uma espécie de anticorpo; e dizem que os diversos aspectos visíveis e aparentes na reacção «*in vitro*» dependeriam apenas das diversas condições físicas em que se realiza a reacção antigénio-anticorpo.

O anticorpo é quimicamente uma molecula volumosa; diz-se ser uma globulina neoformada durante a doença infecciosa; ou é, se não fôr uma globulina, qualquer substância que adira à globulina sorica, da qual a não conseguimos dissociar.

Ê hoje aceita a relação dos anticorpos para com as globulinas. Conforme a aptidão *hidrofila* ou *hidrofoba* destas globulinas, assim os anticorpos seriam menos ou mais facilmente comprovados «*in vitro*». Do grupo das globulinas hidrofílas fazem parte os anticorpos, difficilmente evidenciados, correspondentes aos

antigénios de tóxicos, vírus filtrantes, soros heterólogos e venenos proteicos; no grupo das globulinas hidrofobas, incluem-se os anticorpos, facilmente comprovados, que se opõem às bactérias e antigénios de partículas micelares grossas.

Os anticorpos fazem, pois, parte das globulinas soricas: a antitoxina será uma pseudo-globulina, porque é solúvel (hidrofila); a precipitina, a aglutinina, a opsonina, a sensibilizadora são euglobulinas, que não são solúveis (hidrofobas).

Com efeito, a filtração do soro, de modo a reter as globulinas, tira ao soro filtrado as propriedades imunizantes e portanto de tipo anticorpo, atrás citadas.

Tal facto parece prova cabal de que tais propriedades são pertences ou atributos das globulinas dos soros dos infectados.

Poder-se-ia — ainda que com argumento pouco valioso — admitir que a filtração redusira ou modificára as propriedades físicas e capacidades de reacção física pura ou coloidal do soro.

É certo que todas as reacções antigénio-anticorpo se realizam segundo os moldes das reacções coloidais. No entanto, está provado que a *união anticorpo-antigénio é um fenómeno específico e rápido que precede sempre o efeito mais ou menos bem aparente da reacção antigénio-anticorpo*. Tudo o resto representa apenas seqüência do condicionalismo físico-químico próprio das reacções coloidais, no qual intervêm: a viscosidade do líquido, a tensão superficial, a carga eléctrica das micelas, a concentração hidrogenionica, o movimento browniano, o tipo e a quantidade de electrolitos do meio ambiente, e ainda a temperatura, a agitação, o sentido da adição dos dois reagentes e o tipo de adição.

Na reacção antigénio-anticorpo há duas soluções coloidais que se misturam, e resultam dêsse facto fenómenos de adsorção como é a neutralização da toxina pela anti-toxina, fenómenos de precipitação e de aglutinação ou ainda de sensibilização, fenómenos que lógicamente levam à destruição bacteriana, a qual traduz uma autentica dispersão micelar.

Os fenómenos de precipitação e aglutinação são favorecidos pelas seguintes condições: quando o pH do líquido dissolvente se aproxima do ponto isoeléctrico das globulinas, porque as globulinas a esse pH (ponto isoeléctrico) têm a menor carga eléctrica possível e precipitam-se facilmente; sempre que a *tensão superficial*

dêsse mesmo líquido aumente, por assim se favorecer a transformação do estado hidrofílo para o hidrofobo do coloide, que é o complexo anticorpo-antigénio; *quando baixa a viscosidade da solução coloidal*, permitindo o mais fácil depósito das partículas neoformadas; *quando haja sais* (electrolitos) na solução, *suficientes para reduzir a diferença de potencial do líquido em relação* ao dos floculados ou bactérias a *valores inferiores a 13-15 milivoltios*.

O estudo aprofundado de tôdas estas condições physico-químicas levou alguns biologistas a considerá-las como as únicas responsáveis da reacção antigénio-anticorpo. O anticorpo não era mais que um estado especial physico-químico do meio humoro-orgânico.

Com efeito, é possível obter-se a aglutinação dos bacilos tíficos em solutos 1/10.000 de sais de ferro; também sais de ferro injectados a coelhos conferem ao sangue dêstes, algumas propriedades aglutinantes para o bacilo tífico. ISNAILOVA analizou a cinza de 22 soros aglutinantes de tíficos, e de 17 soros normais não aglutinantes, e verifica que enquanto nos primeiros existe grande quantidade de ferro, nos segundos só encontra vestígios.

Tais factos confirmam indiscutivelmente o valor dos electrolitos como elemento condicionador da aglutinação.

O anticorpo «*aglutinina*» só tem de específico, quando posto na mesma solução que o antigénio (o qual é uma solução de bacilos tíficos), *a sua união rápida e íntima ao bacilo tífico, sensibilizando-o*; desta sensibilização resulta, em expressão coloidal, que o germe (que se pode considerar uma partícula coloidal) — ficou em equilibrio coloidal instavel e precário. *A aglutinina não gera rigorosamente a aglutinação; favorece-a específica e poderosa-mente, sendo na maioria das circunstâncias elemento quasi suficiente para que ela se realize*, o que é facilitado por se juntarem também, como regra, as outras condições adjuvantes necessárias à sua realização. Quaisquer sais, e provávelmente, com maior capacidade para gerar o fenómeno, os de ferro, favorecem e precipitam o fenómeno da aglutinação.

As bactérias sensibilizadas pela aglutinina reagem nas soluções coloidais como coloides hidrofobos, isto é, instaveis e portanto de fácil floculação. Mas só a aglutinina tífica sensibiliza o bacilo tífico, conferindo a tais bacilos tíficos grande aptidão à aglutina-

ção. Nesse facto, se contém a especificidade indiscutível da reacção antigénio-anticorpo. A propriedade do anticorpo reagir apenas com o antigénio que o originou representa, por enquanto, um enigma biológico. *Igual especificidade, senão mais rigorosa, se regista com os anticorpos alergicos.*

— O mecanismo da formação do anticorpo é desconhecido nos seus pormenores.

Para alguns, o anticorpo é a substância formada pelo antigénio, ou pelo menos, a partir do antigénio, sem o concurso celular. Apoiam êste critério algumas observações: a de KRYESKANOWSKY que «in vitro», juntando toxina a sôro não imunizado, verifica tempos depois, neste sôro, a existência de anticorpos; a de MANWARING, que injectando um sôro estranho a um animal, êste apresenta ainda moléculas proteicas do sôro injectado, quando já se tem fabricado os anticorpos, deduzindo daí relação entre êstes e aquelas.

Para outros, como RAMON, no anticorpo, há um factor específico que provém do antigénio, e outro menos específico fabricado no organismo pelo reticulo-endotélio.

Com esta dupla origem, se explicariam, pelo primeiro factor, o carácter da especificidade do anticorpo, e pelo segundo, as variações pessoais da quantidade de anticorpos, com que cada organismo reage à entrada de bactérias no organismo.

Finalmente, outros admitem que o anticorpo é feito totalmente pelas células, alegando, em defesa dêste critério, a desproporção entre a grande quantidade do anticorpo formado para a pequena quantidade de antigénio que lhe deu origem.

— Diz-se que os anticorpos representam uma verdadeira economia do esforço defensivo do organismo contra os tóxicos da infecção, fazendo a profilaxia da intensa acção toxica que desenvolveria a grande quantidade de antigénio bacteriano, se todo fosse totalmente catabolisado. Com efeito, a catabolização total do antigénio libertaria muitas substâncias, algumas das quais muito toxicas.

Deduz-se desta doutrina uma finalidade das actuações biológicas, mas não há elementos que comprovem a existência desta.

Em conclusão, a síntese dos anticorpos faz-se a partir dos polipeptídeos resultantes do antigénio, ou pelo menos êstes seriam o excitante celular para a formação das globulinas-anticorpos.

Ou porque os polipeptídeos dos antigénios entram na estrutura do anticorpo ou porque actuam como excitante — a êsse facto se deve attribuir, parece, o carácter específico do anticorpo. Ainda que parte ou todo o antigénio que contribuiu para a formação do anticorpo, possa sair do composto químico neoformado que é o anticorpo, ela ou êle terá, no entanto, deixado neste, pela sua presença no decurso do processo químico formativo, e através de influxo estereo-químico, o sêlo da especificidade.

Tal complexidade de fenómenos mostra os ingentes recursos que a química fornece à biologia.

É possível que os *anticorpos naturais de cada doença*, (isto é, os que existem em indivíduos que não tiveram essa doença, nem contra ela foram vacinados, nem receberam soroterapia, nem tiveram infecções inaparentes, nem são portadores de germes) sejam a seqüência da heterogeneidade antigénica dos germes e da coexistência de antigénios semelhantes em diferentes germes, a que fizemos já larga referência. Com efeito, as infecções da infância podem ser causa daqueles anticorpos, pelas razões apontadas, como, por exemplo, as infecções intestinais (colibacilio, etc.) da criança podem ser estímulo e causa de anticorpos tíficos, erradamente, portanto, considerados congénitos. Também se pode admitir que o anticorpo-globulina crie tal individualidade químico-biológica que seja possível a sua transmissão hereditária, segundo as leis de MENDEL, e, nesse caso, o anticorpo natural ou normal pertence à natureza genotípica do indivíduo.

#### *Relação do anticorpo com o estado imunitário.*

As reacções antigénio-anticorpo — pelos quais se descobre a existência do anticorpo no sôro do indivíduo — são mais prova de infecção do que de imunidade. Com efeito, existem frequentemente na segunda parte do tempo evolutivo da doença, e há imunidades sólidamente estabelecidas, que os não apresentam.

Por êsse motivo, há quem admita não ser o anticorpo o abstracto biológico da imunidade. *O anticorpo seria apenas um comparsa, uma testemunha do acto criador da imunidade, e por vezes, um elemento através do qual se exerce o acto imunitário.*

Na realidade, o indivíduo com a melhor imunidade — que é a natural, também chamada estado refractário — não apresenta anticorpos.

Se a imunidade é adquirida, verifica-se o seguinte fenómeno: à medida que nos afastamos da doença, fortalece-se, intensifica-se o estado imunitário, e desaparecem os anticorpos.

Sabe-se ainda que os anticorpos naturais ou normais não conferem verdadeira e total imunidade.

Igualmente se conhece que a existência de quantidade abundante de anticorpos no decurso evolutivo da doença infecciosa, como, por exemplo, de aglutinina na febre tifoide, não implica sempre bom prognóstico. É, em regra, de bom augúrio, mas há febres tifoides benignas com baixa quantidade de anticorpos (1).

Da observação dos fenómenos, deduz-se que a génese de anticorpos, se relaciona com a agressão microbiana e é rápida, enquanto o estabelecimento da imunidade é fenómeno mais lento, assim se explicando a disparidade evolutiva desses dois fenómenos. Uma vez estabelecida a imunidade, esta não precisa para se manter, da existência do anticorpo no organismo.

Passada a doença que confere a imunidade, os anticorpos desaparecem em semanas ou meses, e a imunidade permanece anos ou é definitiva. Um indivíduo que sofrera 6 meses antes de febre tifoide, em regra, já não tem a R. de WIDAL positiva, e no entanto está imune.

O indivíduo imunizado contra qualquer doença infecciosa, por haver sofrido essa mesma doença, não tem em regra os anticorpos específicos. No entanto, a reentrada no organismo do mesmo germe, ou até um estímulo não específico, (como a infecção por outro germe, injeções de leite, de proteínas, de sais metálicos, uma forte emoção, o golpe de frio, sangrias repetidas, febre de qualquer proveniência) podem fazer com que reapareçam os anticorpos no plasma.

Porque a reentrada do mesmo germe gera rapidíssimo reaparecimento de anticorpos, a reinfeção não se realiza, por estes

---

(1) Tais factos relacionam-se evidentemente com o poder virulento e antigénico do bacilo tífico. Se êle fôr reduzido, pode haver fraca quantidade de anticorpos e o prognóstico ser benigno; se êle fôr exagerado, o doente reage até que possa, elaborando grande quantidade de anticorpos, mas sossobra, por fim, por falta de forças defensivas perante a intensa agressão toxica do germe que pode determinar accidentes mortais (colapsos, perfurações, etc.). Acresce ainda que o poder antigénico e o virulento de um germe não têm valor paralelo.

facilitarem a rápida destruição do germe; *mas é possível que outras condições teciduais ou aspectos físico-químicos, ainda não conhecidos*, capazes de impedir o desenvolvimento do germe, se hajam estabelecido e constituam o substracto do estado imunitário.

A imunidade não é, indubitavelmente, representada pelos anticorpos, mas o acto imunitário, em parte, pelo menos exerce-se por êles, os quais facilitam a fagocitose rápida e eficaz, evitando outras reacções inflamatórias.

A imunidade é fundamentalmente uma *reacção amnesica celular*, isto é, capacidade e aptidão guardada na celula, que permite a esta a formação rápida de anticorpos, na quantidade necessária e suficiente para impedir o ulterior desenvolvimento da reinfecção.

Emquanto se está gerando a imunidade — isto é, no decurso da evolução e da convalescença da doença, há anticorpos no sangue circulante; posteriormente, desaparecem do sangue e com probabilidade também da célula. Custa a conceber que as células vivam a vida inteira com os anticorpos das diferentes doenças, para as quais, durante a infância, o individuo se imunizara. Êsses anticorpos permanentemente fixos no soma celular representariam elementos intrusos à boa, normal e intensa renovação do protoplasma celular, que a vida requiere.

Se recordarmos que um *gene* da celula germinativa pode ser a sedé de tantas, várias e importantes faculdades e qualidades, não deve surpreender-nos que, à sua semelhança, o soma das células de todo o organismo (nomeadamente do sistema reticulo-endotélio — S. R. E.) seja capaz de guardar para todo o sempre a capacidade de formar anticorpos específicos, como sequela de uma infecção sofrida.

E perante esta capacidade aumentada e em potencial guardada nas células, compreende-se que estas, ao serem estimuladas pelo agente específico (ou até por agentes não específicos — o que mostra o carácter não finalista que pode ter esta reacção biologica) produzam, sem custo e rapidamente, grande quantidade de anticorpos.

Parece demonstrado que *quasi todas as células são capazes de gerar anticorpos*, mas a *verdadeira sede histológica da imunidade é o S. R. E.*, o qual existe em maior quantidade no baço

(esplenocitos), no fígado (celulas de KUPFER), nos gânglios, na medula, nos tecidos mesenquimatosos, nos endotélios vasculares.

De facto, o bloqueio do S. R. E. pela tinta da china e tripan azul ou a extirpação do baço torna os animais mais sensíveis ao bacilo de KOCH e menos sensíveis à tuberculina (KLINGE, FREUND, JUNGBLUD, SEIFFERT).

*Outros factores que influenciam a criação do estado imunitário.*

As glândulas endocrinas, as vitaminas e o sistema neuro-vegetativo influenciam a génese e a conservação do estado imunitário.

À *tireoide* atribui-se papel acelerador do catabolismo e portanto, supõe-se favorecer a destruição do antigénio; e considera-se também a séde da formação do complemento; à *supra-renal*, por excitar o simpático, atribui-se intervenção na génese das aglutininas; e também influi na regulação do metabolismo lipídico, ou pelo menos, do colesterol, cuja acção nos fenómenos químicos da imunidade é admitida por todos; o *baço* e o *timus*, o primeiro por conter grande quantidade de colesterol, e ambos pela sua riqueza em S. R. E., intervêm, indiscutivelmente, nos fenómenos da imunidade. Os animais em avitaminose perdem a faculdade de gerar anticorpos.

A intervenção do *factor psico-neuro-vegetativo* é facilmente deduzida. A excitação do simpático aumenta a produção de aglutininas, (HOFF e outros). Segundo os interessantes trabalhos do METANIKOV em coelhos, prova-se a influência de factores nervosos — *tipo reflexo condicionado* — como elemento capaz de favorecer a génese das condições de imunidade.

Este investigador utilisou nos seus estudos, o método do PAWLOW e procura com êle saber a influência de reflexos condicionados (isto é, com a actuação do estimulante indiferente ou condicional) sobre a modificação do valôr e fórmula leucocitárias, a formação de anticorpos e a reacção de defesa peritoneal.

O animal de experiência foi o coelho, o excitante específico, as injeções endovenosas de 1 c.c. da cultura de vibriões coléricos, e injeções no peritoneu de 2 c.c. de uma emulsão dos mesmos vibriões, aquelas para pesquisar e avaliar a reacção leucocitária, e êstes para conhecer o aumento de anticorpos e a reacção celular de defesa peritoneal.

# EUCORTONE

EXTRACTO DE CÓRTICE SUPRA-RENAL

*com a hormona cortin, do êxito extraordinário na doença de Addison e de outros males, em especial na rápida restauração de apetite, pêso, fôrça e bem-estar.*

*Registaram-se outros êxitos na neurastenia, psoríase e hyperemesis gravidarum.*

*Na toxemia aguda das queimaduras os casos tratados com EUCORTONE curaram-se, a dois dos quais se prognosticava morte quási certa.*

*EUCORTONE, biologicamente ensaiado, de eficácia clínica assente, é praticamente isento de azoto e adrenalina, não contém substâncias irritantes nem tóxicas e é estéril.*

*Ministra-se em injeções intramusculares, intravenosas (em crises) e subcutâneas (casos crónicos).*

FRASQUINHOS DE 10 c.c. COM TAMPA DE BORRACHA

---

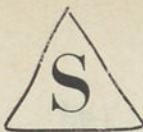
PROSPECTOS DESCRITIVOS AOS Ex.<sup>mos</sup> CLÍNICOS

---

Fabricantes: ALLEN & HANBURY, LTD. — Londres

Representantes: COLL TAYLOR, L.DA

R. dos Douradores, 29-1.º — Lisboa



# ALGUNS PRODUTOS SANDOZ

**SANDOZ** De prescrição exclusivamente médica

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

Representante e concessionário da

**SANDOZ S. A. — Bâle-Suissa**  
**ERNANI MOREIRA**

Rua João Penha, 14-B — LISBOA

O estimulante indiferente ou condicional foi o aquecimento da orelha do animal por placa metálica ou arranhadela no ventre. Repetiram-se 15-20 vezes os dois estimulantes, o específico e o indiferente; daí por diante, só o excitante indiferente origina leucocitose, aumento de anticorpos e de células peritoneais.

Destas experiências, que consideramos bem conduzidas, deduz-se a influência do factor nervoso na génese da reacção às infecções e na criação do estado imunitário. Até se poderia também, por dedução, se bem que ousada, admitir que em certos surtos agudos de doenças crónicas, uma excitação, tipo reflexo condicional, pode representar o elemento desencadeante.

Há quem admita que o factor humoral e o endocrino que influenciam a criação da imunidade são regulados por um centro nervoso do diencefalo, não longe dos centros reguladores da temperatura, da respiração, do pulso e do metabolismo geral. Em boa lógica, custa a crer que o organismo traga já centros nervosos especializados para situações anormais, como são a reacção à infecção e a criação da imunidade. Mais lógico nos parecem ser estas a resultante de uma harmonico-reacção defensiva, que põe em jogo todos os complexos mecanismos do que o organismo dispõe.

Deduz-se claramente haver finesa, subtilidade e grande complexidade nos fenómenos de imunidade — e estes mesmos atributos se podem trasladar para o fenómeno de alergia — que é biologicamente uma reacção de antigénio-anticorpo intra-celular ou nas imediações da célula, e representa com tóda a probabilidade, uma reacção viciosa de defeza, bastantes vezes entrelaçada com o fenómeno de imunidade.

(*Continua*).

CLÍNICA DE DERMATOLOGIA E SIFILIGRAFIA  
DOS HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Director — Prof. Dr. Mário Trincão

NOTAS CLÍNICAS

Um caso de doença de Duhring-Brocq

POR

ARTUR LEITÃO

Na «Clínica de Dermatologia e Sifiligrafia» dos Hospitais da Universidade de Coimbra, observei um caso de *Dermatite de Duhring-Brocq*, como geralmente é designada entre nós, que me pareceu curioso.

Esta afecção é pouco freqüente, principalmente em idades inferiores a 20 anos ou acima dos 40.

O doente por mim observado tinha apenas 9 meses de idade.

Por isso julguei de algum interesse clinico tornar conhecido o caso que se me deparou, aproveitando ao mesmo tempo a oportunidade de reunir as notas que, para o estudar, extrai dos autores acerca da doença.

Durante a observação do doente, como também na coordenação destas notas, encontrei sempre a ajuda valiosa do Director da «Clínica» e ilustre Prof. Dr. Mário Trincão.

Quero, por isso, testemunhar aqui a S. Ex.<sup>a</sup> o meu profundo reconhecimento, que ficará ainda como homenagem à sua inteligência, ao seu saber e ao seu belo espirito de camaradagem.

O caso clínico pessoal

C. A. F., de 13 meses de idade.

Determinou a sua admissão na clínica do Prof. Mário Trincão uma erupção eritemato-bulhosa disseminada, iniciada quatro meses antes, aproximadamente.

Os pais não referem no seu passado qualquer afecção de interesse clinico ou facto digno de registo.

A mãe não teve abortos. Só teve um parto, que decorreu normalmente e de que nasceu a têrmo o pequeno doente.

Êste foi submetido a aleitamento materno e até o aparecimento da sua dermatose não sofreu qualquer outra afecção.

A mãe informou-me que esta afecção do filho se iniciou pelo aparecimento de umas bolhas, precedidas de intenso prurido, sobretudo de noite, bolhas localizadas nos membros e na parte superior do tronco.

Observando o doente na consulta externa, verifiquei a existência de uma erupção eritemato-bolhosa nos membros, no hipogastro, nas regiões nadegueira e gènito-crural, no pescoço e na nuca.

As manchas eritematosas apresentavam formas variadas e eram de bordos irregulares.

Sobre estas manchas, em grupos, e na pele sã viam-se bolhas de dimensões e aspectos variados: umas salientes e brilhantes, contendo líquido seroso; outras, purulentas, mais fúccidas, contendo verdadeiro pus de côr amarelo-esverdeado.

De onde em onde, crostas amarelo-acastanhado e manchas despigmentadas, particularmente na nuca e região nadegueira, onde se destacam da pele normal.

Entrado na enfermaria de D. M. e novamente observado, o doente apresentava-se febril (37,5 a 38°) e a afecção mantinha o mesmo aspecto.

Continuamente novas bolhas apareciam em pontos diversos do corpo, mas de preferência no tronco e membros. (Figs. 1 e 2).

A erupção tem evoluído por surtos, sem, no entanto, desaparecer completamente.

As novas «poussées» são constituídas por elementos eritemato-bolhosos, com as mesmas características anteriores e precedidas de intenso prurido, que não deixa o doente conciliar o sono durante a noite.

Chegou ao ponto de ter a superfície cutânea completamente invadida pelo processo. O torax era o mais poupado, bem como as conjuntivas oculares, o mesmo já não acontecendo com a mucosa da boca.

Em pontos onde a pele se encontrava perfeitamente sã notavam-se elementos bolhosos contendo um líquido claro, por vezes opalescente.

Feito o exame geral do doente, não encontrei qualquer perturbação funcional dos outros órgãos e aparelhos.

A auscultação cardíó-pulmonar era normal. O fígado e o baço não estavam hipertrofiados. Não encontrei estigmas de heredo-sífilis.

Dada a idade do doente, era impossível obter sinais subjectivos da sua afecção. Além das insónias causadas pelo intenso prurido, o doente chorava com frequência, o que deve interpretar-se como efeito de qualquer dor que o atormentasse.

*Biopsia* — O exame histo-patológico deu o seguinte resultado:

«Sobre os fragmentos estudados nota-se:

1.º Hiperplasia epitelial com papilas alongadas e sem alteração do corpo mucoso de Malpighi.

2.º O corpo papilar é formado por fibroblastos e histiocitos com pequena riqueza de fibras colagénias e ligeiras infiltração constituídas por eosinófilos, raros linfócitos e alguns plasmócitos.

3.º Uma bolha sub-epidérmica destacando completamente a epiderme do corpo papilar cheia de exsudato ligeiramente eosinófilo, no

meio do qual se encontram numerosos polinucleares na sua quasi totalidade eosinófilos.

4.º A camada reticular da derme é constituída por um tecido conjuntivo denso com abundantes fibras colagénicas e sem alteração anatomo-patológica.



Fig. 1

«Em resumo:

«Em virtude da infiltração eosinófila, da presença de uma bolha sub-epidérmica destacando completamente a epiderme do seu corpo papilar, de abundância de eosinófilos nesta bolha, deve tratar-se da Dermatite de Duhring-Brocq, embora não se encontre o quadro histológico completo».

(a) João Novo.

*Exames laboratoriais:*

1.º *Sangue* — Sero-reacções de W. e Kahn: negativas.



Fig. 2

*Fórmula hemo-leucocitária:*

Hemoglobina . . . . .	55
Eritrócitos . . . . .	4.400.000 mm <sup>3</sup>
Leucócitos . . . . .	17.800
Valor globular . . . . .	0,62
Granulócitos neutrófilos . . . . .	25,9 %
»    basófilos . . . . .	
»    eosinófilos . . . . .	19,3 %
Linfócitos . . . . .	51,6 %
Monócitos . . . . .	4,2 %

2.º *Urina* — Análise sumária: não se encontram elementos anormais.

Dosagem das vitaminas na urina das 24 horas. — Foram feitas várias análises e em tôdas o doente se encontrava bastante carenciado em vitamina C (3 mgrs.) e discretamente em vitamina B<sub>2</sub> (50 γ)

3.º *Exame histo-bacteriológico do exsudato das bolhas* — Não se encontram germes. Mostra numerosos polinucleares e eosinófilos, assim como mastócitos.

4.º *Fezes* — Ovos e parasitas nas fezes; contém ovos de *Ascaris lumbricoides*.

### *Terapêutica.*

Quando o doente entrou na enfermaria submeti-o a um tratamento anti-séptico local. Foram-lhe abertas as bolhas e as pústulas, applicando-se-lhe em seguida o soluto de mercuro-cromo a 2 0/0 e pó de sulfamida

Com êste tratamento foi suprimida com relativa facilidade a infecção secundária das bolhas — lembrava o impétigo do tipo bolhoso — que na altura do seu internamento dominava o quadro clínico.

Em seguida a dermatose do nosso doente apresentava-se em tôda a sua pureza; uma erupção eritemato-bolhosa, que evolucionava por surtos.

Neste periodo submeti-o a várias terapêuticas: tratamento com arseni, sais orgânicos e injeções de auto-hemoterápia; injectei vitamina C e extractos hepáticos; pratiquei a dessensibilização geral com variadas substâncias; dei quinino e combati a parasitose intestinal. Isto no decorrer de algumas semanas, sem que conseguisse obter a cura da dermatose.

## A doença de Duhring-Brocq

### I — DEFINIÇÃO

Sob o nome de *Dermatite herpetiforme de Duhring*, ou *Dermatite dolorosa de Brocq*, ou mais simplesmente *Doença de Duhring-Brocq*, designa-se uma afecção cutânea caracterizada clinicamente pelos seguintes sinais fundamentais:

- Poliformismo da erupção com disposição herpética;
- Sensações subjectivas dolorosas;
- Tendência recidivante;
- Conservação do bom estado geral.

São êstes carateres suficientes para a não confundir, como é possível à primeira vista, com o *pênfigo crónico*, afecção bolhosa pura, geralmente desacompanhada de prurido e de dores e de evolução quasi sempre fatal.

Como já disse, a *Dermatite de Duhring-Brocq*, pertencente ao importante grupo das dermatoses bolhosas, surge normalmente num periodo que vai dos 20 aos 40 anos.

Mas Gaté, Girard e Michel, mais tarde Sézary e Horowitz descreveram uma variedade congénita.

Pouco depois do nascimento, foi encontrada por Nicolas, Lebeuf e Amic aos 13 meses; por Drouet aos 15 meses; aos 23 por Scarpa; aos 2 anos e meio por Nicolas e Brouset; e, finalmente, aos 4 anos por Khaldreif.

## II — HISTÓRIA

Foi Duhring quem, numa memória publicada em 1884, destacou esta dermatose dentro do vasto e importante grupo das dermatoses bolhosas a que pertence, e a caracterizou pelo seu aspecto particularíssimo e pela sua evolução, dando-lhe o nome de *Dermatite herpetiforme*, conservado posteriormente por alguns autores, especialmente os anglo-saxões.

Antes de Duhring a dermatite herpetiforme era confundida ora com o *pênfigo crónico*, ora com o *eritema polimorfo*.

Só a partir de 1884 passou a ser entidade nosológica independente, ficando a constituir uma espécie de ponte (Gay-Prieto) a ligar-se pelos extremos aos eritemas polimorfos e ao grupo dos pênfigos.

Em 1886, Brocq, prosseguindo na esteira de Duhring, insistiu sobre os elementos típicos da sua *dermatite polimorfa dolorosa*, definindo assim com maior precisão as características fundamentais da afeecção.

Brocq pretendeu ainda separar as variedades que se distinguem por flictenas e uma evolução recidivante (correspondendo para este autor a verdadeira dermatite de Duhring) da variedade polimorfa e dolorosa.

Actualmente, a-pesar-de não se ter conseguido perfeita unidade de vistas e haver ainda autores que não admitem a individualidade da Doença de Duhring-Brocq, *é sob esta designação geral que se agrupam os diferentes aspectos da dermatose*.

Clément-Simon afirmou, na 27.<sup>a</sup> reunião da «Sociedade Italiana de Dermatologia e Sifilografia», onde representava idêntica agremiação francesa, não haver dúvidas em França acerca da separação nítida entre esta dermatose e os pênfigos, admitindo a escola francesa a individualidade da Doença de Duhring-Brocq.

## III — CARACTERES CLÍNICOS, BIOLÓGICOS E HUMORAIS

### A) — Caracteres clínicos.

A *erupção* nesta dermatose tem aspecto bolhoso, com disposição herpetiforme (Duhring), e nalguns casos pode apresentar-se disseminada. Brocq atende, principalmente, ao *poliformismo* da erupção: eritemato-vesiculosa, eritemato-bolhosa, urticariana, papulosa, pustulosa, etc., e não dá grande importância a disposição herpetiforme.

O aparecimento de bolhas em pele normal é de grande valor para o diagnóstico. As bolhas, cuja infecção é frequente, depressa se transformam por um mecanismo idêntico ao do impétigo, em crostas, que mais tarde se curam, originando *cicatrices pigmentadas* ou *acrónicas*.

Tôdas as regiões do tegumento cutâneo podem ser atingidas por estas lesões. Segundo Boeck, a localização mais freqüente é nos membros superiores, especialmente nos antebraços.

Nas mucosas, em especial na da boca, podem aparecer bolhas análogas às do pêfingo verdadeiro. Duhring, ao contrário de Brocq, que reconhece a presença de bolhas nas mucosas, não assinala esta localização.

A erupção faz-se acompanhar de *sintomas subjectivos*. Os doentes queixam-se de *sensações de ardor*, de *queimaduras*, de *picadas*, *parastésias*, mesmo *dores agudas*, e de *prurido intenso*, que, em geral, se exacerba de noite.

Alguns autores (Rosenthal, Danlos) têm admitido a falta dêste último sintoma. Outros, porém, afirmam que o prurido existe sempre e representa sintoma apreciável da *Dermatite de Duhring*, que consideram essencialmente pruriginosa.

Unna refere que nas crianças o prurido diminui de intensidade.

Todos os sintomas subjectivos que referi têm valor para o diagnóstico da *Doença de Duhring-Brocq*, mas nenhum dêles, na opinião de Hoffmann, constitui sinal patognomónico.

Os sintomas subjectivos levam os doentes, na maior parte das vezes, ao nervosismo e à insónia, mas o seu *estado geral não é alterado*. Os doentes comem com apetite, sem transtornos gastro-intestinais nem perda de peso. Só raramente lhes pode determinar a morte.

Tanto Duhring como Brocq insistem, nos seus trabalhos, na grande importância dêste sintoma.

A *Doença de Duhring-Brocq* tem tendência para a *evolução crónica*, fazendo-se o aparecimento das bolhas por *poussées sucessivas*.

Mantém-se durante meses, anos, mesmo durante a vida inteira do doente. A erupção segue-se uma melhoria, com desaparecimento quasi completo das lesões cutâneas, para depois se renovarem com características idênticas.

#### B) — *Caracteres biológicos.*

É noção clássica a existência de uma *eosinofilia sangüinea* no decurso de um grande número de dermatoses.

Na *Doença de Duhring-Brocq* a *eosinofilia* é freqüente, razão por que os autores consideram esta afecção como *doença de intolerância*.

A maior parte das observações assinala uma *eosinofilia* variando entre 10% e 30%. Nalguns casos o seu valor é inconstante, motivo por que alguns autores chegam a negar-lhe importância (Bodanovitch, Willbrand).

Nos trabalhos de Gougerot, em que o estudo do mielograma ocupa lugar de relêvo, verifica-se que esta inconstância é aparente: *a punção external nestes doentes mostra uma eosinofilia notável*. Existe, de facto, uma eosinofilia medular não só nos casos em que a eosinofilia sangüinea está aumentada, e por isso a deixa prever, mas também naqueles em que a fórmula hemo-leucocitária é normal, ou vizinha do normal.

Spillmann e Weill observaram certo aumento de velocidade de sedimentação das hemácias e monocitose.

Nicolas cita a mielocitose basófila.

É, no entanto, a *eosinofilia* o sintoma hematológico de maior constância, pelo que se lhe atribui particular valor para o diagnóstico desta dermatose.

No líquido das bolhas aparece também, e talvez em maior percentagem que no sangue, uma eosinofilia que varia entre 40 % e 70 %. Nicolas e os seus colaboradores encontraram algumas vezes polinucleares basófilos.

### C) — Caracteres humorais (1).

a) *O estudo do cloro globular, do cloro plasmático e da relação cloro-eritroplasmática* leva às seguintes conclusões:

- Não há retenção cloretada;
- O doente reage normalmente às provas de cloretação e de descloretação;
- A clorémia não sofre modificações no decurso da doença.

Turpin não confirma a existência de retenção cloretada, invocada por Kartamitscheff e Urbach, e que em nada pode influenciar favoravelmente um regime descloretado no curso da evolução da «Doença Duhring-Brocq», como pretendiam alguns autores.

b) *Estudo dos prótidos no sangue e do líquido flictenular* — Grande número de dosagens destes elementos no sangue mostram que a «Doença de Duhring-Brocq» se acompanha de *hipoprotidémia desequilibrada*. Esta diminuição dos prótidos no sangue faz-se à custa da *sero albumina*, pois a *sero-globulina* mantém valores normais. Desta maneira o cociente albuminico encontra-se aqui  *muito reduzido*.

Por outro lado, *as dosagens dos prótidos no líquido das flictenas assemelha-se à do soro sanguíneo*. Existe uma diminuição da sero-albumina ainda mais acentuada, valores normais de sero-globulina com diminuição mais nítida do cociente sero-albumina/sero-globulina.

Na opinião de Turpin e dos seus colaboradores, o desequilíbrio protidémico no sangue dos doentes de Duhring-Brocq parece ser determinado por um duplo processo:

- Expoliação em albumina ao nível das flictenas;
- Insuficiência de um mecanismo compensador, devido sobretudo a alteração hepática.

(1) Neste capítulo utilizo os trabalhos de Turpin: foi êle que pôs em destaque certos factos relativos ao metabolismo mineral e ao equilíbrio proteico na «Doença de Duhring-Brocq».

E depois de várias considerações acerca da *expolição proteica flictenular* e a *alteração hepática*, Turpin conclui:

«A alteração cutânea primitiva, responsável pela expolição proteica, leva a um desequilíbrio imperfeitamente corrigido, por um mecanismo compensador insuficiente, de que a alteração hepática é principalmente responsável, pois estas anomalias humorais, e, sobretudo, a queda das albuminas, determinam a baixa da pressão de Starling, que favorece a transsudação líquida ao nível das excoriações cutâneas e a desidratação».

c) *Estudo da dosagem do cálcio no sangue*—Nos doentes de Duhring-Brocq há *hipocalcémia* que não se acompanha de *hipocalciúria*, visto que nas urinas se têm encontrado valores normais. A hipocalcémia parece, segundo tôdas as probabilidades, ser solidária com a *hipoprotidémia*.

Sabe-se que o cálcio sangüíneo se encontra repartido em três fracções:

- *Cálcio proteico*, que representa cerca de metade do cálcio total;
- *Cálcio ionizado difusível e ultrafiltrável*, que representa completamente a outra metade;
- *Cálcio X*, que representa pouca porção.

Na *Doença de Duhring Brocq* vê-se com facilidade que a hipocalcémia será determinada pela diminuição do *cálcio proteico*.

d) *Estudo da dosagem do potássio no sangue e nas urinas*—O potássio encontra-se elevado não só no sangue como nas urinas. A relação K/Ca encontra-se elevada.

e) *Estudo da reserva alcalina*—Não têm sido encontradas alterações profundas da reserva alcalina, segundo resultados recentes obtidos por Turpin.

O Prof. Spillmann julgava existir uma alcalose, propondo-se tratar os seus doentes com um regime acidificante. Gaté, pelo contrário, defendia a acidose. Se esta existir, deve ter origem em infecções secundárias.

f) *Estudo dos elementos minerais sódio e magnésio*—Êstes elementos, doseados no sangue dos doentes de Duhring-Brocq, são praticamente normais.

#### IV — FORMAS CLÍNICAS

A *Doença de Duhring-Brocq* apresenta-se sob várias formas clínicas:

a) Segundo o *aspecto das lesões dermatológicas*, citam-se as formas frustes, eritematosas, pustulosas, melanodérmicas, etc.

b) Segundo a *sede*—Além das generalizadas, que são as mais frequentes, existem formas localizadas, que se definem pela existência de territórios cutâneos limitados, mais ou menos extensos, onde se instalam lesões bolhosas ou outras, conservando as restantes regiões do tegumento cutâneo completamente indemnes no decurso dos numerosos surtos.

Nestas formas as regiões atingidas são geralmente simétricas e a topografia nervosa é manifesta, ainda que menos precisa que na da zona.

Têm sido descritas formas localizadas nas regiões escapulo-humerais, epigástrica, interescapular, maxilar inferior, etc.

c) Segundo a *idade* — São raríssimas na criança e no velho, apresentando-se as da criança menos pruriginosas (Unna).

Diferentes autores assinalam formas mucosas. Gougerot descreveu uma localização esofágica — forma esofágica — terminando por uma estenose cicatricial. Nicolas, Lebeuf e Michel encontraram formas laringeas e epigástricas. Phipps, Rabut, Ruppe e outros citaram formas bocais.

As formas conjuntivais são muito raras e podem originar seqüelas oculares graves (Louste e Pinoche).

d) Segundo a *evolução*, a Doença de Duhring-Brocq pode apresentar-se na clínica sob as formas agudas, sub-aguda e crônica, sendo esta a mais constante.

## V — ANATOMIA PATOLÓGICA

Só depois dos trabalhos de Civatte, publicados nos «Anais de Dermatologia e Sifilografia da Sociedade Francesa», ano de 1943, a *Doença de Duhring-Brocq* passou a ter anatomia patológica definida e bem caracterizada.

Dois tipos de elementos eruptivos primários a caracterizam:

1.º *Placas eritematosas*, sôbre as quais se notam algumas crôstas e por vezes excoriações provocadas pelas unhas dos doentes;

2.º *Elevações epidérmicas*, umas do tamanho aproximado de uma cabeça de alfinete — vesículas; outras mais volumosas — *bolhas*, no interior das quais se colecta um líquido claro ou purulento.

As lesões microscópicas das *placas eritematosas* são, sobretudo, *dérmicas*: edema e congestão do corpo papilar, com diapedese abundante, numerosíssimos polinucleares, entre os quais muitas vezes grande número de eosinófilos.

A *epiderme* também apresenta alterações: exocitose discreta de alguns polinucleares, que inundam o corpo papilar subjacente, sem lesar o corpo mucoso. Nalguns casos a exocitose torna-se mais intensa e é acompanhada de *exoseroze*.

A *exoseroze* faz-se sob a forma de gotículas de serosidade condensada em vários pontos do corpo mucoso e, em particular, sob a forma de pequeninas vesículas imediatamente sub-córneas.

No líquido da pequenina vesícula encontram-se polinucleares, em maior número eosinófilos, como no infiltrado dérmico subjacente.

As *crostas* que se encontram à superfície das placas eritematosas correspondem àquelas pequeninas vesículas que, ao abrirem-se, eliminaram sôro coagulado sob a forma de massas lenticulares envolvidas de células da camada córnea e leucócitos.

É a *bolha*, e só a bolha, que na Doença de Duhring-Brocq constitui o *elemento histopatológico característico*.

Diz Civatte: — «Não é simplesmente a diferença de tamanho que distingue a bolha da vesícula, mas um aspecto e uma estrutura bem distintas, além de que cada um destes dois elementos apresenta um mecanismo de produção também diferente».

«Na Doença de Duhring-Brocq — conclui o mesmo autor — não há bolhas e vesículas, mas simplesmente *bolhas*. Estas são formadas por uma epiderme que se destaca do corpo papilar e que, em virtude do afluxo de serosidade acumulado na cavidade formada, faz levantar a epiderme e tomar o aspecto de cúpula».

A epiderme conserva a sua espessura normal e a estrutura habitual nas bolhas de reduzidas dimensões, ao passo que nas de maiores proporções torna-se mais fina e por vezes necrosa-se quasi por completo, especialmente na parte mais elevada.

O pavimento da bolha é o corpo papilar edemaciado, cujas papilas fazem saliência no interior da bolha.

O infiltrado nuns casos é cerrado, noutros vêem-se somente nas papilas células em menor número que no corpo papilar normal. Parece que a riqueza de células está intimamente relacionada com o início de supuração.

Podem ser numerosas as células e existirem poucos polinucleares neutrófilos. O infiltrado, neste caso, faz-se à custa de alguns linfócitos e de muitos histiócitos livres. Muitas vezes encontram-se eosinófilos em grande abundância.

A transformação das bolhas em pústulas, na Doença de Duhring-Brocq, faz-se como no impétigo de Boeckart, visto que a supuração instala-se, num primeiro período no colo de um folículo pilo-sebáceo.

As lesões anátomo-patológicas que acabamos de descrever são as que se encontram nas formas correntes desta dermatose.

Há, no entanto, outros casos em que existe alteração epidérmica no tecto da bolha com as mesmas características das já citadas anteriormente na placa eritematosa, vesícula microscópica e crôstas. Essas lesões são, com toda a certeza, anteriores ao aparecimento da bolha. Não sucedendo, porém, sempre assim, pode dar-se o caso de a vesícula microscópica e a bolha terem início simultâneo.

Quer num quer noutro caso, o exame objectivo mostra-nos que estas duas formações ficam sempre independentes: *uma, a vesícula, de localização sub-córnea; outra, a bolha, de localização sub-epidérmica*.

Civatte rejeita a fórmula clássica, segundo a qual as bolhas se originariam à custa de vesículas anteriormente formadas, e é de parecer que nada justifica a designação de bolha sub-córnea, por clivagem do corpo mucoso.

«A bolha, lêsão típica da Doença de Duhring-Brocq, é sempre sub-epidérmica, elemento de grande valor para o diagnóstico histológico».

No *pênfigo verdadeiro*, a bolha é uma cavidade que se forma na espessura do corpo mucoso por uma clivagem a favor de uma acantólise completa. A clivagem faz-se mais ou menos alta, raras vezes muito alta, e produz-se sob a forma de uma fenda de direcção rectilínea.

No *eritema polimorfo*, a bolha apresenta um modo de formação semelhante ao da *Doença de Duhring-Brocq*. A epiderme é aqui inteiramente destacada pelo corpo papilar. O arrancamento da epiderme não é completo; o corpo papilar desnudado e achatado não forma o fundo senão em placas e sôbre uma extensão relativamente restrita. A parede inferior da bolha é atapetada por uma fina camada de corpo mucoso, clivado sôbre uma certa extensão, mas por um mecanismo diferente do do pênfigo: *por necrose*.

## VI — DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da *Doença de Duhring-Brocq* não é simples, nem sempre se faz sem hesitação.

O seu síndrome clínico bem caracterizado — comêço sem pródromos e ausência de sintomas gerais, erupção de aspecto polimorfo, sintomas subjectivos intensos, evolução por surtos com conservação do estado geral do doente e hipersensibilidade ao iodeto de potássio — é bastante para nos afastar de determinadas afecções de tipo bolhoso com que pode confundir-se, tais como o impétigo bolhoso, o pênfigo sífilítico, o pênfigo epidémico do recém-nascido, o herpes «gestationes», afecções que só pelo síndrome clínico podem ser postas de lado em presença de uma verdadeira *Duhring-Brocq*.

Por outro lado, esta afecção confunde-se com grande facilidade não só com o *eritema polimorfo*, mas também com o *pênfigo verdadeiro*.

Do eritema polimorfo diferencia-se pela localização distinta, pela evolução, pela falta de hipersensibilidade aos iodetos etc.

Mas do pênfigo verdadeiro a diferenciação é mais difícil, a ponto de serem numerosos os autores que defendem a identidade das duas dermatoses. Pode a *Duhring-Brocq* ser exclusivamente bolhosa e a clínica não chega para resolver o problema.

De que havemos, então, de lançar mão?

Depois dos trabalhos de Turpin e seus colaboradores, que fizeram o estudo do síndrome humoral destas duas doenças, e dos de Civatte, que identifica de maneira bem clara a dermatite de *Duhring-Brocq* pelo exame anátomo-patológico, assim como o eritema polimorfo e o pênfigo verdadeiro, tornou-se mais simples o *diagnóstico diferencial* da *Doença de Duhring-Brocq*.

Já descrevemos as características anátomo-patológicas destas três afecções, por isso não entraremos agora nos pormenores do respectivo diagnóstico diferencial. Falta-nos somente dizer, em resumo, as conclusões do estudo de Turpin sôbre um caso de pênfigo verdadeiro, as quais marcam a linha divisória nítida entre esta doença e a de *Duhring-Brocq*:

a) *A proporção* das células eosinófilas do sangue e da medula óssea não se afasta da normal;

b) *A protidémia* é normal, assim como a albuminémia, a globulinémia e a relação S. AL<sub>1</sub>/S. GL<sub>1</sub>;

c) *A lipidémia* é baixa, bem como a colesterinémia.

## VII — DIVERSAS CONCEPÇÕES ETIO-PATOGÉNICAS

Quanto à etiologia e patologia da Doença de Duhring-Brocq, ainda hoje não existem idéias positivas sobre o assunto. São várias as teorias defendidas pelos autores:

*Teoria infecciosa* — Já não é fácil encontrar quem considere a dermatite de Duhring-Brocq do tipo infeccioso. Várias hemoculturas e inoculações do líquido das bolhas se fizeram e os resultados foram sempre negativos.

Or germens que se têm encontrado no conteúdo das bolhas correspondem certamente a infecção secundária. A esterilidade do líquido no início da formação demonstra bem este facto.

*Teoria nervosa* — É sustentada por autores que se baseiam nos resultados fornecidos pelo exame do líquido cefalo-raquideo e pelas inoculações intra-cerebrais deste líquido feitas em coelhos.

Millian encontrou algumas vezes reacção linfocitária.

Stricker e Brown são partidários desta teoria por terem encontrado outras reacções no líquido cefalo-raquideo.

Dostrowsky e os seus colaboradores, depois de várias inoculações dos líquidos das bolhas e cefalo-raquideo no cérebro do coelho, concluíram que existe um vírus na «Doença de Duhring-Brocq», que se localizaria no cérebro e na medula, determinando uma encefalo-mielite.

*Teoria da intolerância* — É defendida principalmente por Tzanck.

Depois dos estudos de Jadassohn, a maior parte dos autores tem verificado que estes doentes são intolerantes para o iodo e também para os iodetos, servindo-se destes produtos como meio de diagnóstico.

A intolerância para o iodo devia levar à admissão da *participação endócrina* e, sobretudo, da *tiroide*. Não existe, porém, nenhum sinal clínico de tal participação, e os valores normais do colesterol também lhe são favoráveis. E outro argumento que, até certo ponto, invalida esta teoria reside na inconstância dos doentes quanto à intolerância para o iodo.

*Teoria alérgica* — É a mais sedutora de todas.

A «Doença de Duhring-Brocq» aparece aqui como doença do tipo alérgico, colocando-se ao lado de outras, como a asma, a urticária, a enxaqueca, o eczema do tipo alérgico, etc. A eosinofilia constituirá um traço de união entre estes estados e o desequilíbrio proteico encontra-se com as mesmas características no eczema e na crise da asma.

Gougerot, na «Réun. Dermat.» de 13 de Dezembro de 1934, citou vários casos, sobretudo em crianças, em que encontrou associados o «estrofulos» ou prurigo-urticária e a «Duhring-Brocq» com todas as formas de passagem.

Será a associação de duas dermatoses diferentes? Ou será a mesma causa que determina umas vezes o «estrofulos», outras a «Doença de Duhring-Brocq»?

## VIII — TRATAMENTO

As dúvidas e incertezas que apontámos, a propósito da natureza e patogenia desta afecção, subsistem no problema terapêutico.

A «Doença de Duhring-Brocq» tem provocado variadíssimas terapêuticas, mas tôdas elas, até o momento actual, têm sido inconstantes. Pode dizer-se que cada dermatologista propõe um método de tratamento para esta afecção, sem que, no entanto, qualquer desses métodos se tenha mostrado eficaz na obtenção da respectiva cura.

Podem apontar-se duas modalidades de tratamento:

- *tratamento local*
- *tratamento geral.*

Como tratamento local têm sido utilizados: substâncias desinfectantes, pó de sulfamida e pós inertes, sem que se possa atribuir-lhes qualquer resultado benéfico para os doentes.

A terapêutica geral não vai mais longe que a local.

Os sôros e vacinas propostos pelos autores já hoje fazem parte da história, assim como os agentes físicos, quer sob a forma de raios ultra-violetas, quer sob a forma da radioterapia profunda da medula.

O choque piretógeno, por injeção de leite ou injeções intravenosas de Dmelcos, não têm dado resultados eficazes.

Os extractos glandulares-ováricos, testiculares, supra-renais, hepáticos e esplênicos também não vão muito longe.

A quinina em altas doses, a auto-hemoterapia, o iodo em pequenas doses, o arsénio, por ingestão sob a forma de licor de Fowler, ou por injeções sob a forma de cacodilato de sódio, mas sobretudo os arsenicais orgânicos pentavalentes ou trivalentes e tôdas as substâncias dessensibilizadoras têm sido preconizadas para o tratamento da «Duhring-Brocq». Infelizmente, tem que reconhecer-se a sua ineficácia terapêutica.



## CONCLUSÕES

## I

A sintomatologia clinica, os exames de laboratório e as lesões histopatológicas não deixam dúvidas acerca da natureza da afecção que observámos: *é um caso típico de Doença de Duhring-Brocq.*

## II

É também um *caso raro* desta doença, dada a idade do doente — 9 meses.

## III

Esta dermatose, de evolução arrastada e por surtos, mostra-se *intensamente rebelde* aos tratamentos instituídos.

## IV

O exame coprológico, verificando a existência de numerosos ovos de «*Ascaris lumbricoides*» nas fezes do doente, parece indicar-nos ser esta, no caso observado, a causa da sensibilização, que na maior parte dos doentes fica ignorada.

## NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

### **O VIII Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra**

Em 6 de Julho inaugurou-se nos Hospitais da Universidade o VIII Curso de Férias da Faculdade de Medicina a cujo acto presidiu o Reitor da Universidade, sr. Prof. Maximino Correia, ladeado pelos srs. Professores Novais e Sousa, director da Faculdade de Medicina, e Elisio de Moura.

Entre a assistência, que era numerosa, viam-se largamente representados o corpo docente da Faculdade, médicos e estudantes.

Ao inaugurar o VIII Curso de Férias, o sr. Reitor da Universidade proferiu o seguinte discurso, que a assistência sublinhou com uma calorosa salva de palmas:

«O oitavo curso de férias da Faculdade de Medicina que hoje tenho a honra de inaugurar, vai realizar-se em moldes idênticos aos dos anos anteriores, com colaboradores que são também, aproximadamente os mesmos.

Num meio restrito como o de Coimbra, a prosequção, sem hesitações de uma iniciativa, em boa hora lançada, pelo antigo Director da Faculdade de Medicina, Prof. João Pôrto, representa um alto serviço prestado à Ciência, à Faculdade, à Universidade e portanto ao País.

E a iniciativa exigiu grandes esforços e altas qualidades por parte de quem a tem sabido manter e acrescentar.

Nestas palavras presto a minha homenagem ao Senhor Professor Novais e Sousa, actual Director da Faculdade de Medicina.

O carácter dos cursos de férias da Faculdade de Medicina, tem sido sempre o mesmo, por serem também idênticas as intenções que desde o estabelecimento presidem à sua organização.

Trata-se de patentear, por uma forma cômoda, acessível e condensada, os conhecimentos mais recentes sôbre os diversos ramos da Medicina e da Cirurgia.

Tarefa muito mais difficil do que à primeira vista parece, exige dos professores do Curso uma preparação exaustiva, um grande poder de descriminação crítica e especiais faculdades de síntese, na integração do imenso caudal de conhecimentos que se lhes oferece e que a observação alheia e a operosidade dos investigadores, prodigiosamente acumulam e complicam.

Não se trata pois de uma simples transmissão de conhecimentos em que o papel do professor reduzir-se-ia ao de um passivo portavoz de noções já adquiridas, mais ou menos sugestivo e fiel e que cada qual poderia comodamente absorver se dispuzesse de tempo e paciência.

Não: os que assim pensam jamais tiveram a preocupação de actualizar os seus conhecimentos e ignoram a dificuldade de critério de escolha, da selecção dos trabalhos, do aproveitamento racional do existente e a sua integração na experiência e sabedoria própria, para finalmente fazer resaltar a síntese.

A utilidade dos cursos de férias, assim concebidos está já implícita no que deixo dito.

É preciso acentuar, entretanto, que nem só os alunos beneficiam com eles. Aprendemos todos nós, uns dos outros, pois cada expositor é muito mais vezes aluno que professor e a actualização dos dados científicos em diversos departamentos constitui um utilissimo instrumento de perfeição da própria Faculdade.

Também nos é sumamente grato o convívio com os colegas que nos honram com a sua presença e a colaboração de todos estabelece uma solidariedade moral e um estímulo de trabalho salutar e dignificantes da classe.

Quer isto dizer que tenhamos atingido a perfeição e não haja lacunas a preencher ou reajustamentos e correcções a fazer? De modo algum. Mas será útil modificar fundamentalmente os Cursos de Férias da Faculdade de Medicina? E a fazê-lo, em que sentido? Se abandonarmos o carácter de ordem geral que lhes tem sido conferido, iremos cair no polo oposto — da especialização e da profundidade que interessaria, certamente, a poucos.

Circunscrever o objectivo e versá-lo até aos últimos pormenores, pode ter um grande interesse científico, mas não o tem verdadeiramente prático.

Isso constitui atribuição das academias, dos institutos de altos estudos ou mesmo das Faculdades, mas em cursos especiais e para especialistas.

Meus Senhores!...

A elaboração e efectivação de um curso de Férias, demanda um esforço considerável. Cada Professor assoberbado com as fadigas das aulas e dos exames e solicitado pelos deveres profissionais, dá mostras de verdadeira abnegação, colaborando activamente pelo seu trabalho e pela sua presença.

Mas a dedicação de que todos têm dado provas deve, em breve, ser recompensada por parte do Governo.

É com grande prazer que anuncio a Vossas Excelências que o Ministério da Educação Nacional está na disposição de patrocinar a inscrição de uma verba no orçamento do Estado, que, embora modesta, atribui um carácter oficial a estes cursos de férias, reconhecendo, por esta forma, os bons serviços da Faculdade de Medicina.

Termino saudando calorosamente em nome da Universidade, os professores e alunos presentes e declaro aberto o VIII Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra.

\*

O Curso, que decorreu sempre com o maior interesse, prolongou-se até ao dia 19 de Julho, com o seguinte programa:

#### Lições teóricas

Prof. João Pôrto: «Linhas gerais do diagnóstico e do tratamento das anemias».

Prof. Lúcio de Almeida: «Eritema nodoso».

Prof. Correia de Oliveira: «Velhice e demência».

- Prof. M. Mosinger: «Fisiopatologia genital».
- Prof. Meliço Silvestre: «Problemas demográficos portugueses».
- Prof. Oliveira e Silva: «Os enigmas da neuripófise» (com projecções).
- Prof. Nunes da Costa: «Sobre o diagnóstico do cancro do estômago».
- Prof. Luís Raposo: «Ileus, pós-operatório».
- Prof. Bruno da Costa: «O elemento alérgico na doença infecciosa; (valor fisiopatológico, interpretação clínica e possíveis deduções terapêuticas)».
- Prof. Novais e Sousa: «Noções actuais sobre o tratamento da febre puerperal».
- Dr. Duarte Santos: «Erros e Crime. (Considerações de psico-patologia médico-legal)».
- Prof. Tristão Ribeiro: «Algumas complicações da apendicite crónica».
- Prof. Almeida Ribeiro: «O casamento em medicina legal».
- Prof. Elísio de Moura: «Anorexia mental».

### Demonstrações clínicas

- Nas enfermarias de patologia cirúrgica — pelo Prof. Luís Raposo.
- Nos Serviços de dermatologia e sifilografia — pelo Prof. Mário Trineão.
- Nas enfermarias de doenças infecto-contagiosas — pelo Prof. Bruno da Costa.
- No Serviço de Clínica médica (H) — pelo Prof. Rocha Brito.
- Nas enfermarias de Patologia médica — pelo Prof. Vaz Serra.
- No Serviço de Oftalmologia — pelo Dr. Cunha Vaz.
- Nas enfermarias de Neurologia (H) — pelo Prof. Correia de Oliveira.
- No Serviço de Pediatria — pelo Prof. Lúcio de Almeida.
- Na Clínica Urológica — pelo Prof. Morais Zamith.
- No Serviço de Clínica médica (M) — pelo Prof. Rocha Brito.
- No Serviço de Medicina operatória e técnica cirúrgica — pelo Prof. Nunes da Costa.

\*

Sessões de prática operatória nos Serviços de patologia cirúrgica, de Medicina operatória e Técnica cirúrgica, Oftalmologia e de Urologia e uma sessão operatória de Endocrinologia experimental.

Na sessão de encerramento o sr. Prof. Novais e Sousa, director da Faculdade de Medicina preferiu a seguinte alocação:

«Ao terminar do VIII Curso de Férias, e terminado tão brilhantemente, desejo fazer uma afirmação: o Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra tem resultado uma realização de tão largo alcance pedagógico e de tão útil finalidade, que perdurará. Pode dizer-se que entrou nas tradições da Faculdade.

Espero que no próximo ano lhe sejam superiormente conferidas garantias de estabilidade e maiores facilidades de funcionamento a pleno rendimento, pela sua oficialização. Quando do encerramento do VII Curso vos manifestei este

desejo, estava seguro da boa vontade e da eficiência da acção do nosso ilustre Reitor que nos trouxe a agradável noticia do bom acolhimento desta justa pretensão. A Faculdade e todos nós lhe ficamos devendo tão prestimoso auxilio, e muito gratos nos confessamos, também pela subida honra que nos concedeu com a sua comparência e penhorantes palavras de estímulo e louvor na sessão inaugural deste Curso e ainda pela sua assídua e muito presada camaradagem durante os trabalhos realizados.

Além da vantagem que indiquei, há ainda a ter em vista outro objectivo a que então me referi também concretamente: conseguir-se facilidades para os médicos rurais poderem frequentar este Curso que, com uma orientação essencialmente prática e de revisão e ampliação de conhecimentos necessários ao exercício profissional, os possa pôr ao corrente da evolução e progresso da ciência médica após a conclusão das suas licenciaturas; frequência periódica, regular e assídua que, estou convencido, será por todos os médicos aceita e levada a efeito desde que lhes sejam dadas suficientes possibilidades materiais e legais.

A Faculdade de Medicina de Coimbra, facultando-lhes anualmente esta série de lições, conferências, demonstrações práticas e clínicas de actualização e aperfeiçoamento, como pertence à sua alta função pedagógica e cultural e de que há 8 anos se vem desempenhando com interesse, dignidade e incontestável êxito, evidenciou bem a utilidade destes «Cursos de extensão universitária» cuja realização compete às Faculdades, e registou também, com satisfação, a boa vontade e interesse de todos os que teem aproveitado com a sua frequência, e ainda de muitos que desejariam, se pudessem, tirar proveito d'elles.

Para todos os que compareceram e que com os seus aplausos nos significaram a sua concordância, aprovação e agrado, a nossa promessa de cumprir cada vez melhor.

Aos meus ilustres colegas que com o seu desinteressado esforço colaboraram nesta tarefa árdua e absorvente mas frutuosa, o reconhecimento da Faculdade pelo legítimo direito a sentirem-se satisfeitos pela forma dignificadora e prestigiosa como cumpriram o seu dever».

O sr. director da Faculdade referiu-se depois, especialmente, à conferência do sr. Prof. Elísio de Moura, Mestre de todos os professores e médicos que se encontravam na sala, prestando admirativa homenagem ao seu muito saber e fulgurante espirito, agradecendo a sua colaboração e pedindo, em nome todos, que tão notável e valioso trabalho não ficasse confinado ao âmbito daquela sala; «a partir deste momento esse trabalho não pertence só a V. Ex.<sup>a</sup>; tem de ser lido e estudado por todos nós, por todos os médicos do país».

Comunicou ainda, com satisfação, que o Reitor recebera, há poucas horas, um officio da Direcção Geral do Ensino Superior, relativo à imediata officialização do Curso de Férias. Estavamos, por isso, todos de parabens.

Depois conclui: «Desejo ainda agradecer publicamente à imprensa a atenção dispensada à realização e seqüencia dos trabalhos.

É com saúde das horas de tão amigo, agradável e proveitoso convívio, que me despeço de vós. Cá vos esperamos no próximo Curso de Férias que «deve ser ainda melhor». Até ao ano».

Algumas lições - conferências do Curso de Férias serão publicadas na «Coimbra Médica».

## Ordem dos Médicos

### Conselho Geral

Afim de dar conhecimento à classe médica das démarches em curso sobre a criação de cursos de revisão de conhecimentos médicos o Conselho Geral da Ordem pede-nos a publicação do despacho recebido de Sua Ex.<sup>a</sup> o Senhor Sub-Secretário de Estado das Corporações e Previdência Social sobre a exposição que lhe dirigiu:

«Submeta-se à consideração de Sua Ex.<sup>a</sup> o Sub-Secretário de Estado da Assistência Social. Plenamente aprovo a iniciativa da Ordem dos Médicos de criar cursos de revisão de conhecimentos clínicos para os seus associados que exercem a profissão fora dos grandes centros e que carecem de actualizar a sua preparação. Integra-se esta idéia no quadro geral dos objectivos designados aos Sindicatos Nacionais (Art. 12.<sup>o</sup> alínea c) do Decreto-lei n.<sup>o</sup> 23:050 de 23 de Setembro de 1933 e muito especialmente na actividade natural de um organismo como a Ordem dos Médicos, portadora de tão eminentes responsabilidades científicas. Assim, faço votos por que, no interesse do aperfeiçoamento profissional a que está vinculado o progresso da assistência sanitária, se removam os obstáculos que possam dificultar a realização da iniciativa».

## Conferências

A direcção do Instituto António Aurélio da Costa Ferreira, promoveu uma série de três conferências sobre neuro-psiquiatria e psicologia infantis, tendo sido conferentes os srs. Prof. Leonardo de Castro Freire, dr. Carrington da Costa e Prof. Vitor Fontes, que versaram, respectivamente, os temas «O negativismo e as suas relações com as neuroses infantis», «Testes mentais, sua história e valor» e «Os reflexos condicionados a psicologia e a pedagogia».

— No hospital de D. Estefânia o sr. Prof. Mário Moreira proferiu uma conferência acerca de «O problema da hepatite».

— Na Secção Regional da Ordem dos Médicos do Pôrto, o sr. Prof. Álvaro Rodrigues dissertou sobre «Carcinoma da pele e das mucosas».

## Uma homenagem ao Reitor da Universidade de Coimbra sr. Prof. Maximino Correia

No Paço das Escolas, o sr. Prof. Maximino Correia, prestigioso Reitor da Universidade de Coimbra foi, no dia 28 de Junho, alvo de uma grande manifestação de apreço e de homenagem às suas altas qualidades à qual se associaram o corpo docente do primeiro estabelecimento científico do País, entidades civis, militares e eclesiásticas, amigos e admiradores do eminente Professor.

Em representação do sr. Ministro da Educação Nacional, o sr. dr. João de Almeida, Director Geral do Ensino Superior, conferiu ao sr. Prof. Maximino Correia as insígnias da Grã-Cruz da Ordem da Instrução Pública, alta distinção

com que o Governo quis distinguir os seus méritos e a sua acção como Reitor da Universidade de Coimbra, qualidades que foram enaltecidas pelo representante do sr. Prof. Caeiro da Mata e pelo vice-reitor da Universidade, sr. Prof. Carlos Moreira, em nome do corpo docente universitário e no dos estudantes.

O sr. Prof. Maximino Correia visivelmente comovido com esta significativa homenagem, foi muito cumprimentado.

### **Faculdades de Medicina**

**De Coimbra** — Foi nomeado bibliotecário desta Faculdade, o sr. Prof. dr. Alberto Moreira da Rocha Brito.

Foram renovados os contratos dos 2.º assistentes, srs. drs. Pedro Lopes dos Santos e Manuel Montezuma Diniz de Carvalho e aprovados os contratos para o desempenho de iguais funções dos srs. drs. João José Lobato Guimarães e José Diniz Vieira.

Prestou as provas para o seu doutoramento profissional, o licenciado sr. Mário Braga Temido, intitulando-se a tese «Problemas do Sezonismo (Profilaxia)».

O júri era constituído pelos srs. Profs. Lúcio de Almeida, Meliço Silvestre e Vaz Serra.

**De Lisboa** — Com a classificação de 18 valores concluiu o seu doutoramento nesta Faculdade, o licenciado sr. Mário Cordeiro. A tese intitulava-se «Contribuição para o estudo da criança portuguesa (Estudo eritrocitométrico)».

### **Reuniões científicas**

**Academia das Ciências** — Na secção de ciências desta Academia, o sr. Prof. Egaz Moniz fez uma comunicação sobre «Tromboses da carótida interna de etiologia traumática» e o sr. dr. Joaquim Fontes apresentou um trabalho acerca da eclampsia, que serão publicadas nas «Memórias da Academia».

**Sociedade de Ciências Médicas** — Na sessão realizada em 19 de Junho, o sr. dr. Tito de Noronha falou largamente da sua comunicação sobre «Um simposio da sífilis». A seguir o professor sr. dr. Diogo Furtado ocupou-se de um trabalho seu e do dr. Domingos Machado sobre «Localizações vertebraes da Febre de Malta», e, por último, o sr. dr. António Marques chamou a atenção dos seus colegas para «Um caso de doença de Recklinghausen com tumores múltiplos na medula de diferente natureza».

### **Várias notas**

O sr. Prof. Luís Augusto de Moraes Zamith foi nomeado para fazer parte do júri das provas de habilitação ao título de professor agregado de urologia da Faculdade de Medicina de Lisboa.

— Foi nomeado médico da Escola Naval, o 2.º tenente da Armada, o dr. Gualter José Marques.

— A sr.ª dr.ª D. Sara Benoliel foi encarregada de estudar no Brasil e na Argentina a assistência materno-infantil.

— Na biblioteca do Hospital de S. José foi inaugurada uma exposição de medicina moderna inglesa, tendo no acto inaugural o sr. Prof. Celestino da Costa proferido uma conferência sobre «Medicina e civilização britânica».

— Foi eleito sócio da Academia das Ciências Médico-Cirúrgicas de Madrid, o sr. dr. Eurico Pais que à mesma Academia apresentou uma comunicação sobre «A acção da nicotinamida sobre a diabétes aloxanica».

— O sr. dr. Ferreira da Costa, presidente da Sociedade Portuguesa de Estomatologia, deu posse à comissão de terminologia, eleita na última assembleia, a qual é composta pelos srs. drs. Pereira Varela, Paiva Boleu, Teotónio Lança, Vaz Barreiros, Alcino Magalhães, do Pôrto, e David Baptista, de Coimbra.

— Foram nomeados médicos do partido de Morais, concelho de Macedo de Cavaleiros, o sr. dr. Artur Manuel Flôres; da freguesia de Chancelaria o sr. dr. João Fontes; para o partido médico com séde no lugar da Arrancada do Vouga, o sr. dr. António de Melo Sereno, e de médico municipal do partido com séde em Campo de Besteiros, o sr. dr. Armando Antunes Correia Teles.

## O Instituto para a Alta Cultura

Pede-nos a publicação do seguinte :

Circular referente à publicação da «Bibliografia Científica Portuguesa», que acaba de ser remetida a tódas as instituições científicas nacionais, e

A lista das grandes rubricas correspondentes aos agrupamentos estabelecidos para as referências bibliográficas respeitantes às *Ciências Médicas*.

«O Instituto para a Alta Cultura, na intenção de aumentar o seu impulso à investigação científica e auxiliar os trabalhos dos Centros de Estudo e dos investigadores isolados, como natural seqüência das realizações do Serviço de Inventariação da Bibliografia Científica, propõe-se agora elaborar e publicar a «Bibliografia Científica Portuguesa».

Tal obra, cujo alcance é desnecessário encarecer, constituirá o tão desejado arquivo — ordenado e sistemático — da produção literária nos diferentes departamentos das ciências, ao mesmo tempo que dará, periódicamente, conhecimento a portugueses e estrangeiros dos trabalhos originaes e da bibliografia nacional, valorizando-a assim e permitindo utilizá-la proveitosamente e condignamente.

A «Bibliografia Científica Portuguesa» será publicada, conforme o plano geral estabelecido e as finalidades práticas visadas, sob a forma de índices bibliográficos — onomásticos e didascálicos — referentes aos artigos originaes assinados, insertos nas diversas publicações periódicas, às obras de tómo, teses, monografias, conferências, etc.

Os índices bibliográficos anuais (ou semestrais) de determinados assuntos ou grandes capítulos, serão editados em fôlhas sôltas (sistema de duplicador) com referências múltiplas, ordenadas alfabética ou cronologicamente, destacáveis em fichas sôltas, de forma a permitirem organizar um simples arquivo periódico

ou um ficheiro individual, sempre em actualização, classificado segundo os autores ou os assuntos.

Quais os departamentos das ciências e seus ramos afins por que se interessa ?

Em que pormenor desejará ver apresentada a respectiva bibliografia ?

No intuito de estabelecer definitivamente o plano editorial, dou conta a V. Ex.<sup>sa</sup> dos propósitos deste Instituto, com o pedido de me informar se deseja ser considerado subscritor desta obra, aceitando em princípio a comparticipação proporcionada nos encargos, estritamente reduzidos ao custo mínimo da elaboração dos referidos índices.

Aguardando uma resposta, apresento a V. Ex.<sup>sa</sup> os meus cumprimentos.

### Ciências Médicas

#### Classificação analítica (Grandes Rubricas)

- «Alergia». «Anafilaxia».
  - «Alimentação». «Dietética» — V: Vitaminologia. D. da nutrição.
  - «Análises Clínicas» — V: Semiologia. Anatomia patológica.
  - «Anatomia» — V: Antropologia. Antropologia criminal.
  - «Anatomia Patológica» — V: Histologia.
  - «Anestesia».
  - «Antropologia». «Etnografia». «Etnologia» — V: Anatomia. Antropologia criminal.
  - «Assistência» — V: Medicina social.
  - «Bacteriologia». «Parasitologia». «Entomologia» — V: Medicina tropical.
- Higiene.
- «Bibliografias» — V: Biografia.
  - «Biografias» — V: Bibliografias.
  - «Biologia» — V: Genética. Fisiologia.
  - «Botânica» — V: Biologia. Genética. Zoologia.
  - «Cancerologia» — V: Anatomia patológica. Cirurgia geral.
  - «Cirurgia Geral». «Patologia Cirúrgica».
  - «Deontologia». «Classe Médica»
  - «Dermatologia» — V: Venereologia. Bacteriologia. D. infecciosa e parasitária. Alergia.
  - «Doenças do aparelho respiratório».
  - «Doenças do aparelho linfático».
  - «Doenças do aparelho circulatório» — V: Hematologia.
  - «Doenças do aparelho digestivo» — V: D. da nutrição.
  - «Doenças infecciosas e parasitárias». «Epidemiologia. — V: Higiene.
- Bacteriologia.
- «Doenças dos ossos, músculos, articulações» — V: traumatologia.
  - «Doenças da nutrição». «Reumatologia» — V: Vitaminologia.
  - «Educação física» — V: Higiene.
  - «Endocrinologia».
  - «Enfermagem» — V: Hospitais.
  - «Ensino Médico».

- «Estatística» — V: Higiene.
- «Estomatologia».
- «Eugenia» «Hereditariedade» — V: Genética.
- «Farmácia» — V: Farmacologia. Terapêutica.
- «Farmacologia». «Terapêutica».
- «Física».
- «Fisiologia». «Química Fisiológica» — V: Biologia. Química.
- «Fisioterapia». «Radiologia». «Fotografia Médica».
- «Genética» — V: Biologia. Eugenia. Zoologia. Botânica.
- «Ginecologia». «Obstetrícia».
- «Hematologia» — V: D. do aparelho circulatório. Transfusão de sangue.
- «Hidrologia». «Climatologia». «Meteorologia Médica». «Medicina termal».
- «Higiene». «Sanidade». «Demografia». «Epidemiologia» — V: Estatística.
- Bacteriologia. Assistência.
- «Histologia». «Embriologia» — V: Anatomia patológica.
- «História da Medicina» — V: Biografias. Bibliografias.
- «Hospitais» — V: Assistência.
- «Intoxicações».
- «Legislação Médica» — V: Higiene.
- «Medicina Castrense».
- «Medicina Escolar». «Médico-Pedagogia» — V: Psicologia.
- «Medicina Experimental».
- «Medicina geral» «Patologia Geral».
- «Medicina e Higiene Industrial» — V: Traumatologia. Higiene.
- «Medicina Legal». «Antropologia Criminal» — V: Antropologia. Médico-Pedagogia. Legislação Médica.
- «Medicina Popular».
- «Medicina Social» — V: Higiene. Assistência.
- «Medicina e Higiene Tropical» — V: D. infecciosas. Bacteriologia. Higiene.
- «Medicina Veterinária». «Pecuária».
- «Miscelânea».
- «Naturismo».
- «Neurologia» — V: Psiquiatria. Psicologia.
- «Oftalmologia».
- «Oto-Rino-Laringologia».
- «Para-Medicina».
- «Psicologia». «Psicoterapia». «Psico-Análise» — V: Psiquiatria. Neurologia.
- «Psiquiatria» — V: Neurologia. Psicologia.
- «Pediatria». «Puericultura» — V: Obstetrícia. Higiene.
- «Química». «Bioquímica» — V: Fisiologia.
- «Semiologia». «Diagnose» — V: Análises clínicas. Radiologia.
- «Transfusão de sangue» — V: Hematologia.
- «Traumatologia». «Ortopedia» — V: Medicina Industrial.
- «Urologia» — V: Venereologia.
- «Venereologia» — Dermatologia. Urologia.
- «Vitaminologia». «Doenças por carência» — V: D. da nutrição. Dietética.
- «Zoologia» — V: Biologia. Genética.

## Falecimentos

Faleceram, em Coimbra, a sr.<sup>a</sup> Estefânia Simões de Faria Vieira, cunhada do sr. dr. César Augusto Vieira de Matos, médico em Arazede, e em Minde, o sr. Alcides Pereira da Silva Ferreira, filho do médico daquela localidade, sr. dr. António Ferreira da Silva Tota.

Às famílias enlutadas apresenta *Coimbra Médica* sentidos pêsames.



INSTITUTO DE COIMBRA  
MUSEU DE CARVALHO

Livros de Medicina, à venda na

# LIVRARIA ACADÉMICA

DE

MOURA MARQUES & FILHO

19—Largo Miguel Bombarda—25

COIMBRA

## ÚLTIMAS NOVIDADES

ALMEIDA AMARAL — <i>O tratamento cirurgico das doenças mentais</i> , 1 vol., 147 pág., 18 figuras	90\$00
AZOY — <i>Examen Funcional Auditivo</i> , 1 vol., 178 pág., 100 figs. (M. S.)	66\$00
BALLESTEROS — <i>Manual de la Enfermera Puericultora y Sanitaria Escolar</i> , 1 vol., 544 pág., 77 figuras (S.)	160\$00
BARCELÓ — <i>Reumatismos vertebrales</i> , 1 vol., 184 pág., 67 figuras (S.)	90\$00
BORST — <i>Histologia Patologica</i> , 1 vol., 573 pág., 361 figuras em negro e a cores (L.)	283\$00
BRAGA THEMIDO — <i>Problemas do Sazonismo</i> , 1 vol., 268 pág., 52 figuras (E. S.)	80\$00
BUXÓ — <i>Enfermedades de los Niños de Pecho</i> , 1 vol., 279 pág., 71 figs. (E. M.)	110\$00
CASTAÑO — <i>Litiasis urinaria</i> . Ciclo de conferencias para graduados, 1 vol., 301 pág., ilustrado (At.)	100\$00
CURSCHMANN — <i>Pronóstico especial de las enfermedades internas</i> , 1 vol., 335 pág., encad. (M. M.)	120\$00
FERRÁN — <i>Patologia focal amigdalas</i> . 2. <sup>a</sup> edición, 1 vol., 110 pág. (S.)	45\$00
FERRÉ y VENDRELL — <i>Parálisis Infantil</i> . (Poliomielitis anterior aguda), 1 vol., 136 pág., ilustrado con 20 figuras fuera de texto, encad. (M. U.)	100\$00
FORNS — <i>Diagnóstico funcional y Tratamiento de las Hepatopatias</i> , 1 vol., 181 pág. (S.)	60\$00
FUHS-KUNAEER — <i>Dermatologia y venereologia</i> , 1 vol., 606 pág., 702 ilustraciones (L.)	252\$00
GARCIA-SERRANO — <i>Linfogranulomatosis Inguinal Subaguda. Linfogranulomatosis venerea o enfermedad de Nicolás-Favre</i> , 1 vol., 374 pág., con 106 láminas fuera de texto (A. G.)	200\$00
GINABREDA — <i>Tuberculosis Pulmonar Infantil</i> , 1 vol., 237 pág., 177 figuras	120\$00
HERMANN MARX — <i>Manual de las enfermedades del oido</i> , 1 vol., 769 pág., con 475 figuras en el texto, encad. (E. C.)	525\$00
HESS y LUNDEEN — <i>El Niño Prematuro</i> , 1 vol., 352 pág., 74 figuras, encad. (S.)	195\$00
JIMÉNEZ DIAZ — <i>Las Uiperteusiones arteriales</i> , 1 vol., 181 pág. (E. C. M.)	85\$00
JIMÉNEZ QUESADA — <i>Las enfermedades del oido y medios de evitarlos</i> . Sordera, supuración e higiene del oido 1 vol., 108 pág. (E. C.)	45\$00
KORSH — <i>Electrocardiografia clinica</i> , 1 vol., 323 pág., 161 figuras, encad. (M. S.)	240\$00
LANDIN — <i>Litiasis Biliar</i> , 2. <sup>a</sup> edición, 1 vol., 186 figuras (S.)	75\$00
LEWIN — <i>Parálisis Infantil</i> , 1 vol., 394 pág., 165 figuras, encad. (S.)	260\$00
LOWSLEY y KIRWIN — <i>Clinica Urologica</i> , 2 volumes, 1827 pág., 366 figuras, encad. (S.)	995\$00
LUCAS — <i>Patologia cardiaca del Anciano</i> , 1 vol., 116 pág., com 4 grabados fuera de texto, encad. (M. U.)	80\$00
MAGRO — <i>La formula leucocitaria en las enfermedades infecciosas</i> , 1 vol., 326 pág. (E. M.)	120\$00

Livros de Medicina, à venda na

# LIVRARIA ACADÉMICA

DE

MOURA MARQUES & FILHO

19—Largo Miguel Bombarda—25

COIMBRA

## ÚLTIMAS NOVIDADES

MARTARELLI — <i>Accidentes vasculares de los miembros</i> , 1 vol., 350 pág., 186 figuras (S.)	180\$00
MESSINI — <i>Tratado de terapéutica clínica. com breves notas de diagnóstico</i> . Obra premiada por la Real Academia de Italia y con la medalla de Oro al merito clínico, de la Fundación «Guido Baccelli». 3 volumes encad., formato 18 × 25 cm., com um total de 2680 pág., 419 figuras no texto e duas laminas en côr	900\$00
MENEZES DE ALMEIDA — <i>Formas palúdicas. A cura da malária</i> , 1 vol., 542 pág.	120\$00
MIRALBELL — <i>Vacuna Calmette</i> . Contribución a los métodos paraenterales y en especial el subcutáneo, 1 vol., 116 pág. (M. S.)	45\$00
MUSET — <i>Introducción al estudio de la Vitamina P</i> , 1 vol., 125 pág., 15 figuras (M. S.)	75\$00
NÁGERA — <i>Tratado de Psiquiatria</i> , 1 vol., 1276 pág., 249 figuras, encad. (S.)	540\$00
OTERO — <i>Las anexitis clínica y terapéutica</i> , 1 vol., 159 pág. 22 figuras (E. M.)	75\$00
PIULACHS — <i>Pancroepatias agudas</i> , 1 vol., 154 pág., 44 figuras, encad. (S.)	120\$00
RASPALL — <i>La Pielografia en Vertical de las Hidronefrosis</i> , 1 vol., 152 pág., 72 figuras (M. S.)	99\$00
REHM — <i>Medios de evitar y corregir los fracasos en las prótesis totales</i> . 1 vol., 106 pág., 73 figuras (E. P.)	54\$00
SITJES — <i>Peritonitis tuberculosas</i> , 1 vol., 121 pág., 38 figuras (S.)	60\$00
TAPIA — <i>Los Procesos Erituberculosos Infantiles</i> . Concepto, clínica y relaciones con las infiltraciones y la atelectasia. Segunda edición, 1 vol., 197 pág., 94 figuras (E. M.)	120\$00
TOBIAS — <i>Manual de Dermatología</i> . Un autor que selecciona y esquematiza para el estudiante y el medico general y un traductor que lo adapta y completa, 1 vol., 611 pág., 143 figuras (S.)	270\$00
TODD — <i>Diagnostico clínico por el Laboratorio</i> . Segunda edición, revisada y ampliada, con 323 ilustraciones en el texto y 12 láminas fuera de el. Traducción de la 9ª edición americana (M. M.)	225\$00
WALTERS — <i>Enfermedades de la vejiga biliar y los conductos biliares</i> , 1 vol., 679 pág., con 342 ilustraciones en 125 figuras, encad. (S.)	390\$00
WATSON-JONES — <i>Fracturas y traumatismos articulares</i> , 1 vol., 990 pág., 1353 figuras (S.)	780\$00
VALENTI — <i>Estudio Etiopatogénico-clínico de los síndromes de insuficiencia medular hemocitopoyética</i> . (agranulocitosis, trombopenia, maligna, panmielotisis), 1 vol., 67 pág. (J. M. M.)	60\$00
VALLEJO — <i>Terapéutica alimenticia</i> , 1 vol., 161 pág. (S.)	60\$00
VANDER — <i>El Corazón. Curaciór o mejoría de sus enfermedades</i> , 1 vol., 143 pág., con numerosas ilustraciones (L. S.)	45\$00
VOLTAS — <i>Afecciones Anorrectales</i> , 1 vol., 95 pág., 21 figuras (S.)	75\$00